



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Management im Gesundheitswesen -
Krankenhausmanagement

***VERSORGUNGSFORSCHUNGSPROJEKT ZUR
VERBESSERUNG DES ERREICHUNGSGRADES DER
VOLKSWIRTSCHAFTLICH BEDEUTENDEN
ALKOHOLABHÄNGIGKEIT***

M a s t e r - A r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Master of Business Administration (MBA)

Vorgelegt von: Darius Chahmoradi Tabatabai
781218

Erstbetreuer: Prof. Dr. Roman-F. Oppermann

Zweitbetreuer: Dr. Andreas Dieckmann

Tag der Einreichung: 25.01.2014

Inhaltsverzeichnis	2
1 Einleitung	4
2 Theoretischer Hintergrund und Begriffsklärungen	6
2.1. Definition einer Abhängigkeitserkrankung	6
2.2. Epidemiologische Daten der Alkoholabhängigkeit anhand des DHS-Jahrbuches 2012 und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes	6
2.3. Vergütung der Leistungen im Krankenhaus (somatische Fachabteilungen) in Deutschland	14
2.4. Vergütung der Leistungen im Krankenhaus (psychiatrische Fachabteilungen) in Deutschland	16
2.5. Vergütungen der Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (z. Bsp. Entwöhnungsbehandlung) in Deutschland	18
3 Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit in Deutschland	19
3.1 Historische Entwicklung	19
3.2 Therapeutischer Zugang	20
3.3 Phasenmodell der Alkoholabhängigkeit nach Jellinek	20
3.4 Die Bausteine der Suchtkrankenbehandlung in Deutschland	21
3.5 Konzepte der Entwöhnungstherapie	23
4 Theorien der Entstehung von stoffgebundenen Abhängigkeiten	25
5 Stand der Literatur zum Thema des Erreichungsgrades der Alkoholabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus	30
6 Entwicklung der Fragestellung	34
7 Methodik	37
7.1 Klinischer Rahmen Vivantes Netzwerk für Gesundheit	37

7.2. Klinischer Rahmen Vivantes Entzugsbehandlung und Dokumentation psychiatrischer Leistungen	38
7.3. Klinischer Rahmen Vivantes Entwöhnungstherapie	41
7.4. Klinischer Rahmen der somatischen Behandlung der Alkoholkrankheit im Vivantes Netzwerk für Gesundheit	47
7.5. Statistik	49
8 Ergebnisse	50
9 Interpretation der Ergebnisse	62
10 Zusammenfassung und Diskussion	67
11 Literatur	72
12 Abkürzungsverzeichnis	79
13 Tabellenverzeichnis	82
14 Eidesstattliche Erklärung	85
15 Publikationen	86

1. Einleitung

Die zweithäufigste Aufnahmediagnose, die in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2012 gestellt wurde, waren "psychische und verhaltensbezogene Störungen durch Alkohol". Dennoch beträgt der Grad der Erreichung von Menschen mit einem abhängigen Konsum von Alkohol laut Drogenbericht der Bundesregierung (2012) unverändert zu den Vorjahren nur 10%. Gründe für diese deutliche Auseinanderbewegung sind zunächst nur als Vermutungen zu formulieren: Obwohl die Alkoholabhängigkeit seit 1968 als Krankheit anerkannt ist, begegnet ihr die Gesellschaft mit Fremdheitsgefühlen, zumindest bei den Betroffenen, die bereits von Folgeschäden gekennzeichnet sind und das "hässliche Gesicht" der Krankheit nicht mehr verbergen können. Menschen, die ebenfalls unter Folgen des Konsums leiden, medizinische Hilfe in Anspruch nehmen müssen, aber insgesamt noch recht intakt wirken, werden hingegen nur selten und ungerne auf die zugrunde liegende Problematik angesprochen. Die Befürchtung zu kränken kann sich hemmend auswirken, aber auch die Unsicherheit hinsichtlich der Beurteilung der Situation und des angegebenen Konsumverhaltens führt zur Vermeidung der Thematik bei den Berufsgruppen im Krankenhaus, die sich mit dem Betroffenen beschäftigen und häufig sehr genau wissen, wie die Konsultation zustande gekommen ist. Insgesamt scheint die Verbesserung der Identifizierung und Ansprache alkoholbedingter Störungen ein sehr komplexes Projekt darzustellen, leider ohne unmittelbar erkennbaren und erfolgsversprechenden Handlungsstrang. Um der an dieser Stelle einsetzenden Resignation entgegenzuwirken, lohnt ein Blick auf die Relevanz des Alkoholkonsums aus gewohnter medizinischer Perspektive ergänzt um die volkswirtschaftlichen Perspektive. Letztere offenbart beispielsweise, dass laut DHS-Jahrbuch 2013 für das Jahr 2007 eine Schätzung vorliegt, die das Gesamtvolumen an direkten und indirekten

Kosten durch den Alkoholkonsum in Deutschland auf 26,7 Mrd € beziffert. Allein diese Zahl legt es nahe, sich genauer mit der Relevanz der Alkoholabhängigkeit für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland auseinanderzusetzen. Die Relevanz der Abhängigkeitserkrankung soll aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden, ergänzt durch Definitionen und einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung hinsichtlich der Genese der Erkrankung. In der vorliegenden Untersuchung wird am Beispiel eines regionalen Netzwerks für Gesundheit mit 9 Klinikstandorten, 7 psychiatrischen Abteilungen mit qualifizierter Entzugsbehandlung und einer eigenen Entwöhnungstherapie zur Behandlung der Alkoholkrankheit das „System Krankenhaus“ auf verpasste Möglichkeiten bei der Behandlung bzw. bei der Verbesserung der Motivation zur Aufnahme einer Behandlung überprüft. Sowohl die psychiatrischen Behandlungspfade als auch somatische Behandlungspfade sollen betrachtet werden mit Frage nach Verbesserungspotential und/oder Ursachenfindung für Defizite in der Behandlung.

2 Theoretischer Hintergrund und Begriffsklärungen:

2.1. Definition einer Abhängigkeitserkrankung:

Laut DIMDI wird eine Abhängigkeitserkrankung wie folgend definiert: Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z.B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z.B. opiatähnliche Substanzen), oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

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 ergebender 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 (Entzugerscheinungen 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 Nikotins 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.

2.2. Epidemiologische Daten der Alkoholabhängigkeit anhand des DHS-Jahrbuches 2011, der aktuellen DHS-Online-Statistik und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

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
- Entzugserscheinungen, die durch Drogenkonsum gemildert werden
- Toleranzentwicklung
- Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums
- Konsum trotz Nachweis von Folgeschäden

(<http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html> 03.01.2013)

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, Reunion 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 2011 S. 7-50/<http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html> 03.01.2013)

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 2011 S. 7-50/<http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html> 03.01.2013).

