

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Die Bedeutung der medikamentösen antidepressiven
Therapie im Rahmen der Postakutbehandlung der
Alkoholabhängigkeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Darius Chahmoradi Tabatabai

aus Berlin

Datum der Promotion: 12.09.2014

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abstract (Deutsch/Englisch)	5
1 Bedeutung der Abhängigkeitserkrankungen f. das Gesundheitssystem	9
1.1 Definition von Abhängigkeitserkrankungen	10
2 Epidemiologische Daten zur Alkoholabhängigkeit	11
3 Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit in Deutschland	14
3.1 Historische Entwicklung	14
3.2 Therapeutischer Zugang	14
3.3 Phasenmodell der Alkoholabhängigkeit nach Jellinek	15
3.4 Die Bausteine der Suchtkrankenbehandlung in Deutschland	16
3.5 Konzepte der Entwöhnungstherapie	17
4 Theorien der Entstehung von stoffgebundenen Abhängigkeiten	19
5 Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depressionen	23
5.1 Probleme in der Behandlung von Depressionen u. Alkoholabhängigkeit	24
5.2 Die aktuelle S3-Leitlinie zur Behandlung von Depressionen	26
5.3 Risiken in der medikamentösen Behandlung	27
5.4 Sozialmedizinische und sozialrechtliche Rahmenbedingungen	27
5.5 Fallvignette zur Komorbidität	30
6 Alkoholabhängigkeit und Depression: Stand der Literatur	33
7 Fragestellung der vorliegenden Untersuchung	37
8 Methodik	38

8.1	Klinischer Rahmen	38
8.2	Kohortenbildung	41
8.3	Dokumentation	42
8.4	Basisdokumentationsdaten	44
8.5	Externe Daten	44
8.6	Statistik	45
9	Ergebnisse	46
9.1	Charakteristik der Stichprobe bzw. der Behandlungsgruppen zu Beginn der Behandlung	46
9.2	Charakteristik der Stichprobe bzw. der Behandlungsgruppen am Ende der Behandlung	51
10	Diskussion	65
10.1	Unterscheiden sich die beiden Studiengruppen in ihren Aufnahme- und Entlassungsbefunden?	65
10.2	Gibt es einen Zusammenhang zwischen Diagnose und Indikation für eine antidepressive Medikation?	69
10.3	Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Entzugsbehandlung und der Gabe von Antidepressiva?	69
10.4	Ist ein Zusammenhang zwischen der gestellten Diagnose und dem(n) verordneten Medikament(en) erkennbar?	70
10.5	Unterscheiden sich die beiden untersuchten Gruppen hinsichtlich des Ergebnisses der Entwöhnungstherapie?	70

10.6	Unterscheiden sich das Verhältnis zwischen Patienten mit Medikament/ ohne Medikament bei den regulär entlassenen Patienten vom Verhältnis bei den Therapieabbrechern?	70
10.7	Unterscheidet sich die Verteilung der Zuweiser in den beiden Gruppen?	71
11	Zusammenfassung	72
12	Literatur	77
13	Abkürzungsverzeichnis	89
14	Eidesstattliche Versicherung	91
15	Lebenslauf	92
16	Publikationen	94
17	Danksagung	95
18	Anhang	96

Abstract (deutsch):

Einleitung:

Psychische oder verhaltensbezogene Störungen durch Alkohol wurden im Jahr 2010 in Deutschland als dritthäufigste Einzeldiagnose in Krankenhäusern mit 333.357 Behandlungsfällen diagnostiziert, was die Relevanz der Alkoholabhängigkeit für das Gesundheitssystem belegt. Für den Zeitraum der Entzugsbehandlung geben Leitlinien gute Orientierungshilfen bei der medikamentösen Behandlung der Entzugssymptome und der häufig komorbid verlaufenden Depressionen. In der sogenannten Postakutphase der Behandlung, die in einem Teil der Fälle im Anschluss durchgeführt wird, beobachtet man jedoch, dass im Klinikalltag der Entzugsbehandlung sehr unterschiedliche Behandlungsstrategien existieren. Dabei stellt sich freilich die Frage, ob die Entscheidung zu einer medikamentösen Behandlung auf den Leitlinien basiert oder vielmehr auf der Einstellung des Behandlers beruht und teilweise ohne ein rationales suchtmedizinisches Konzept Medikamente verordnet werden. Diese Fragestellung wurde in unserer Studie überprüft.

Methodik:

Den Untersuchungsrahmen bildete eine nach der DIN ISO EN 9001/2008 zertifizierte Entwöhnungsklinik im Berliner Vivantes Klinikum AVK. In naturalistischer Weise wurden in einem Zeitraum von 9 Monaten 195 Patienten mit einer Verweildauer von jeweils 12 Wochen beobachtet und in zwei Kohorten eingeteilt: Eine Gruppe, in der die Patienten über die gesamte Dauer des Beobachtungszeitraumes mit zumindest einem Medikament (meist ein Antidepressivum) behandelt wurden und eine zweite Gruppe, die über den gesamten Beobachtungszeitraum ohne zentralnervös wirksames Medikament behandelt wurde. Darüber hinaus unterschied sich die Behandlungsweise in den beiden Gruppen nicht voneinander. Durch einen ICD10-orientierten Depressionsbefund am Anfang und am Ende des Beobachtungszeitraumes, eine Auswertung der individuellen Therapieziele und ein Rating des Schweregrades der Entzugsbehandlung wurde die Indikationsstellung zur medikamentösen Behandlung überprüft. Bei 6 Patienten fand ein Wechsel des Behandlungsregimes statt, diese wurden aus der Auswertung ausgeschlossen, so dass am Ende 189 Patienten evaluiert wurden.

Ergebnisse:

Die o. g. Vermutung bestätigte sich in der Untersuchung nicht. Insgesamt fanden sich bei den medizierten Fällen vermehrt depressive Symptome (Schlafstörungen, Ängste, Verlust an Freude, vermehrte Ermüdbarkeit) im Vergleich zu der Gruppe ohne medikamentöse Behandlung. Auch hinsichtlich des Schweregrades der Entzugsbehandlung wurden in der Gruppe mit Medikament schwerere Verläufe als in der Gruppe ohne Medikament dokumentiert. Auffallend waren jedoch zwei Aspekte: 1. Ca. 30% der Patienten mit Medikament zeigten vergleichbare ICD10-Anfangsbefunde wie die Patienten der Gruppe ohne Medikament. 2. Ein Teil der Patienten ohne Medikation zeigte einen recht schweren ICD10-Anfangsbefund mit guter Remission am Ende.

Schlussfolgerung:

Die Leitlinienorientierung der Entzugsbehandlungen konnte als befriedigend identifiziert werden. Es besteht jedoch noch Bedarf, eine präzisere Vorhersage zu treffen, welcher Patient von einer Medikation profitieren wird.

Abstract (English):

Introduction:

Mental or behavioral disorders due to alcohol were diagnosed in 2010 in Germany as the third most frequent single diagnosis in hospitals with a total of 333 357 cases demonstrating the relevance of alcohol dependency for the healthcare system. For the period of withdrawal treatment guidelines provide good guidance in the drug treatment of withdrawal symptoms and comorbid depression. In the so-called post-acute phase of treatment, however, very different treatment strategies including prescription of psychotropic can be observed in daily practice. This raises the question whether the decision to drug treatment is based on valid guidelines, or rather on the attitudes and personal convictions of the physician in charge. It can be assumed that often psychotropic drugs are prescribed to such patients without a plausible rationale. This question was examined in our study.

Methodology:

The naturalistic study was performed in a restrictive unit for alcohol addicts certified according to DIN EN ISO 9001/2008 (Berlin Vivantes Klinikum AVK). 195 patients hospitalized for 12 weeks were prospectively monitored during the study period of 9 months. They were divided into two cohorts: In group A the patients were treated for the entire duration of the observation period with at least one drug (usually an antidepressant), whereas in group B the patients were treated over the entire observation period without psychotropic compounds. In any other aspects treatment did not differ in the two groups. The indication for CNS drug treatment was checked a) by ICD10-oriented documentation of depressive symptoms at the beginning and at the end of the observation period, b) an evaluation of the individual treatment goals and c) a rating of the severity of withdrawal treatment. In 6 patients, a change in the treatment regime took place. These were excluded from the analysis, so that finally 189 patients were included into the data analysis.

Results:

Our initial expectation was not confirmed by the findings of this study. Overall in the medicated cases compared to the group without drug treatment a higher number of depressive symptoms (insomnia, anxiety, loss of enjoyment, increased fatigability)

were observed. More severe symptoms of withdrawal during the acute withdrawal treatment were documented. Two aspects, however, were conspicuous: 1: About 30 % of patients having been given psychotropic had similar initial symptoms of depression documented as those patients being left without any further medication. 2: A subset of patients without medication showed fairly serious ICD10 –based symptoms of depression initially with, however, good remission at the end of the observation period.

Conclusion:

In contrast to our initial hypothesis psychotropic (mostly antidepressant) medication of alcohol addicts during the cessation followed more or less the recommendations of existing guidelines. However, the question still remains unresolved how we could predict which individual patient would benefit from an antidepressant or other psychotropic medication.

1 Bedeutung der Abhängigkeitserkrankungen für das Gesundheitssystem

Abhängigkeitserkrankungen gehören in Deutschland, aber auch in anderen europäischen und außereuropäischen Ländern zu den häufigsten diagnostizierten Erkrankungen. Abhängigkeiten treten dabei sowohl stoffgebunden (z.B. an Alkohol oder Medikamente gebunden) als auch stoffungebunden (an Verhaltensweisen wie z. B. das pathologische Spielen gebunden) auf.

Allein in Deutschland leiden ca. 15 Mio. Menschen an einer stoffgebundenen Abhängigkeit z.B. von Nikotin, Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen (Jahrbuch 2012 der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen - DHS).

Hinsichtlich der nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten finden sich folgende Zahlen: Nach Meyer et al. 2011 sind in Deutschland 193000 Menschen glückspielsüchtig.

Mehr als eine halbe Million Bundesbürger zwischen 14 und 64 Jahren sind zudem "internetsüchtig", also etwa ein Prozent dieser Altersgruppe. Diese Abhängigkeit wird als Störung der Impulskontrolle diagnostiziert und nicht als Abhängigkeitserkrankung gemäß den Kriterien des internationalen Diagnosesystems ICD 10 klassifiziert.

Neben der zitierten Untersuchung ist die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Studie "Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA I)" wichtig (Rumpf et al. 2011): Die von den Universitäten Lübeck und Greifswald durchgeführte Untersuchung stuft 4,6 Prozent der 14- bis 64-Jährigen als "problematische Internetnutzer" ein (rund 2,5 Millionen). In der Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen soll es 2,4 Prozent "abhängige" und 13,6 Prozent "problematische" Internetnutzer geben.

Essstörungen wie die Anorexie (Magersucht) und Bulimie (Ess- und Brechsucht) werden vom Grundverständnis her ebenfalls in den Bereich der stoffungebundenen Abhängigkeiten gestellt und tauchen deshalb auch in der Jahresstatistik der DHS auf: Es muss davon ausgegangen werden, dass die Prävalenz der Essstörungen bei jungen Frauen für Anorexie bei ca. 0,3 % liegt, für Bulimie bei ca. 1% und für atypische Essstörungen bei 2-4%. Männer sind in maximal jedem 10. Fall betroffen (Wunderer 2011 im DHS-Jahrbuch 2012).

Verlässliche Zahlen über andere nicht stoffgebundene Süchte (z.B. Sportsucht, Kaufsucht, Sexsucht) finden sich nicht.

1.1 Definition von Abhängigkeitserkrankungen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 2011 auf dem World Health Day Abhängigkeit als eine primär psychische, gegebenenfalls aber auch physische Störung, die dadurch charakterisiert ist, dass ein Mensch trotz sich daraus ergebener körperlicher, seelischer oder sozialer Nachteile ein unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz oder einem bestimmten Verhalten empfindet, das er nicht mehr steuern kann und von dem er beherrscht wird. Durch zunehmende Gewöhnung an das Suchtmittel besteht die Tendenz, die Dosis bzw. die Zahl der Stimuli zu steigern. Einer Abhängigkeit liegt der Drang zugrunde, die psychischen Wirkungen des Suchtmittels zu erfahren, zunehmend aber auch das Bedürfnis, unangenehme Auswirkungen ihres Fehlens (Entzugserscheinungen wie Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Angstzustände, Schweißausbrüche) zu vermeiden. Abhängigkeit wird heute als Krankheit angesehen.

Unter den stoffgebundenen Abhängigkeiten rangieren in unserem Lande die Nikotinabhängigkeit (ca.10 Mio.) und die Alkoholabhängigkeit (ca.1,3 Mio.) an erster Stelle. Die psychotropen Effekte des Nikotin bleiben überschaubar, während die somatischen Konsequenzen, d.h. die Folgeerkrankungen des Konsums zahlreich sind. Der Nikotinentzug ist medizinisch recht einfach zu behandeln, die Folgeerkrankungen werfen aber erhebliche Probleme auf. Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit, auf die im Folgenden näher eingegangen wird, gestaltet sich im Vergleich dazu wegen der ausgeprägten psychotropen Wirkung des Äthylalkohols und der deutlich schwereren Entzugsproblematik sehr viel schwieriger.

2 Epidemiologische Daten der Alkoholabhängigkeit anhand des DHS-Jahrbuches 2012

Ca. 1,3 Mio. Menschen in Deutschland erfüllen die Kriterien der Diagnosenummer F10.2 (Alkoholabhängigkeit) nach ICD10-Kriterien: Danach kann das Vorliegen einer Abhängigkeit diagnostiziert werden, wenn in den letzten 12 Monaten mindestens drei der folgenden sechs Kriterien erfüllt waren:

- Craving (Für das unstillbare Verlangen nach Stoff oder sonstigem Stimulus wird im allgemeinen der englische Begriff craving in der deutschen Fachliteratur gebraucht)
- Kontrollverlust
- Entzugerscheinungen, die durch Drogenkonsum gemildert werden
- Toleranzentwicklung
- Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums
- Konsum trotz Nachweis von Folgeschäden

Ca. 2,0 Mio. Menschen in der Bundesrepublik erfüllen die Kriterien von F10.1 (schädlicher Gebrauch) und weitere 10-14 Mio. betreiben einen riskanten Gebrauch von Alkohol. Im Längsschnitt ist die Häufigkeit der Erkrankung rückläufig, wie auch der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch seit 1990 rückläufig ist. Im WHO Global Status Report lag der Pro-Kopf-Verbrauch in Deutschland in 2004 noch bei 12,89 l. Damit bewegt sich Deutschland unter den Ländern mit den höchsten Konsumzahlen. Nur in Uganda, Luxemburg, Tschechien, Irland, Moldawien, Frankreich, Réunion und Bermuda liegt der Verbrauch noch höher. Die Anzahl der schweren Krankheitsbilder mit komplikationsreichen Folgeerkrankungen nehmen prozentual dabei jedoch zu. Der Zuwachs des Anteils hochprozentigen Alkohols am Markt könnte dafür verantwortlich sein (Gaertner et al in DHS Jahrbuch 2012).

Aktuelle Analysen zu alkoholbezogenen Gesundheitsstörungen und Todesfällen gehen jährlich von etwa 74.000 Todesfällen durch Alkoholkonsum allein (26%) oder durch den Konsum von Tabak und Alkohol bedingt (74 %) aus (John, Hanke, 2002 in DHS Jahrbuch 2012).

Eine psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol wurde im Jahr 2010 in Deutschland als dritthäufigste Einzeldiagnose in Krankenhäusern mit 333.357 Behandlungsfällen diagnostiziert. 25.995 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 20 Jahren wurden 2010 aufgrund eines akuten Alkoholmissbrauchs stationär behandelt.

Die registrierten Behandlungsfälle von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (vollstationäre Krankenhauspatienten und -patientinnen im Alter von 10 bis 20 Jahren wegen einer psychischen Störung durch Alkohol oder wegen der toxischen Wirkung von Alkohol) stiegen in den letzten Jahren deutlich:

2000: 9.514

2001: 11.466

2002: 12.794

2003: 14.105

2004: 16.423

2005: 19.449

2006: 19.423

2007: 23.165

2008: 25.709 (Veränderung zu 2007: 11,0%)

2009: 26.428 (Veränderung zu 2008: 2,8%)

2010: 25.995 (Veränderung zu 2009: -1,6%)

(Statistisches Bundesamt 2012 in DHS Jahrbuch 2012)

Auch wenn sich in den letzten Jahren eine gewisse Stagnation der Fallzahlen abzeichnet, so bestätigen diese Zahlen doch insgesamt die durch die Medien vermittelte öffentliche Wahrnehmung der drastischen Zunahme der Alkoholproblematik bei Heranwachsenden und machen deutlich, warum die kritische Auseinandersetzung mit der Erkrankung immer wichtiger wird.

Eine gesundheitsökonomische Schätzung für das Jahr 2007 ergab, dass sich die durch den Alkoholkonsum verursachten direkten und indirekten Kosten auf 26.7 Mrd. Euro belaufen (Adams und Effertz 2011 in DHS Jahrbuch 2012).

In der Deutschen Suchthilfestatistik 2009 liegen folgende Zahlen aus den Einrichtungen der Entwöhnungstherapien vor:

Mit 110.004 Patienten in ambulanten und stationären Einrichtungen ist Alkohol für die höchste Anzahl an zu betreuenden Personen wegen einer substanzgebundenen Abhängigkeit verantwortlich. Mit einem Verhältnis von 1: 2,9 gibt es mehr Männer mit Alkohol-bezogenen Störungen als Frauen in ambulanten und stationären Einrichtungen. Die Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit kommt häufig zusammen mit Tabakkonsum und -abhängigkeit (ambulant: 29%, stationär: 74%) und seltener auch mit Cannabiskonsum und -abhängigkeit als zusätzlicher Diagnose zusammen (ambulant: 6%, stationär: 13%). Patienten mit der behandlungsleitenden Diagnose Alkoholabhängigkeit sind im Mittel die ältesten unter den Suchtpatienten (ambulant: 43 Jahre, stationär: 45 Jahre). Störungen im Zusammenhang mit Alkohol gehen sehr häufig mit Erwerbslosigkeit einher (ambulant: 40%; stationär: 47%). Patienten mit alkoholbezogenen Störungen befinden sich im Vergleich zu anderen Substanzstörungen häufig in festen Beziehungen (ambulant: 48%, stationär: 45%). Die Behandlungsdauer bei alkoholbezogenen Störungen rangiert im Vergleich zu den anderen Hauptdiagnosegruppen im mittleren Bereich (ambulant) 236 Tage, stationär: 83 Tage). Hinsichtlich des Therapieerfolgs finden sich unter allen Substanzen die besten Ergebnisse bei Patienten mit alkoholbezogene Störungen: 65% der ambulanten und 84% der stationären Patienten beendeten die Therapie in 2009 planmäßig (lt. IFT -Institut für Therapieforschung München, das Basisdokumentationsdaten aus den unten genannten Einrichtungen auswertet).

Die vorangestellten Zahlen belegen also gut die Relevanz der Alkoholabhängigkeit für das Gesundheitssystem und damit auch für das Gesellschaftsleben. Das Gesundheitssystem hält unterschiedliche Instrumenten der Suchtkrankenhilfe vor:

In Deutschland stehen laut DHS über 1000 Beratungsstellen für Abhängigkeitserkrankte zur Verfügung mit unterschiedlichsten Angeboten (Zitat DHS Jahrbuch 2009 S.6): Das durch das IFT (Institut für Therapieforschung München) geführte Register der Facheinrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland weist validierte Einträge von rund 1.320 ambulanten und etwa 420 stationären Einrichtungen in Deutschland auf (Stand: September 2010).

3 Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit in Deutschland

3.1 Historische Entwicklung

Die Alkoholabhängigkeit wurde erst 1968 in den allgemeinen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Dem ging ein langes Ringen um die Einordnung der Alkoholabhängigkeit zwischen einer Verhaltensauffälligkeit mit entsprechender moralischer Bewertung und dem Anerkennen eines Krankheitswertes mit der entsprechenden moralisch-ethischen Entlastung der Betroffenen voran.

In Deutschland fanden die ersten stationären Behandlungen in den vom katholischen Kreuzbund gegründeten sogenannten Trinkerheilstätten statt. Die erste Einrichtung wurde in der ersten Dekade des 20. Jahrhundert eröffnet und besaß den Charakter einer Erziehungs- und Besserungsanstalt, in der auf der Basis eines rigiden Regelwerks im Sinne einer „schwarzen Pädagogik“ behandelt wurde. Es wurde aber immerhin der Versuch gemacht sich auch ärztlich dem Abhängigkeitsproblem in konstruktiver Weise zu nähern.

Diese frühen therapeutischen Ansätze wurden in Deutschland zwischen 1933-1945 wieder in den Hintergrund gedrängt. Abhängigkeitserkrankte mit ausgeprägten Krankheitsverläufen gelangten in den Fokus sich zum Instrument der Nationalsozialisten machender „Ärzte“ und wurden so Opfer der Euthanasie. Vor diesem Hintergrund verwundert die 23 Jahre lange Phase (von 1945-1968) bis es zur Einordnung der Alkoholabhängigkeit in den Bereich der anerkannten Erkrankungen kam. Vielleicht spielte das äußere Erscheinungsbild der Erkrankung und die innere Distanz auch von Ärzten gegenüber den schwersten Verläufen mit Obdachlosigkeit und Verlust der menschlichen Würde dabei eine Rolle.

3.2 Therapeutischer Zugang

Vor allem durch die Auseinandersetzung der tiefenpsychologisch ausgerichteten Psychotherapeuten mit dem Wesen der Abhängigkeitserkrankung und den speziellen (Gegenübertragungs)-Reaktionen, die sie bei den Behandlern hervorruft (Schwoon und Krausz 1990, Ebi 2000) hat sich eine deutliche Veränderung und Verbesserung der Situation Abhängigkeitskranker entwickelt.

Dazu gehört die Bereitstellung eines niedrighschwelligem Beratungs- und Kontaktangebots, das keine Verpflichtung zur Behandlung erfordert und den Betroffenen schon in der Phase seiner Absichtslosigkeit und der fehlenden Behandlungsmotivation ansprechen soll. Gemäß dem transtheoretischen Modell Prochaska und DiClemente (1982) können Abhängigkeitserkrankte die verschiedenen Phasen der Motivation und Absichtsbildung mehrmals durchlaufen, ohne dass ein Behandler die Möglichkeit bekommt, in das Krankheitsgeschehen gezielt einzugreifen.

3.3 Phasenmodell der Alkoholabhängigkeit nach Jellinek

Die vier Phasen der Abhängigkeit beschrieb E. M. Jellinek (1951) in einer heute noch akzeptierten Form:

- *Prodromalphase*: Der Konsum ist in den sozialen Kontext eingebettet, es werden aber bevorzugt Situationen aufgesucht, in denen konsumiert wird. Es entwickelt sich eine Toleranz, die dazu führt, dass die Trinkmenge erhöht werden muss, um den angestrebten psychischen Zustand zu erreichen. Die Leistungsfähigkeit ist bereits reduziert, dies kann aber noch kompensiert werden und fällt im sozialen Umfeld unter Umständen nicht auf.
- *Symptomatische Phase*
- Symptome manifestieren sich im Sinne von Folgeschäden. Craving und Konsum verdrängen frühere Verhaltensweisen. Die Toleranz hat zugenommen, immer größerer Mengen müssen konsumiert werden, um die erwünschte Wirkung zu erzielen. Körperliche Abhängigkeit kann bereits vorliegen.
- *Kritische Phase*
- Kontrollverluste prägen diese Phase, in der aber auch abstinenten Phasen möglich sind. Das Ausmaß körperlicher und sozialer Folgeschäden ist bereits groß. Der Konsum ist zum Lebensmittelpunkt geworden, dem anderer Inhalte untergeordnet werden. Abstinenzphasen bzw. -fähigkeit sind seltener geworden. Die sozialen Folgen sind z.T. schon weitreichend (Arbeitslosigkeit, Trennungen von Lebenspartnern, Freunden und Arbeitskollegen).

- *Chronische Phase*
- Der Konsum ist noch deutlicher in den Lebensmittelpunkt gerückt unter Vernachlässigung aller relevanten Lebensbereiche. Soziale und körperliche Folgen der Erkrankung werden in Kauf genommen. Obdachlosigkeit und schwerste Folgeerkrankungen sind gehäuft anzutreffen.

3.4 Die Bausteine der Suchtkrankenbehandlung in Deutschland

Durch die Zurückhaltung in der Beratungssituation mit fehlender Moralisierung des Geschehens soll dem Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden, das ihm eigene Problembewusstsein zu entwickeln und weiterführende Hilfen in jeder der genannten Phasen anzunehmen. Als nächste Schritte bei Entwicklung einer Motivation zur Behandlung können dann von der Beratungsstelle Kontakte zur Entzugsstation hergestellt werden falls eine Entzugsbehandlung erforderlich sein sollte. Diese ist in den meisten Fällen einer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit notwendig und sollte als sogenannter „qualifizierter Entzug“ durchgeführt werden. Der qualifizierte Entzug ist durch die Integration von psychoedukatorischen und psychotherapeutischen Instrumenten dem einfachen somatischen Entzug deutlich überlegen, erreicht mehr Betroffene und zeigt eine messbar bessere Wirksamkeit bspw. in der Abstinenzrate 6 bzw. 12 Monaten nach der Behandlung. Die Behandlung wird gemäß dem SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert, sollte eine Dauer von 21 Tagen nicht unterschreiten und kann sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt werden. Aufgrund der multiplen psychischen und somatischen Folgeschäden können aber erheblich längere Behandlungszeiten erforderlich sein. In der Realität einer qualifizierten Entgiftungsstation müssen sich die dort tätigen Ärzte allerdings mit deutlich abweichenden „Regeln“ der Medizinischen Dienste der Krankenkassen auseinandersetzen. Diese ignorieren die evidenzbasierten Empfehlungen und sehen bspw. in Berlin lediglich eine Dauer von 7 Tagen für eine Entzugsbehandlung vor. Jeder längere Aufenthalt muss mit entsprechender Schilderung psychischer oder somatischer Komplikationen beantragt werden, was letztlich einen erheblichen Mehraufwand an Zeit für die Dokumentation bedeutet.

In verschiedenen Studien wurde belegt (Mann 2006), dass nur ein Teil der Betroffenen allein mit dem qualifizierten Entzug erfolgreich ist. Der andere Teil der Betroffenen, der recht rasch wieder rückfällig wird, profitiert von einer sich an die

Entzugsbehandlung anschließenden Entwöhnungsbehandlung, die ebenfalls vollstationär, ganztägig ambulant (zum Beispiel Montag-Freitag 08.00-16.30 Uhr) oder auch ambulant (mit 2 Terminen/Woche) nach dem Leistungskatalog der Deutschen Rentenversicherungen (das SGB VI regelt den Rehabilitationsbereich, das SGB V den Krankenhausbereich) durchgeführt wird. Bei der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sind im vollstationären Rahmen Behandlungsdauern von 12-16 Wochen vorgesehen, je nach Schwere der Krankheitsfolgen. Für die Kostenträger ist neben der gezielten Behandlung der Erkrankung auch die sozialmedizinische Seite der Erkrankung bedeutsam, da Abhängigkeitserkrankungen die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährden. Die Durchführung einer Entwöhnungstherapie verbessert die Prognose in dieser Frage messbar: Nach einer Statistik der DRV Bund von 1999 verließen 89% der Patienten die Kliniken erwerbsfähig. Auch die auf die Abhängigkeitserkrankung bezogenen Daten versprechen eine günstige Prognose: Zemlin et al berichteten 1999 nach (damals noch) 6-monatiger Behandlung ein Jahr später über eine Quote von 60% abstinenten Patienten. Im Vergleich berichten Fleischmann et al (im Positionspapier der Leiter von Suchtabteilungen in bayerischen Bezirkskrankenhäusern zur Entzugsbehandlung von Alkoholkranken gem. § 3 der Empfehlungsvereinbarung vom 20.11.1978 (2001)) nur 3% abstinent lebende Patienten 1 Jahr nach einer ausschließlich somatischen Entgiftung.