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%)

2011: 26.349 (Veränderung zu 2010: + 1,4%)

(Statistisches Bundesamt 2013 in DHS Jahrbuch 2013/
<http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html> 03.01.2013)

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 2011 S. 7-50/ <http://www.dhs.de/datenfakten/alkohol.html> 03.01.2013)

In den Krankenhäusern entwickeln sich Komplikationen durch Alkohol zu einer der häufigsten Aufnahmediagnose in Deutschland in den letzten 10 Jahren:

Bei weiblichen Patienten betrug die Fallzahl 92.103 (16-häufigste Diagnose) in 2011, bei den Männern war die Fallzahl die höchste von allen Diagnosen mit 246.395 Fällen in 2011, wie die Tabellen 1 und 2 zeigen:

Tabelle 1

Die 20 häufigsten Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten weiblichen Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) 2011 (Bundesamt für Statistik)

ICD-10 Pos.Nr.	Diagnose/Behandlungsanlass	Anzahl
Alle Positionsnummern	Insgesamt	9 907 005
Z38	Lebendgeborene ¹ nach dem Geburtsort	228 939
I50	Herzinsuffizienz	197 467
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	145 855
K80	Cholelithiasis	139 793
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Mamma)	138 065
M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	126 917
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	124 971
I63	Hirnfarkt	118 752
S72	Fraktur des Femurs	114 991
S06	Intrakranielle Verletzung	111 742
M54	Rückenschmerzen	105 160
O70	Damriss unter der Geburt	104 217
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	99 563
M16	Koxarthrose (Arthrose des	97 232

	Hüftgelenkes)	
S52	Fraktur des Unterarmes	92 558
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	92 103
A09	Sonstige Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	91 120
I20	Angina pectoris	88 228
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	84 832
R55	Synkope und Kollaps	82 630

(<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankhaeuser/Tabellen/DiagnosenWeiblich.html>)

Tabelle 2

Die 20 häufigsten Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten männlichen Patienten (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) 2011 (Bundesamt für Statistik)

ICD-10 Pos.Nr.	Diagnose/Behandlungsanlass	Anzahl
Alle Positionsnummern	Insgesamt	8 879 118
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	246 395
Z38	Lebendgeborene ¹ nach dem Geburtsort	232 149
I50	Herzinsuffizienz	182 961
I20	Angina pectoris	157 654
K40	Hernia inguinalis	150 997
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	140 476
I21	Akuter Myokardinfarkt	140 408
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	138 088
S06	Intrakranielle Verletzung	135 138
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	127 147
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	125 464
I70	Atherosklerose	116 525

I63	Hirninfarkt	115 624
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	108 031
G47	Schlafstörungen	96 290
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	94 565
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	84 471
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	84 213
K80	Cholelithiasis	78 293
N20	Nieren- und Ureterstein	77 726

(<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/DiagnosenMaennlich.html>)

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 83,5% der stationären Patienten beendeten die Therapie in 2009 planmäßig (Steppan et al in DHS Jahrbuch 2011, S. 196-220).

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

In Deutschland stehen laut DHS über 1000 Beratungsstellen für Abhängigkeitserkrankte zur Verfügung mit unterschiedlichsten Angeboten (DHS Jahrbuch 2009 S.6): Das durch das IFT Institut für Therapieforschung geführte Register der Facheinrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland weist insgesamt validierte Einträge von 1.507 ambulanten und 430 stationären Einrichtungen in Deutschland auf (Stand: September 2012).

(http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Steppan_Kuenzel_Pfeiffer-Gerschel_2012_DSHS2011.pdf)

2.3. Vergütung der Leistungen im Krankenhaus (somatische Fachabteilungen) in Deutschland:

Abrechnungsgrundlage für die durch das Sozialgesetzbuch V geregelte und von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen finanzierte Krankenhausbehandlung stellt das G-DRG-System (German-Diagnosis Related Groups-System) dar. Durch das G-DRG-System wird jeder stationäre Behandlungsfall mittels einer entsprechenden DRG-Fallpauschale vergütet.

Laut InEK (2013) haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft am 10. Mai 2001 das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH gegründet. Ab Juni 2007 firmiert das Institut unter InEK GmbH. Die Gesellschafter der GmbH sind seit Dezember 2008 die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherungen. Das Institut unterstützt die Vertragspartner der Selbstverwaltung und die von ihnen gebildeten Gremien bei der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung und kontinuierlichen Weiterentwicklung des DRG-Systems auf der Grundlage des § 17b KHG.

Arbeitsfelder des DRG-Instituts sind:

Medizin

- Fallgruppenpflege
 - Definition der DRG-Fallgruppen
 - Pflege der Basis-Fallgruppen
 - Pflege des Schweregrad-Systems
- Kodierrichtlinien
- Zusammenarbeit mit Institutionen/Gremien/Organisationen
- Unterstützung anderer Staaten bei der Entwicklung, Einführung und Pflege pauschalierender Entgeltsysteme

Ökonomie

- Kalkulation
 - Relativgewichte
 - Zu- und Abschläge
- Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
 - Einführung und Weiterentwicklung der Entgelte
- Leistungsorientierte Investitionspauschalen
 - Kalkulation von Investitionsbewertungsrelationen“

([http://www.g-drg.de/cms/Das_Institut/Wir ueber uns](http://www.g-drg.de/cms/Das_Institut/Wir_ueber_uns))

2.4. Vergütung der Leistungen im Krankenhaus (psychiatrische Fachabteilungen) in Deutschland:

Bis zum Jahr 2013 wurden psychiatrische Krankenhausbehandlungen auf der Grundlage der Bundespflegesatzverordnung (vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750)) vergütet. Die betroffenen Krankenhausleistungen gehen aus dem § 2 der BPfIV hervor:

„(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18 des Krankenhausentgeltgesetzes) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

- 1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,*
- 2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,*
- 3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten“*

Ab dem 20.04.2002 galt diese Verordnung nur noch in den Krankenhausbereichen der 1. Psychiatrie und Psychotherapie 2. Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie sowie 3. der psychosomatischen Medizin.“

Ökonomisch bedeutete dies für die Krankenhäuser, dass Leistungen mit tagesgleichen Sätzen vergütet wurden, begrenzt durch Budgets und Fallpauschalen in definierten Fällen.

„Mit der Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013 - PEPPV 2013)“ vom 19.11.2012 werden der PEPP-Entgeltkatalog sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen für 2013 durch Ersatzvornahme für die optierenden Einrichtungen in Kraft gesetzt.“ (InEK http://www.g-drg.de/cms/Das_Institut 09.12.2013)

Für die Krankenhäuser gibt es eine Übergangsregelung mit einer sogenannten budgetneutralen Phase und einer Konvergenzphase (s. Abbildung 1), in der schrittweise von den Tagessätzen auf Fallpauschalen ähnlich dem G-DRG-System umgestellt wird.



2.5. Vergütungen der Leistungen in der medizinischen Rehabilitation

(z. Bsp. Entwöhnungsbehandlung) in Deutschland:

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Deutschland werden im Sozialgesetzbuch VI geregelt. Gemäß den Strukturanforderungen der Kostenträger (Deutsche Rentenversicherungen, Knappschaften) legen die Leistungserbringer ein Portfolio an Leistungen vor, über dessen Vergütung sie mit den regionalen (sogenannten federführenden) Rentenversicherungsträgern einen festen Tagessatz verhandeln. Im Gegensatz zur dualen Finanzierung in den Krankenhäusern muss im Tagessatz der Rehabilitationseinrichtung neben den Behandlungskosten auch eine Instandhaltungspauschale kalkuliert werden. Bundesweit gibt es sehr unterschiedliche Tagessätze in den verschiedenen Einrichtungen, der aktuelle Tagessatz für eine vollstationäre Rehabilitation in der Vivantes-Entwöhnung beträgt 118,40 € und liegt damit im oberen Drittel der Vergütungssätze.

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. Jahrhunderts eröffnet und besaß den Charakter einer Erziehungs- und Besserungsanstalt, in der auf der Basis eines rigiden Regelwerks im Sinne „schwarzer 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, Krausz 1990, S. 3-15 und Ebi 2000, S. 1-2) hat sich eine deutliche Veränderung und Verbesserung der Situation Abhängigkeitskranker entwickelt.