3.5 Konzepte der Entwöhnungstherapie

Die Konzepte der Entwöhnungstherapie basieren sowohl auf tiefenpsychologisch-analytischen als auch verhaltenstherapeutischen Theorien. Als evidenzbasiert gelten die kognitive Verhaltenstherapie und die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie nach Heigl-Evers (Schmidt et al. 2006). Die Verschiedenartigkeit dieser Konzepte ist auch ein Ausdruck der Vielfalt von Suchttheorien, die integriert begriffen werden müssen, „um ein praktisch relevantes Verständnis für das Phänomen der Abhängigkeitserkrankungen zu erlangen“.

In diesem Konzept kommt hierfür biologisch-genetischen Faktoren, sozialgesellschaftlichen Faktoren und psychologischen (psychodynamische oder lerntheoretische) Faktoren eine Bedeutung zu. Diese Faktoren bilden ein Spannungsfeld von genetischen Prädispositionen über gesellschaftlich-soziale

Kontextbedingungen bis hin zu den individuellen Persönlichkeitsmerkmalen ab, in dem sich eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt.

4 Theorien der Entstehung von stoffgebundenen Abhängigkeiten

Die genannten Faktoren sind auf den folgenden Erklärungsebenen wirksam, die je nach Konzept unterschiedlich in der Therapie Einfluss finden und werden hier am Beispiel der Lehrbücher von Gastpar et al (1999) und Feuerlein (1986), aber auch orientiert an der Darstellung des Instituts für Suchtprävention Oberösterreich (<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.22/view.137/level.3/> 03.01.2014) im Detail dargestellt und bewertet werden:

*Die **sozial/gesellschaftlichen Modelle** versuchen anhand gesellschaftlicher Einflüsse die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen zu erklären. Folgende Aspekte können als bedeutsam angesehen werden:*

- *Allgemeine Schwierigkeiten des Einzelnen, sich in einer Gesellschaft zurechtzufinden, in der soziale Risiken, wie etwa arbeitslos zu werden, zunehmend individualisiert werden.*
- *Fehlen oder Mangel an Zukunftsperspektiven vor allem im Arbeits- und Ausbildungsbereich.*
- *Verführung zu Suchtmittelkonsum durch entsprechende Leitbilder und Werbung für Suchtmittel oder Schönheitsideale.*
- *Erlebnis- und Konsumorientierung*
- *Belastungen in Ausbildung, Arbeit, Freizeit*
- *„Peergroup Effekt“: Der erste Suchtmittelkonsum vollzieht sich in der Regel nicht isoliert, sondern innerhalb einer Gruppe von Gleichaltrigen.*
- *Familiäre Einflüsse: z. Bsp. fehlerhafte Erziehungsstile (zu viele oder zu wenige Grenzen, mangelnde Konsequenz), Vorbildverhalten, Beziehungskrisen.*

*Die **psychologischen Modelle** suchen die Ursache des Drogengebrauchs und der Drogenabhängigkeit im Individuum. Die wichtigsten Theorien sind der psychoanalytische Ansatz, das lerntheoretische Erklärungsmodell und systemische Theorien.*

Nach dem **psychoanalytischen Ansatz** wird die Ursache der Sucht in einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung, basierend auf den Konzepten der Triebtheorie, Ich-Psychologie, Objektbeziehungstheorie, und der Selbstpsychologie, gesehen. Da der Untersuchungsrahmen unserer Studie durch das psychoanalytisch-interaktionelle

Konzept geprägt ist, wird der psychoanalytische Ansatz im folgenden Absatz etwas genauer beschrieben:

S. Freud, S. Ferency und A. Kielholz sind als wesentliche Begründer der Triebtheorie der Sucht zu benennen, da sie die Funktion der stofflichen Abhängigkeit bei der Lösung intrapsychischer Konflikte (Neurosenkonstrukt) beschrieben. Sie subsumierten aber auch eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung im Sinne einer Fixierung auf der oralen Stufe der psychosexuellen Entwicklung, die eine nachhaltige Auswirkung auf die Fähigkeiten eines Menschen zur (auch sexuellen) Beziehungsgestaltung haben kann. In der Theorieentwicklung der Psychoanalyse stand die stoffgebundene Abhängigkeit jedoch eher im Hintergrund. Auch in der historischen Weiterentwicklung der psychoanalytischen Theorie stand das Phänomen der Abhängigkeitserkrankungen zunächst nicht im Fokus. Als wesentliche theoretische Grundlagen können in der historischen Entwicklung der Sucht-Konzepte die Ich-Psychologie (Anna Freud 1936 und Hartmann 1950), die Selbstpsychologie (Kohut 1979) und die Objektbeziehungstheorie nach Klein (1972), Mahler (1985), Spitz (1946) und Winnicott (1953) betrachtet werden. Aufbauend auf diesen Theorien setzten sich verschiedene Autoren mit dem Phänomen der Abhängigkeitserkrankung aus psychoanalytischer Sicht auseinander. So beschreiben Krystal und Raskin (unter Bezugnahme auf S. Radö, der bereits 1934 über die „Psychoanalyse der Pharmakothymie“ schrieb) 1970 den Selbstheilungsversuch, den der Abhängige mit Hilfe des Suchtmittels unternimmt. Er heilt den Zustand unvollständiger psychischer Abwehr, mit der er sich ansonsten gegenüber Ängsten und Unlust zur Wehr setzen kann. Sie begriffen dies als Entwicklungsstörung, die in den Begrifflichkeiten der Objektbeziehungstheorie als Mangel der Fähigkeit zur Selbstberuhigung aufgrund des Fehlens notwendiger positiver Objektbeziehungserfahrung entstanden ist. Voigtel aggregiert dies 1996 in seinem Artikel „Die Überlassung an das unbelebte Objekt. Zur begrifflich-diagnostischen Abgrenzung der Sucht“. Hier beschreibt er einerseits Ich-psychologische Aspekte der Sucht unter Bezug auf Krystal und Raskin, andererseits in Bezug auf die Objektbeziehungstheorie die (Objekt-)Beziehungsaspekte der Sucht. Dabei identifiziert er unzureichend differenzierte Abbildungen der Primärobjekte (in der Regel Vater und Mutter) in der psychischen Struktur, die wiederum eine unzureichende Fähigkeit zur Angst- und Schmerzregulation aber auch zur Beziehungsregulation bedingen. Das Suchtmittel besitzt dabei eine fast magische Wirkung als Substitut nicht gemachter

Beziehungserfahrungen, was schlussendlich in die stoffliche Fixierung führt. Reale Beziehungen werden zugunsten des Suchtmittels vernachlässigt bzw. aufgegeben. Für die Therapie der Abhängigkeitserkrankung ergibt sich daraus die Konsequenz, dass auf die Regenerierung der realen Beziehungen geachtet und eine Fortsetzung der stofflichen Fixierung kritisch reflektiert werden muss - also auch in Bezug auf die Gabe von Medikamenten. Die Kenntnis dieses theoretischen Hintergrundes ist wichtig, um immer wieder kritisch zu hinterfragen, ob im Arzt-Patient-Verhältnis eine lebendige Beziehung entsteht, oder ob der Arzt mehr als „Dealer“ von Medikamenten wirksam wird. Die Problematik dieses Themas wird anhand des Arzneimittelreportes der Barmer GEK vom Juni 2011 deutlich, aber auch anhand der Berichte der MDK der gesetzlichen Krankenkassen über das Verschreibungsverhalten niedergelassener Ärzte in Bezug auf Benzodiazepine. In Berlin hat sich in 2012 an der Landesstelle für Suchtprävention eine Arbeitsgruppe gebildet, die mit einem Maßnahmenkatalog Einfluss auf diese Verhalten nehmen will.

*Im **lerntheoretischen Modell** wird die Persönlichkeitsentwicklung gleichgesetzt mit den Lernerfahrungen des Individuums. Sucht gilt als erlerntes Verhalten. Nach Birbaumer und Schmidt (2006) tragen Mechanismen der klassischen und operanten Konditionierung zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Substanzabhängigkeit bei. Die Frequenz und Intensität des Missbrauchs wird durch operante Mechanismen bedingt, während die Abhängigkeit nach ICD 10 durch Mechanismen der klassischen Konditionierung entsteht.*

***Systemische Theorien** heben vor allem auf die Dynamik und die Beziehung innerhalb eines familiären Systems ab. Die Genese der Abhängigkeitserkrankung ist untergeordnet, es wird vielmehr danach gefragt, welche Mechanismen innerhalb des familiären Systems die Erkrankung aufrechterhalten bzw. verändern.*

*Der **biologische Theorieansatz** versucht, stoffgebundene Abhängigkeiten auf biologische Prozesse und Gesetzmäßigkeiten zurückzuführen. Die unterschiedlichen Suchtsubstanzen greifen in den Stoffwechsel der Neurotransmitter ein und bewirken Konzentrationsveränderungen. Alkohol verstärkt die GABA-erge Hemmung und verringert die L-Glutamat vermittelte Erregung (Julien 1997). Langfristig kommt es zu einer Downregulierung von GABA-Rezeptoren und zu einer Vermehrung von Dopamin- und Glutaminrezeptoren. Man geht heute davon aus, dass eine*

psychoaktive Substanz zum Missbrauch führen kann, wenn sie hirneigene Mechanismen aktiviert und ein subjektiv empfundenes Belohnungsgefühl - im Belohnungssystem des Zentralnervensystems - erzeugt.

Unter natürlichen Bedingungen wird dieses System durch lebensnotwendige Prozesse wie Essen, Trinken, Sexualverhalten, Fürsorgeverhalten usw. aktiviert. Die neurobiologischen Theorien führen die Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht vor allem auf Stoffwechselfvorgänge im Gehirn zurück und vermuten eine Anfälligkeit bestimmter Personen für Suchtverhalten.“ So führten Heinz und Mann auf einem State-of-the-Art-Symposium anlässlich des DGPPN-Kongresses 2010 aus, dass Menschen mit einer großen Toleranz für Alkohol ein erhöhtes Risiko aufweisen, eine Alkohol-Abhängigkeit zu entwickeln.

5 Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depressionen

Unter anderem durch die Auseinandersetzung der Psychotherapie mit dem Wesen der Abhängigkeitserkrankung und den speziellen (Gegenübertragungs)-Reaktionen, die sie bei den Behandlern hervorruft, hat sich inzwischen eine deutliche Veränderung und Verbesserung der Situation Abhängigkeitserkrankter entwickelt. Sowohl für die Akutbehandlung als auch die Postakutbehandlung der alkoholbezogenen Störungen existieren den Kriterien der Evidence Based Medicine verpflichtete Leitlinien (1. Schmidt et al. 2006 2. Geyer et al: AWMF-Leitlinie der Postakutbehandlung der alkoholbezogenen Störung 2006). Bei kritischer Durchsicht dieser Dokumente fällt jedoch eine Diskrepanz zwischen den medikamentösen Therapieempfehlungen für die Entzugsphase und die Postakutphase (Entwöhnungstherapie) auf. Für diese Postakutphase finden sich nur wenige Empfehlungen für die Behandlung von Depressionen bei Abhängigkeitserkrankten. Die Empfehlungen erwähnen zwar die Notwendigkeit der Behandlung beider Störungen, gehen aber nicht auf die dadurch entstandenen Komplikationen und Besonderheiten ein. In der Leitlinie der DRV Bund zur voll- und teilstationären Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit unterbleiben Empfehlungen zur Pharmakotherapie ganz, obwohl Depressionen bei der Alkoholabhängigkeit eine anerkannte klinische Bedeutung haben. Einerseits können Depressionen im Sinne eines „Selbstbehandlungsversuches“ zur Alkoholabhängigkeit führen (sogenannte primäre Depression), andererseits geht die Alkoholabhängigkeit, vor allem in der Phase eines Entzuges, häufig mit einer Depression einher, die als sekundäre Depression bezeichnet wird. Insgesamt liegt bei 24,8 % aller männlichen Patienten und 48,5 % aller weiblichen Patienten eine Komorbidität vor (Soyka und Lieb 2004). Daraus ergibt sich die Bedeutung von Depressionen als Auslöser eines Rückfalles, aber auch die umgekehrte Kausalität.

Mit dem Zusammenhang von Komorbidität psychiatrischer Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen hat sich insbesondere auch Driessen (2001) beschäftigt, der vier Modelle der Komorbidität unterscheidet: 1. Zufallsmodell 2. Spektrum oder phänomenologisches Modell 3. Risikofaktormodell und 4. interaktionelles Modell. Dem Zufallsmodell und dem Spektrummodell maß er keine Bedeutung bei, fand aber Studienergebnisse, die Hinweise auf den Risikozusammenhang und den Interaktionellen Zusammenhang lieferten. Er zitiert hinsichtlich des konkreten

Nutzens von Antidepressiva zur Behandlung der Depression die Arbeiten von Cornelius 1997, 2000 sowie die Einschätzung von Wetterling hinsichtlich der dürftigen Studienlage zur Wirksamkeit und zum Risiko von AD bei Alkoholabhängigkeit. Der augenblickliche Stand der Forschung hinsichtlich der Komorbidität wird im Kapitel 6 vertieft.

5.1 Probleme in der Behandlung von Depressionen und Alkoholabhängigkeit

Die Leitlinien zur Komorbidität von Depressionen und Alkoholabhängigkeit beschränken sich im Zusammenhang mit den assoziierten Depressionen auf die rein phänomenologische Klassifikation der ICD10. Nach den Ursachen (z.B. primäre Depression versus sekundäre Depression) wird aus suchttheoretischer Sicht nicht gefragt. Dieser Spielraum führt zu einem pharmakologischen Polypragmatismus. Aus der Perspektive der Entwöhnungstherapie stellt sich dabei immer wieder die Frage, ob bei einer Klientel, die mit dem dosierten Gebrauch von Substanzen überfordert ist, nicht Leitlinien mit sehr viel präziseren, konkreten Empfehlungen für den Einsatz von Medikamenten erforderlich sind.

Diese Frage erwächst auch aus den Erfahrungen des Autors als Ltd. Oberarzt einer Entwöhnungsklinik, in der er regelmäßig Psychoedukationsseminare zum Thema des kritischen Umgangs mit Medikamenten abhält und folgende Beobachtung macht: In Stichproben geben ca.75% der Patienten an, regelmäßig Medikamente einzunehmen. Bei der Frage, ob sie die Wirkung der Medikamente kennen und sich ausreichend über Risiken und Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen informiert fühlen, melden sich aus dieser Gruppe nur 15 % der Patienten. Es kann argumentiert werden, dass sich dieses Ergebnis auch in jeder anderen Population reproduzieren lässt. Dem entgegen halten kann man freilich das Ausmaß an somatischer Komorbidität in dieser Gruppe, das gegenüber einer Kontrollpopulation von im Schnitt 47-jährigen Patienten als deutlich höher geschätzt werden darf.

Der kritiklose Umgang mit Medikamenten ergibt ein hohes Risiko für pharmakologisch bedingte Zwischenfälle aufgrund von Interaktionen mit u.U. lebensbedrohlichen Folgen. Als Beispiel ist die sorglose Einnahme von Antikoagulanzen oder Antiepileptika unter Beibehalten des Alkoholkonsums in toxischen Dosen zu nennen, der sich immer wieder in den Anamnesen dieser Patienten finden lässt. Als Untersucher reagiert man immer wieder irritiert auf die parathymen Schilderungen von Patienten über die medizinischen Folgen dieser

Haltung. Patienten schildern diese Ereignisse, ohne einen Bezug zu sich erkennen zu können.

Zwischenfazit: die Verordnung von Medikamenten muss bei Abhängigkeitserkrankten immer sehr sorgfältig getroffen werde. Sie muss die Compliance des Patienten in besonderer Weise berücksichtigen auch vor dem Hintergrund der Frage des aktuellen Konsummusters bzw. der Abstinenzfähigkeit.

Erwähnt werden muss an dieser Stelle auch die aktuelle Diskussion zu den Risiken bzw. der angeblichen Harmlosigkeit von „Neuroenhancern“ (vgl. Soyka et al 2009, Weiergräber und Broich 2011) als Ausdruck einer gesellschaftlichen Tendenz, Stoffe zur gezielten Regulation von Erlebenszuständen und der Hirnleistungsfähigkeit einzusetzen. Es bleibt anderen Untersuchungen vorbehalten, deren Auswirkung auf die Schwelle zur Einnahme zentralnervös wirksamer Substanzen in der Bevölkerung zu untersuchen. Bei der Betrachtung der Zahlen aus einer Pressemitteilung der **AOK Rheinland/Hamburg** vom 30.03.2011 hinsichtlich der Verordnungsentwicklung von Antidepressiva in den letzten 10 Jahren ist die Tendenz jedoch deutlich: Es werden im Vergleich von 2009 zu 2010 12,8% mehr AD verschrieben. Die Anzahl der antidepressiv behandelten Menschen stieg in dieser Zeit um 21,4%. Bestätigt wird diese Tendenz auch durch den Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse aus 2010, der in den Jahren von 2006-2009 eine Zunahme der verschriebenen „Arzneimittel zur Behandlung des Nervensystems“ um 33% feststellte.

Im Arzneimittelreport 2011 der GKV zeigte sich, dass sich die Verordnung von Antidepressiva in den letzten 15 Jahren verdreifacht hat. Müller-Oerlinghausen und Lohse forderten 2011 daher eine kritische Auseinandersetzung damit, „wer diese Medikamente für wen verschreibt?“.

Das ausschließlich ICD-10 bezogene Denken verführt zum „getrennten Wahrnehmen“ von Krankheitsentitäten und der stillschweigenden Annahme, diese einzeln leitliniengetreu behandeln zu können. In der Realität kommt es aber zu einer unübersichtlichen pharmakologischen Situation und dem Übersehen der Zusammenhänge zwischen einzelnen Symptomen wie der Alkoholabhängigkeit, Depression, Angst und Schlafstörungen. Es erscheint nicht sinnvoll, diese zu behandeln, als seien sie einzeln im zentralen Nervensystem ansteuerbar und

behandelbar. Vielmehr ist ein integratives Verständnis der Abhängigkeitserkrankung und ihres multimorbiden Erscheinungsbildes notwendig. Die bereits zitierte Übersichtsarbeit von Soyka und Lieb (2004) unterstreicht dies, wenn die Autoren auf dem Hintergrund der existierenden Studienlage einräumen, dass „die Unterscheidung zwischen depressiver Symptomatik und Entzugssymptomatik diagnostische Probleme bereitet“.

Betrachtet man im klinischen Alltag einer Entwöhnungstherapie den Verlauf der Therapien, fallen die bereits erwähnten Unterschiede in der Behandlung auf der Entzugsstation auf: Ein Teil der Patienten erhält bspw. bereits während des noch messbaren körperlichen Entzuges eine antidepressive Medikation zur Verbesserung des Schlafes, während ein anderer Teil den gesamten Entzug ohne zusätzliche Medikation (über Diazepam oder Clomethiazol hinaus) bewältigt. Auffällig erscheint dabei, dass sich in Stichproben diese Gruppen nicht voneinander unterscheiden und sich somit die Frage nach den Indikationen für diese zusätzlich gegebenen Medikamente stellt. Es kann zum Beispiel die Frage gestellt werden, ob die Leitlinie, Depressionen bei Abhängigkeitserkrankten frühestens ab dem 15. Tag der Entgiftungsbehandlung medikamentös zu behandeln, in praxi beachtet wird.

5.2 Die aktuelle S3-Leitlinie zur Behandlung von Depressionen

In der aktuellen S3-Leitlinie der DGPPN zur Behandlung der unipolaren Depression (2010) finden sich sinngemäß lediglich folgende Aussagen und Empfehlungen betreffend die medikamentöse Behandlung bei Abhängigkeitserkrankungen:

- 3-58: Fluoxetin, Desipramin und Mirtazapin reduzieren bei Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depression die Depressivität und das Rückfallrisiko
- 3-59: Bei Vorliegen einer Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depression reduziert die antidepressive Psychotherapie depressive Symptome, sowohl in Kombination mit einer Pharmakotherapie als auch einer Entwöhnungstherapie
- 3-60: Unabhängig von einer notwendigen Krisenintervention sollte bei Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depression eine Depressionsbehandlung nicht vor einer 2-4-wöchigen Abstinenz begonnen werden, da erst dann eine valide Depressionsdiagnostik möglich ist. In einer akuten Situation (z.B. einer schweren depressiven Episode oder bestehender Suizidalität) ist der Behandlungsbedarf sofort gegeben.

Diese Leitlinie stimmt in groben Zügen mit der AWMF-Behandlungsleitlinie von 2003 (Mundle et al) überein. Letztere wird zur Zeit einer Aktualisierung unterzogen. Es bleibt abzuwarten, ob sich die Leitlinien weiter annähern.

5.3 Risiken in der medikamentösen Behandlung

Über die Problematik der fehlenden Überzeugung der Klientel hinsichtlich der Wirksamkeit einer „spontanen Remission“ (eigentlich Abstinenz) und dem Überwiegen einer „stofflichen Fixierung“ bei möglichen Placeboeffekten der Medikation finden sich in den Leitlinien keine Hinweise. Auch auf die Häufung von Risiken durch die zahlreichen somatischen Folgeerkrankungen und damit auch möglichen Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten wird in den Leitlinien nicht hingewiesen. Ein aktuelles Beispiel ist der Artikel von Hillemacher et al. (2012), in dem der Einsatz von Agomelatin bei Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und depressiven Störungen erwogen wird. Nach dem zuvor noch über das Risiko von sedierenden Substanzen berichtet wird, findet sich kein Hinweis auf die potentielle Leberschädigung durch Agomelatin wie sie 2012 in der Drug safety mail der ÄKdÄ beschrieben wird.

5.4 Sozialmedizinische und sozialrechtliche Rahmenbedingungen

Bemerkenswert erscheint im bislang benannten Zusammenhang auch die Tatsache, dass einige MDK die Qualität einer Entzugsbehandlung an der Verordnung von Medikamenten bemessen. Die Anträge auf Verlängerung der Entzugsstation werden von diesen MDK nur positiv beantwortet, wenn medikamentöse Verordnungen erkennbar wurden. Als Beispiel wird hier aus einem diesbezüglich kritischen Beitrag von Zemlin et al (1999) zitiert:

„...Die Entwicklung im Jahr 1997 zeigt stattdessen die Tendenz der Kostenträger, unter Einsparungsdruck die Grenzen ihrer Leistungspflicht immer restriktiver zu definieren und damit angemessene therapeutische Vorbereitungen und sinnvolle Überleitungen immer stärker zu behindern. So wird inzwischen hessenweit durch die Krankenkassen und ihren medizinischen Dienst (MDK) versucht, Entzugsbehandlungen ungeachtet weiterer Perspektiven pauschal auf 10 bzw. 14 Tage zu begrenzen. Während in den vergangenen Jahren in der Regel auch die

Krankenkassen bemüht waren, ihre Leistungspflicht im Sinne einer Gesamtperspektive zu verstehen, so wird nun die unglückliche Trennung zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation verstärkt dazu benutzt, ungeachtet der erreichten Stabilität eines Abhängigen Regelbehandlungszeiten für Entgiftungen durchzusetzen und damit möglichst schnell weitere Kosten abzuwälzen (Anmerkung: auf den Rentenversicherungsträger). Hierin spiegelt sich die Tendenz, zu einem veralteten Krankheitskonzept zurückzukehren, welches sich auf die rein körperliche Ebene reduziert und die psychischen Anteile der Abhängigkeit als im wesentlichen nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig versteht. Damit kehren wir zurück zur Sichtweite einer psychiatrischen Erkrankung zweiter Klasse und entfernen uns bedenklich von einer fachgerechten Behandlung, die die körperliche und psychische Dimension ganzheitlich erfasst.

- Nach Auffassung der Krankenkassen benötigt die "Stabilisierung" nach Abklingen des 5-tägigen körperlichen Entzuges weitere 5 Tage. Ein längeres Andauern dieser Symptome zwingt einen verantwortungsbewussten und primär dem Wohl des Patienten innerlich verpflichteten Behandler bei der gegenwärtigen Kostenpolitik zur Fixierung psychiatrischer Zweitdiagnosen, psychiatrisch-medikamentöser Behandlung und einer störungsorientierten Dokumentation.“

Dazu passend belegt folgendes Gerichtsurteil die Haltung des MDK Sachsen zur Dauer von Entgiftungsbehandlungen und der eingeschätzten Bedeutung von Medikamenten (vgl. Homepage der TK Sachsen: TK-Lex>Gerichtsentscheidungen www.lexsoft.de):

Gericht: LSG Sachsen

Datum: 21.03.2007

Aktenzeichen: L 1 KR 50/03

Entscheidungsform: Urteil

Jurion Fundstelle: LNR 2007, 38329

§ 27 SGB V

Rechtsgrundlagen: § 39 Abs. 1 SGB V

§ 112 SGB V

Verfahrensgang: 1. SG Dresden - 13.03.2003 - AZ: S 16 KR 21/00
2. LSG Sachsen - 21.03.2007 - AZ: L 1 KR 50/03

(Anmerkung: beim Kläger handelt es sich um den Krankenhausträger, bei der Beklagten um die Krankenversicherung)

„...Die Beklagte hat daraufhin erwidert, die stationären Behandlungen des Beigeladenen zu 1 seien während der streitgegenständlichen Zeiträume nicht notwendig gewesen. Denn diese hätten der Entwöhnung sowie der Abstinenzmotivation und Stabilisierung gedient, wofür die Krankenkasse nicht zuständig sei. Die PsychPV beziehe sich auf den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie und könne nicht herangezogen werden, um die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung festzustellen. Ferner sei der PsychPV nicht zu entnehmen, dass die Akutbehandlung eines Suchtkranken regelmäßig 21 Tage beanspruche. In der medizinischen Praxis habe sich eine siebentägige Behandlungsdauer durchgesetzt. Da sich die Medikamente verbessert hätten, könne die Entgiftung mittlerweile auch ambulant durchgeführt werden. Der Kläger habe während der streitgegenständlichen Zeiträume keine Akut-, sondern eine Reha-Behandlung durchgeführt, für die er nicht zugelassen und wofür die Beklagte kein zuständiger Leistungserbringer sei....“

Dieses Urteil widerspricht den aktuellen Leitlinien, in denen eine Dauer von 3-4 Wochen für eine qualifizierte Alkoholentzugsbehandlung angegeben wird (Schmidt et al 2006).

Bei der hier vorgestellten Untersuchung steht deshalb auch die Frage im Hintergrund, ob sich der zuvor dargestellte Standpunkt des MDK, dass die

medikamentöse Behandlung den Hauptanteil der Entzugsbehandlung ausmacht, anhand der Ergebnisse widerlegen lässt. Vorab soll durch eine geeignete Falldarstellung der Vorteil einer zeitlich angemessen erscheinenden Behandlung verdeutlicht werden:

5.5 Fallvignette zur Komorbidität

Der nachfolgend in der Diktion des Entlassungsberichtes der Rehabilitationsbehandlung dargestellte Fall verdeutlicht die Problematik einer Polypharmazie bei einem Patienten, der mit der eigenverantwortlichen Einnahme überfordert erscheint und möglicherweise aufgrund der beeindruckenden Fremdgefährdungssituationen und der Furcht vor einem Rückfall die behandelnden Ärzte zu den dargestellten medikamentösen Handlungsschritten herausfordert. Der Verlauf der Entwöhnungsbehandlung zeigt anschaulich, wie die Medikation durch fest vereinbarte Kontaktangebote innerhalb des Kliniksettings um 2 der angesetzten Substanzen reduziert werden konnte:

Der Patient K.M. wird am 27.10.2010 zur stationären EWT aufgenommen zuvor wurde er vom 07.10. bis zum 20.10.2010 in einer psychiatrischen Station behandelt. Es handelte sich um die 3. stationäre Entzugsbehandlung (erstmalig 2009 mit nachfolgender, 6 Monate anhaltender Abstinenz, 2. Entgiftung 10.05.-23.06.2010 mit Rückfall nach wenigen Wochen).

Als Aufnahme-/Zuweisungs-Diagnosen wurden gestellt:

Alkoholkrankheit (F 10.2)

DD: Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (F 60.30)

ADHS im Erwachsenenalter mit Impulskontrollstörung (F 90.1)

Tabakabhängigkeit (F 17.2)

Auszug aus der medizinischen Anamnese:

Schwangerschaft, Geburt, frühkindliche Entwicklung: war eine Frühgeburt, lag im Brutkasten: Schielamlyopie rechts; habe eine Gehbehinderung und Halbseitenlähmung gehabt; fremdanamnestisch: Z. n. Neugeborenenkrämpfen und Atemstillstand mit Reanimation sowie Hemiparese rechts, unterdurchschnittliche Intelligenz...

Psychiatrische Anamnese: ADHS seit dem 5. Lebensjahr, bis 18. Lebensjahr gut eingestellt mit Methylphenidat zuletzt Concerta®; Borderline-PST diagnostiziert vor fünf Monaten durch die behandelnde Psychotherapeutin, leidet seit 2008 unter Depressionen, medikamentös behandelt mit Bupropion, seit längerem keine Einnahme; vor kurzem Verhaltenstherapie über drei Monate, dann abgebrochen; Gesprächstherapie seit 2009, diffuse Ängste und Panikattacken; Suizidversuche: mit 9 Jahren wollte er vom Hochhaus springen, mit 17 Jahren wollte er sich vor die S-Bahn werfen unter Alkohol, mit 18 Jahren Versuch die Pulsadern aufzuschneiden unter Alkohol, letztes Jahr wollte er unter Alkohol seine Eltern mit einem Messer umbringen, haben ihn nicht angezeigt; seit 2000 Mitbehandlung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunde des sozialpädiatrischen Zentrums der Charité Campus Virchow...

... Während der stationären psychiatrischen Behandlung wurde er auf folgende Medikation eingestellt:

<i>Quetiapin prolong 50 mg</i>	<i>0-0-0-1</i>
<i>Quetiapin 100 mg</i>	<i>0-0-0-1</i>
<i>Citalopram 20 mg</i>	<i>1-0-0-0</i>
<i>Methylphenidat 36 mg</i>	<i>2-0-0-0</i>
<i>Perazin 75 mg</i>	<i>0-0-0-1</i>

Körpermedizinischer Verlauf:

Bei bekannten Selbstverletzungen erfolgte mehrmals eine Versorgung der Wunden durch die Pflegekräfte in unserer Klinik, dabei handelte es sich um oberflächliche Schnittwunden. Wir entschieden uns für die langsame Reduzierung des mittelpotenten Antipsychotikums Perazin, um eine antipsychotische Monotherapie mit Quetiapin durchführen zu können. Bei beklagter innerer Unruhe und Abwesenheit depressiver Symptome reduzierten wir außerdem das SSRI-Antidepressivum Cipramil, so dass es gelang, den Patienten lediglich mit den Präparaten Methylphenidat bei bestehender ADHS und Quetiapin behandeln zu können.

Der Therapieverlauf und der Abschlussbefund zeigten keine durchgreifenden Veränderungen hinsichtlich der Einstellung zur Abhängigkeitserkrankung (Pat. blieb ambivalent gegenüber ambulanten Maßnahmen im Anschluss an die Therapie), so

dass er diesbezüglich mit einer schlechten Prognose entlassen werden musste. Hinsichtlich der Impulssteuerung und der Affektmodulation stellte sich jedoch unter der Reduzierung der Medikation sogar eine leichte Verbesserung des psychopathologischen Befundes dar. Vorteil der Entlassungsmedikation ist die bessere pharmakologische Steuerbarkeit und die Reduzierung der Risiken im anzunehmenden Fall eines Rückfalles mit C2 (ggf. Mischintoxikation).

Abschlussmedikation:

Methylphenidat 36 mg 2-0-0-0

Quetiapin 100 mg 0-0-0-1

Quetiapin prolong 50 mg 0-0-0-1

Kritische Beurteilung dieser Vignette:

Während der 13-tägigen stationären Entzugsbehandlung wurde eine Kombination von vier zentralnervös wirksamen Medikamenten angesetzt. Eine detaillierte Begründung für die Verordnung fand sich im Kurzverlegungsbericht nicht. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Exazerbation von Konfliktsituationen verhindert werden sollte. Offenbar kam Quetiapin dabei im Off-Label-Use zur Besserung der Impulskontrolle zum Einsatz. Unklar bleibt, warum mit Citalopram ein Medikament angesetzt wurde, das exzitatorische Impulse auslösen kann und auch eine suizidogene und aggressogene Nebenwirkung haben kann und hier mit Methylphenidat kombiniert wird.

Der Verlauf der Entwöhnungsbehandlung zeigt dann, dass der Patient unter der Kombination von Methylphenidat und Quetiapin eine gute Stabilisierung erlangt und die Therapie regulär beendet.

6 Alkoholabhängigkeit und Depression: Stand der Literatur

Zur Literaturrecherche führten wir Recherchen in PubMed, MEDPILOT, DIMDI und dem DHS-Katalog durch. Als Suchbegriffe dienten in englischer und deutscher Sprache „Alkoholabhängigkeit“ und „Depression“. Es finden sich in den Suchmaschinen jeweils mehrere Tausend Einträge, die eine anhaltende Aktualität dieses Themenbereiches dokumentieren. Das Interesse an der Alkoholabhängigkeit und psychischen Veränderungen ist schon in der Antike beschrieben z.B. von Seneca (Rosenbach 1969) und ist in allen Epochen der Menschheit als gesellschaftlich relevantes Thema dokumentiert.

Im ersten Viertel des vorigen Jahrhunderts setzte Sandor Radö sich mit seinem Artikel über die Pharmakothymie (Radö 1934) unter anderem mit „Verstimmungen“ auseinander, die der Betroffene infolge des Alkoholkonsums zeigt und beschreibt dabei im Rahmen triebdynamischer Überlegungen bereits das Phänomen der sekundären Depression. Diese Arbeit besitzt bis heute einen Stellenwert für die Psychotherapieforschung zu diesem Thema. Die in ihr formulierte Hypothese wurde später von Wissenschaftlern aus den Bereichen der Psychiatrie und Psychopharmakologie auf ihre Validität überprüft. Das klinische Interesse zielte dabei auf ätiologische Zusammenhänge, die für die Berechnung von Risiken oder Behandlungsstrategien notwendig sind. Ein Überblick über den Stand der Forschung gab Soyka 2004 mit aktuellen Befunden zur Komorbidität, Neurobiologie und Genetik von Depression und Alkoholabhängigkeit. Soyka liefert eine Zusammenstellung von Arbeiten, die zwischen 1978-2001 veröffentlicht wurden und sehr unterschiedliche quantitative Angaben liefern: Die Prävalenzraten von depressiven Symptomen bei Alkoholabhängigen „lagen meist zwischen 30 und 60%“ (primär 2-12%, sekundär 12-51%). Die Zahlen wurden allerdings überwiegend in psychiatrischen Kliniken oder Suchtfachkliniken erhoben und unterscheiden sich von Zahlen in internistischen Abteilungen, wo deutlich weniger psychopathologische Auffälligkeiten gefunden wurden. In Soykas Arbeit wird deutlich, dass das Konzept von primärer und sekundärer depressiver Symptomatik eine breite Anerkennung findet, die zunächst nach Schuckit (1986) rein chronologischen Aspekten folgt. Die Literatur setzte sich bei der Suche nach kausalen Zusammenhängen mit neurobiologischen Fragen (Miguel-Hidalgo et al 2003) und sehr intensiv mit genetischen Fragen auseinander (Winokur et al 1971, Fuo et al 2001, Schuckit et al 1997, Kasperowicz-Dabrowiecka

et al 2001). Auf neurobiologischer Ebene gibt es Hinweise für ähnliche hirmorphologische Veränderungen bei den beiden Erkrankungen, während auf genetischer Ebene sich Gene lokalisieren ließen, die entweder zu der einen oder der anderen Erkrankung disponieren, in einem Falle auch einen Genort, der für beide Erkrankungen prädisponiert. Obwohl die Differenzierung noch nicht gelingt und so auch noch keine Biomarker für die Entwicklung der Erkrankungen identifiziert sind, kann der Zusammenhang der beiden Erkrankungen auch hier bestätigt werden.

Zum Zusammenhang von Alkoholabhängigkeit und einer majoren Depression veröffentlichten Boden und Fergusson nun in 2011 eine Arbeit, in der sie eine Metaanalyse und eine Übersicht zum Zusammenhang von Alkoholismus und Depressionen vorlegen. In die Metaanalyse wurden epidemiologische Longitudinal- oder Querschnittstudien mit einem $n > 400$ eingeschlossen, zweite Anforderung zum Einschluss in die Analyse war ein AOR. In der Übersicht wurde zuerst der Zusammenhang Alkohol und Depression als Orientierungspunkt für die Suche benutzt und es werden die in der Metaanalyse zitierten Arbeiten kritisch besprochen. In den Ergebnissen legen die Autoren dar, dass der Zusammenhang zwischen den beiden Erkrankungen so gerichtet ist, dass die Alkoholabhängigkeit in den Studien die majore Depression (MD) häufiger bedingt als umgekehrt. Aber auch hier kann das Konzept von der primären und der sekundären Depression als bestätigt angesehen werden. Die Autoren machen sich auch auf die Suche nach Erklärungen für die sekundäre Depression und finden gehäuft folgende drei Muster:

1. Der Alkoholkonsum verschärft soziale (familiär, beruflich, Auseinandersetzungen mit dem Gesetz, Gesundheit) Schwierigkeiten, die dann in eine MD führen. Studien von Fergusson et al (2009), (Paljarvi et al (2009) und Sihvola et al (2008) belegen diesen Zusammenhang.
2. Der chronische Konsum von Alkohol induziert genetische Faktoren, die auf den Neurotransmitterhaushalt in einer Weise einwirken, die die Entstehung einer MD begünstigt. (Vgl. Fu et al (2002), Kuo et al. (2010), Langbehna et al. (2006), Luo et al. (2005), Nurnberger et al. (2001), Saunders et al. (2009) und Wang et al. (2004).
3. Dauerhaft Alkoholexposition des Menschen im Sinne eines riskanten oder schädlichen Konsums induziert Veränderungen des Folsäureetabolismus, die die Entstehung einer MD fördern. Vgl. McEachin et al (2008) und Sjöholm et al (2010).

Diese Ergebnisse unterscheiden sich von denen einer vielzitierten älteren Arbeit (Schuckit 1986). In dieser kam der Autor aufgrund einer detaillierten Recherche der seinerzeit vorliegenden Literatur zum Schluss, dass beide Krankheitsbilder im Prinzip unabhängig voneinander sind und lediglich Schnittstellen besitzen. Auch in einer späteren Veröffentlichung an der Schuckit mitwirkte (Brown et.al.1995) wird ein Zusammenhang der beiden Störungen aus Sicht der Autoren nicht erkennbar. Die Arbeit geht aber auf die Schwierigkeit der Erst- und Zweitdiagnosenproblematik im Sinne „primärer“ und „sekundärer“ Depression ein. Zur Differenzierung fordern die Autoren eine dreiwöchige Abstinenzphase, die notwendig ist, um diagnostische Sicherheit zu gewinnen. In einer folgenden Veröffentlichung (Raimoa und Schuckit 1998) legt er einen Zusammenhang von Alkoholkrankheit und bipolarer Störung dar, findet aber nach wie vor keinen kausalen Zusammenhang zur Depression.

Anhand des geschilderten Standes der Literatur kann wohl ein Zusammenhang von Alkoholabhängigkeit und Depression als wahrscheinlich angesehen werden. Es besteht zudem bei Alkoholkranken eine Häufung von sekundären Depressionen gegenüber den primären Depressionen. Auch Bronisch (1985) fand in einer Übersichtsarbeit mit Berücksichtigung empirischer Studien seit Ende der 60er Jahre Hinweise für den Zusammenhang von Alkoholismus und Depressionen. Die depressiven Verstimmungen traten zumeist während der Behandlung der Alkoholkrankung auf und klangen am Ende der Behandlung wieder ab.

Zum Zusammenhang von Alkoholabhängigkeit, Depressionen und Antidepressiva-Verordnung erscheinen in den Suchmaschinen deutlich weniger Einträge (z.B. Pubmed 943 Treffer ohne Fehlerbereinigung). Als richtungsweisende Veröffentlichung konnte folgende Arbeit identifiziert werden: Iovieno et al (2011) veröffentlichten eine Metaanalyse von 195 placebokontrollierten Studien aus den Jahren 1980-2009. Die Autoren schlussfolgern einen signifikanten Nutzen trizyklischer AD und Nefazodon gegenüber Placebo. Für neuere AD werden weitere Datenerhebungen für die Patientengruppe gefordert. Die AG Psychiatrie der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft fand 2010 anlässlich der Überprüfung der Indikationsstellung von Antidepressiva bei Abhängigkeitserkrankungen folgende Studien relevant:

„Zwei aktuellere systematische Metaanalysen (Nunes et al. 2004; Torrens et al. 2005) geben einen Überblick über placebokontrollierte Studien mit Antidepressiva bei suchtkranken Patienten.

- Antidepressiva für suchtkranke Patienten ohne komorbide Depression: Antidepressiva (vorrangig SSRI), wurden wiederholt in placebokontrollierten Studien mit alkoholabhängigen Patienten ohne komorbide Depression daraufhin untersucht, ob sie zu einer Reduktion des Alkoholkonsums führen. Gemäß der systematischen Metaanalyse von Torrens et al. 2005 zeigte sich nur in einer von sieben Studien ein Effekt. Auch die Metaanalyse war negativ. In keiner von neun Studien mit kokainabhängigen Patienten zeigte sich eine signifikante Wirkung von Antidepressiva auf die Reduktion des Drogenkonsums im Vergleich zu Placebo.
- Antidepressiva für suchtkranke Patienten mit komorbider Depression: In die systematische Metaanalyse von Torrens et al. (2005) konnten neun placebokontrollierte Studien mit Patienten mit Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depression eingeschlossen werden. In den meisten Studien wurde die Medikation erst nach einer drei- bis vierzehntägigen Abstinenz begonnen. Metaanalytisch zeigte sich kein signifikanter Effekt im Sinne einer Reduktion des Alkoholkonsums. Ebenfalls zeigte sich keine Wirkung von SSRI auf die depressive Symptomatik. Diese ging aber unter anderen Antidepressiva (überwiegend Desipramin) signifikant stärker zurück als unter Placebo. Bei kokainabhängigen Patienten mit komorbider Depression zeigte sich metaanalytisch weder ein Effekt von Antidepressiva auf den Kokainkonsum, noch auf die depressive Symptomatik. Auch in der systematischen Metaanalyse von Nunes et al. (2004) ergab sich kein signifikanter Effekt von Antidepressiva auf den Konsum des Suchtmittels. Bezüglich der Reduktion der depressiven Symptomatik zeigte sich eine große Heterogenität der verschiedenen Studienergebnissen mit insgesamt kleiner bis mittlerer Effektstärke. Es ergaben sich darüber hinaus Hinweise, dass bei Patienten, bei denen sich ein antidepressiver Effekt einstellt, auch ein begrenzter positiver Effekt auf den Substanzkonsum nachweisbar ist.“

7 Fragestellung der vorliegenden Untersuchung

Wie aus dem Vorstehenden hervor geht, ist der Stellenwert einer antidepressiven Medikation in der akut- und postakuten Phase der Alkoholabhängigkeit unzureichend geklärt. Dieser soll nun, da er in einer kontrollierten Studie prospektiv nicht gut zu untersuchen ist, in einer naturalistischen Studie evaluiert werden.

Im Einzelnen soll diese Beobachtungsstudie in einem Zeitraum von ca. 1/2 Jahr überprüfen, ob sich die psychopathologischen Befunde von Patienten mit oder ohne Medikation wesentlich voneinander unterscheiden. Dies soll sowohl zu Beginn als auch am Ende der Behandlung festgestellt werden. Wir gehen von der Hypothese aus, dass die Entscheidung, dass ein Patient ein Antidepressivum erhält, in der Praxis weniger vom tatsächlichen psychopathologischen Zustand des Patienten abhängt, als vielmehr von Voreinstellungen des Behandlers und von Settingfaktoren. Daher erwarten wir, dass sich medizierte und nicht medizierte Patienten in der Ausgangssituation nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Überprüft wird dabei auch, ob zusätzlich zur psychotherapeutischen Basistherapie eine medikamentöse antidepressive Therapie erforderlich ist.

8 Methodik

8.1 Klinischer Rahmen

Die geschilderten klinischen Eindrücke und die sich dabei entwickelnden Fragen wurden in der nun folgend beschriebenen klinischen Beobachtungsstudie überprüft und objektiviert:

Das klinische Setting einer von der Deutschen Rentenversicherung Bund federgeführten und nach der DIN ISO EN 9001/2008 zertifizierten Entwöhnungsklinik im Berliner Vivantes Klinikum AVK bildet den Untersuchungsrahmen. Die Klinik ist Mitglied im Bundesverband der stationären Suchtkrankenhilfe (BUSS), über den ein Benchmarking mit 49 weiteren Kliniken zur Behandlung der Alkohol und Medikamentenabhängigkeit erfolgt. Die Klinik erhebt bei allen Patienten Basisdokumentationsdaten auf Grundlage der Deutschen Suchthilfestatistik. Die in der Klinik erhobenen Daten gehen somit auch in die Jahresberichte der DHS bzw. die Deutsche Suchthilfestatistik des Instituts für Psychotherapieforschung München ein. Die Klinik hat 100 Behandlungsplätze mit Schwerpunkt auf eine vollstationäre Behandlung mit tagesklinischer Ausleitungsphase und mit einer Gesamtdauer der Behandlung von 12-16 Wochen. Die Klinik führt im Auftrag des federführenden Kostenträgers die Rehabilitation durch und ist eingebettet in das gemeindepsychiatrische System des Bezirkes Tempelhof-Schöneberg und kooperiert darüber hinaus mit allen Entzugsstationen und den Suchtberatungsstellen der Region Berlin. Eine besondere Kooperation besteht mit den medizinischen Abteilungen des Vivantes Klinikum AVK hinsichtlich der Akutversorgung interkurrenter Erkrankungen und somatischer Komorbidität der Rehabilitanden. Zusätzlich können die Rehabilitanden in Rücksprache mit den in der HSFK tätigen Bezugsärzten ihrem Hausarzt oder dem MVZ Polikum Friedenau auf dem Klinikgelände vorgestellt werden.

Das Konzept der Klinik basiert auf der psychoanalytisch-interaktionellen Methodik nach Heigl-Evers (1980) und wird hier anhand eines Ausschnittes aus dem bei der DRV Bund eingereichten Konzeptes beschrieben:

„...Mit der psychoanalytisch-interaktionellen Therapiemethode haben Heigl/Heigl-Evers aus der Psychoanalyse ein Verfahren für Suchtkranke (auf Anfrage des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe GVS) entwickelt, mit dem der Patient sowohl im Hier und Jetzt als auch in seiner Entwicklung als ganzheitliche

Persönlichkeit in ihren realen Bezügen verstanden wird. Schon in der Entwicklung des Behandlungsverfahrens ging es um die Bewältigung der strukturellen Persönlichkeitsbehinderung durch die intrapsychischen Ressourcen, deren Passiva auf dem Hintergrund leidlich entwickelter Ich-Funktionen alloplastisch ergänzt werden...“

Für die Durchführung der Therapie ist die Beantragung dieser Leistung gemäß dem SGB VI bei der Rentenversicherung des Patienten erforderlich.

In 2010 wurden 71,4% der Anträge für die Hartmut-Spittler-Klinik auf Entzugsstationen gestellt, 24,8% in Beratungsstellen, 3,8% bei Hausärzten und diversen Vermittlern. In diesen Institutionen wird auch die Indikation für die Therapie festgelegt. Diese wird grundsätzlich in einem persönlichen Vorgespräch von einem Mitarbeiter des therapeutischen Teams der HSFK überprüft. In diesem Gespräch wird der Patient über das Therapiesetting informiert und erhält entsprechende Informationsmaterialien, falls er diese noch nicht vom Zuweiser erhalten hat. Viele Patienten lernen die HSFK bei einer Klinikvorstellung auf den Entzugsstationen kennen. Insgesamt führt die HSFK 10 Vorstellungen auf Entzugsstationen in einer 1-2-wöchigen Frequenz durch. Nachdem der Antrag bewilligt wurde und eine Kostenübernahmeerklärung vorliegt, kann der Patient aufgenommen werden. Der Aufnahmetermin wird persönlich oder telefonisch mitgeteilt. Erscheint ein Patient in einem nicht oder nur unzureichend entgifteten Zustand zur Aufnahme, wird von einem der Stationsärzte die Indikation für eine (erneute) Entzugsbehandlung geprüft und in den meisten Fällen zur St.17 des Vivantes Klinikum AVK, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie (Chefarzt Prof. Dr. Zeiler), zugewiesen. Erst nach erfolgter Entzugsbehandlung wird der Patient dann zur Entwöhnungstherapie aufgenommen. Diese beginnt mit einer 2-wöchigen Aufnahmephase, in der der Patient keine Ausgänge wahrnimmt und sich auf die Eingewöhnung in die therapeutische Gemeinschaft konzentriert. Von Beginn an ist dem Patienten ein Bezugstherapeut fest zugeordnet, der die Aufnahmediagnostik inklusive des psychopathologischen Befundes und der psychodynamischen oder verhaltensanalytischen Diagnostik durchführt und gemeinsam mit dem Patienten den individuellen Therapieplan erstellt, der zeitlich auf dem in der Anlage dargestellten Systemplan beruht.

In der Klinik besteht ein Prinzip der Multiprofessionalität, d.h. dass die meisten Therapeuten in Doppelfunktion arbeiten, Ärzte bspw. als Suchttherapeuten (Bezugstherapeuten) und Mediziner eingesetzt sind. 16 Bezugstherapeuten (3 Ärzte, 5 Psychologen, 8 Suchttherapeuten) arbeiten jeweils zu zweit in einer Bezugsgruppe (Gruppengröße 12-14 Patienten). Die drei Stationsärzte teilen sich die medizinische Behandlung der bis zu 100 Patienten und führen eine Aufnahmeuntersuchung durch, die in einer elektronischen Patientenakte dokumentiert wird und ggf. mit den anderen Bezugstherapeuten abgestimmt wird hinsichtlich der Therapieplanung oder weiterer erforderlicher Diagnostik. Insbesondere die Erfassung der Qualität und Quantität psychischer Komorbidität spielt dabei eine große Rolle, wie es die Diagnosestatistik im Anhang zeigt. Persönlichkeitsstörungen und Depressionen werden neben der Abhängigkeitserkrankung am häufigsten diagnostiziert. Die Klinik versteht sich als Dienstleister für die unterschiedlich arbeitenden zuweisenden Institutionen und muss vor allem bei den medikamentösen Behandlungen auf sehr unterschiedliche Strategien der Entzugsstationen reagieren. Dabei werden zur Behandlungssicherheit des Patienten die Konzepte in der Regel zunächst weitergeführt. Nur wenn eindeutige Indikationen erkennbar sind, die eine Korrektur nahe legen, wird das Behandlungsregime sofort oder auch im Verlauf verändert. Diese Veränderungen werden dann dem Zuweiser und dem weiterbehandelnden Arzt mitgeteilt.

Ärztliche Schnittstelle mit dem Patienten ist die mindestens zweimal wöchentlich stattfindende Sprechstunde, die der Patient entweder selbständig aufsucht oder zu der er vom Arzt einbestellt wird. Durch regelmäßige Kurvenvisiten und Visitengesprächen mit den Bezugstherapeuten überprüfen die Ärzte die Notwendigkeit einer Einbestellung in die Sprechstunde. Im Rahmen von psychoedukativen Gesundheitsseminaren und themenzentrierten Gruppen werden alle Patienten u.a. zu den Themen „Umgang mit Medikamenten“, „Depressionen“ und „Schlafstörungen“ informiert (aufgeführt sind nur die für die Studie relevanten Themenbereiche). Auf psychotherapeutischer Ebene nimmt der Patient an regelmäßigen Psychotherapiegruppengesprächen (mindestens 6/ Woche), Ergo- und Bewegungstherapie (Je 2/ Woche), Arbeitstherapie (1-8/ Woche), Indikationsgruppen (min. 2/ Woche), Selbsthilfetraining (1-6/ Woche) teil.