Dazu gehört die Bereitstellung eines niedrigschwelligen 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 (1946) 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 größere 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 abstinente Phasen möglich sind. Das Ausmaß körperlicher und sozialer Folgeschäden ist bereits groß. Der Konsum ist zum Lebensmittelpunkt geworden, dem andere 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 Monate 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 Entzugsstation 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.

Die „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung“ (2001) beschreibt unverändert zur ursprünglichen Vereinbarung von 1978 den nahtlosen Übergang von der Entzugsbehandlung in die Entwöhnungstherapie als einen Standard in § 4 der Vereinbarung:

„Entzugsbehandlungen

(1) Eine Entzugsbehandlung im Sinne dieser Vereinbarung wird durchgeführt, um die Rehabilitationsfähigkeit zu erreichen. Sie erfolgt durch Vertragsärzte und Krankenhäuser. Die medizinische Notwendigkeit ist von einem Arzt festzustellen.

(2) An die Entzugsbehandlung soll sich eine erforderliche Entwöhnungsbehandlung nahtlos anschließen, sofern der Patient entsprechend motiviert ist.“

3.5 Konzepte der Entwöhnungstherapie

Entwöhnungstherapien werden laut Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störung (Schmidt et al.2006 S. 52-74) auch als Postakutbehandlung bezeichnet und können als komplexe Maßnahme zur „...Vermeidung oder Minderung der aus alkoholbezogenen Störungen resultierenden Behinderungen im Sinne der ICF (International classification of Functioning,

Disability and Health) der WHO verstanden werden. Der Zugang zur Entwöhnungstherapie ist in Deutschland durch das SGB VI geregelt.

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 S.64). 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, sozial-gesellschaftlichen 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 von Gastpar et al (1999, S. 28ff) und Feuerlein (1986, S.1ff, S. 58ff) im Detail dargestellt wurden und hier vereinfacht (Institut für Suchtprävention Oberösterreich 2013) zusammengefasst 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
- „Peer-group 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.

(Institut Suchtprävention Oberösterreich/

<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.22/view.137/level.3/>

03.01.2014)

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 dieses 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, S.698ff) 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.

(<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.22/view.137/level.3/>

03.01.2014)

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, S. 107ff.). 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.

((/http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.22/view.137/level.3/
03.01.2014)

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. Stand der Literatur zum Thema des Erreichungsgrades der Alkoholabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus

Die über die Online-Bibliothek der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen begonnene Suche ergab folgende Ergebnisse:

In U. Hapke „Sekundärpräventive Interventionen bei einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus“ (2000) findet sich ein Überblick über deutsche Studien zur Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in deutschen internistischen und chirurgischen Kliniken. Zwischen 1978 und 1995 werden in verschiedenen Studien an drei Standorten Prävalenzen zwischen 3,1 und 30,6% gefunden. Diese wurden mittels Kriterien nach ICD10, DSM III, dem MALT (Münchener Alkoholismustest, Feuerlein et al 1977) oder dem Arzturteil + MALT erhoben. Die als aussagekräftigste Studie (u. a. wegen der höchsten Fallzahl von n=1167) wurde im Rahmen der „Lübecker Studien im Städtischen Krankenhaus Süd“ in Lübeck durchgeführt und ergab eine Prävalenz von 12,7%.

Hinsichtlich internationaler Studien fand Hapke damals 4 Studien aus den USA, Kanada, Finnland und den Niederlanden, in denen in unterschiedlichen Kliniken (mehr als 12 verschiedene Disziplinen der Medizin) mit MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), Cages Questionnaire, MALT und SMAST (Short MAST) befragt wurden. In sehr unterschiedlich großen Gruppen (n= 35-2001) wurden bei den 18-65 jährigen Männern und Frauen Prävalenzen zwischen 3,0-30,0% ermittelt. Obwohl sehr unterschiedliche Ergebnisse vorliegen, kann es als gesichert angenommen werden, dass Alkoholismus nicht nur anhand der aktuellen Zahlen der gesetzlichen Krankenkassen (s. a. Seite 12ff) zur Aufnahme in ein Krankenhaus führt, sondern immer im Krankenhauswesen eine Rolle gespielt hat. So zeigte sich in der TACOS-Studie (Rumpf et al. 2000) dass 24,5% aller abhängigen und 14% der alkoholmissbrauchenden Menschen zumindest einmal im Jahr in einem Krankenhaus behandelt werden.

Auf der Tagung „Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland“ am 18./19.06.2009 in Berlin schlossen Bischof et al. (2009) in ihrem Beitrag „Modell zur Implementierung von Frühinterventionen im Allgemeinkrankenhaus“ daraus: ... die Daten zeigen, dass Einrichtungen der medizinischen Versorgung einen günstigen Zugangsweg zu Personen mit problematischem Alkoholkonsum darstellen. In Entsprechung hierzu zeigen sich insbesondere im Krankenhaussetting signifikant erhöhte Prävalenzraten von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch gegenüber der Allgemeinbevölkerung ... Zudem stellt ein Krankenhausaufenthalt bei vielen Betroffenen aufgrund des Erlebens von Verletzung und Erkrankungen eine motivational günstige Ausgangsposition zur Änderung des Trinkverhaltens („teachable moment) und damit einhergehend eine erhöhte Änderungs- und Beratungsbereitschaft dar...“

Diese Einschätzung wird auch in der Studie von Freyer et al. (2006) bestätigt, in der mehr als 14000 Menschen hinsichtlich ihres Alkoholkonsums befragt wurden. Unter diesen zeigten 1166 Menschen eine aktuelle Alkoholproblematik, wovon zwischen 66-72% positiv auf unterschiedliche Formen der Kurzintervention reagierten.

Zur Vervollständigung der Literatursuche wurde eine Recherche in Suchmaschinen (PubMed, Cochrane-Library) durchgeführt: Bei der Eingabe von „Alcoholism AND Epidemiology AND Hospitals (MSH-Terms) fanden sich in Pub Med 756 unbereinigte Treffer, in der Cochrane library finden sich nur 2 Treffer, die nicht weiterführend sind in der Fragestellung. Bei der Eingabe von „Prevalence of Alcoholism AND hospitals“ finden sich 7 Treffer mit bedingter Relevanz für die Fragestellung. Bei der DIMDI-Suche mit den gleichen Suchbegriffen findet eine Übersichtsarbeit aus der Cochrane library (McQueen et al 2011), in der 14 zum Teil randomisierte klinische Studien mit 4041 meist männlichen Patienten, die mit Alkohol am Steuer auffällig wurden, ausgewertet wurden hinsichtlich der Wirksamkeit einer kurzen Intervention mit kritischer Betrachtung der Alkoholkonsums. Hier zeigte sich ein signifikanter Rückgang

des Konsums in der Gruppe, die die Intervention erhalten hatte gegenüber der Gruppe ohne Intervention (nach 6 und 12 Monaten kontrolliert).

Auch Kaner et al (2008) fanden in einer Cochrane-Analyse zur „Brief Intervention“ ein ähnliches Ergebnis, allerdings nur bei Männern, während Frauen keine deutliche Wirkung im Sinne einer Konsumreduktion zeigten.

Hinsichtlich der Einschätzung der Versorgung von Suchtkranken in Deutschland kommt Wienberg (2009) im Tagungsbericht „Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland“ (S. 32-53) zu „Strukturellen und fachlichen Defiziten:

- Selektive Wahrnehmung statt Public-Health-Perspektive
- Fragmentierung statt Integration
- Zufall/Chaos statt Steuerung
- Institutions- statt Personenorientierung
- Eklektizismus statt Evidenzbasierung“

und verknüpft die benannten Defizite mit einem „Anforderungskatalog für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen im Sinne eines „Sicherstellungsauftrag“. Dieser beinhaltet laut Wienberg:

- „Das gesamte Spektrum von Alkoholproblemen und entsprechende Zielgruppen abzudecken
- Gute Erreichbarkeit, Transparenz und Vernetzung
- Flexibilität und zeitnahe Erreichbarkeit
- Personenorientierung, individuelle Planung/Umsetzung
- Effektivität und Effizienz
- Integriertes Vorgehen hinsichtlich Quer- und Längsschnitthanforderungen

Die Literaturlage legt nahe, dass die Effektivität und Effizienz von Kurzinterventionen im Allgemeinkrankenhaus belegt sind. Da gleichzeitig die Prävalenz der alkoholbedingten Störungen im Allgemeinkrankenhaus evident hoch ist, ergibt sich die Notwendigkeit der konsequenten Umsetzung von Interventionen an dieser Stelle. Diese wird in Deutschland nur lückenhaft und

unregelmäßig durchgeführt wie Wienberg ausführt. Die Relevanz der Fragestellung dieser Untersuchung darf durch die Literaturlage daher als gegeben bezeichnet werden.

6. Entwicklung der Fragestellung

Wie aus den zuvor zitierten Arbeiten und Daten hervorgeht, stellt der geringe Erreichungsgrad der Alkoholabhängigkeit eine volkswirtschaftlich relevante Größe dar. Die Gesundheitsberichte der Krankenkassen und die Angaben des Bundesamt für Statistik belegen, dass ein großer Teil der Menschen, die eine Alkoholerkrankung haben oder einen riskanten Konsum aufweisen, im Laufe eines Jahres die Hilfe eines Krankenhauses in Anspruch nehmen müssen. Sehr ausführlich wurde die Theorie der Abhängigkeitserkrankungen und die therapeutische Herangehensweise erläutert, um die möglichen Hemmnisse (und deren Folgen) gegenüber den Menschen, die von die Erkrankung betroffen sind zu verdeutlichen: die Betroffenen rufen bei Beratern/Behandlern häufig unangenehme Affekte hervor, was zum Beispiel in den verschiedenen Abteilungen (sowohl somatische Fächer als auch Psychiatrie) im Krankenhaus zu einer Distanzierung von dieser Gruppe führen kann, indem auf mögliche Angebote nicht hingewiesen wird. In der Folge resultiert eine vermeidbare Abwendung vom Hilfesystem, obwohl die Literatur belegt, dass Betroffene sehr positiv auf Motivationsangebote reagieren. Am Beispiel des Berliner Netzwerkes für Gesundheit „Vivantes“ soll die Gruppe dieser Menschen hinsichtlich zweier zentraler Fragen mit Unterfragen untersucht werden:

Fragenblock 1: Wie hoch ist die Aufnahmequote in den Entwöhnungsbereich (zum einen in der Relation zwischen der Antragstellung und der Aufnahme, zum anderen in der Relation der Gesamtfallzahl der Entzugsabteilungen und der Aufnahmezahl in der Entwöhnungstherapie)? Wie lange dauert die Behandlung in unterschiedlichen Abteilungen? Wirkt sich die Verweildauer auf die Annahme weiterführender Hilfen (am Beispiel der Entwöhnungstherapie) aus?

Fragenblock 2: Wie viele Menschen mit Alkoholkomplikationen werden bei Vivantes auf somatischen Stationen aufgenommen und behandelt? Wie hoch ist die Verlegungsquote in den qualifizierten Entzug? Lässt sich aus den Zahlen

die Notwendigkeit einer spezifischen Maßnahme zur Verbesserung des Erreichungsgrades (zum Beispiel ein spezifische Suchtvisite) ableiten?

Der Berliner Vivantes-Konzern ist sehr geeignet für diese Untersuchung durch eine sehr hohe Zahl der Behandlungsfälle an verschiedenen Standorten und dem Vorhandensein von sieben qualifizierten Entzugsstationen sowie einer eigenen Entwöhnungsklinik (ausführlicher dargestellt unter 6. Methodik).

Dieser Untersuchung ging ein Forschungsprojekt voraus, in dem die Verlegungsquoten der Vivantes-Entzugsstationen zur eigenen Entwöhnungsklinik ausgewertet wurden. In dieser Untersuchung zeigte sich, dass es zwischen 2007 und 2011 zu einem kontinuierlichen Zuwachs von Fällen und Patienten in den Entzugsabteilungen kam, gleichzeitig aber die Verlegungsquote in den Entwöhnungsbereich rückläufig war. Erfolgversprechende Maßnahmen zur Verbesserung dieser Quote ließen sich aus unterschiedlichen Gründen aus dieser Projektarbeit nicht direkt ableiten, da es sich um multifaktorielle Ursachen handelt (z.B. Personalabbau auf den Entzugsstationen, oder fehlender Kontrahierungszwang aus ökonomischer Perspektive in Bezug auf die eigene Entwöhnungsklinik). Die Entwöhnungstherapie beschäftigt sich sowohl aus suchtmmedizinischer als auch aus ökonomischer Perspektive mit der Frage nach der Verbesserung des Erreichungsgrades der Alkoholabhängigkeit. Neben der volkswirtschaftlichen Relevanz hat die Verbesserung des Erreichungsgrades für die Entwöhnungstherapien eine existenzielle betriebswirtschaftliche Bedeutung, die die Akteure zwingt sich mit der „Marktsituation“ der Erkrankung auseinanderzusetzen. Nachdem sich in der Projektarbeit zeigte, dass die Entwöhnungsklinik innerhalb von Vivantes nur unzureichend Einfluss nehmen kann auf die Verlegungsquote von den psychiatrischen Entzugskliniken, richtet sich nun der Blick auf den „internen somatischen Markt“, auf dem sich die potentiellen „Nutzer“ einer Entwöhnungstherapie aufhalten. Betriebswirtschaftliche Überlegungen werden hier mit volkswirtschaftlichen Aspekten in Berührung gebracht, noch wichtiger erscheint aber die basale

gesellschaftliche Relevanz des Themas: Geschätzt 14 Millionen Menschen betreiben in Deutschland einen riskanten Konsum von Alkohol, was sich in den Familien der Betroffenen unmittelbar auswirkt. Neben den Partnern sind in erster Linie Kinder von den Folgen des Konsums und den psychischen Folgen betroffen. Die Tradierung des Konsummusters in den Familien stellt keine Seltenheit dar, so dass es sich bei der Verbesserung des Erreichungsgrades bei der Erkrankung auch um eine Maßnahme der Primärprävention handelt (laut Landespräventionsstelle Berlin leben deutschlandweit ca. 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem alkoholkranken Elternteil).