Die beschriebenen Therapieinhalte werden nicht als Module aneinander gereiht, sondern als integratives Therapieprogramm gestaltet. Die verschiedenen Erfahrungen, die der Patient in den unterschiedlichen Therapieangeboten macht,

werden im Rahmen von Visitengesprächen und Fallbesprechungen aggregiert und für den Patienten aufbereitet. Auf verschiedenen Erlebensebenen bilden sich die Therapieschwerpunkte ab, zu denen auch die Bearbeitung depressiver Symptome gehört. Der in diesen Fällen entwickelte Therapieplan beinhaltet gezielte psychoanalytisch-interaktionelle Interventionen in der Gruppen- und Einzeltherapie und auch die Psychomotorik aktivierende Elemente im Rahmen der Bewegungs- und Ergotherapie und Psychoedukation. Leitliniengemäß ist damit die psychotherapeutische Basis der Depressionstherapie gegeben. Die Einzelgespräche werden mit einer Frequenz von 1/ Woche geführt, im Krisenfall wird diese Frequenz jedoch erhöht im Sinne täglicher Kurzkontakte. Zur weiteren Krisenbewältigung ist im Pflegebüro sowohl im Nachtdienst als auch an den Wochenenden ein Vordergrunddienst präsent. Im Bedarfsfall kann zu diesen Zeiten ein telefonischer Hintergrunddienst in Anspruch genommen werden oder der diensthabende Bereitschaftsarzt der Psychiatrie kann vor Ort zur Krisenintervention gerufen werden. (Zur Funktion des Autors in der Klinik siehe Lebenslauf am Ende der Arbeit)

8.2 Kohortenbildung

In die Untersuchung sollten alle Patienten eingeschlossen werden, die innerhalb des 01.06.2009 und dem 20.04.2010 aufgenommen wurden. Avisiert wurde eine Zahl von 200 Patienten, die regulär entlassen worden sind. Dies erschien im Verlauf von 46 Wochen (anhand der Vorjahreszahlen) realisierbar. Die für eine Fallzahlschätzung erforderlichen Annahmen waren anhand der Literatur für diese kleinformative Untersuchung im Rahmen einer Beobachtungsstudie nicht durchführbar. Nicht eingeschlossen wurden Patienten, die die Therapie abbrachen oder vorzeitig auf ärztliche Veranlassung entlassen wurden, wurden nicht eingeschlossen, da diese Patienten zumeist aus Non-Compliance-Gründen (z.B. Rückfall) entlassen wurden oder die Therapie selbst abbrachen und nur unvollständige Daten über den Verlauf vorliegen. Untersucht wurde bei diesen Patienten, ob sie mit einem Antidepressivum behandelt worden waren oder nicht und sich dabei ein anderes Verteilungsmuster im Vergleich zu den regulär entlassenen Patienten („Behandlungsgruppe 1 und Behandlungsgruppe 2“) ergibt. Durch die Beobachtungsstudie soll überprüft werden, ob sich die psychopathologischen Befunde von Patienten mit oder ohne Medikation wesentlich voneinander unterscheiden.

Aus der Fragestellung ergab sich die Einteilung in zwei Hauptgruppen:

- Die **Behandlungsgruppe 1**: Gruppe, die bereits vor Beginn der Therapie mit psychotropen Medikamenten (Antidepressiva, Phasenprophylaktika und Antipsychotika) anbehandelt wurde, ergänzt um eine Subgruppe, in der es zu Veränderungen des bestehenden Medikationsregimes kam (Dosisänderung, Ausschleichen, Absetzen, neue Medikation).
- Die **Behandlungsgruppe 2**, welche die Therapie ohne zentralnervös wirksame Medikation begann und auch beendete, ergänzt um eine Subgruppe, in der sich das Behandlungsregime im Verlauf veränderte (z.B. Neuansetzen einer Medikation).

8.3 Dokumentation

Die Zugehörigkeit zu der jeweiligen Gruppe wurde in einem freien Erfassungsbogen der elektronischen Patientenakte erfasst, so dass die Erfassung statistischer Daten auch gruppensortiert erfolgen kann.

Für die Beobachtungsphase wurden keine neuen Untersuchungsinstrumente eingeführt. Weder die eingeschlossenen Patienten, noch die sie im stationären Verlauf behandelnden Bezugstherapeuten und Ärzte waren in Kenntnis der Fragestellung. Zur Verlaufsbeurteilung dienten,

1. die zum Aufnahmezeitpunkt stattfindenden Explorationen, die sich an den Qualitätskriterien der DRV Bund („Peer-Review-Verfahren“ DRV Bund Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitationswissenschaften 2007) orientieren und
2. die nach den gleichen Kriterien erfassten Befunde zum Entlassungszeitpunkt.

Aus diesen Befunden wurden jeweils der psychopathologische Aufnahme- und Entlassungsbefund herangezogen und aus diesen nochmals 11 Items zu den Bereichen Depression, Affekt und Angst extrahiert, orientiert an den ICD10-Items:

Störung des Affektes vorhanden/ nicht vorhanden

Störung der Stimmung vorhanden/nicht vorhanden

Verlust an Interesse und Freude: vorhanden/nicht vorhanden

Erhöhte Ermüdbarkeit: vorhanden/nicht vorhanden

Selbstwertgefühl: Störung vorhanden/ nicht vorhanden

Schuldgefühle: vorhanden/nicht vorhanden

Zukunftsperspektive: vorhanden/nicht vorhanden

Störung des Appetits: vorhanden/nicht vorhanden

Suizidalität: vorhanden/nicht vorhanden

Störung der Schlafphysiologie: vorhanden/nicht vorhanden

Phobien, Ängste, Panikattacken: vorhanden/nicht vorhanden

Diese wurden in einem Erfassungsbogen der elektronischen Patientenakte mit „1“ für vorhanden oder „0“ für nicht vorhanden protokolliert und somit ebenfalls einer direkten statistischen Auswertung über das SPSS zugänglich gemacht.

Zur weiteren Beurteilung des Therapieverlaufes wurden die vereinbarten Behandlungsziele herangezogen. Ebenfalls orientiert an den Peer-Review-Kriterien bespricht jeder Therapeut zu Beginn der Therapie mit dem Patienten individuelle Behandlungsziele, die über die allgemeinen Therapieziele der Einrichtung

- Aufrechterhaltung der Abstinenz
- psychische Stabilisierung,
- Verbesserung der krankheitsspezifischen Bewältigungskompetenzen
- Bearbeitung von intrapsychischen Aspekten der Suchterkrankung
- Motivation zur aktiven Teilnahme an der Therapie unter dem Aspekt der „Therapeutischen Gemeinschaft“
- Informationsvermittlung über die Erkrankung und aktive Planung von Nachsorgemaßnahmen

hinausgehen. Diese werden innerhalb einer Teilepisode, die spätestens 14 Tage nach der Aufnahme fertiggestellt sein muss, dokumentiert und sind als die vom Patienten aktiv geäußerten Therapieziele erkennbar. Im Rahmen der Psychotherapiegespräche (Gruppen- und Einzelgespräche), der Visite und von Supervisionen werden die Therapiepläne auf ihre Umsetzung überprüft mit unterschiedlichen Ergebnissen: Ein Teil der Patienten behält die Pläne bei und gestaltet diesen Prozess aktiv mit, während ein anderer Teil in einer passiven Haltung verbleibt und die Therapieziele wenig aktiv verfolgt. Dies beeinflusst nicht unbedingt den Therapieverlauf hinsichtlich eines regulären Endes oder eines Abbruchs. Eine passive Grundhaltung kann mit einer Anpassungsfähigkeit an das stationäre Setting verknüpft sein und mit der Aufrechterhaltung der Abstinenz

einhergehen, während gleichzeitig eine aktivere Beteiligung auch bspw. mit einer reduzierten Impulskontrolle einhergehen kann und von Rückfällen und Therapieabbrüchen begleitet ist. Diese Behandlungsverläufe werden ausführlich im Verlaufsteil der Epikrise dokumentiert. Am Ende der Behandlung findet eine Überprüfung der initialen Behandlungsziele statt, die als Behandlungsergebnis der Rehabilitation innerhalb der Epikrise dokumentiert wird.

Zur indirekten Überprüfung der Patientenzufriedenheit, aber auch zur Überprüfung der Frage, ob sich die Gruppen im Aktivitätsgrad hinsichtlich der Therapie unterscheiden, wurde bei den in die Studie eingeschlossenen Patienten der Erreichungsgrad der persönlichen (vom Patienten aktiv benannten) Therapieziele aufgezählt und in einem Datenbogen eingegeben.

Erfasst werden diese Befunde in Word-Dokumenten, die wiederum innerhalb der elektronischen Patientenakte als Bestandteil der Patientenverwaltungssoftware „PATFAK“ gespeichert werden.

In diesem Programm werden alle patientenbezogenen Daten wie Sozialdaten, therapeutische und medizinische Daten gespeichert und aufbereitet für die verschiedenen Arbeitsschritte innerhalb der Entwöhnungstherapie.

8.4 Basisdokumentationsdaten

Kerndatensatz 2009/2010 - Klientendaten

Auch die Befragung hinsichtlich von Basisdaten werden als Basisdokumentation „BADO“ gespeichert. Teile dieser Daten wie Diagnosen, Geschlecht, Alter gingen in die Untersuchung ein.

8.5 Externe Daten

Um herauszufinden, ob sich die beiden Hauptgruppen hinsichtlich des Schweregrades der Entgiftungsbehandlung voneinander unterscheiden, wurden die Verlegungsberichte ausgewertet. Bei den 195 eingeschlossenen Patienten wurden Verlegungsberichte im Rahmen der Routine angefordert. Bei nur 93 Patienten konnte schließlich ein Verlegungsbericht erhalten werden, dies entspricht dem in der Klinik üblichen Durchschnitt. Diese wurden dann vom Verfasser gelesen und der Verlauf der Entgiftung als entweder „leicht“=1, „mittel“=2 oder „schwer“=3 beurteilt und in der SPSS-Datei entsprechend dokumentiert, um nach signifikanten Abweichungen voneinander zu suchen. Der Verlauf der Entzugsbehandlung wurde anhand des

Schweregrades der Entzugssymptomatik, von aufgetretenen Komplikationen und dem Ausmaß der Komorbidität eingeschätzt. Da die Verlegungsberichte eine sehr unterschiedliche Qualität der Berichtgebung aufwiesen, muss die Trennschärfe der Einschätzung relativiert werden. Andererseits bestand in beiden Gruppen die unterschiedliche Qualität der Berichte, so dass das Ergebnis dennoch zur Einschätzung der Gruppen herangezogen wurde.

Unabhängig vom Verfasser wurden die gleichen Berichte von der psychiatrischen Oberärztin der Entzugsstation im Hause bewertet, um ein zweites Expertenrating auf gegebenenfalls vorliegende Unterschiede zu untersuchen.

8.6 Statistik

In der klinischen Beobachtung wurden Variablen mit unterschiedlichen Bewertungsmaßstäben dokumentiert und anschließend auf ihre Aussage hin überprüft. Alle Items, die auf ein „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ überprüft wurden und im nächsten Schritt einem Signifikanztest unterzogen wurden, sind mit dem exakten Test nach Fisher auf signifikante Unterschiede getestet worden. Dieser Test als der zuverlässigste parametrische Test, vor allem auch bei kleineren Stichprobenumfängen, eignet sich am besten, um Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen auf ihre Signifikanz zu prüfen. Signifikanzschwelle war $p=0.05$ (zweiseitig).

Hinsichtlich der durchgeführten Beobachtungen für Variablen, bei denen eine Normalverteilung nicht angenommen werden kann, wie die Anzahl der Therapieziele (0-X), dem Erfüllungsgrad der Therapieziele (x/n Therapieziele) und dem Schweregrad der Entgiftung (1-3, ordinal skaliertes Merkmal), wurde der U-Test von Mann-Whitney für unverbundene Stichproben eingesetzt (Weiß 2010).

Alle Berechnungen wurden mittels des SPSS-Pakets der 14. Version vorgenommen. In der graphischen Ergebnisdarstellung der durchgeführten Tests wurden Balkendiagramme und Box-Plots verwendet, um einen raschen Überblick über die Ergebnisse zu gewährleisten.

9 Ergebnisse

Nachfolgend werden die wesentlichen Ergebnisse tabellarisch bzw. grafisch präsentiert und kurz kommentiert. Eine tiefergehende Interpretation der empirischen Resultate findet sich auf den Seiten 61 ff.:

9.1 Charakteristik der Stichprobe bzw. der Behandlungsgruppen zu Beginn der Behandlung

Es wurden zu Beginn der Studie 195 Patienten in die Untersuchung eingeschlossen. 6 Patienten, bei denen im Verlauf eine Veränderung des Behandlungs-Status eintrat, wurden dann wieder ausgeschlossen, weil die geringe Anzahl (N=6) keine repräsentativen Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit versprach. Dies bestätigt auch die zu Beginn der Untersuchung geäußerte Einschätzung, dass im Rahmen der stationären Rehabilitation in der Hartmut-Spittler-Klinik das Behandlungsregime nur selten verändert wird.

Tabelle 1: Verteilung der Patienten mit/ohne Medikation

Gruppe	Häufigkeit	Prozente
Gr.1 mit Medikation	71	37,6
Gr.2 ohne Medikation	118	62,4
Gesamtanzahl	189	100,0

Tabelle 2: Geschlechterverteilung

	Häufigkeit	Prozente
Männer	145	76,7
Frauen	44	23,3
Gesamtanzahl	189	100,0

Tabelle 3: Geschlechterverteilung in den Gruppen

		Häufigkeit	Prozent
Gr.1 (mit Medikation)	Gültig M	50	70,4
	W	21	29,6
	Gesamt	71	100,0
Gr.2 (ohne Medikation)	Gültig M	95	80,5
	W	23	19,5
	Gesamt	118	100,0

Tabelle 4: Aufnahmebefunde getrennt nach Behandlungsgruppen.

Die p-Werte geben die statistische Signifikanz der Unterschiede der prozentualen Häufigkeiten innerhalb der jeweiligen Zeile an(exakter Test nach Fisher.)

Variable	Gesamt	Gr. mit Medikation	Gr. ohne Medikation	P-Wert
Alter	47,72	47,24	48,36	
Geschlecht m	145 (76,72%)	50 (70,42%)	95 (80,51%)	0,155
Geschlecht w	44 (23,28%)	21 (29,58%)	23 (19,49%)	
B1 Affekt gestört	74/189 (39,2%)	33/71 (46,5%)	41/118 (34,7%)	0,125
B2 Stimmung negativ verändert	123/189 (65,1%)	54/71 (76,1%)	69/118 (58,5%)	0,018 (signifikant)
B3 Verlust von Freude beklagt	127/189 (67,2%)	52/71 (73,2%)	75/118 (63,6%)	0,202
B4 Selbstwert reduziert	136/189 (72,0%)	57/71 (80,3%)	79/118 (66,9%)	0,065 (Trend)
B5 Schuldgefühle werden beklagt	129/189 (68,3%)	51/71 (71,8%)	78/118 (66,1%)	0,426
B6 Vermehrte Ermüdbarkeit wird beklagt	65/189 (34,4%)	30/71 (42,3%)	35/118 (29,7%)	0,084 (Trend)
B7 Zukunftsangst wird beklagt	56/189 (29,6%)	26/71 (36,6%)	30/118 (25,4%)	0,138
B8 Appetit verändert	36/189 (19,0%)	13/71 (18,3%)	23/118 (19,5%)	1,000
B9 Suizidalität wird berichtet	1/189 (0,5%)	1/71 (1,4%)	0/118 (0,00%)	0,376
B10 Schlafstörung vorhanden	77/189 (40,7%)	43/71 (60,6%)	34/118 (28,8%)	0,000 (signifikant)
B11 Angst vorhanden	29/189 (15,3%)	21/71 (29,6%)	8/118 (6,8%)	0,000 (signifikant)

Aus Tabelle 4 lässt sich ablesen:

- die Items *Stimmung negativ verändert*, *Schlafstörung vorhanden*, *Angst vorhanden* sind in der Gruppe mit Medikation signifikant erhöht
- für die Items *Selbstwert reduziert* und *Vermehrte Ermüdbarkeit beklagt* ergibt sich ein Trend für die Häufung in der medizierten Gruppe.

Tabelle 5: Behandlungsziele nach Rängen ausgewertet

Behandlungsziele	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Gr. mit Medik.	71	94,17	6686,00
Gr. ohne Medik.	118	95,50	11269,00
Gesamt	189		

Exakter Test nach Fischer: 0,866

Aus der Tabelle 5 lässt sich ablesen:

- die Gruppen unterscheiden sich in der Anzahl der Behandlungsziele nicht signifikant von einander

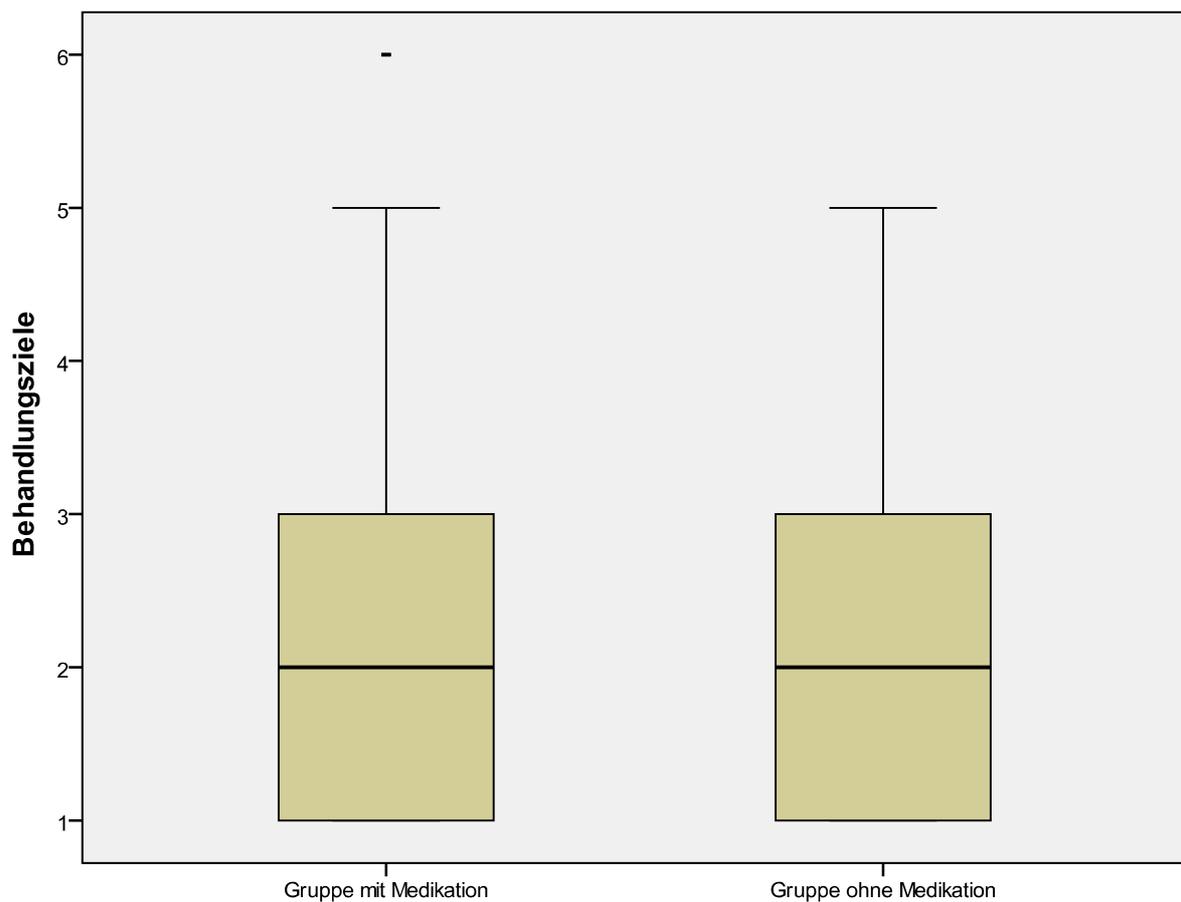


Abb.1 Behandlungsziele der Patienten in den beiden Gruppen in der Boxplot-Darstellung

9.2 Charakteristik der Stichprobe bzw. der Behandlungsgruppen am Ende der Behandlung

Tabelle 6: Entlassungsbefunde getrennt nach Behandlungsgruppen.

Der p-Wert gibt die statistische Signifikanz der Unterschiede in der jeweiligen Zeile an. (Exakter Test nach Fischer).

Variable	Gesamt	Gr. mit Medikation	Gr. ohne Medikation	P-Wert
Alter	47,72			
Geschlecht m	145 (76,72%)	50 (70,42%)	95 (80,51%)	
Geschlecht w	44 (23,28%)	21 (29,58%)	23 (19,49%)	
B1 Affekt gestört	32/189 (16,9%)	13/71 (18,3%)	19/118 (16,1%)	0,694
B2 Stimmung negativ verändert	40/189 (21,2%)	17/71 (23,9%)	23/118 (19,5%)	0,469
B3 Verlust von Freude beklagt	50/189 (26,5%)	25/71 (35,2%)	26/118 (21,2%)	0,041 (signifikant)
B4 Selbstwert reduziert	70/189 (37,0%)	30/71 (42,3%)	40/118 (33,9%)	0,278
B5 Schuldgefühle werden beklagt	82/189 (43,4%)	33/71 (46,5%)	49/118 (41,5%)	0,546
B6 Vermehrte Ermüdbarkeit wird beklagt	22/189 (11,6%)	13/71 (18,3%)	9/118 (7,6%)	0,035 (signifikant)
B7 Zukunftsangst wird beklagt	7/189 (3,7%)	5/71 (7,0%)	2/118 (1,7%)	0,105
B8 Appetit verändert	18/189 (9,5%)	5/71 (7,1%)	13/118 (11,0%)	0,449
B9 Suizidalität wird berichtet	2/189 (1,1%)	0/71 (0,0%)	2/118 (1,7%)	0,528
B10 Schlafstörung vorhanden	18/189 (9,5%)	13/71 (18,3%)	5/118 (4,2%)	0,004 (signifikant)
B11 Angst vorhanden	9/189 (4,8%)	8/71 (11,3%)	1/118 (0,8%)	0,002 (signifikant)

Aus der Tabelle 6 lässt sich ablesen:

- das Item *Stimmung negativ verändert* unterscheidet sich im Vergleich zu den Aufnahmebefunden in den beiden Gruppen nicht mehr voneinander
- im Vergleich zu den Aufnahmebefunden sind die Items *Verlust von Freude* und *Vermehrte Ermüdbarkeit* jetzt in der Gruppe mit Medikation signifikant erhöht
- die Items *Schlafstörung vorhanden* und *Angst vorhanden* sind weiter in der Gruppe mit Medikation erhöht
- in beiden Gruppen ist es aber zu einem deutlichen Rückgang von *Schlafstörung vorhanden* und *Angst vorhanden* gekommen

Tabelle 7: Erreichungsgrad der Behandlungsziele nach Rängen ausgewertet

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Erreichungsgrad	Gruppe mit Medikation	71	94,17	6686,00
	Gruppe ohne Medikation	118	95,50	11269,00
Gesamt		189		

Der Erreichungsgrad der initial geäußerten Behandlungsziele unterschied sich in beiden Gruppen nicht signifikant voneinander ($p= 0,670$, zweiseitig exakter Test nach Fischer).

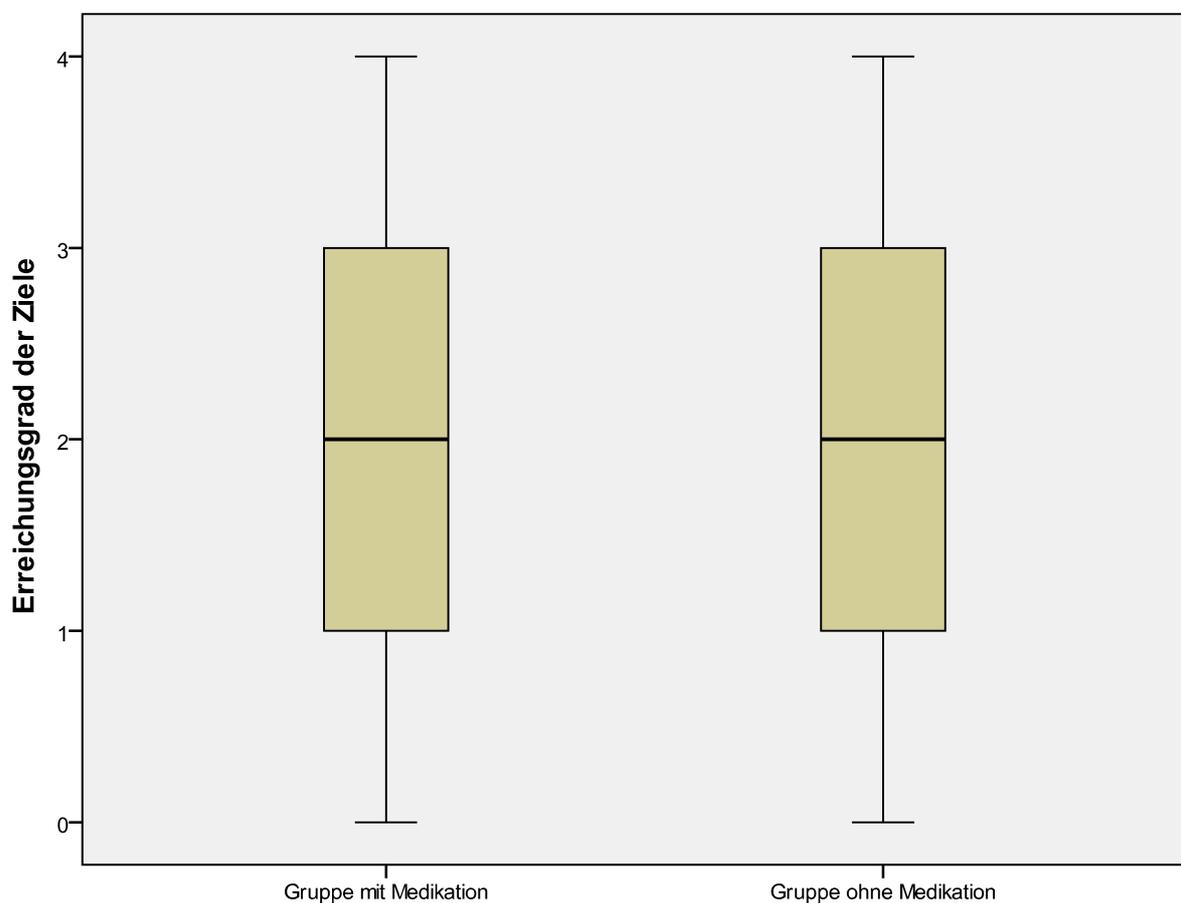


Abb.2: Erreichungsgrad der Behandlungsziele im Boxplot

Tabelle 8: Komorbiditätsverteilung in der Gesamtgruppe

Diagnoseverteilung				
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
keine Komorbidität	24	12,7	12,7	12,7
Depression	23	12,2	12,2	24,9
Angsterkrankung	2	1,1	1,1	25,9
Persönlichkeitsst.	138	73,0	73,0	98,9
Intelligenzminderung	2	1,1	1,1	100,0
Gesamt	189	100,0	100,0	

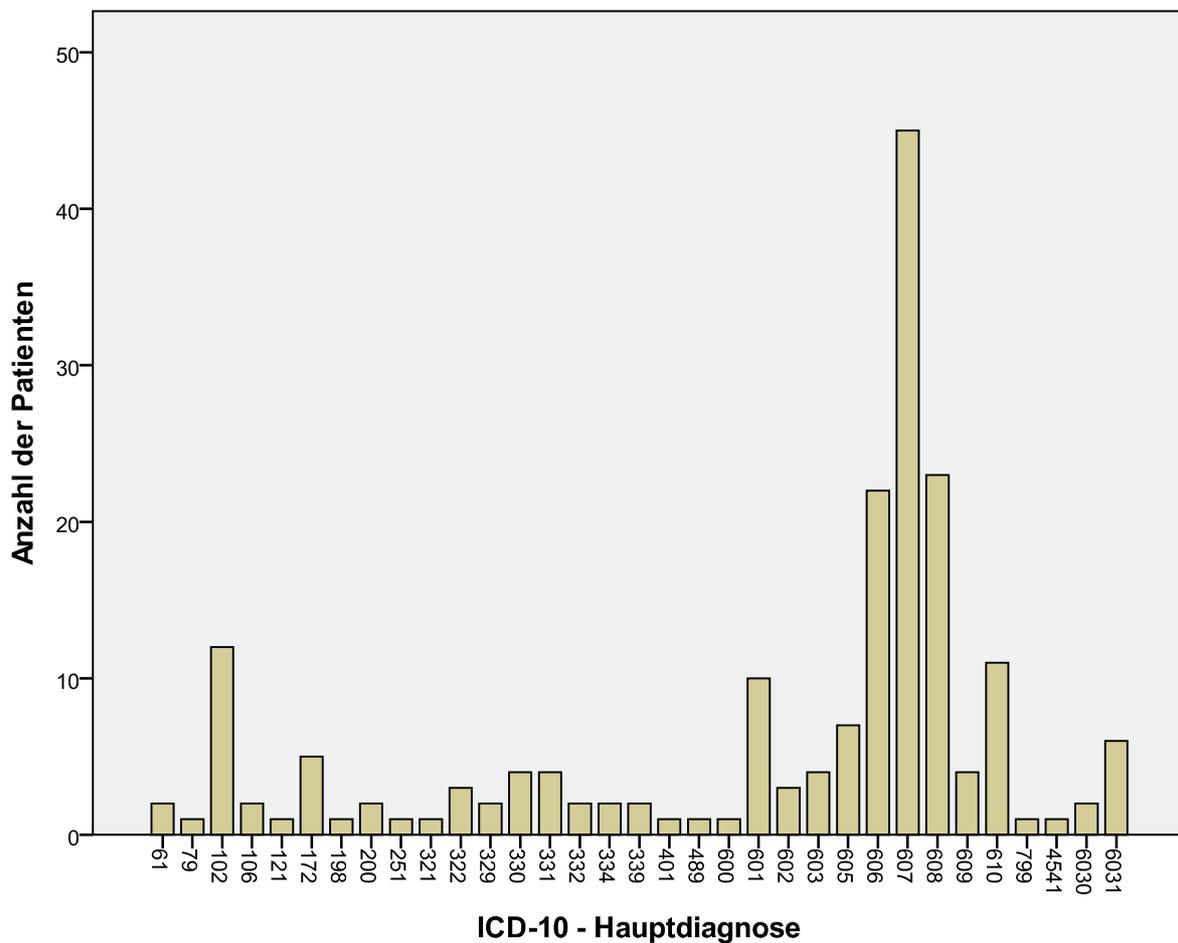


Abb.3: Verteilung der Hauptdiagnosen ICD10 Fxx.x

Tabelle 9: Diagnoseverteilung in den beiden Gruppen

	ICD10 F1x.x	ICD10 F3x.x	ICD10 F4x.x	ICD10 F6x.x	ICD10 F7x.x	ICD10 Gesamt
Gr. mit Medikation total	5	13	2	49	2	71
Gr. mit Medikation in %	7,0%	18,3%	2,8%	69,0%	2,8%	100%
Gr. ohne Medikation total	19	10	0	89	0	118
Gr. ohne Medikation in %	16,1%	8,5%	0,0%	75,4%	0,0%	100%
Gesamt total	24	23	2	138	2	189
Gesamt in %	12,7%	12,2%	1,1%	73,0%	1,1%	100%

Anmerkung: In der Zeile ICD10 F1x.x stehen die Patienten, bei denen die F10.2 als einzige F-Diagnose diagnostiziert wurde

Tabelle 10: Verteilung der Diagnose F6x.x in den beiden Gruppen

		Hauptdiagnose Persönlichkeitsstörung?		
		Persönlichkeitsstörung		Gesamt
		nein	ja	
Gr. mit Medikation	Anzahl	22	49	71
	% innerhalb von behgruppe	31,0%	69,0%	100,0%
Gr. ohne Medikation	Anzahl	29	89	118
	% innerhalb von behgruppe	24,6%	75,4%	100,0%
Gesamt	Anzahl	51	138	189
	% innerhalb von behgruppe	27,0%	73,0%	100,0%

Aus den Tabellen 8,9 und 10 lässt sich ablesen:

- bei 24 Patienten wurde allein die Abhängigkeitserkrankung kodiert, keine Komorbidität kodiert
- die beiden Gruppen unterscheiden sich in der Diagnoseverteilung signifikant voneinander (exakter Test nach Fischer (2-seitig): 0,006)

- in der Gruppe mit Medikation sind häufiger Patienten mit einer F3x.x Diagnose zu finden als in der Gruppe ohne Medikation
- Die Verteilung der Diagnose F6x.x unterscheidet sich in den Gruppen nicht signifikant voneinander (exakter Test nach Fischer (2-seitig): 0,398)
- Patienten mit der alleinigen Diagnose einer F1x.x (keine Komorbidität kodiert) finden sich häufiger in der Gruppe der Patienten ohne Medikation

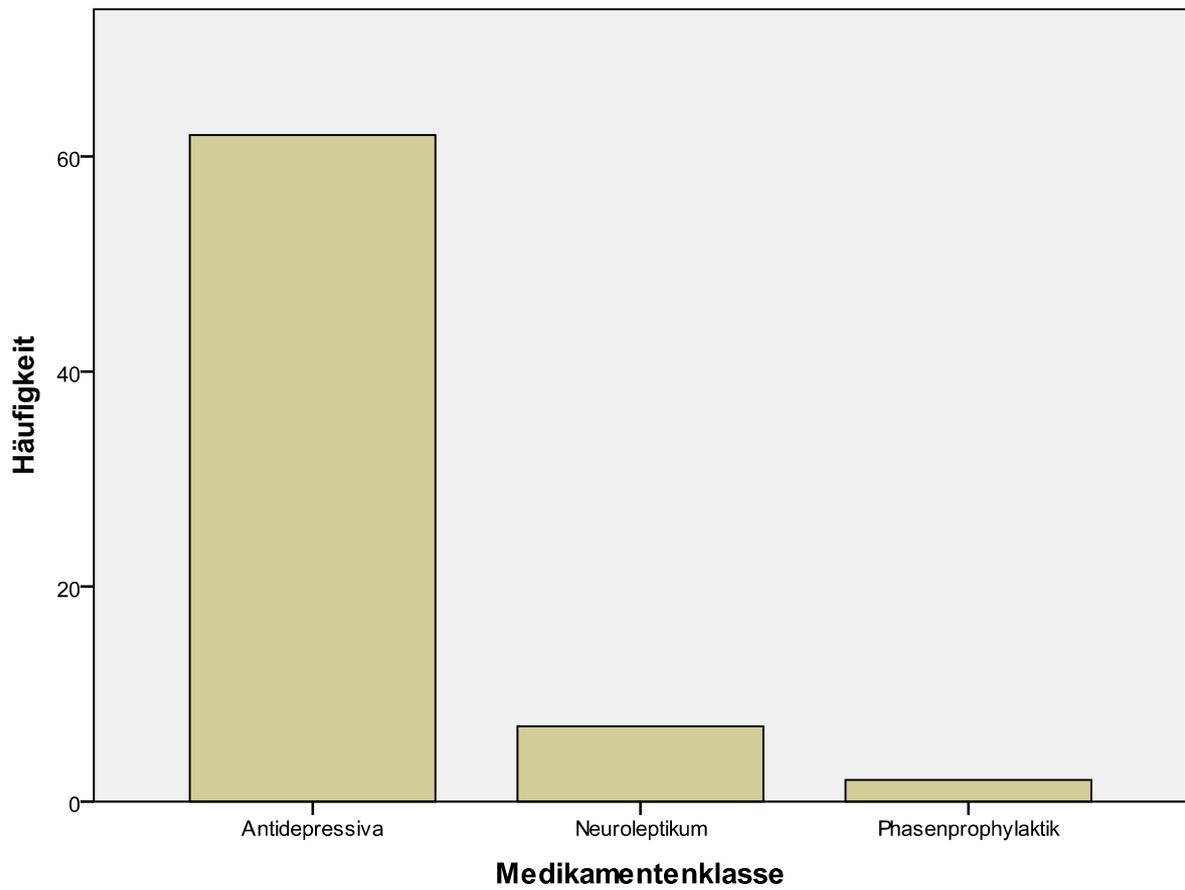


Abb.4: Verteilung der Medikamente in der Gruppe mit Medikation

Tabelle 11: Schweregrad der Entzugsbehandlung geratet vom Autor

		Schweregrad des Entzuges			Gesamt
		1,0	2,0	3,0	
Gr. mit Medikation	Anzahl	15	16	2	33
	% innerhalb von behgruppe	45,5%	48,5%	6,1%	100,0%
Gr. ohne Medikation	Anzahl	37	21	2	60
	% innerhalb von behgruppe	61,7%	35,0%	3,3%	100,0%
Gesamt	Anzahl	52	37	4	93
	% innerhalb von behgruppe	55,9%	39,8%	4,3%	100,0%

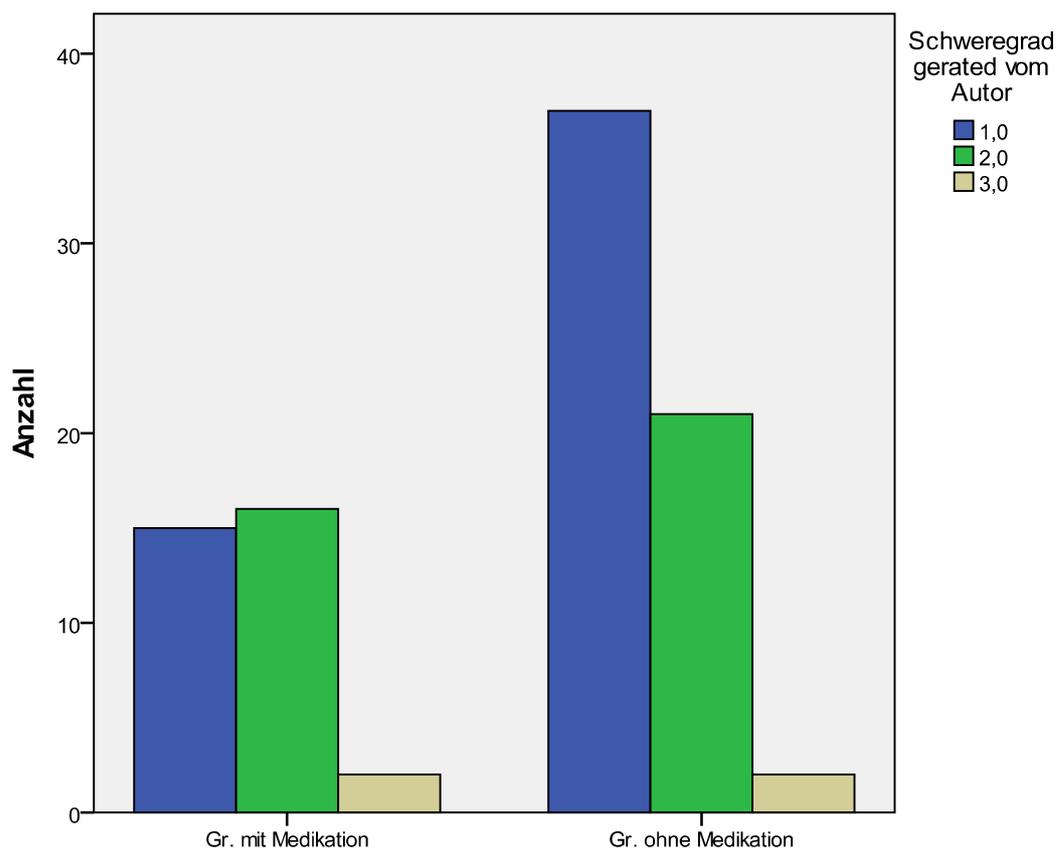


Abb.5: Verteilung der Schweregrade beim Rating 1 (Autor) im Balkendiagramm

Tabelle 12: Schweregrad der Entzugsbehandlung im Kontrollrating

		Schweregrad des Entzuges			Gesamt
		1,0	2,0	3,0	
Gr. mit Medikation	Anzahl	14	13	6	33
	% innerhalb von behgruppe	42,4%	39,4%	18,2%	100,0%
Gr. ohne Medikation	Anzahl	32	24	4	60
	% innerhalb von behgruppe	53,3%	40,0%	6,7%	100,0%
Gesamt	Anzahl	46	37	10	93
	% innerhalb von behgruppe	49,5%	39,8%	10,8%	100,0%

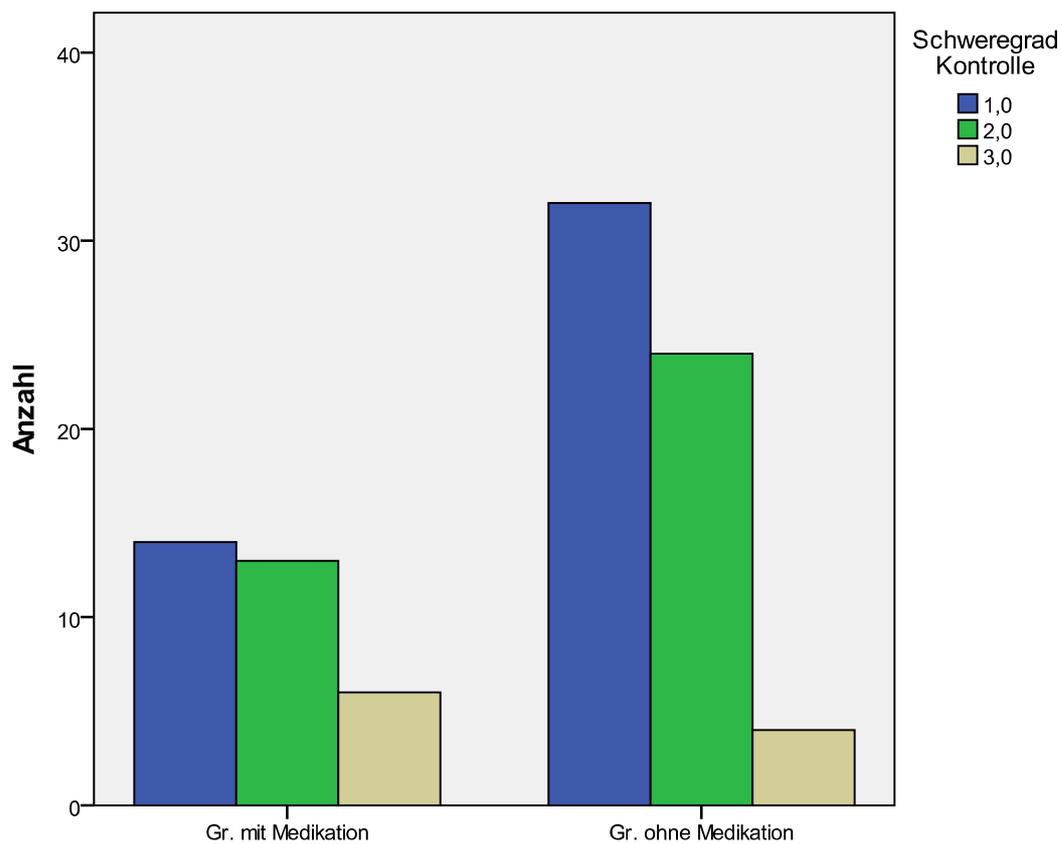


Abb.6: Verteilung der Schweregrade beim Kontrollrating im Balkendiagramm

Tab. 13: Vergleich der beiden Ratingergebnisse

Vergleich Rating1/2			
		Schweregrad Rating1 (Autor)	Schweregrad Kontrollrating
N	Zu ratende Berichte	93	93
	Fehlende Berichte	96	96
	Mittelwert	1,484	1,613
	Median	1,000	2,000
	Standardabweichung	,5826	,6762
	Minimum	1,0	1,0
	Maximum	3,0	3,0

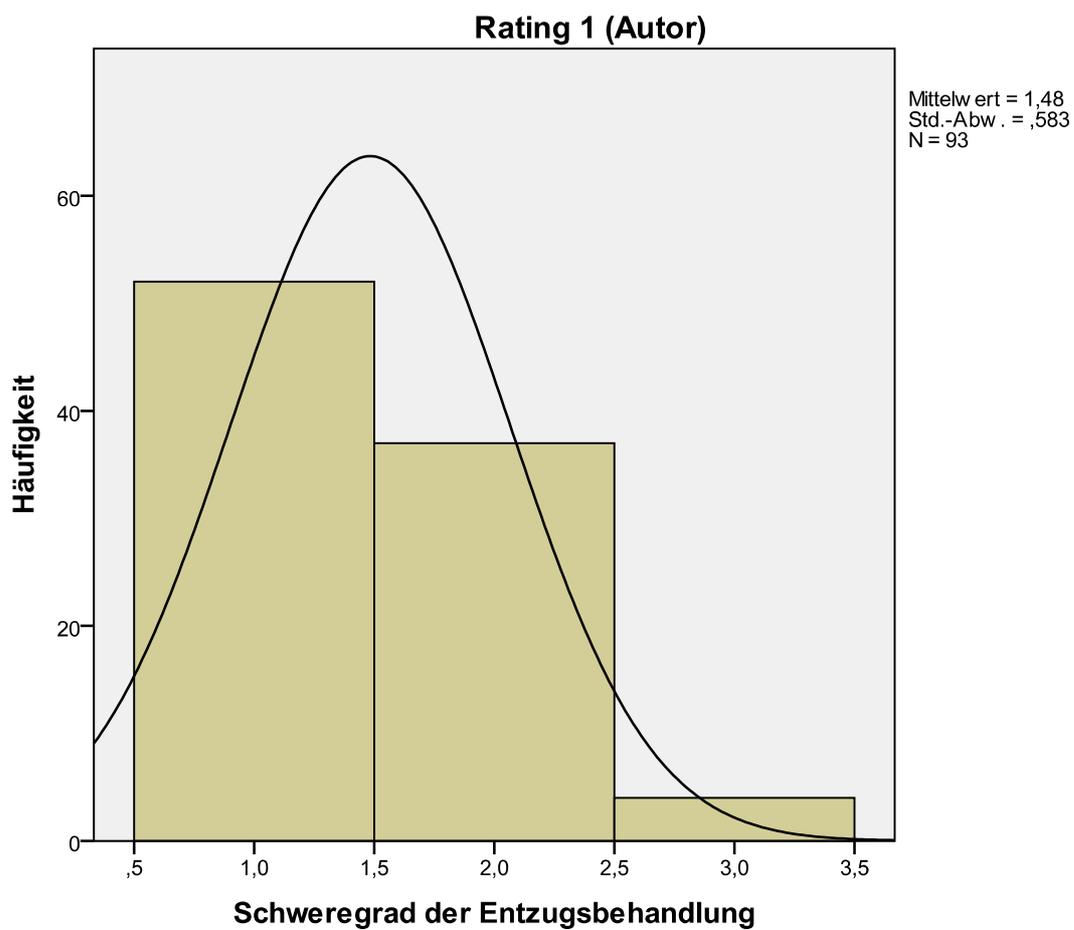


Abb. 7: Verteilung im Rating 1 (Autor) im Balkendiagramm

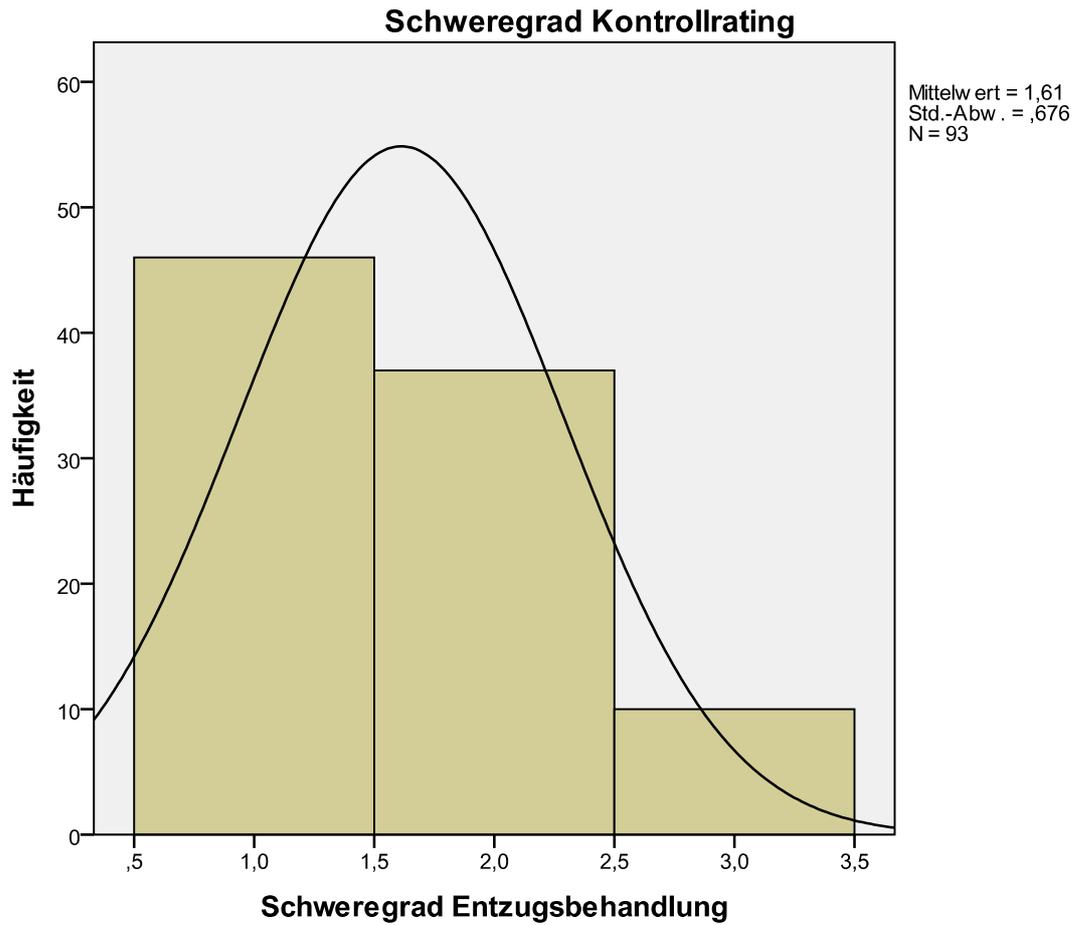


Abb. 8: Verteilung im Kontrollrating

Tab. 14: Statistischer Vergleich der Ratingergebnisse

Statistischer Vergleich der Ratingergebnisse		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
Schweregrad Rating 1 (Autor)	Gr. mit Medikation	33	52,02	1716,50
	Gr. ohne Medikation	60	44,24	2654,50
	Gesamt	93		
Schweregrad Rating 2 (Kontrolle)	Gr. mit Medikation	33	51,67	1705,00
	Gr. ohne Medikation	60	44,43	2666,00
	Gesamt	93		

Aus den Tabellen 12-15 und Abb. 5-8 lässt sich ablesen:

- In Rating 1 und 2 sind in der Gruppe ohne Medikation deutlich mehr Patienten mit Schweregrad 1 anzutreffen als in der Gruppe mit Medikation
- Das Kontrollrating (Rating 2) hat einen höheren Median (2) als Rating 1 mit einem Median bei 1
- In der Verteilung (mittels Rangsummen ermittelt) finden sich aber keine signifikanten Unterschiede der beiden Ratingergebnisse

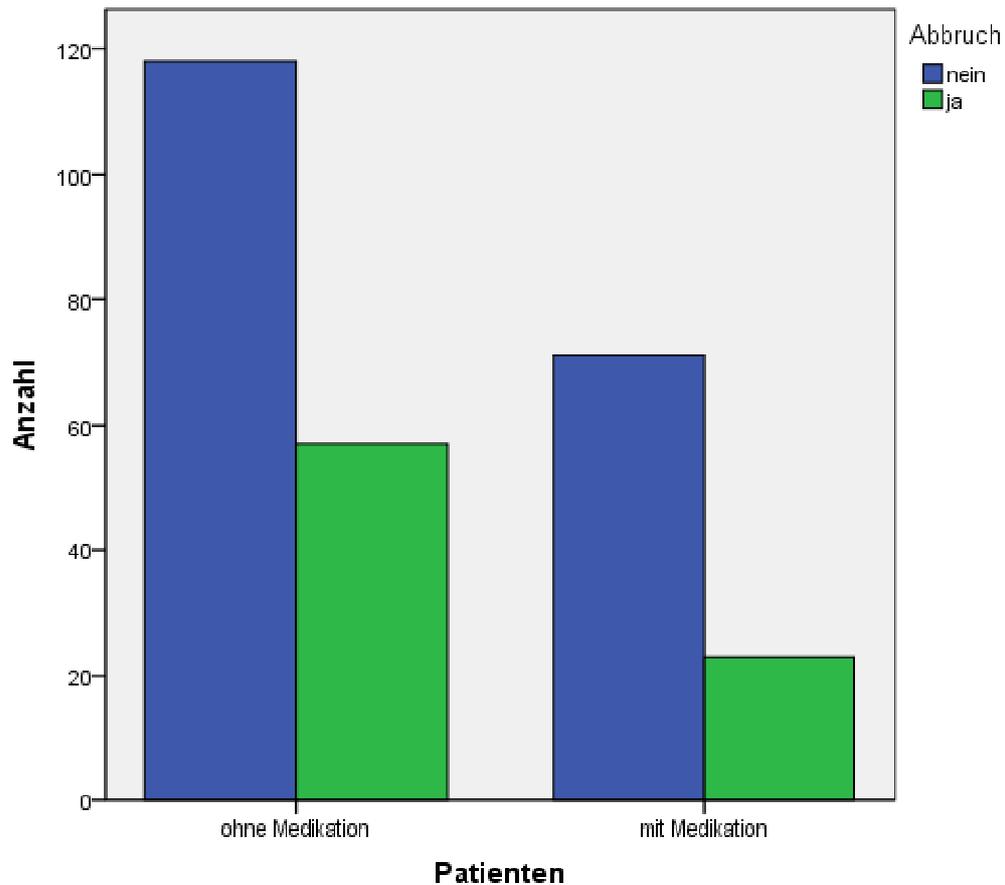


Abb. 9: Vergleich regulär entlassene Pat. versus Therapieabbrecher

Aus der Abbildung 10 geht hervor, dass sich das Verhältnis zwischen Patienten mit oder ohne AD in beiden Entlassungsmodi (regulär und Abbruch) nicht voneinander unterscheidet. Der exakte Test nach Fischer (0,208) zeigte, dass sich beiden Entlassungsformen in Bezug auf den Einsatz von Antidepressiva nicht signifikant unterscheiden.