7 Methodik

7.1 Klinischer Rahmen Vivantes Netzwerk für Gesundheit

Zur Untersuchung der Gründe für den geringen Erreichungsgrades der Alkoholabhängigkeit in Bezug auf die Annahme einer fachlichen Hilfe ist das Berliner Vivantes Netzwerk für Gesundheit geeignet, um anhand recht hoher Fallzahlen und repräsentativer Krankenhausstrukturen für die deutsche Behandlungssituation Vermutungen über die Situation der Grundgesamtheit der riskanten Alkoholkonsumenten in Deutschland anzustellen. Der Untersuchungsrahmen und die Art und Weise der durchgeführten Untersuchungen sollen im Folgenden genau dargestellt werden:

Die Vivantes-Historie beginnt im Jahr 2001 als Zusammenschluss der im Landeseigentum befindlichen sogenannten städtischen Krankenhäuser. Zur Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH gehören heute 9 Krankenhäuser, 13 Pflegeheime, 2 Seniorenwohnhäuser, eine Entwöhnungstherapie eine ambulante Rehabilitation, Medizinische Versorgungszentren, eine ambulante Krankenpflege sowie Tochtergesellschaften für Catering, Reinigung und Wäsche. Im Portrait auf der eigenen Homepage (<http://www.vivantes.de/startseite/>) stellt sich der Konzern in Wort und Kennzahlen wie folgt dar:

„Vivantes sieht sich längst nicht mehr nur als Krankenhausunternehmen. Unser Auftrag ist die gesundheitliche Daseinsvorsorge für alle Menschen in dieser Stadt, für die Kranken jeden Alters wie für die Gesunden. Kurz: Für Gesundheit in jeder Lebenslage. Lifestyle oder Lebensrettung, glückliche Geburt oder würdiges Sterben: Vivantes ist für Berlin da – für eine halbe Million Menschen Jahr für Jahr. Vivantes gehört zu Berlin. Vivantes ist Leben in Berlin.

Als größter kommunaler Krankenhauskonzern Deutschlands ist Vivantes heute Vorreiter einer sich im Wandel befindlichen Branche. Unter dem Dach des Vivantes Netzwerks wird Patienten die ganze Bandbreite qualitativ hochwertiger medizinischer und pflegerischer Versorgung geboten.

Zur Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH gehören 9 Krankenhäuser, 12 Pflegeheime, 2 Seniorenwohnhäuser, eine ambulante Rehabilitation, Medizinische Versorgungszentren, eine ambulante Krankenpflege sowie Tochtergesellschaften für Catering, Reinigung und Wäsche.

Ein Drittel aller Patienten in Berlin wird jedes Jahr in einer von über 100 Kliniken und Instituten von Vivantes behandelt. Das sind insgesamt fast eine halbe Million Behandlungen im Jahr. Diese Zahl nimmt seit Jahren stetig zu und zeigt, dass die Menschen Vivantes vertrauen.“

Vivantes in Zahlen	2011	2010	2009	2008
Betten	5.379	5.329	5.218	5.086
stationäre Fälle	211.500	208.339	200.905	194.193
ambulante Fälle	284.812	269.260	285.736	278.223
Verweildauer Somatik (Tage)	6,5	6,6	6,7	6,8
Mitarbeiter	13.938	13.541	13.054	12.877
Umsatz [Mio. Euro]	865	837	785	742
Jahresergebnis [Mio. Euro]	5,1	6,3	2,6	2,4
Investitionen aus Eigenmitteln [Mio. Euro]	38	30	53	29

(Zahlen: Geschäftsbericht 2011)

7.2. Klinischer Rahmen Vivantes Entzugsbehandlung und Dokumentation psychiatrischer Leistungen

Zur ersten Fragestellung (Wie hoch ist die Aufnahmequote in den Entzugsbereich (zum einen in der Relation zwischen der Antragstellung und der Aufnahme, zu anderen in der Relation der Gesamtfallzahl der Entzugsabteilungen und der Aufnahmezahl in der Entwöhnungstherapie)? Wie lange dauert die Behandlung in unterschiedlichen Abteilungen? Wirkt sich die

Verweildauer auf die Annahme weiterführender Hilfen (am Beispiel der Entwöhnungstherapie) aus?) wurden zunächst Kennzahlen der Entzugsstationen erhoben:

1. Fallzahl/Jahr
2. Patientenzahl/Jahr
3. Differenzierung Hauptdiagnose (HD) / Nebendiagnose (ND)
4. Verweildauer bei HD und ND
5. Entlassungsarten
6. Prävalenzzahlen im Einzugsbereich der psychiatrischen Abteilungen

Die qualifizierte Entzugsbehandlung bei Vivantes ist in folgender Weise konzipiert:

Qualifizierte Entzugsbehandlungen werden an 7 Standorten in psychiatrischen Fachabteilungen durchgeführt. Der Begriff „qualifizierte Entzugsbehandlung“ wurde unter anderem 1986 am Universitätsklinikum Eppendorf/Hamburg geprägt und führte durch bundesweite positive Ergebnisse 1988 zu einer Expertenempfehlung an den Bundestag, diese in psychiatrischen Fachabteilungen durchzuführen. Sie unterscheidet sich von einer somatischen Entzugsbehandlung durch Vorhandensein psychotherapeutischer und psychoedukativer Elemente. Bis heute gibt es aber auch noch internistische Fachabteilungen, die einen qualifizierten Entzug anbieten können (z. B. DRK-Kliniken Mitte). Die qualifizierte Entzugsbehandlung ist bei der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit laut Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störung (Schmidt et al. 2006 S. 25ff) „...immer dann anzuschließen, wenn ein Entzugssyndrom vorliegt...“, kann also als obligater Behandlungsschritt angesehen werden. Als Behandlungsdauer werden 3-4 Wochen in der Literatur angegeben (Süß 1995; Stetter, Mann 1997; Wickizer, Lessler 1998; Driessen et al. 1999; Richter 2001). Kostenträger der Entzugsbehandlung ist im Rahmen des SGB V die Krankenkasse (gesetzlich und privat).

Bei Vivantes werden qualifizierte Entzugsbehandlungen mit wenigen Ausnahmen nur in den psychiatrischen Abteilungen durchgeführt, die in der Untersuchung erhobenen Zahlen wurden entsprechend von den psychiatrischen Abteilungen gewonnen. Die Nebendiagnose F10 oder F13 aus somatischen Abteilungen fanden keinen Eingang in die Statistik.

Folgende Vivantes Kliniken führen Entzugsbehandlungen durch:

- Vivantes Klinikum Auguste-Viktoria
- Vivantes Humboldt Klinikum
- Vivantes Klinikum Hellersdorf
- Vivantes Klinikum Neukölln
- Vivantes Klinikum Spandau
- Vivantes Klinikum am Urban
- Vivantes Klinikum Wenckebach

In allen Abteilungen finden sich spezialisierte Stationen mit einem Schwerpunkt zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Die personelle Ausstattung kann im Konzern als standardisiert vorausgesetzt werden, während sich die Infrastruktur der Stationen sehr deutlich voneinander unterscheiden kann: Beispiel bauliche Bedingungen im AVK (Neubau), die als weitgehend optimal bezeichnet werden kann im Vergleich zum Altbau in Hellersdorf, der vor einem geplanten Neubau nur noch notdürftig renoviert wird. Erreichbarkeit und Aufnahmebedingungen sind vergleichbar. Alle Abteilungen sind gemeindenah gelegen und verkehrstechnisch gut erschlossen und alle Abteilungen haben die Anbindung an eine Rettungsstelle, so dass auch notfallartige Aufnahmen möglich sind.