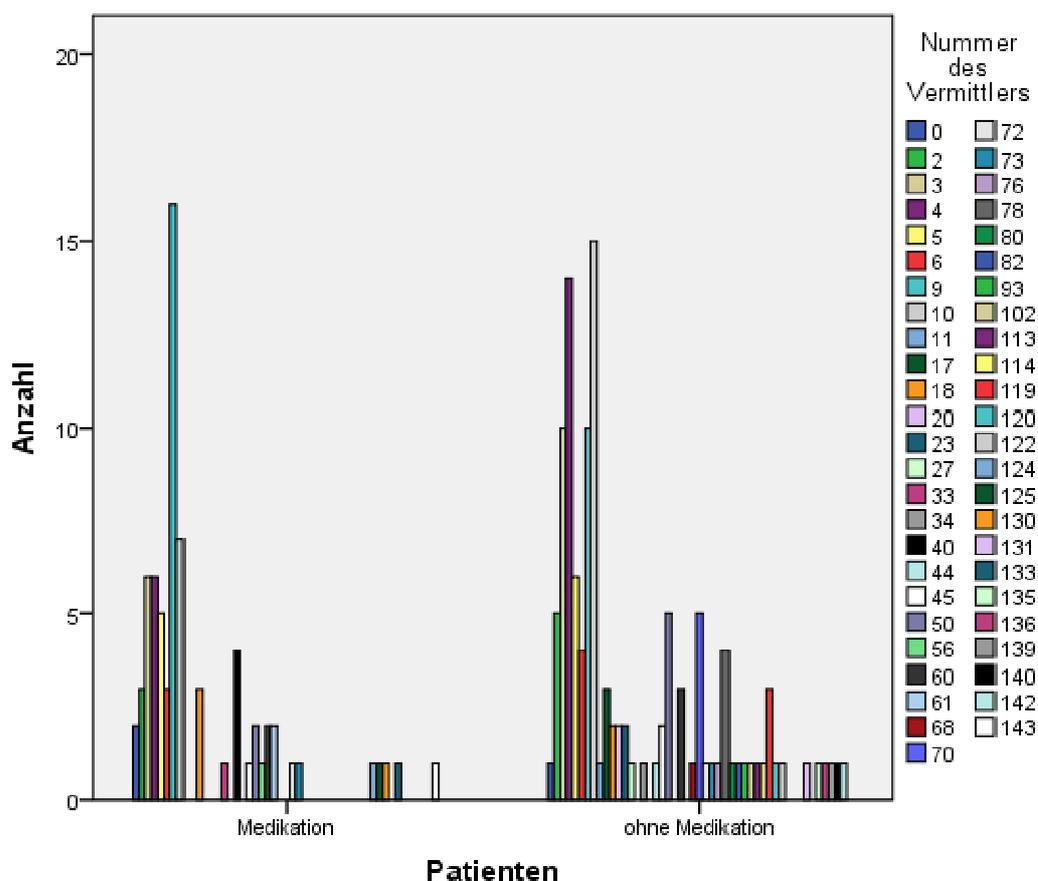


Abb.10: Verteilung der Vermittler (zuweisende Behandler)

Die Abbildung 11 zeigt, dass sich das Verteilungsmuster der Vermittler (Zuweisende Behandler) in den beiden Kohorten nicht voneinander unterscheidet. In der Balkendarstellung ist dies nicht eindeutig erkennbar, die Testung der Verteilung mit dem exakten Test nach Fischer (0,151) zeigt jedoch, dass es keinen signifikanten Unterschied gibt.

10 Diskussion

Die Hypothese unserer Studie war, dass die Medikation mit einem Antidepressivum im Rahmen der Entzugsbehandlung weniger von der festgestellten Symptomatik, als vielmehr von anderen Faktoren, wie beispielsweise der Einstellung des Behandlers oder dem Setting der Entzugsstation abhängt. Die Hypothese wurde an den Aufnahme- und Entlassungsbefunden der stationären Entwöhnungsbehandlung überprüft. Zusätzlich wurde die Behandlungszufriedenheit der Patienten über die Ermittlung des Erreichungsgrads der angegebenen Therapieziele eingeschätzt. Die Situation in der zuvor durchgeführten Entzugsbehandlung hingegen konnte zur Überprüfung der Hypothese nur stichprobenartig (nur 93 Verlegungsberichte lagen vor) und schwer objektivierbar (Berichte unterschiedlicher Qualität aus mehr als 10 verschiedenen Abteilungen) somit nur eingeschränkt aussagekräftig mit einbezogen werden. Das Interesse richtete sich daher zunächst auf die möglichen Unterschiede in den beiden Studiengruppen:

10.1 Unterscheiden sich die beiden Studiengruppen in ihren Aufnahme- und Entlassungsbefunden?

Bei den Aufnahmebefunden finden sich signifikante Abweichungen der medizierten Gruppe von der nicht medizierten Gruppe für die Items Stimmung, Schlafphysiologie und Ängste. Für die übrigen Items ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Offenbar gibt es unter den Patienten, die später mit einem Antidepressivum behandelt wurden mehr Patienten, die bei der Frage nach Auffälligkeiten der Stimmung eine Trübung der Stimmung berichten. Auffallend erscheint in diesem Zusammenhang jedoch, dass die erfragten Symptome einer majoren Depression wie Verlust von Freude, Appetit, Selbstwertgefühl, Zukunftsperspektive oder Schuldgefühle und Suizidgedanken deutlich weniger berichtet wurden und diesbezüglich auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bestanden. In beiden Gruppen überwiegen möglicherweise nur leichte depressive Symptome, so dass die Medikation-Indikation auch nach Kenntnis der Verlegungsberichte in einigen Fällen in Frage gestellt werden darf. Auffallend ist freilich die Tatsache, dass sich bei den Entlassungsbefunden hinsichtlich der Items „Verlust an Freude“ und „Vermehrte Ermüdbarkeit“ eine signifikante Häufung in der Gruppe mit Medikation findet. Es ist möglich, dass dies sogar ein pharmakogener

Effekt ist bei Substanzen mit einer sedierenden Komponente. Dies sollte in einer gesonderten Untersuchung überprüft werden (s.a. S. 74).

Eine eingeschränkt aussagekräftige Bestätigung liefern die beiden Auswertungen der Verlegungsberichte von den Entzugsstationen: Einerseits finden sich dabei signifikant schwerere Verläufe in der Gruppe der medizierten Patienten, die als Beleg für die Notwendigkeit einer antidepressiven Medikation angesehen werden können, andererseits findet sich aber auch eine Anzahl leichter Verläufe der Entzugsbehandlung, bei denen die Notwendigkeit der Medikation nicht erkennbar wird.

In den Entlassungsbefunden reflektieren sich die Aufnahmebefunde hinsichtlich der signifikanten Unterschiede bei der Schlafphysiologie und den Ängsten, während sich bei der Stimmung die Angaben der beiden Patientengruppen deutlich annähern. Auffällig sind insgesamt gute Remissionsraten in beiden Gruppen. Wie bereits erwähnt unterscheiden sich bei den Items „Verlust an Freude“ und „Vermehrte Ermüdbarkeit“ die Remissionsraten (bei Gruppe ohne Medikament ist die Remission signifikant höher).

- Von 123 Patienten mit Stimmungsauffälligkeiten remittierten 83 Patienten. 46 davon ohne medikamentöse Behandlung.
- Initial klagten 77 Patienten über Schlafstörungen, am Ende waren es nur noch 18. 29 Patienten remittierten ohne Medikation.
- 29 Patienten gaben bei Aufnahme Ängste an; 9 Patienten bei Entlassung. Von den 20 Patienten, bei denen die Ängste remittiert waren, erhielten 7 keine Medikation.

Diese numerischen Ergebnisse können aus unserer Sicht folgendermaßen interpretiert und gewertet werden:

Patienten mit der Indikation einer Alkohol-Entzugsbehandlung zeigten häufig das klinische Bild einer depressiven Störung, die hinsichtlich ihrer Ätiologie in eine primäre und eine sekundäre (als Folge des Abhängigkeitssyndrom und der Entzugssituation) unterteilt werden kann. Für diese diagnostische Einordnung ist die Beobachtung der Patienten während einer mindestens zweiwöchigen Entzugsbehandlung erforderlich (Wetterling 2001). Manche Verläufe lassen sich

auch erst im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung einordnen (die Remissionsrate nicht medizierter Patienten während der Therapie ist ein Hinweis). Die zu frühe pharmakologische Intervention verschleiert möglicherweise für Behandler und Patienten die Remission ohne Medikation und fördert die vermutlich falsche Interpretation, dass die psychische Veränderung Folge der Medikation ist - eine Selbsttäuschung des Behandlers und des Patienten - die angesichts der stofflichen Fixierung dieser Klientel besonders kritisch zu sehen ist. Unsere Position wird durch die Arbeit von Liappas et al 2002 bestätigt: innerhalb eines Zeitraums von 4-5 Wochen reduzierten sich depressive Symptome und Angstsymptome bei alkoholabhängigen Patienten durch die Abstinenz deutlich. Die Autoren empfehlen deshalb, die Diagnose einer Depression oder einer Angsterkrankung bei gleichzeitiger Alkoholabhängigkeit nur sehr zurückhaltend zu stellen. Auch Brown et al. (1995) betonen, dass minimal 3 Wochen Abstinenz erforderlich sind, um diagnostische Sicherheit hinsichtlich der notwendigen Unterscheidung einer primären gegenüber einer sekundären Depression zu gewährleisten.

Innerhalb der Gruppe der untersuchten Patienten stellt sich eine Untergruppe dar, die von der Einnahme antidepressiver Medikamente profitiert und bereits während der Entzugsbehandlung diesbezüglich „richtig identifiziert“ wurden. Auch für diese Patienten besteht die Notwendigkeit einer leitlinienorientierten Diagnostik und ausreichend langer Behandlung zur Stabilisierung des psychopathologischen Befundes wie die Behandlungsergebnisse es zeigen. So stellten Thase et al 2001 heraus, wie wichtig die Behandlung affektiver Störungen bei Alkoholabhängigkeit zur Reduzierung des Rückfallrisikos sein kann. Leider kann aus unseren Ergebnissen kein Parameter abgeleitet werden, der diese wichtige Identifizierung ermöglicht. Dies bliebe einer weiteren Untersuchung vorbehalten. Es käme besonders darauf an, die Frage zu klären, ob das Persistieren einer depressiven Stimmungslage, begleitet von Schlafstörungen und Angstsymptomen, während der Entwöhnungsbehandlung prognostisch in diesem Sinne bedeutungsvoll ist. Kapfhammer (2004) widmete eine Abhandlung der Situation des Konsiliarpsychiaters bei der Behandlung der Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und Depressionen. Neben der Psychoedukation und VT-Interventionen misst er der pharmakologischen Intervention mit Antidepressiva eine wichtige Rolle bei. Er merkt aber auch an, dass gerade bei diesem Klientel gehäuft Nebenwirkungen in Form von Tremor, Unruhe und

Schlafstörungen (!) vorkommen Bei bereits eingeschränkter Leberfunktion kann die Verordnung von überwiegend hepatisch metabolisierten Psychopharmaka zu gravierenden Problemen bis hin zum Leberversagen führen; in jedem Fall müssen Chancen und Risiken sehr gründlich abgewogen werden.

Dabei soll nicht unterschlagen werden, dass sich möglicherweise auch unter den nicht medizierten Patienten eine Subgruppe von Patienten befindet, die von einem Antidepressivum profitiert hätte. Patienten mit geringer Remissionsrate müssten noch einmal gesondert untersucht werden.

Insgesamt finden sich in der internationalen Literatur eine ganze Reihe von Untersuchungen zur Diagnostik und Behandlung von Depressionen bei Alkoholabhängigkeit. So kamen Soyka et al (1996) anhand einer Literaturrecherche zum Ergebnis, dass depressive Störungen an der Spitze der komorbiden Erkrankungen bei Alkoholabhängigen stehen. Hintz et al (2004) schlussfolgerten dagegen auf dem Hintergrund von 4 größeren empirischen Studien, dass Angsterkrankungen die häufigste Komorbidität darstellen.

Eine genauere Untersuchung und kritische Diskussion der Bedingungen, unter denen in der Praxis eine antidepressive Behandlung bei Alkoholabhängigen verordnet und durchgeführt wird, war bislang nur selten Gegenstand einer Publikation, was auf Anfrage auch von T. Wetterling (persönliche Mitteilung) bestätigt wird, der zuletzt in 2006 eine umfangreiche Literaturrecherche anlässlich einer geplanten Neuauflage seines Buches mit C. Veltrup „Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen“ 1997 durchführte und die o.g. Einschätzung im Januar 2012 bestätigte.

Auch wenn sich unsere Hypothese hinsichtlich der Gabe von Antidepressiva nicht wie erwartet erfüllt hat, so werden doch das unter 2.2. zitierte Gerichtsurteil und die Grundhaltung des in diesem Zusammenhang tätigen MDK durch die Ergebnisse unserer Untersuchung fragwürdig, ja erscheinen auf diesem Hintergrund als antitherapeutisch. Es spricht alles dafür, an den existierenden Behandlungsleitlinien festzuhalten, sowohl hinsichtlich des qualifizierten Entzuges, als auch für die verschiedenen Formen der Entwöhnungsbehandlung.

10.2 Gibt es einen Zusammenhang zwischen Diagnose und Indikation für eine antidepressive Medikation?

In der Gruppe der Patienten, die Medikamente erhielten, wurde signifikant häufiger eine F3x oder eine F4x-Diagnose gestellt. Einerseits korrelieren die Befunde der Verlegungsberichte mit dieser Diagnosestellung (s. u.). Andererseits entsteht im Verlauf von Entwöhnungstherapien immer wieder der Eindruck, dass die Diagnose einer depressiven Störung als Folge einer Persönlichkeitsstörung eingeschätzt und gelegentlich kodiert, in anderen, möglicherweise häufigeren Fällen aber nicht kodiert wird.

10.3 Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Entzugsbehandlung und der Gabe von Antidepressiva?

Bei der Auswertung der Berichte der Entgiftungsstationen fiel eine Häufung des Schweregrades 2 in der Behr1 gegen über der Behr2 auf. Dies kann als Hinweis angesehen werden, dass die medizierten Patienten schwerere Verläufe zeigten und möglicherweise auch schwerer krank waren, sowohl im Ausmaß der Chronifizierung (Folgeerkrankungen) als auch hinsichtlich des psychopathologischen Befundes, und dass somit die Behandlung mit einem Medikament indiziert war. Gleichzeitig fällt aber auf, dass in 14 Fällen der Behr1 mit leichten Schweregraden der Entgiftung auch ein Medikament verordnet wurde, während 39 Fälle der Behr2 mit einem leichten Verlauf kein Medikament erhielten. Der Schluss liegt zumindest nahe, dass ein Teil der Patienten ohne Notwendigkeit mit einem Antidepressivum behandelt wurde.

Der in der Methodik geschilderte geringe Rücklauf von Entlassungsberichten von den Entzugsstationen erklärt sich möglicherweise dadurch, dass die Berichte von der Entwöhnungsklinik nahtlos angefordert werden, dieser aber zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht diktiert bzw. geschrieben war. Es handelt sich also um den beklagenswerten alltäglichen Informationsverlust an der Schnittstelle zwischen der Entzugsbehandlung und der Entwöhnungsbehandlung. Kurzentlassungsberichte mit beschränkter Aussagekraft liegen dagegen häufig sofort vor, wurden aber nicht in die Auswertung eingeschlossen. Insgesamt besitzt das Item aufgrund der geringen Anzahl von Verlegungsberichten eine geringe Aussagekraft, wird aber im Rahmen des Versorgungsforschungsrahmens dieser Studie hier erwähnt.

10.4 Ist ein Zusammenhang zwischen der gestellten Diagnose und dem(n) verordneten Medikament(en) erkennbar?

Der Anteil der Patienten mit einer F3x-Diagnose ist in der Gruppe mit Medikament signifikant höher, so dass ein Zusammenhang zwischen der Diagnose und der Indikationsstellung vermutet werden kann.

Anders stellt sich die Situation bei Patienten mit einer F6x-Diagnose dar. Diese unterschieden sich in der Verteilung nicht signifikant voneinander. Obwohl die AWMF-Leitlinie zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen keine Empfehlung für Antidepressiva beinhaltet, wurden diese sehr häufig verordnet. Ein Zusammenhang zwischen Diagnose und Indikationsstellung besteht hier streng genommen nicht.

10.5 Unterscheiden sich die beiden untersuchten Gruppen hinsichtlich des Ergebnisses der Entwöhnungstherapie?

Sowohl bei der initialen Abfrage der Zahl der erwünschten Therapieziele als auch des Erreichungsgrades zum Entlassungszeitpunkt (Umsetzung der Ziele aus Patientensicht) fanden sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. In beiden Gruppen fand sich also ein ähnlicher Aktivitätsgrad in der Therapie, was angesichts der Aufnahmebefunde nicht zu erwarten war und möglicherweise die Hypothese stützt, dass sich die beiden Gruppen nicht wesentlich voneinander unterscheiden, offenbar unabhängig von den unterschiedlichen psychopathologischen Ausgangssituationen.

10.6 Unterscheiden sich das Verhältnis zwischen Patienten mit Medikament/ ohne Medikament bei den regulär entlassenen Patienten vom Verhältnis bei den Therapieabbrechern?

Das Verhältnis unterscheidet sich bei den unterschiedlichen Entlassungsformen nicht. Es gibt damit zunächst keinen Hinweis, dass ein Zusammenhang zwischen der Nichtgabe eines Medikamentes und dem Therapieabbruch besteht (auch nicht für den umgekehrten Zusammenhang).

10.7. Unterscheidet sich die Verteilung der Zuweiser in den beiden Gruppen?

Die Betrachtung der Zuweiserverteilung ergibt keinen Hinweis darauf, dass diese in einem Zusammenhang mit der Indikationsstellung für ein Medikament steht, da sich die Verteilung der Zuweiser in den beiden Gruppen nicht signifikant voneinander unterscheidet. Auch hier bestätigt sich die angenommene Hypothese nicht.

11 Zusammenfassung

Die wissenschaftliche Ausgangsgrundlage zu Zusammenhängen zwischen der Alkoholabhängigkeit und der medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva ist im Vergleich zum Gesamtumfang der Forschung zum Thema Depressionen und Abhängigkeitserkrankung als schmal zu bezeichnen. Aus der klinischen Perspektive der Postakutbehandlung der Alkoholabhängigkeit (Entwöhnungstherapie) fällt ein polypragmatischer Umgang mit Antidepressiva bei alkoholabhängigen Menschen auf, der sich nicht mit den geltenden Leitlinien deckt. Die Leitlinien selbst beziehen sich auf zeitliche Zusammenhänge von Abhängigkeitserkrankung und depressiver Symptomatik, ohne präzise Vorgaben zu machen, die dem Verständnis von der Entstehung der Erkrankung entspringen.

Möglicherweise korrespondiert der Polypragmatismus mit den unterschiedlichen Modellen der Suchtentwicklung bzw. der Überbetonung der einzelnen Theorien, beispielsweise des biologischen Modells. Gleichzeitig widerspricht solch eine Vorgehensweise dem anerkannten Modell einer Suchtentstehung, die durch mehrere Variable bedingt wird (s. S. 18 ff.: soziale/gesellschaftliche, psychologische und biologische Modelle). Unabhängig von den unterschiedlichen Modellen kann beim Alkoholabhängigen eine Präferenz für den stofflichen Reiz durch den Alkohol (oder auch andere ähnlich wirkende Substanzen) postuliert werden. Eine sorgfältige Indikationsstellung für die Gabe eines Medikamentes ist bei diesen Patienten daher dringend erforderlich. Aufgrund von Sachlagen, die den Rahmen unserer Untersuchung sprengen (z.B. 1. ein rein biologisches Verständnis von Abhängigkeit, 2. Kostendruck im Gesundheitssystem mit Personalabbau im stationären Bereich, 3. Forderung der Patienten nach Medikamenten aufgrund von Berichterstattungen, Internetselbststudium über unseriöse Quellen oder die Neuroenhancement-Diskussion) ist in vielen Behandlungsfällen eine sorgfältige Indikationsstellung bzw. Systematik bei den medizierten Patienten nicht zu erkennen.

Möglicherweise entspringt der Polypragmatismus auch spezifischen Behandlungsproblemen bei Abhängigkeitserkrankten, da diese den psychotherapeutischen Kontakt oft erschweren und gehäuft auch auf Ablehnung stoßen (s.S.3ff.). Wird dieser Umstand nicht kritisch reflektiert, droht eine Verknappung therapeutischer Mittel, die von Medizinischen Diensten der Krankenkassen aber auch von Gerichten als legitim angesehen werden (s.S.16ff.).

Aus dieser Beobachtung heraus entwickelte sich die nachstehend bearbeitete Fragestellung, ob die Indikationsstellung für ein Antidepressivum, das während der Entzugsbehandlung verordnet wird, aufgrund der festgestellten Symptomatik gestellt wird oder aufgrund der Einstellung des Behandlers bzw. des Settings in der Abteilung, in der der Patient behandelt wird. Der Arbeit wurde die Hypothese zugrunde gelegt, dass die Indikationsstellung für ein Antidepressivum häufiger auf der Einstellung des Untersuchers beruht, als auf der richtigen Indikationsstellung. Als Nebeneffekt kann indirekt ein Hinweis auf die Wirksamkeit von Psychotherapie in der Entwöhnungstherapie gewonnen werden. Die Untersuchung wurde in einer Entwöhnungsklinik mit 100 Behandlungsplätzen durchgeführt, die Patienten aus bis zu 15 unterschiedlichen Entzugskliniken zugewiesen bekommt. Die Klinik befindet sich im Benchmarking der Basisdokumentationsdaten der Deutschen Suchthilfestatistik und kann nach der Auswertung von 2009 und 2010 als repräsentativ für die Situation der Entwöhnungstherapie in der Bundesrepublik Deutschland angesehen werden. In einer naturalistischen Anordnung wurden über etwas länger als ein halbes Jahr alle Patienten der Klinik beobachtet. Alle Patienten, die die Therapie in diesem Zeitraum regulär beendeten, wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Der reguläre Behandlungsablauf wurde durch die Studie nicht verändert, weder die Patienten noch ihre behandelnden Ärzte und Therapeuten waren über die Untersuchung informiert. Diese Anordnung wurde bewusst gewählt, um die reale Versorgungssituation abzubilden. Es handelte sich um 189 Patienten, die in die Studie eingeschlossen wurden. Eine Zahl in ungefähr dieser Höhe wurde zuvor als repräsentative Stichprobe ermittelt. 71 davon erhielten während der gesamten Therapie ein Antidepressivum oder ein anderes zentralnervös wirksames Medikament (tlw. in Kombination). 118 erhielten während der Therapie durchgehend kein Antidepressivum bzw. zentralnervös wirksames Medikament, 6 weitere erhielten während der Therapie ein neu verordnetes zentralnervös wirksames Medikament (zuvor waren sie ohne Medikament). Aus Gründen der fehlenden repräsentativen Aussagekraft wurde die letzte Gruppe am Ende aus der Untersuchung wieder ausgeschlossen.

71 von 189 Patienten erhielten eine Medikation, in 62 Fällen davon ein Antidepressivum, in 7 Fällen ein Antipsychotikum und in zwei Fällen eine Phasenprophylaxe. Bei einem Teil dieser Patienten (56,3% der Stichprobe mit Entlassungsbericht) kann die Indikation zu einer medikamentösen antidepressiven

Therapie anhand der Befunde der Entzugsstation als „richtig gestellt“ angenommen werden. Der andere Teil dieser Stichprobe (43,7%) wurde möglicherweise ohne Indikation mit einem Medikament behandelt. Die eingangs gestellte Hypothese stimmt also nicht. Nur beim geringeren Teil der medizierten Stichprobe trifft die Vermutung zu, dass die Indikationsstellung aufgrund der Haltung der Behandler erfolgte und nicht nach der Einhaltung der Leitlinie. Der prozentuale Anteil dieser nicht nach Leitlinie behandelten Patienten in der Stichprobe ist aber mit immerhin 43,7% so groß, dass die Relevanz des Themas als gesichert angesehen werden kann.

In der Gruppe von den 118 Patienten, die keine Medikamente erhielten, ist ein größerer Teil damit auch leitlinienkonform behandelt (65% der Stichprobe) worden. Ein kleinerer Teil (35%) dieser Stichprobe zeigte mittelschwere Verläufe, so dass möglicherweise eine Indikation zur medikamentösen Behandlung bestanden hätte. Diese Frage stellt sich aber nur aus der Perspektive der Entzugsstation. Der Verlauf in der Entwöhnungstherapie belegt, dass dieser Teil der Stichprobe allein mit den psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Maßnahmen die Abstinenzfähigkeit verbesserte und depressive Symptome sich in diesem Setting zurückbildeten. Die Umsetzung der Forderung der AG Psychiatrie der AKDÄ (2011: „Bei Patienten mit komorbidem Vorliegen von Alkoholabhängigkeit und Depression ist die sekundäre Entwicklung der Depression (Depression als Konsequenz der psychischen, sozialen und toxischen Folgen des Alkoholkonsums) der häufigere Fall. Die konsequente Suchttherapie steht hier im Vordergrund der Behandlung. Nur bei Fortbestehen des depressiven Syndroms nach mindestens zwei- bis vierwöchiger Abstinenz sollte eine Antidepressiva-Medikation erwogen werden“) muss mit Sorgfalt und ärztlicher Vernunft auf dem Hintergrund evidenzbasierter psychotherapeutischer Suchttherapiekonzepte erfolgen, um eine nicht notwendige Medikation mit einem Antidepressivum zu vermeiden und im Sinne von Voigtel der „Überlassung an das unbelebte Objekt“ entgegenzuwirken. Die nicht notwendige Medikation erhält möglicherweise die Wahrnehmung des Patienten aufrecht, die Verbesserung seiner Situation sei durch die Gabe eines Medikamentes bedingt. Die wichtigen Erfahrungen der Selbstwirksamkeit und der Wirksamkeit von Psychotherapie und menschlicher Beziehung werden dabei eingeschränkt.

Andererseits gilt es, die Patienten zu erfassen, die auch im Sinne der Rückfallprophylaxe von einem Antidepressivum zusätzlich zu einer

leitlinienkonformen Psycho-und Soziotherapie profitieren. Die angemessene Behandlungszeit nach Leitlinie, d. h. mindestens 2-4 Wochen Abstinenzzeit, ist dafür erforderlich. Als mögliche Prädiktoren für die Notwendigkeit einer antidepressiven Behandlung lassen sich anhand der Studienergebnisse Störungen der Schlafphysiologie und Angstsymptome vermuten. Diese Annahme müsste in einer gesonderten Studie untersucht werden, da an dieser Stelle eine entscheidende Begrenzung unserer Vorgehensweise sichtbar wird: die naturalistische Betrachtung hatte den Vorteil, dass das Verhalten der behandelnden Ärzte in keiner Weise beeinflusst wurde. Sie verhinderte aber auch die gezielte Erfragung (z.B. durch einen Fragebogen) von Zusammenhängen zwischen gestörtem Schlaf und Rückfällen in der Anamnese. Die naturalistische Vorgehensweise musste sich auf die im Alltag verwendeten gewöhnlichen Messinstrumente beschränken, die zum Teil wenig differenziert die depressive Symptomatik des Patienten erfasst (z. Bsp. Störung der Stimmung vorhanden oder nicht vorhanden). Als Detection-BIAS kann die Anzahl (16) der unterschiedlichen behandelnden Ärzte und Therapeuten angesehen werden, die eine Streubreite in der Befunderhebung implizieren, obwohl der Ausbildungsstand hinsichtlich des Erstellens eines psychopathologischen Befundes sich auf einem vergleichbaren Niveau bewegt.

Der Ausschluss aller Behandlungsabbrecher wurde als möglicher Selektions-BIAS entschärft, indem überprüft wurde, wie sich in der Gruppe der Behandlungsabbrecher das Verhältnis zwischen medizierten und nicht medizierten Patienten verhält. Da sich das Verhältnis in den beiden Gruppen nicht signifikant voneinander unterscheidet, wird das Studienergebnis durch den Ausschluss der Behandlungsabbrecher nicht wesentlich verzerrt.