Zur Klärung der Fragestellung 1 wurden im nächsten Schritt Kennzahlen der Entwöhnungstherapie erhoben, um diese in Bezug zu den Zahlen der Entzugsstationen zu setzen:

- Realisierungsquote gestellter Anträge auf den Vivantes-Entzugsstationen hinsichtlich der tatsächlich erfolgenden Aufnahmen nach diesen Anträgen (ein Teil der gestellten Anträge wird nicht realisiert, weil die Betroffenen noch ambivalent sind und sich wieder gegen eine Therapie entscheiden). Hier wurden nur (die ohnehin in der Mehrzahl vorhandenen) Anträge für die Vivantes-Entwöhnungstherapie berücksichtigt. Realisierungsquoten aus anderen Kliniken (160 Anträge auf den Vivantes-Entzugsstationen) zu erheben, hätte einen unökonomischen Aufwand mit fraglichem Zusatzerkenntnisgewinn bedeutet. Die Antragsstellung macht einen zeitlichen Aufwand von durchschnittlich etwa 120 Minuten (durch Sozialarbeit und Ärzte zu erbringen) erforderlich.
- Realisierungsquote Aufnahme in die Vivantes-Entwöhnungstherapie/Gesamtzahl Patienten mit Diagnose F10 und F13 (nicht Fallbezogen) auf den Vivantes-Entzugsstationen
- Überprüfung der Entlassungsarten (regulär, vorzeitig gegen ärztlichen Rat) in der Entwöhnungstherapie (mit der Frage nach einem möglichen Zusammenhang zum Ort der Vivantes-Entzugsbehandlung oder der Verweildauer der Fälle).

7.3. Klinischer Rahmen Vivantes Entwöhnungstherapie

Die Vivantes-Entwöhnungstherapie ist wie folgt konzipiert:

Seit 2007 hat die Hartmut-Spittler-Fachklinik mit 100 Behandlungsplätzen ihren Standort am Vivantes Klinikum Auguste-Viktoria. Sie wurde in jenem Jahr fusioniert aus zwei Standorten mit jeweils ca. 45 Behandlungsplätzen (Spandau und Hellersdorf) im Sinne eines ökonomischen Synergieeffektes. Bereits 2005 wurde eine dritte Abteilung dieser Größe am Standort Reinickendorf geschlossen aufgrund der fehlenden Infrastruktur für eine Rehabilitationsbehandlung und dem Fehlen von Mitteln für einen erforderlichen Neubau.

Die Hartmut-Spittler-Klinik ist eine von der Deutschen Rentenversicherung Bund geführte und nach der DIN ISO EN 9001/2008 zertifizierte Entwöhnungsklinik (2009 Erstzertifikat, 2012 Rezertifikat). Die Klinik ist Mitglied im Bundesverband stationäre 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 evidenzbasierten psychoanalytisch-interaktionellen Methodik nach Heigl-Evers (1980):

„...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.

Die therapeutische Haltung und Interventionstechnik mit dem Prinzip ‚Antwort‘ – i.e.

die Mitreaktion eines reifen Ichs auf unangemessen veränderte Erlebens- und Reaktionsweisen eines konflikthaften oder defizitären Ichs auf dessen strukturellem Niveau – ermöglichen es, die spezifischen Verhaltens- und Befindlichkeitsstörungen Suchtkranker syndrombezogen und kausal zu behandeln; letztendlich geht es aber um die Bewältigung der Krankheitsfolgen.

Diese Therapiemethode bildet also eine Klammer zwischen den unterschiedlichen Behandlungsmodulen der medizinischen Rehabilitation und ermöglicht es dem Patienten, sich in einer repressionsarmen Umgebung seiner Problemstellung zuzuwenden. Auf diese Weise gelingt die Bearbeitung pathologischer Folgen risikoreicher Lebensführung, bisher fehlender Krankheitsbewältigung und psychosozialer Belastung. Ein besonderer Fokus liegt auf den Lebensfeldern der beruflichen und der persönlichen Sphäre.

Neben der Sicht auf die Persönlichkeitsstruktur (RUDOLF 2005) des Menschen, die eine psychodynamische Behandlung ermöglicht und in der wir Ursachen für die Entwicklung von Suchterkrankungen sehen, ist jedes Verhalten eines Menschen immer auch eng verknüpft mit dem sozialen Kontext und mit erlernten Normen. Sucht ist in der Verhaltens-/ Lerntheorie ein erlerntes Verhalten und unterliegt somit den gleichen Lernprinzipien wie jede andere Verhaltensstörung auch. Unter der Einwirkung des Suchtmittels wie z.B. Alkohol kommt es zu unterschiedlichen wie z.B. positiven, entspannenden und stressdämpfenden Gefühlen. Alkohol kann in einer Initialphase auch stimulierend und aktivierend erlebt werden. Alkohol wird mit positiven Momenten, Geselligkeit, Selbstbewusstsein, Lockerheit assoziiert, d.h. er wird zu einem positiven Verstärker. Im Sinne eines klassischen Konditionierens findet eine Koppelung wohltuender psychotroper Effekte des Trinkens an

neutrale Stimuli wie z.B. den Fernsehabend oder die Beendigung der Arbeit statt. Der Alkohol hat im Sinne des operanten Konditionierens direkt zu einem „angenehmen“ Zustandsgefühl geführt. Der verhaltenstherapeutische Ansatz ist in unserer Klinik ein weiteres angewendetes Verfahren. Ziel ist es, im Sinne der rational-emotiven Verhaltenstherapie nach ELLIS (1993), bisherige Grundannahmen und problematische Verhaltensweisen kritisch zu hinterfragen und in Richtung einer Abstinenzmotivation zu modifizieren. Im Rahmen des therapeutischen Settings wird die Möglichkeit eröffnet, im Prozessfeld der Klinik die eigenen Annahmen und Verhaltensweisen zu prüfen und sich durch ein Modelllernen neue Verhaltensmuster anzueignen. Ziel und Wesen einer Entwöhnungsbehandlung ist die Wiedererlangung von Partizipation am beruflichen und sozialen Leben durch Aktivität auf dem Level eines von Abhängigkeitserkrankungen und deren Folgen nicht betroffenen Menschen. Die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in der Hartmut-Spittler-Fachklinik dienen der Entwicklung des Rehabilitanden zu einem Menschen, der die Erwerbsrolle wieder als Identität stiftendes Element seiner Existenz verstehen kann. Die Reintegration in den Erwerbsprozess mit dem den Lebensrhythmus erhaltenden Eustress von Arbeit im Wechsel mit reaktiver Ruhe ermöglichen dem Individuum die im Verlauf der Erkrankung verlorene Würdigung eines gesundes Selbstwerterlebens.

Dazu ist die Abstinenz die unabdingbare Voraussetzung. Die Erarbeitung einer korrigierten Lebenssicht und -einstellung ist durch Arbeit an den Ich-Funktionen, den inneren Bildern über sich und die Mitmenschen und deren soziale Interaktion, durch Sozialtraining in der Gesellschaft anderer Betroffener mit psychotherapeutischen, ergo- und physiotherapeutischen Mitteln möglich. Durch die Einstellung auf die Ressourcen-Orientierung ist die psychoanalytisch-interaktionelle Methode in unserem Haus auf Ergänzung mangelnder Kompetenz unter Verzicht auf Stigmatisierung von Defiziten ausgerichtet, die Verhaltenstherapie auf eine korrigierte Selbstwirksamkeitserwartung und ein stabiles Selbstbild...“

Das Konzept greift damit wesentliche Anforderungen an Entwöhnungstherapien hinsichtlich der bereits zitierten ICF auf und zielt letztlich auch darauf ab, die berufliche Perspektive der Betroffenen zu erhalten oder zu entwickeln im Sinne der bereits genannten volkswirtschaftlichen Bedeutung. Wissenschaftlich fundierte Konzepte sind im Übrigen die Voraussetzung für die Genehmigung zur Durchführung der Therapie durch die federführenden Deutschen Rentenversicherungen, ebenso seit 2012 die Zertifizierung der Einrichtungen. Für die Durchführung der Therapie ist die Beantragung dieser Leistung gemäß dem SGB VI bei der Rentenversicherung des Patienten erforderlich.