Die Wiederholung der Studie unter ähnlichen Bedingungen in einem ähnlichen Kollektiv erscheint durchaus lohnenswert, um die o. g. Hypothese „Schlafstörungen und Ängste können Prädiktoren für eine antidepressive Medikation sein“ (vor allem zur Rückfallprophylaxe) zu überprüfen.

Auch die differenziertere Auswertung der antidepressiven Medikation hinsichtlich der unterschiedlichen Wirkprinzipien sollte an einer größeren Population als n=62 untersucht werden (Iovieno et al 2011).

Der Inhalt der Untersuchung gewinnt an Aktualität durch das vom Gesetzgeber am 21.07.2012 verabschiedete Psychiatrie-Entgeltgesetz. Dieses orientiert sich an den DRG-Fallpauschalen und sieht im aktuellen Entwurf für die Entzugsbehandlungen

drei Entgeltstufen vor. Nur bei der dritten Stufe wird die in der Leitlinie empfohlene Verweildauer von 21 Tagen erreicht. Möglicherweise „zementiert“ das Entgeltgesetz so die nicht leitliniengerechte Behandlung. Es stellt sich auch die Frage, ob die Ökonomisierung des Gesundheitswesens die Behandlungssituation von Abhängigkeitserkrankungen verändern wird. In Krankenhausbetrieben, die profitorientiert arbeiten, werden die DRG`s von Patienten stark unterschieden hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen „Verwertbarkeit“: Junge, recht gesunde Patienten mit passenden Verweildauern werden als „cash cow“ bezeichnet, alte, multimorbide Patienten als „poor dog“. In den Aufnahmen dieser Krankenhäuser kann man ein entsprechendes Rating bei diesen Patienten beobachten und Verwaltungsleiter empfehlen ihren Chefärzten, Strategien zu entwickeln, „cash cows“ zu binden und „poor dogs“ zu verlegen.

Ein multimorbider Patient mit Abhängigkeitserkrankung ist im neuen Entgeltsystem nicht nur wegen der bereits geschilderten Gegenübertragungssituation in vielen Fällen „unattraktiv“, sondern auch wegen der möglichen ungünstigen Verweildauer und der hohen Komplikationsrate. Es bleibt abzuwarten, ob die noch zu erwartenden Revisionen des Gesetzes hier sinnvolle medizinische Spielräume lassen oder primär den ökonomischen Gesichtspunkten Rechnung tragen. Im letzteren Fall ist vorhersehbar, dass Abhängigkeitserkrankungen noch mehr aus biologischer Perspektive betrachtet werden und die pharmakologischen Interventionen bevorzugt werden, ungeachtet der vorstehend dargestellten Risiken der stofflichen Fixierung bzw. sogar der iatrogenen Chronifizierung der Erkrankung.

12 Literatur:

- Ackermann K: Psychologische Modelle abhängigen Alkohol- und Drogenkonsums in: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.): Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie G. Fischer, Stuttgart 1996: 19-32
- Adams M, Effertz T (2011): Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In: Singer MV, Batra A, Mann K. (Hrsg.): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. „Auswertung der Basisdaten zum Entlassungsjahrgang 2011“ vom Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. Stuttgart: Thieme: 57-61
- AG Psychiatrie der AkdÄ (2011): Empfehlungen zum Einsatz von Antidepressiva bei alkoholabhängigen Patienten Arzneiverordnung in der Praxis 2: 27-29
- Albertini V, Dieckmann A, Forschner L, Jakobsen Th, Nitzgen D, Obendiek J et al (2010): OPD-Modul für Abhängigkeitserkrankungen. Suchttherapie 11: 183-188
- Banger M, von Wilmsdorff M, Baier M (1997): Score-gesteuerte Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms. Krankenhauspsychiatrie 8: 56-61
- Berglund M, Nordström G (1989): Mood disorders in alcoholism. Current Opinion Psychiatry 2: 428-433
- Bilitza, Klaus W. (2008) (Hrsg.): Psychotherapie der Sucht: Psychoanalytische Beiträge zur Praxis Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 191-206
- Birbaumer N, Schmidt RF (2006): Biologische Psychologie, 6.Aufl., Springer-Verlag Heidelberg
- Boden J M, Fergusson D M (2011): Alcohol and depression. Addiction 106: 906-914
- Bronisch T (1985): Zur Beziehung zwischen Alkoholismus und Depression anhand eines Überblicks über empirische Studien Fortschritt Neurologie Psychiatrie 12: 454-468
- Brown SA, Inaba RK, Gillin JC, Schuckit MA, Stewart MA, Irwin MR (1995): Alcoholism and affective disorder: Clinical course of depressive symptoms. American Journal of Psychiatry 152: 45-52
- Büchner, U. (1993): Sucht als artifizielle Ich-Funktion. In: Bilitza, K. (Hsg.): Suchtherapie und Sozialtherapie. Göttingen 145-157

- Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, Cornelius MD, Fabrega H Jr, Ehler JG et al (1995): Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *American Journal of Psychiatry* 152: 358-64
- Cornelius JR, Salloum IM, Ehler JC, Jarrett PJ, Cornelius MD, Perel JM et al (1997): Fluoxetine in depressed alcoholics: A double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 54: 700-705
- Beck A, Andreas H (2010): Lerntheoretische Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtverhalten. *Forum Public Health: Forschung, Lehre, Praxis* 67: 6-8
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie (DGPPN), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) (Hrsg.) (2010): Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Reihe: Interdisziplinäre S3-Praxisleitlinien, Band 0
- Driessen M, Veltrup C, Junghans K, Przywara A, Dilling H(1999): Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluierter Behandlungsprogramme am Beispiel einer erweiterten Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Nervenarzt* 70: 463-470
Driessen M, Veltrup C, Weber C, John U, Wetterling T, Dilling H (1998): Psychiatric co-morbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction* 93: 889-94
- Driessen M , Meier S , Hill A , Wetterling T , Lange W , Junghanns K (2001). The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol and Alcoholism* 36: 249-55
- Ebi A (2000): Der ungeliebte Suchtpatient. Überlegungen zur Gegenübertragung und ihren Auswirkungen in der Behandlung Alkoholsüchtiger *Psyche* 546: 521-543
- Ellis A (1993): Grundlagen der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie. München: Pfeiffer Verlag
- Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ (2009): Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of General Psychiatry* 66: 260–266
- Feuerlein W (1986) (Hrsg.): Theorie der Sucht Springer Verlag Berlin

- Fleischmann H (2001): Chronisch mehrfach beeinträchtigt Alkoholabhängige (CMA) und Alkoholranke in Entwöhnungstherapie (EWT) - zwei unterschiedliche Gruppen Alkoholabhängiger im psychiatrischen Krankenhaus. Sucht 47: 321 - 330
- Freud A (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen Fischer Verlag Berlin 17. Auflage
- Fritze J (2007): Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2005 Nervenarzt 78: 1332-1338
- Fu Q, Heath AC, Bucholz KK, Nelson E, Goldberg J, Lyons MJ et al (2002): Shared genetic risk of major depression, alcohol dependence, and marijuana dependence: contribution of antisocial personality disorder in men. Archives of General Psychiatry 59: 1125–32
- Gaertner B, Freyer-Adam J, Meyer C, John U (2012): Alkohol - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2011. Lengerich Pabst Verlag: 38-63
- Gastpar M, Mann K, Rommelspacher H (Hrsg.) (1999): Lehrbuch der Suchterkrankungen Stuttgart, New York: Thieme Verlag
- Geyer D, Batra A, Beutel M, Funke W, Görlich P, Günthner A et al (2006): AWMF-Leitlinie Postakutbehandlung alkoholbezogener Störung. Sucht 1: 8-34
- Gorelick D, Paredes A (1992): Effect of Fluoxetine on Alcohol Consumption in Male Alcoholics Alcoholism. Clinical and experimental research 16: 261-265
- Hartmann H (1939): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem (in 3. unveränderte Aufl. Stuttgart: Klett-Verlag 1975)
- Hartmann H (1950): Psychoanalyse und Entwicklungspsychologie. Psyche 18: 354-366
- Hasegawa K, Mukasa H, Nakazawa Y, Kodama H, Nakamura K (1991): Primary and secondary depression in alcoholism – clinical features and family history. Drug and Alcohol Dependence 27: 275–281
- Heigl-Evers A (1985): Sucht und Abhängigkeit aus tiefenpsychologischer Sicht in: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Süchtiges Verhalten: Grenzen und Grauzonen im Alltag Hamm: Hoheneck-Verlag: 23-34
- Heigl-Evers A (1992): Wissenschaftliche Theorien zur Sucht- und Drogenabhängigkeit: Stand der Diskussion in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.):

- Weiterentwicklung der Drogenhilfe in NRW: Dokumentation über ein Drogensymposium am 25. und 26. Juni 1987 in Düsseldorf. Düsseldorf: 13-22
- Heigl-Evers A (1980): Depression und Sucht in: Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (Hrsg.) Sozialtherapie in der Praxis: Psychoanalytisch-orientierte Suchtkrankentherapie Kassel: Nikol Verlag: 7-15
 - Heinz A (2001): Serotonerge Funktionsstörungen als Folge sozialer Isolation Bedeutung für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit in: Stetter F (Hrsg.): Suchtforschung für die Suchtkranken: Ergebnisse, Konsequenzen, Perspektiven Geesthacht: Neuland Verl.-Gesellschaft: S. 15-26
 - Heinz A, Mann K (2001): Neurobiologie der Alkoholabhängigkeit in: Deutsches Ärzteblatt 36: A 2279-A 2283
 - Heinz A, Kienast T (2008): Neurobiologische Befunde bei Substanzabhängigkeit: Wie Suchtstoffe Gehirn und Verhalten fördern in: Konturen: Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen 5: 14-17
 - Helou A, Lorenz W, Ollenschläger G, Reinauer H, Schwartz FW (2000): Methodische Standards der Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien in Deutschland. Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 94: 330-339
 - Hillemacher T, Wilhelm J, Heberlein A (2012): Depression und Alkoholabhängigkeit Nervenheilkunde 31: 305-310
 - Hintz T, Diehl A, Croissant B (2004): Epidemiologische und ätiologische Aspekte von Depression und Angst - Psychische Komorbidität bei alkoholbezogenen Störungen psychoneuro 30: 42-48
 - Hövel auf dem J (2008): Pillen für den besseren Menschen: Wie Psychopharmaka, Drogen und Biotechnologie den Menschen der Zukunft formen Hannover: Heise Verlag
 - Institut für Suchtprävention pro mente Oberösterreich (2014): (<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.22/view.137/level.3/> 03.01.2014)
 - Iovieno N, Tedeschini E, Bentley KH, Evins AE, Papakostas GI (2011): Antidepressants for major depressive disorder and dysthymic disorder in patients with comorbid alcohol use disorders: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. Journal of Clinical Psychiatry 72(8):1144-51.

- Jellinek E (1946): Phases in the Drinking History of Alcoholics. Analysis of a Survey Conducted by the Official Organ of Alcoholics Anonymous. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 7: 1-88
- John U, Veltrup C, Driessen M, Wetterling T, Dilling H (2000): Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen. Lambertus-Verlag, Freiburg.
- John U, Hanke M (2002): Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country - Germany. In: Alcohol and Alcoholism 37: 581-585
- Johnson BA (2004): Role of serotonergic system in the neurobiology of alcoholism: implications for treatment. CNS Drugs 18: 1105-1118
- Julien RM (1997): Drogen und Psychopharmaka. Heidelberg: Spektrum Verlag
- Kabel DI, Petty F (1996): A placebo-controlled, double blind study of fluoxetine in severe alcohol dependence: adjunctive pharmacotherapy during and after inpatient treatment. Alcoholism: Clinical and experimental Research 20: 780-784
- Kapfhammer HP (2004): Alkohol und Depression in der Konsultation-Liaison-Psychiatrie. Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 3: 30-36
- Kasperowicz-Dabrowiecka A, Rybakowski JK (2001): Beyond the Winokur concept of depression spectrum disease: which types of alcoholism are related to primary affective illness? Journal of Affective Disorder 63: 133–8
- Kohut H (1979): Die Heilung des Selbst. Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main
- Kranzler HR, Burleson JA, Korner P, Del Boca FK, Bohn MJ, Brown J, Liebowitz N (1995): Placebo-controlled trial of fluoxetine as an adjunct to relapse prevention in alcoholics. American Journal of Psychiatry 152: 391-397
- Kranzler HR, Burleson JA, Brown J, Babor TF (1996): Fluoxetine treatment seems to reduce the beneficial effects of cognitive-behavioral therapy in type B alcoholics. Alcoholism: Clinical and experimental Research, 20: 1534-1541
- Kemper U (2008): Der Suchtbegriff - Versuch einer Annäherung in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) Jahrbuch Sucht Geesthacht: Neuland Verl.-Gesellschaft: 210-226
- Klein M (1997): Ziele und Strukturen des Suchthilfesystems. Gestern - heute - morgen. In: Sticht U (Hrsg.): Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch. Freiburg Lambertus Verlag: 130-159

- Klein M (1972): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Rowohlt Verlag Hamburg
- Krystal H, Raskin H A (1983): Drogensucht, Aspekte der Ich-Funktion Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
- Krausz, M, Haasen C, Naber D: Pharmakotherapie der Sucht Karger Verlag Freiburg
- Kunze H, Kaltenbach L (Hrsg.) (1996). Psychiatrie-Personalverordnung. Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis. 3. Auflage, Kohlhammer Verlag Stuttgart.
- Kuo PH, Neale MC, Walsh D, Patterson DG, Riley B, Prescott CA, Kendler KS (2010): Genome-wide linkage scans for major depression in individuals with alcohol dependence. *Journal of Psychiatric Research* 44: 616–19
- Langbehna D R, Philiberta R, Caspersa K M, Yucuisa R, Cadoreta R J (2006): Association of a D2S2944 allele with depression specifically among those with substance abuse or antisocial personality. *Drug Alcohol Depend* 83: 33–41
- Liappas J, Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Christodoulou G (2002): Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms. *Drug and Alcohol Dependence* 68: 215-20
- Luo X, Kranzler HR, Zuo L, Wang S, Blumberg HP, Gelernter J (2005): CHRM2 gene predisposes to alcohol dependence, drug dependence and affective disorders: results from an extended case–control structured association study. *Human Molecular Genetics* 14: 2421–34
- Mahler M (1985): Studien über die ersten drei Lebensjahre. Klett-Cotta Verlag Stuttgart
- Maier W, Lichtermann D, Mingos J (1994): The relationship of alcoholism and unipolar depression: a controlled family study. *Journal of Psychiatric Research* 28: 303–317
- Mann K, Stetter F, Günthner A, Buchkremer G (1995): Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. *Deutsches Ärzteblatt* 45: B-2217-2221
- Mann KF (2000): Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen: von der Behandlungskette zum Behandlungsnetz. *Deutsches Ärzteblatt* 99: A632-44
- Mann K (2006): Der qualifizierte Entzug als Baustein zu einer verbesserten

Behandlung von Alkoholabhängigen (Vortrag auf dem Geraer Symposium 06.09.2006)

- Marcea T, Kuhlmann T (2001): Leitlinien für die Erbringung medizinischer Leistungen in der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeit und/oder schädlichem Gebrauch von psychotropen Substanzen für das Fachgebiet Psychiatrie/Psychotherapie. Suchttherapie 2: 45-50
- McEachin RC, Keller BJ, Saunders EF, McInnis MG (2008): Modeling gene-by-environment interaction in comorbid depression with alcohol use disorders via an integrated bioinformatics approach. BioData Min 1: 2
- Mertens W (2008): Psychoanalyse. Geschichte und Methoden. 4. aktualisierte Auflage. Beck Verlag München
- Meyer C, Rumpf HJ, Kreuzer A, de Brito S, Glorius S, Jeske C et al (2011): Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Endbericht. Greifswald; Lübeck
- Miguel-Hidalgo JJ, Rajkowska G (2003) Comparison of prefrontal cell pathology between depression and alcohol dependence Journal of Psychiatric Research 37: 411–20
- Miller WR, Rollnick S (1991): Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Lambertus Verlag Freiburg (Deutsche Ausgabe der amerikanischen Originalausgabe "Motivational Interviewing", Hrsg.: Kremer G, Schroer B)
- Mundle G, Banger M, Mugele B, Stetter F, Soyka M, Veltrup C, Schmidt LG (2003): AWMF-Behandlungsleitlinie: Akutbehandlung alkoholbezogene Störungen. Sucht 49: 147-167
- Müller-Oerlinghausen B, Lohse M (2011): Psychopharmaka in: Schwabe U, Paffrath D (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2011: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare
- Nunes EV, Levin FR (2004): Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. Journal of the American Medical Association 291: 1887-1896
- Nurnberger JIJr, Foroud T, Flury F, Su J, Meyer ET, Hu K et al (2001): Evidence for a locus on chromosome 1 that influences vulnerability to

alcoholism and affective disorder. Influences vulnerability to Alcoholism and affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 158: 718–24

- Paljarvi T, Koskenvuo M, Poikolainen K, Kauhanen J, Sillanmaki L, Makela P (2009): Binge drinking and depressive symptoms: a 5-year population-based cohort study. *Addiction* 104: 1168–78
- Positionspapier der Leiter von Suchtabteilungen in bayerischen Bezirkskrankenhäusern zur Entzugsbehandlung von Alkoholkranken gem. § 3 der Empfehlungsvereinbarung vom 20.11.1978 (2001). *Sucht* 47: 446-451
- Prochaska JO, DiClemente CC (1982): Trans-theoretical therapy - toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19: 276-288)
- RADÖ S (1934): Psychoanalyse der Pharmakothymie (Rauschgiftsucht). *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 20: 16-32
- Raimoa EB, Schuckit MA (1998): Alcohol dependence and mood disorders. *Addict Behaviours* 23: 933–946
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Zocke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK (1990): Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association* 19: 2511-2518
- Richter D (2001): Die Dauer der psychiatrischen Behandlung. *Fortschritt Neurologie Psychiatrie* 69: 19-31
- Rösner S, Kufner H (2007): Arzneimittelmissbrauch bei Personen mit Abhängigkeitserkrankungen - Ergebnisse des Monitoring-Systems ebis-med. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis* 1: 7-23
- Seneca LA: *Epistulae Morales* [LXX-CXXIV, CXXV) (= Briefe über Ethik), in: *Philosophische Schriften* [lat. u. dt.], hrsg. v. Manfred Rosenbach, 4 Bde, Darmstadt 1969-1984
- Rudolf G (2005): *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart Schattauer Verlag
- Sanchez-Pena JF, Alvarez-Cotoli P, Rodriguez-Solano J (2012): Psychiatric disorders associated with alcoholism: 2 year follow-up of treatment. *Actas Espagnia Psiquiatria* 40: 129-35

- Saunders E F, Zhang P, Copeland J N, McLinnis M G, Zollner S (2009): Suggestive linkage at 9p22 in bipolar disorder weighted by alcohol abuse. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* 150B: 1133–38
- Schmidt LG, Mundle G, Banger M, Stetter F, Soyka M, Veltrup C, Mann K (2002): Die "Qualifizierte Entgiftung Alkoholkranker"-im Lichte der Entwicklung von Behandlungsleitlinien für substanzbezogene Störungen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 96: 295-300
- Schmidt LG, Gastpar M, Falkai P, Gaebel W (2006): *Evidenzbasierte Suchtmedizin Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen* Deutscher Ärzteverlag
- Schneider U, Altmann A, Baumann M, Bernzen J, Bertz B, Bimber U et al(2001): Comorbid anxiety and affective disorder in alcohol-dependent patients seeking treatment: the first Multicentre Study in Germany. *Alcohol and Alcoholism* 36: 219-23
- Schuckit MA (1986): Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorders. *American Journal of Psychiatry* 143: 140-147
- Schuckit MA (1994): Alcohol and depression: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 89: 28-32
- Schwoon D, Krausz M (1990): *Psychiatrie und Sucht - Anmerkungen zu einem zwiespältigen Verhältnis* in: Schwoon D, Krausz M (Hrsg.): *Suchtkranke - die ungeliebten Kinder der Psychiatrie*. Thieme Verlag Stuttgart: 3-15
- Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Pulkkinen L, Marttunen M, Kaprio J (2008): Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish twins. *Addiction* 12: 2045–53
- Sjöholm LK., Kovanen L, Saarikoski ST, Schalling M, Lavebratt C, Partonen T (2010): CLOCK is suggested to associate with comorbid alcohol use and depressive disorders. *Journal of Circadian Rhythms* 8:1
- Soyka, M (2009): Neuro-Enhancement aus suchtmedizinischer Sicht. *Der Nervenarzt* 7: 837-839

- Soyka M (1995): Die Alkoholkrankheit - Diagnose und Therapie. Chapman & Hall Verlag Weinheim
- Soyka M, Hollweg M, Naber D (1996): Alkoholabhängigkeit und Depression: Klassifikation, Komorbidität, genetische und neurobiologische Aspekte. *Der Nervenarzt* 11: 896-904
- Soyka M, Horak M, Morhart V, Möller HJ (2001): Modellprojekt "Qualifizierte ambulante Entgiftung". *Nervenarzt* 72: 565-569
- Soyka M, Küfner H (2008): Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung, Folgen, Therapie 6., vollständig überarb. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme
- Soyka M, Lieb M (2004): Depression und Alkoholabhängigkeit - Neue Befunde zu Komorbidität, Neurobiologie und Genetik *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 5: 37-46
- Spitz R (1946): Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child* 2: 313-342
- Steppan M, Künzel J, Pfeifer-Gerschel T (2011): Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik 2009. Neuland-Verlag Geesthacht
- Stetter F, Mann K (1997): Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Nervenarzt* 68: 574-581
- Stetter F (2000): Psychotherapie von Suchterkrankungen. Teil 1: Von der Diagnostik zur Motivationstherapie. *Psychotherapeut* 45: 63-71
- Stetter F (2000): Psychotherapie in der Entgiftungs- und Motivationsbehandlung - Konzepte, Ergebnisse und Prognose. In: Stetter F (Hrsg.) *Wege aus der Sucht I: Suchttherapie an der Schwelle der Jahrtausendwende. Herausforderungen für Forschung und Therapie*. Neuland Verlag Geesthacht: 70-87
- Süß HM (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau* 46:248-266
- Thase ME, Salloum IM, Cornelius JD (2001): Comorbid alcoholism and depression: treatment issues. *Journal of Clinical Psychiatry* 62: 32-41
- Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farré M (2005): Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 1: 1-22

- Uchtenhagen A (2000): Suchtkonzepte: Theoretische Modelle zur Erklärung von Abhängigkeit in: Uchtenhagen A, Zieglgänsberger W (Hrsg.): Suchtmedizin: Konzepte, Strategien und therapeutisches Management München, Jena Urban & Fischer Verlag: 193-195
- Voigtel R (1996): Die Überlassung an das unbelebte Objekt Psyche, 1996, 50(8), 715-741
- Wang JC, Hinrichs AL, Stock H, Budde J, Allen R, Bertelsen S *et al* (2004): Evidence of common and specific genetic effects: association of the muscarinic acetylcholine receptor M2 (CHRM2) gene with alcohol dependence and major depressive syndrome. *Human Molecular Genetics* 13: 1903-11
- Weiergräber M, Broich K (2011): Verbesserung der Hirnfunktion – Hirndoping *Psychopharmakotherapie* 18:192–202
- Weiß C (2010): *Medizinische Statistik*. Springer Verlag Heidelberg
- Wetterling T (1997): Medikamentöse Ansätze zur Behandlung der Alkoholkrankheit in: Zerdick J (Hrsg.) 6. Suchtmedizinischer Kongress der DGDS Hamburg: 145-159
- Wetterling T (1998): Ansätze zur medikamentösen Behandlung der Alkoholkrankheit in: Beutel, Martin (Hrsg.) *Medikamentöse Behandlung der Alkoholkrankheit* Geesthacht: Neuland Verl.-Gesellschaft: 51-71
- Wetterling T (2001): Medikamentöse Behandlung von psychiatrischen Störungen bei Alkoholabhängigen *Psychiatrische Praxis* 28: 257-61
- Wetterling T *et al* (2002): Schlafstörungen und Schlafhygiene bei Alkoholabhängigen in: *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 5: 379-387
- Wetterling T, Kanitz RD, Besters B, Fischer D, Zeffass B, John U *et al* (1997): A new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS scale). *Alcohol and Alcoholism* 32: 753-60
- Wetterling T, Veltrup C (1997): *Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen: Ein Leitfaden* Springer Verlag Berlin
- Winnicott, DW (1953): Transitional objects and transitional phenomena, *International Journal of Psychoanalysis* 34: 89-97
- Winnicott DW (1974): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Fischer Verlag Frankfurt am Main

- Winokur G, Rimmer J, Reich T (1971): Alcoholism IV: Is There More Than One Type of Alcoholism? *The British Journal of Psychiatry* 118: 525-531
- Wunderer E, Borse S, Schnebel A (2011): Essstörungen. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht*. Geesthacht: Neuland Verlag: 128-139
- Zähres S, Stetter F, Mann K (1993): Behandlungskomponenten einer Entgiftungs- und Motivationstherapie aus der Sicht der Alkoholkranken. *Sucht* 39: 332-342
- Zemlin U, Schneider B, Braukmann W, Buschmann H, Dehmlow A, Herder F et al (1999): Effektivität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Ergebnisse einer klinikübergreifenden Ein-Jahreskatamnese in fünf Fachkliniken. *Praxis Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 47: 60-73

13. Abkürzungsverzeichnis

AD	Antidepressivum
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AKdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AOR	Attributable Odds Ratio
AVK	Auguste-Viktoria-Klinikum (Vivantes Klinikum Auguste-Viktoria)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BADO	Basisdokumentation
Bhgr1	Behandlungsgruppe 1
Bhgr2	Behandlungsgruppe 2
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DRV	Deutsche Rentenversicherung
GEK	Barmer GEK Krankenkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HSFK	Hartmut-Spittler-Klinik am Vivantes AVK
ICD10	Internationale Klassifikation der Erkrankungen Version 10
IFT	Institut für Therapieforschung München
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PATFAK	Patientenverwaltung und Leistungsfakturierung (EDV-System)
PIM	Psychoanalytisch-interaktionelle Methodik
PINTA	Prävalenz der Internetabhängigkeit

Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PST	Persönlichkeitsstörung
SGB V	5. Buch des Sozialgesetzbuches
SGB VI	6. Buch des Sozialgesetzbuches
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
TWW	Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk
WHO	World Health Organisation

14. Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Darius Chahmoradi Tabatabai, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Die Bedeutung der medikamentösen antidepressiven Therapie im Rahmen der Postakutbehandlung der Alkoholabhängigkeit“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s. o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§ 156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum: 03.03.2014

(Darius Chahmoradi Tabatabai)

15. Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

16. Publikationen:

Albertini V, Dieckmann A, Forschner L, Jakobsen Th, Nitzgen D, Obendiek J, Sporn H, Tabatabai D, von Ploetz K (2010): OPD-Modul für Abhängigkeitserkrankungen. Suchttherapie 11:183-188

Chahmoradi Tabatabai D (2011): Wenn eine Droge nicht mehr genug ist. Ärztliche Praxis Neurologie Psychiatrie 6: 21-24

Jakobsen Th, Albertini V, Dieckmann A, Forschner L , Nitzgen D, Obendiek J, Sporn H, Tabatabai D, von Ploetz K (2013): OPD 2 - Modul Abhängigkeitserkrankungen. Verlag Huber Bern

17. Danksagung

An dieser Stelle bedanke ich mich bei allen beruflichen und privaten Weggefährten, die mir in den letzten Jahren ihr Gehör geliehen haben und direkt oder auch indirekt durch ihr Wissen bei der Bearbeitung dieses Themas eine Hilfe waren.