Die Einbettung der Klinik innerhalb eines Trägers mit zahlreichen Einrichtungen stellt keinen Einzelfall dar, innerhalb eines großstädtischen Ballungsraumes wie Berlin besitzt die Vivantes-Entwöhnungstherapie innerhalb von Deutschland fast ein Alleinstellungsmerkmal.

Die Klinik ist Bestandteil des konzernübergreifenden psychiatrischen Medical Boards, in dem die Zusammenarbeit koordiniert werden kann und die Verlegung von Entzugsstationen in die Entwöhnung in einer schriftlich festgehaltenen Vereinbarung geregelt ist. Dabei wurden auch theoretische Zielgrößen (Kennzahlen der Zuweisung) hinsichtlich der Verlegungen/Jahr festgehalten. Diese orientieren sich in an der Bevölkerungszahl im Einzugsgebiet der Vivantes-Psychiatrien (s. Tabelle 1 und 2) und können auch mit den Patienten- und Fallzahlen in Beziehung gebracht werden.

Das Medical Board stellt nicht die einzige Schnittstelle zwischen den Entzugsstationen und der Entwöhnungsbehandlung innerhalb des Konzerns dar:

In Frequenzen von einmal/Woche (AVK, KAU, KHD) und zweimal/Monat (KSP, HUK, WBK, KNK) finden Informationsveranstaltungen für Patienten auf den Entzugsstationen statt, die von Mitarbeitern der Hartmut-Spittler-Klinik durchgeführt werden. Vor oder nach den Informationsgesprächen findet auch ein Informationsaustausch zwischen dem Mitarbeiter der HSFK und

Mitarbeitern der Entzugsstation (Ärzte, Sozialarbeiter oder Pflegepersonal) statt. Diese Tätigkeit wird aus „dem laufendem Betrieb“ geleistet und ist im Stellenschlüssel der DRV nicht beinhaltet. Einmal im Jahr findet zusätzlich ein Treffen mit den Sozialarbeitern der Entzugsstationen in der HSFK statt.

7.4. Klinischer Rahmen der somatischen Behandlung

der Alkoholkrankheit im Vivantes Netzwerk für Gesundheit

In den im Geschäftsbericht benannten 100 Kliniken werden, wie aus der Literatur (S.30ff) und den Berichten der gesetzlichen Krankenkassen nachvollzogen werden kann, jedes Jahr tausende von Fällen fernab der psychiatrischen Abteilungen behandelt, die durch den Alkoholkonsum verursacht werden. Durch eine geeignete Stichprobe, die durch Berücksichtigung von typischen Folgeerkrankungen (Bergmann, Ferbert 2006) gezogen wurde, wird zunächst überprüft, wie häufig diese Diagnosen in den Vivantes-Kliniken gestellt werden. Anhand der empirischen Angaben wurde folgende Auswahl von Diagnosen getroffen:

Tabelle 3 :

Folgeerkrankungen	ICD10	Eingabe in SAP
Gastroösophageale Refluxkrankheit	K21.9	K21.9
Refluxösophagitis / endoskopisch positive Refluxkrankheit	K21.0	K21.0
Sodbrennen	R12	R12
Gastritis und Duodenitis	K29.-	K29*
Bösartige Neubildung des Larynx	C32	C32*
Bösartige Neubildung des Ösophagus	C15	C15*
alkoholische Myopathie	G72.1	G72.1
Gicht	M10	M10*
Kardiomyopathie	I41.4	I41.4
Bluthochdruck	I10	I10*
Alimentäre Anämien	D50–D53	D50*-D53*
Wernicke-Enzephalopathie	E51.2	E51.2
Polyneuropathie	G62	G62*
Lebererkrankungen	K70-K74	K70-K74
Pankreatitiden	K85-K86	K85-K86

Die getroffene Auswahl soll ein möglichst breites Spektrum der Folgeerkrankungen beinhalten und stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit des Spektrums. Diese Liste wurde dem medizinischen Controlling des Auguste-Viktoria-Klinikums übergeben mit der Bitte zu erfassen, wie viele Fälle

mit den genannten Diagnosen zwischen 10/2012 und 09/2013 bei Vivantes behandelt wurden. Die Auswertung erfolgte über die bei Vivantes verwendete Orbis-Software, mit der die gesamte Patientenaktenführung elektronisch abgebildet wird. Folgende Fragen wurden in das System „eingegeben“:

1. Häufigkeit der abgefragten Diagnosen (Vivantes gesamt)
2. Häufigkeiten an den verschiedenen Standorten
3. Häufigkeiten in den verschiedenen Abteilungen der Standorte
4. Häufigkeit der Nebendiagnose Alkoholabhängigkeit
5. Häufigkeit der Verlegung in die Psychiatrie (Qualifizierter Entzug)
6. Abrechnungsrelevanz der Nebendiagnose für das DRG-System

Zusammengefasst wird mit diesen Zahlen der gesamte somatische Bereich der Vivantes-Kliniken auf die Häufigkeit der Alkoholabhängigkeit überprüft, gleichzeitig sind bereits Rückschlüsse auf das Kodierverhalten möglich: Abrechnungsexperten innerhalb und außerhalb des Konzern teilten mit, dass davon ausgegangen werden muss, dass nicht in allen Fällen von Alkoholfolgeerkrankungen die primäre Erkrankung kodiert wird. Eine daraufhin gezogene Stichprobe mit allen toxischen Leberzirrhosen ergab, dass nur in 50% der nach der Literatur zu erwartenden Fälle die Alkoholerkrankung als Grunderkrankung kodiert wurde. Folgen hat dieser Umstand sowohl aus medizinischer Sicht (werden alle Therapieoptionen gezogen?) als auch aus ökonomischer Sicht (werden alle für den DRG-Fallwert erforderlichen Angaben gemacht?). Um Hinweise für Minderkodierungen zu erhalten wurde beispielsweise eine Stichprobe von toxischen Lebererkrankungen gezogen (Tabelle 15) und darauf überprüft, wie oft die Diagnose F10.2 kodiert wird.

Die Verquickung von medizinischen und ökonomischen Fragestellungen ist wie in der Fragestellung dieser Arbeit geschildert noch komplexer: Ein niedriger Grad der Identifizierung der Alkoholabhängigkeit hat volkswirtschaftliche Folgen durch die indirekten und direkten Kosten, die durch den Konsum bedingt sind. Aber auch für eine Krankenhaus stellt sich die Frage, ob nicht bei der Abrechnung im somatischen Bereich Erlöse „vergeben“ werden und dies

auch Folgen für die Erlöse im Bereich Psychiatrie und Entwöhnungstherapie hat (Erlösausfälle). Der präventive Aspekt wurde bereits angesprochen (S. 35).

7.5. Statistik:

Es wurden zwei Stichproben untersucht. In der ersten Stichprobe (n=358) wurden alle Aufnahmen aus dem Jahr 2012 eingeschlossen, die von einer Vivantes-Entzugsstation verlegt wurden. Zusätzlich wurden auch Anträge auf eine Therapie registriert, die nicht zu einer Aufnahme führten. Neben der in den Ergebnissen dargestellten deskriptiven Statistik wurden folgende induktive Testverfahren durchgeführt:

Es wurden zwei Variablen (Therapieabbruchquote und Realisationsquote in Bezug auf den Zuweiser) mit unterschiedlichen Bewertungsmaßstäben dokumentiert und anschließend auf ihre Aussage hin überprüft. Alle Items konnten auf „ja“ oder „nein“ überprüft werden und im nächsten Schritt einem Signifikanztest unterzogen werden. Als für den Stichprobenumfang zuverlässiger parametrischer Test wurde der χ^2 -Test gewählt. Signifikanzschwelle war $p=0.025$ (zweiseitig) nach erfolgter Bonferroni-Korrektur aufgrund von zwei Tests in einer Stichprobe.