Mein besonderer Dank gilt

Herrn Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen für die in jeder Hinsicht persönlich tragende und fachlich zielorientierte Betreuung dieser Studie und die Bereitschaft, sein profundes Wissen und seine Erfahrung zu teilen.

Herrn Dr. med. Andreas Dieckmann für die vielfältige Unterstützung und die Hilfe beim Schaffen einer günstigen Infrastruktur im Vivantes Klinikum AVK für die Durchführung der Studie.

Frau Dr. med. Alexandra Lingesleben für das Erstellen des Kontrollratings bei den Verlegungsberichten.

Frau Andrea Stroux für die Unterstützung bei der Auswertung der Daten und die Beratung bei der Auswahl der angewandten statistischen Testverfahren.

Herrn Jens Medenwaldt für die Unterstützung beim Erstellen der Erhebungsbögen innerhalb des Patientendokumentationssystems PATFAK.

Meiner Ehefrau Constanze für ihre unermüdliche Unterstützung und meinem Sohn Luca für seine Geduld.

18. Anhang:

10 Jahre Vivantes <small>LEBEN IM WIRTSCHAFTS</small>		Systemplan Hartmut - Spittler - Fachlinik Vivantes					
	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
6.00 - 6.30	6.00 - 7.00 <i>Früh sport</i>						
6.30 - 7.00	6.00 - 7.00 <i>Früh sport</i>						
7.00 - 7.30	7.00 - 8.00 <i>Früh stück</i>						
7.30 - 8.00	7.00 - 8.00 <i>Früh stück</i>						
8.00 - 8.30				Leitungsteam 8.00 - 8.30 8.00			
8.30 - 9.00	Großgruppe 8:30 - 9:30 Alle Gruppen	Part.Sprachen Stützung(CA) 08.30- 08.50	Großgruppe 8:30 - 9:30 Alle Gruppen	Ergotherapie Indikationsgruppen 8:15-9:45 1 2 3 4 5 6 7 8	Großgruppe 8:30 - 9:30 Alle Gruppen	Garten/Hausdienst 8:00 - 11:00	
9.00 - 9.30							
9.30 - 10.00	Bezugsgruppe 09:45 - 11:15	Patienten Plenum(OA) 9:00-10:15 Alle Gruppen	8:45 Team		Bezugsgruppe 09:45 - 11:15	Computerkurs 10:00 - 12:00	
10.00 - 10.30							
10.30 - 11.00	Alle Gruppen	Gesund/Info(CA) 10:30-11:30 Alle Gruppen		Indikationsgruppen 10:00 - 11:30 Alle Gruppen		Kulturveranstaltung 9:00 - 18:00	
11.00 - 11.30							
11.30 - 12.00	Teamsitzung M - A 8:00 Min 11:30 - 12:30		Kurven Visite alle Gruppen		Teamsitzung 11:30 - 12:30 Arztebesprechung 12:30 - 13:00	11:30 - 12:30 <i>Mittagessen</i>	
12.00 - 12.30				Fortbildung			
12.30 - 13.00	Ergotherapie Bewegungstherapie 12:45 - 14:15 1 2 ... 8 7 8	Ergotherapie Bewegungstherapie 12:30 - 14:00 1 2 3 4 ...	11:30 - 13:30	12:00 - 13:00	Ergotherapie Bewegungstherapie 12:30 - 14:00 1 2 3 4 5 7 8 Indikationsgruppen	Alle Gruppen	
13.00 - 13.30			Ergotherapie Bewegungstherapie 12:30 - 14:00 1 2 . 4 5 . . 3	Ergo Bewegther. 13:00-14:30 ... 5 6 7 8			
13.30 - 14.00				Urbildungsgruppe 14:00 - 15:00			
14.00 - 14.30	Ergotherapie Bewegungstherapie 14:30 - 18:00 ... 3 4 5 6 ...	Ergotherapie Bewegungstherapie 14:15 - 18:45 1 2 3 4 ...	Ergotherapie Indikationsgruppen 16:00 - 18:30 1 2 3 4 5 6 7 8	Ergotherapie Bewegungstherapie 14:45 - 18:15 ... 5 6 7 8			
15.00 - 15.30							
16.00 - 16.30	Indikationsgruppen 16:15 - 17:15					Vorbereitung SHG 18:00- 17:00 alle Gruppen	
16.30 - 17.00			Vorstellung Gruppen 16:45-17:30 Alle Gruppen				
17.00 - 17.30	Nachsorge 17:00 - 18:30						
17.30 - 18.00							
18.00 - 18.30	Alle Gruppen	18:00 - 19:00 <i>Abendessen</i>					
18.30 - 19.00	18:00 - 19:00 <i>Abendessen</i>						
19.00 - 19.30	Vorstellung SHG 19:00- 20:00 alle Gruppen	Vorstellung SHG 19:00- 20:00 alle Gruppen	Angehörigen-gruppe 18:00-20:00 Mittwochbesetzung 18:00 - 20:00	Vorstellung SHG 19:00- 20:00 alle Gruppen	Vorstellung SHG 19:00- 20:00 alle Gruppen	Medikamentenabhängigkeit Alkoholabhängigkeit Kontakttelefon Tel. 0330 130-20 8600	
19.30 - 20.00						KICK OFF für ein neues Leben. Finde deinen Weg. 	
20.00 - 20.30				AQUA FIT 19:30-21:00	Ehemaligen-Treffen 20:00 - 21:30 Alle Gruppen Jd. 1. Fr Im Monat		
20.30 - 21.00							
21.00 - 21.30							
21.30 - 22.00							
22.00	22:00 - 6:00 <i>Nachtruhe</i>						

Legende							
	Veranstaltungen, an denen alle Pat. teilnehmen oder teilnehmen können						
	Veranstaltungen, die nur vom Team wahrgenommen werden						
	Kleingruppen						
	Ergo- u. Bewegungstherapie / Jew. Gruppen in entsprechender Farbe						
	Themenzentrierte Gruppen (siehe Plan)						
	Übergreifende Veranstaltungen						

1. BADO (Basisdokumentation) Bogen

= Daten werden aus PFW übernommen

Name des Pat:

Geb.:

Entlassen am:

Gruppe:

Therapeut:

2.1 Basisdaten

2.1.1 Datum des Betreuungsbegins . .

2.1.2 Alter bei Betreuungsbeginn (in Jahren)

2.1.3 Geschlecht

1 Männlich
2 Weiblich

2.1.4 Betreuungsgrund

1 Eigene Problematik
2 Problematik von Personen im sozialen Umfeld
3 Sonstiges

2.1.5 Wenn Person in sozialem Umfeld -- nur für ambulante Einrichtungen --

2.1.5.1 Angehöriger kommt als

1 Partner
2 Kind
3 Geschwister
4 Elternteil
5 Andere

2.1.5.2 (Vorrangiges) Suchtproblem aus Sicht des Angehörigen -- nur für ambulante Einrichtungen --

1 Alkohol
2 Medikamente
3 Cannabis
4 Sonstige Drogen
5 Tabak
6 Glücksspielen
7 Essen

2.2 Verwaltungs-/ Zugangsdaten

2.2.1 Jemals zuvor suchtbezogenen Hilfe beansprucht | ja/nein

2.2.2 Wiederaufnahme in dieser Einrichtung	ja/nein
---	---------

2.2.3 Vermittelnde Instanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
01 Keine / Selbstmelder 02 Familie 03 Arbeitgeber, Betrieb, Schule 04 Abstinenz-, Selbsthilfegruppe 05 Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis 06 Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.) 07 Suchtberatungs- und/oder -behandlungsstelle, Fachambulanz 08 Institutsambulanz 09 Ambulantes betreutes Wohnen 10 Arbeits- und Beschäftigungsprojekt 11 Krankenhaus / Krankenhausabteilung 12 Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung 13 Stationäre Rehabilitationseinrichtung 14 Adaptionseinrichtung 15 Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.) 16 Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie 17 Pflegeheim 18 Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug 19 Sozialpsychiatrischer Dienst 20 Andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, etc.) 21 Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt 22 Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt) 23 Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE) 24 Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle 25 Justizbehörden / Bewährungshilfe 26 Kosten-, Leistungsträger 27 Sonstige		

2.2.4 Kosten-/ Leistungsträger	
2.2.4.1 Pauschal / institutionell finanziert (z.B.	ja/nein
2.2.4.2 Selbstzahler	ja/nein
2.2.4.3 Rentenversicherung	ja/nein
2.2.4.4 Krankenversicherung	ja/nein
2.2.4.5 Sozialhilfe	ja/nein
2.2.4.6 Jugendhilfe	ja/nein
2.2.4.7 Arbeitsagenturen, Jobcenter	ja/nein
2.2.4.8 Pflegeversicherung	ja/nein
2.2.4.9 Sonstiges	ja/nein

2.2.5 Auflagen durch Gerichtsbeschluss zur Abwendung freiheitseinschränkenden Folgen		<input type="checkbox"/>
1 Keine gerichtlichen Auflagen	3 Psych-KG / Landesunterbringungsgesetz	
2 BtMG	4 Andere strafrechtliche Grundlage	

2.2.6 Weitere Auflagen durch <input type="checkbox"/>	
1 Arbeitgeber	4 Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle
2 Rentenversicherung, Krankenversicherung	5 Sonstige
3 Arbeitsagentur, Job-Center, ARGE	

2.2.7 Vorgeschichte (Anzahl inklusive aktueller Maßnahme)	
2.2.7.1 Medizinische Notfallhilfe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.2 Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.3 Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.4 Sonstige medizinische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.5 Entzug / Entgiftung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.6 Ambulante Beratung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.7 Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.8 Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.9 Stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.10 Kombinationstherapie (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.11 Adaptionsbehandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.12 Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.13 Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.14 Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.15 Psychiatrische Behandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.16 Psychotherapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.17 Regelmäßiger Besuch von Selbsthilfegruppe(n) –	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2.7.18 Sonstige Maßnahmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2.3 Soziodemographische Angaben

2.3.1 Familienstand <input type="checkbox"/>	
1 Ledig	4 Geschieden
2 Verheiratet, zusammenlebend	5 Verwitwet
3 Verheiratet, getrennt lebend	

2.3.2 Partnerbeziehung <input type="checkbox"/>	
1 Allein stehend	3 Feste Beziehung
2 Zeitweilige Beziehungen	4 Sonstige

2.3.3 Lebenssituation			
2.3.3.1 Allein lebend		ja/nein	
2.3.3.2 Wenn nicht allein lebend, lebt zusammen mit			
Partner	ja/nein	Sonstiger/n Bezugsperson/en	ja/nein
Kind(ern)	ja/nein	Sonstiger/n Person/en	ja/nein
Eltern(-teil)	ja/nein		

2.3.4. Kinder	
2.3.4.1 Anzahl der eigenen Kinder unter 18 Jahren	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.3.4.2 Anzahl der Kinder im Haushalt unter 18	<input type="text"/> <input type="text"/>

2.3.5 Staatsangehörigkeit / Migration	
2.3.5.1 Aktuelle Staatsangehörigkeit des Klienten (Internationaler Code – siehe Anhang)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.3.5.2 Klient ist der deutschen Sprache mächtig	ja/nein
2.3.5.3 Selbst migriert	ja/nein
2.3.5.4 Als Kind von Migranten geboren	ja/nein

2.3.6 Höchster bisher erreichter allgemeinbildender Schulabschluss	
<ul style="list-style-type: none"> 1 Derzeit in Schulausbildung 2 Ohne Schulabschluss abgegangen 3 Sonderschulabschluss 4 Hauptschul-/ Volksschulabschluss 5 Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule 6 (Fach-)Hochschulreife / Abitur 7 Anderer Schulabschluss 	

2.3.7 Höchster Ausbildungsabschluss	
<ul style="list-style-type: none"> 1 Derzeit in Hochschul- oder Berufsausbildung 2 Keine Hochschul- oder Berufsausbildung abgeschlossen 3 Abgeschlossene Lehrausbildung 4 Meister / Techniker 5 Hochschulabschluss 6 Anderer Berufsabschluss 	

2.3.8 Wohnverhältnis	
2.3.8.1 a) Überwiegend die letzten 6 Monate vor	a) <input type="checkbox"/>
2.3.8.2 b) Am Tag vor Betreuungsbeginn	b) <input type="checkbox"/>
2.3.8.3 c) Am Tag nach Betreuungsende	c) <input type="checkbox"/>
1 Selbständiges Wohnen (eigene/gemietete Wohnung/Haus) 2 Bei anderen Personen 3 Ambulant Betreutes Wohnen 4 (Fach-)Klinik, stationäre Rehabilitationseinrichtung 5 Wohnheim / Übergangswohnheim 6 JVA, Maßregelvollzug, Sicherheitsverwahrung 7 Notunterkunft, Übernachtungsstelle 8 Ohne Wohnung 9 Sonstiges	

2.3.9 Erwerbssituation	
2.3.9.1 a) Überwiegend die letzten 6 Monate vor Betreuungsbeginn	a) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.9.2 b) Am Tag vor Betreuungsbeginn	b) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3.9.3 c) Am Tag nach Betreuungsende	c) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
01 Auszubildender 02 Arbeiter / Angestellter / Beamte 03 Selbständiger / Freiberufler 04 Sonstige Erwerbspersonen (Z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Familienangehörige) 05 In beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) 06 Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I) 07 Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)	
08 Schüler / Student 09 Hausfrau / Hausmann 10 Rentner / Pensionär 11 Sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)	

2.3.10 Lebensunterhalt		
a) In der Woche vor Betreuungsbeginn	a)	b)
b) In der Woche nach Betreuungsende		
2.3.10.1 Lohn, Gehalt, Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit	ja/nein	ja/nein
2.3.10.2 Ausbildungsbeihilfe, Unterhalt	ja/nein	ja/nein
2.3.10.3 Gelegenheitsjobs, unregelmäßige Einkünfte	ja/nein	ja/nein
2.3.10.4 Krankengeld, Übergangsgeld	ja/nein	ja/nein
2.3.10.5 Leistungen der Pflegeversicherung	ja/nein	ja/nein
2.3.10.6 Rente, Pension	ja/nein	ja/nein
2.3.10.7 Arbeitslosengeld I (SGB III 117)	ja/nein	ja/nein
2.3.10.8 Arbeitslosengeld II (SGB II 19) / Sozialgeld (SGB II 28)	ja/nein	ja/nein
2.3.10.9 Sozialhilfe (u.a. staatliche Leistungen, z.B. AsylbLG, Wohngeld)	ja/nein	ja/nein
2.3.10.10 Angehörige	ja/nein	ja/nein
2.3.10.11 Vermögen	ja/nein	ja/nein
2.3.10.12 Sonstiges (z.B. Betteln)	ja/nein	ja/nein
2.3.10.13 Davon Hauptlebensunterhalt (aus 1-12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.3.11 Problematische Schulden	<input type="checkbox"/>
1 Keine	
2 bis 10.000 Euro	
3 bis 25.000 Euro	
4 bis 50.000 Euro	
5 Mehr	

2.4 Problembereiche

2.4.1 Konsum von psychotropen Substanzen
2.4.1.1 Überwiegende Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn (siehe nächste Seite)
1 Injektion
2 Rauchen / Inhalieren / Schnüffeln
3 Essen / Trinken
4 Schnupfen / Sniefen
5 Andere Arten

2.4.1 Konsum von psychotropen Substanzen (Kategorien zu 2.4.1.1 siehe vorherige Seite)						
Substanz(gruppe)	2.4.1.1 Überwiegen de Konsumart in den letzten 30 Tagen vor Betreuungs- beginn	2.4.1.2 und 2.4.1.6 Anzahl der Konsum-tage in den letzten 30 Tagen jeweils am Beginn Ende		2.4.1.3 ICD-10- Diagnos e (Stelle 4 + Stelle 5)	2.4.1.4 Alter bei Störung sbeginn	
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Opioide						
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Buprenorphin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere opiathaltige Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sedativa / Hypnotika						
Barbiturate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Sedativa /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kokain						
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stimulantien						
Amphetamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MDMA + verwandte Substanzen (Ecstasy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Stimulanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Halluzinogene						
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mescaline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flüchtige Lösungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
And. psychotrope Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2.4.2 Polytoxikomanie (nur wenn keine ICD-10-Diagnose (in 2.4.1.3) gestellt wurde und zugleich Angaben zum Konsum (in 2.4.1.2) zu mindestens 3 Substanzen vorliegen)	ja/nein
---	---------

2.4.3 Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55)

Substanz(gruppe)	2.4.3.2 und 2.4.3.6 Anzahl der Konsum-tage in den letzten 30 Tagen jeweils am Beginn Ende	2.4.3.3 ICD-10- Diagnose	2.4.3.4 Alter bei Störungs- beginn
Antidepressiva (F55.0)	<input type="text"/> <input type="text"/>	ja/nein	<input type="text"/>
Laxantien (F55.1)	<input type="text"/> <input type="text"/>	ja/nein	<input type="text"/>
Analgetika (F55.2)	<input type="text"/> <input type="text"/>	ja/nein	<input type="text"/>

2.4.4 Pathologisches Glücksspiel (F63.0)

Spieleformen	2.4.4.2 und 2.4.4.6 Anzahl der Spiel- tage in den letzten 30 Tagen jeweils am Beginn Ende	2.4.4.3 ICD-10- Diagnos e	2.4.4.4 Alter bei Störungs- beginn
Geldspielautomaten in Spielhallen etc.	<input type="text"/> <input type="text"/>	ja/nein	<input type="text"/>
Kleines Spiel der Spielbank	<input type="text"/> <input type="text"/>	ja/nein	<input type="text"/>
Großes Spiel der Spielbank	<input type="text"/> <input type="text"/>	ja/nein	<input type="text"/>
Wetten	<input type="text"/> <input type="text"/>	ja/nein	<input type="text"/>
Andere	<input type="text"/> <input type="text"/>	ja/nein	<input type="text"/>

2.4.5 Essstörungen (F50)

2.4.5.3 ICD-10-Diagnose	F50. <input type="checkbox"/>
2.4.5.4 Alter bei Störungsbeginn	<input type="text"/>

2.4.6 Hauptdiagnose aus 2.4.1 bis 2.4.4 (4-stelliger ICD-10-Code) F

2.4.6.1 Alter beim Erstkonsum der Hauptdiagnosesubstanz (nur wenn Hauptdiagnose aus 2.4.1)	<input type="text"/>
--	----------------------

Grund, warum keine Hauptdiagnose nach 2.4.6 gestellt wurde	<input type="checkbox"/>
Kein Diagnosekriterium nach ICD-10 erfüllt, aber riskanter Konsum	
Kein Diagnosekriterium nach ICD-10 erfüllt und auch kein riskanter Konsum	
Keine ausreichenden Informationen für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden	
Keine ausreichende Qualifikation für Diagnosestellung nach ICD-10 vorhanden	
Andere Gründe	

2.4.7 Weitere Diagnosen (mindestens 3-stellig)	
Psychiatrische Diagnosen (keine Diagnosen aus 2.4.1 bis 2.4.5)	
2.4.7.1 1. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.7.2 2. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.7.3 3. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.7.3 4. Psychiatrische ICD-10-Diagnose	F <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Neurologische Diagnosen	
2.4.7.5 1. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.7.6 2. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.7.7 3. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.7.8 4. Neurologische ICD-10-Diagnose	G <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
Andere wichtige Diagnosen (keine Fxx.xx-Diagnosen und keine Gxx.xx-Diagnosen)	
2.4.7.9 1. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.7.10 2. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.7.11 3. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
2.4.7.12 4. Andere ICD-10-Diagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

2.4.8 HIV - Infektionsstatus	<input type="checkbox"/>
1 Getestet, negativ	
2 Getestet, positiv	
3 Status unbekannt	

2.4.9 Hepatitis B - Infektionsstatus	<input type="checkbox"/>
1 Getestet, negativ	
2 Getestet, positiv	
3 Status unbekannt	

2.4.10 Hepatitis C – Infektionsstatus	<input type="checkbox"/>
1 Getestet, negativ	
2 Getestet, akut	
3 Getestet, chronisch	
4 Status unbekannt	

2.4.11 I.v.-Konsum	<input type="checkbox"/>
1 Nein, nie	2 Ja, aber nicht in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn
	3 Ja, (auch) in den letzten 30 Tagen vor Betreuungsbeginn

2.5 Maßnahmen und Interventionen

2.5.1 Art der Betreuung	intern	extern
2.5.1.1 Medizinische Notfallhilfe	ja/nein	ja/nein
2.5.1.2 Substitutionsbehandlung (Mittelvergabe)	ja/nein	ja/nein
2.5.1.3 Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	ja/nein	ja/nein
2.5.1.4 Sonstige medizinische Maßnahmen	ja/nein	ja/nein
2.5.1.5 Entzug / Entgiftung	ja/nein	ja/nein
2.5.1.6 Ambulante Beratung	ja/nein	ja/nein
2.5.1.7 Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	ja/nein	ja/nein
2.5.1.8 Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	ja/nein	ja/nein
2.5.1.9 Stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	ja/nein	ja/nein
2.5.1.10 Kombinationstherapie (Rehabilitation)	ja/nein	ja/nein
2.5.1.11 Adaptionsbehandlung	ja/nein	ja/nein
2.5.1.12 Ambulante sozialtherapeutische Maßnahmen	ja/nein	ja/nein
2.5.1.13 Teilstationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	ja/nein	ja/nein
2.5.1.14 Stationäre sozialtherapeutische Maßnahmen	ja/nein	ja/nein
2.5.1.15 Psychiatrische Behandlung	ja/nein	ja/nein
2.5.1.16 Psychotherapeutische Behandlung	ja/nein	ja/nein
2.5.1.17 Sonstige Maßnahmen	ja/nein	ja/nein

2.5.2 Wenn Substitution (2.5.1.2 oder 2.5.1.3), welches Mittel (Wirkstoff) ?



1 Methadon (Racemat)	3 Subutex® (Buprenorphin)
2 Polamidon (Levomethadonhydrochlorid)	4 anderes

2.5.3 Kooperation während der Betreuung mit	
2.5.3.1 Familie	ja/nein
2.5.3.2 Arbeitgeber, Betrieb, Schule	ja/nein
2.5.3.3 Selbsthilfegruppe	ja/nein
2.5.3.4 Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	ja/nein
2.5.3.5 Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)	ja/nein
2.5.3.6 Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz	ja/nein
2.5.3.7 Institutsambulanz	ja/nein
2.5.3.8 Ambulant Betreutes Wohnen	ja/nein
2.5.3.9 Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	ja/nein
2.5.3.10 Krankenhaus / Krankenhausabteilung	ja/nein
2.5.3.11 Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	ja/nein
2.5.3.12 Stationäre Rehabilitationseinrichtung	ja/nein
2.5.3.13 Adaptionseinrichtung	ja/nein
2.5.3.14 Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)	ja/nein
2.5.3.15 Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie	ja/nein
2.5.3.16 Pflegeheim	ja/nein
2.5.3.17 Internen oder externen Diensten zur Beratung/Behandlung im Straf-/Maßregelvollzug	ja/nein
2.5.3.18 Sozialpsychiatrischer Dienst	ja/nein
2.5.3.19 Andere Beratungsdienste (Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, etc.)	ja/nein
2.5.3.20 Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt	ja/nein
2.5.3.21 Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)	ja/nein
2.5.3.22 Arbeitsagentur / Arbeitsgemeinschaft (ARGE) / Job-Center (Fallmanager für ALG II etc.)	ja/nein
2.5.3.23 Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle	ja/nein
2.5.3.24 Justizbehörden / Bewährungshilfe	ja/nein
2.5.3.25 Kosten-, Leistungsträger	ja/nein
2.5.3.26 Sonstige	ja/nein

2.6 Abschlussdaten

2.6.1 Dauer der Betreuung

2.6.1.1 Datum des Betreuungsendes

□	□	.	□	□	.	□	□	□	□
□									

2.6.1.2 Betreuungsdauer in Tagen (wird automatisch berechnet)

2.6.2 Kontaktzahl nur ambulante Behandlung

□	□	□
---	---	---

2.6.3 Art der Beendigung

- 1 Regulär nach Beratung / Behandlungsplan
- 2 Vorzeitig auf ärztliche / therapeutische Veranlassung
- 3 Vorzeitig mit ärztlichem / therapeutischem Einverständnis
- 4 Vorzeitig ohne ärztliches/therapeutisches Einverständnis / Abbruch durch Klienten
- 5 Disziplinarisch
- 6 Außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in andere Einrichtung
- 7 Planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform
- 8 Verstorben

2.6.4 Steht die vorzeitige Beendigung im Zusammenhang mit

- 1 Wohnortwechsel
- 2 Inhaftierung
- 3 Beruf, Erwerbstätigkeit, Ausbildung

2.6.5 Weitervermittlung in

2.6.5.1 Beendigung der Betreuung mit einer Weitervermittlung	ja/nein
Wenn eine Weitervermittlung stattfindet, wohin	
2.6.5.2 Selbsthilfegruppe	ja/nein
2.6.5.3 Ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	ja/nein
2.6.5.4 Niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork etc.)	ja/nein
2.6.5.5 Beratungs- und/oder Behandlungsstelle, Fachambulanz	ja/nein
2.6.5.6 Institutsambulanz	ja/nein
2.6.5.7 Ambulant Betreutes Wohnen	ja/nein
2.6.5.8 Arbeits- und Beschäftigungsprojekt	ja/nein
2.6.5.9 Krankenhaus / Krankenhausabteilung	ja/nein
2.6.5.10 Teilstationäre Rehabilitationseinrichtung	ja/nein
2.6.5.11 Stationäre Rehabilitationseinrichtung	ja/nein
2.6.5.12 Adaptionseinrichtung	ja/nein
2.6.5.13 Teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)	ja/nein
2.6.5.14 Stationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Wohnheim / Übergangswohnheim)	ja/nein
2.6.5.15 Pflegeheim	ja/nein
2.6.5.16 Internen oder externen Diensten zur Beratung/Behandlung im Straf-/Maßregelvollzug	ja/nein
2.6.5.17 Sozialpsychiatrischer Dienst	ja/nein

2.6.5.18 Andere Beratungsdienste (Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung, Schuldnerberatung, etc.)	ja/nein
2.6.5.19 Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt	ja/nein
2.6.5.20 Soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)	ja/nein
2.6.5.21 Arbeitsagentur / Arbeitsgemeinschaft (ARGE) / Job-Center (Fallmanager für ALG II etc.)	ja/nein
2.6.5.22 Justizbehörden / Bewährungshilfe	ja/nein
2.6.5.23 Kosten-, Leistungsträger	ja/nein
2.6.5.24 Sonstige	ja/nein

2.6.6 Problematik am Tag des Betreuungsendes	<input type="checkbox"/>
1 Erfolgreich 2 Gebessert 3 Unverändert 4 Verschlechtert	

Weitere Items zum Betreuungsende siehe (2.4.x.6) (2.3.8.3) (2.3.9.3) (2.3.10 b)