In der zweiten Stichprobe (n=76413) wurden alle Fälle aus einer Diagnosenabfrage mit 15 möglichen Alkoholfolgeerkrankungen gezogen und auf eine Verlegung in die Psychiatrie überprüft. Auch hier konnte das Item mit „ja“ und „nein“ überprüft werden und im nächsten Schritt einem Signifikanztest unterzogen werden. Als für den Stichprobenumfang zuverlässiger parametrischer Test wurde erneut der χ^2 -Test gewählt.

Alle Berechnungen wurden mittels des SPSS-Pakets der 19. Version vorgenommen.

8. Ergebnisse:

Tabelle 4 Patienten-, Fallzahlen und Verweildauer 2012

2012	mit HD oder ND F10* oder F13*					
OE fachlich	Anzahl Patienten (vollstat.)	Anzahl Fälle (vollstat.)	davon <u>mit</u> HD F10* oder F13*	VWD bei HD	davon <u>nur</u> mit ND F10* oder F13*	VWD bei ND
AVKPSY	538	830	650	12,2	180	22,5
HUKPSY	734	1.294	755	4,0	539	15,6
KAUPSY	791	1.121	730	8,8	391	14,3
KHDPSY	985	1.538	1.026	9,4	512	15,3
KNKPSY	872	1.557	810	11,3	747	15,9
KSPPSY	719	1.121	816	7,4	305	18,1
WBKPSY	454	728	569	10,8	159	20,3
Gesamtergebnis	5.097	8.194	5.356	9,0	2.838	16,5

Tabelle 5 Patienten-, Fallzahlen und Verweildauer 2011

2011	mit HD oder ND F10* oder F13*					
OE fachlich	Anzahl Patienten (vollstat.)	Anzahl Fälle (vollstat.)	davon mit HD F10* oder F13*	VWD bei HD	davon nur mit ND F10* oder F13*	VWD bei ND
AVKPSY	530	898	697	11,3	201	18,6
HUKPSY	720	1.212	730	4,4	482	17,7
KAUPSY	786	1.105	641	10,0	464	15,7
KHDPSY	907	1.427	965	9,8	462	19,0
KNKPSY	873	1.566	811	10,7	755	15,3
KSPPSY	640	1.003	697	8,4	306	14,2
WBKPSY	481	735	569	11,0	166	20,8
Gesamtergebnis	4.937	7.946	5.110	9,4	2.836	16,8

Tabelle 6 Patienten-, Fallzahlen und Verweildauer 2010

2010	mit HD oder ND F10* oder F13*					
OE fachlich	Anzahl Patienten (vollstat.)	Anzahl Fälle (vollstat.)	davon mit HD F10* oder F13*	VWD bei HD	davon nur mit ND F10* oder F13*	VWD bei ND
AVKPSY	445	760	567	11,2	193	17,2
HUKPSY	669	1.093	632	4,6	461	17,0
KAUPSY	776	1.107	692	8,8	415	16,3
KHDPSY	947	1.579	1.065	9,1	514	16,4
KNKPSY	916	1.573	769	11,4	804	15,6
KSPPSY	553	838	608	9,2	230	15,7
WBKPSY	441	680	544	11,6	136	23,3
Gesamtergebnis	4.747	7.630	4.877	9,4	2.753	16,6

Tabelle 7 Patienten-, Fallzahlen und Verweildauer 2009

2009	mit HD oder ND F10* oder F13*					
OE fachlich	Anzahl Patienten (vollstat.)	Anzahl Fälle (vollstat.)	davon mit HD F10* oder F13*	VWD bei HD	davon nur mit ND F10* oder F13*	VWD bei ND
AVKPSY	268	437	179	9,1	258	14,7
HUKPSY	666	1.267	551	5,0	716	14,5
KAUPSY	767	1.133	726	8,8	407	13,5
KHDPSY	945	1.497	1.096	9,5	401	15,2
KNKPSY	888	1.678	819	10,9	859	13,4
KSPPSY	587	927	707	8,7	220	20,1
WBKPSY	469	707	534	10,9	173	19,8
Gesamtergebnis	4.590	7.646	4.612	9,1	3.034	14,9

Tabelle 8 Patienten-, Fallzahlen und Verweildauer 2008

2008	mit HD oder ND F10* oder F13*					
OE fachlich	Anzahl Patienten (vollstat.)	Anzahl Fälle (vollstat.)	davon mit HD F10* oder F13*	VWD bei HD	davon nur mit ND F10* oder F13*	VWD bei ND
AVKPSY	250	377	61	12,2	316	15,2
HUKPSY	644	1.211	568	4,8	643	15,2
KAUPSY	789	1.151	747	8,3	404	15,3
KHDPSY	987	1.687	1.269	8,3	418	14,6
KNKPSY	931	1.619	723	11,4	896	14,8
KSPPSY	483	762	511	8,9	251	14,9
WBKPSY	413	665	472	11,7	193	21,5
Gesamtergebnis	4.497	7.472	4.351	8,9	3.121	15,4

Tabelle 9 Patienten-, Fallzahlen und Verweildauer 2007

2007	mit HD oder ND F10* oder F13*					
OE fachlich	Anzahl Patienten (vollstat.)	Anzahl Fälle (vollstat.)	davon mit HD F10* oder F13*	VWD bei HD	davon nur mit ND F10* oder F13*	VWD bei ND
AVKPSY	189	260	84	10,6	176	14,5
HUKPSY	643	1.106	710	5,5	396	16,3
KAUPSY	746	1.069	726	8,6	343	15,7
KHDPSY	1.021	1.684	1.213	8,5	471	15,0
KNKPSY	880	1.484	744	10,1	740	16,8
KSPPSY	540	830	572	10,1	258	19,3
WBKPSY	440	682	475	11,6	207	21,9
Gesamtergebnis	4.459	7.115	4.524	8,9	2.591	16,7

Erläuterung der Tabellen 4-9:

Die Tabellen beschreiben den Verlauf der Aufnahmezahlen von Patienten mit der Diagnose F10 oder F13 in den Jahren 2007-2012. Es wurden sowohl Haupt(HD)- als auch Nebendiagnosen (ND) erfasst. Folgende Aussagen lassen sich treffen:

- Die Fallzahl von HD und ND nimmt im Verlauf kontinuierlich zu (lediglich 2007/08 leichter Rückgang)
- Auch die Patientenzahl nimmt im Verlauf kontinuierlich zu (ebenfalls leichter Rückgang 2007/08)
- Die Verweildauern bei ND sind in allen Abteilungen höher als bei HD

Tabelle 10 Verweildauer während der Entzugsbehandlung 2007-2012

Vivantes Klinikum	VWD 2007	VWD 2012
AVKPSY	10,6	12,2
HUKPSY	5,5	4,0
KAUPSY	8,6	8,8
KHDPSY	8,5	9,4
KNKPSY	10,1	11,3
KSPPSY	10,1	7,4
WBKPSY	11,6	10,8
Gesamt	8,9	9,0

Erläuterung der Tabelle 10:

Die Tabelle zeigt, dass die durchschnittliche VWD sich von 2007-2012 kaum verändert hat.

In einigen Kliniken (AVK, KHD, KNK) erhöhte sich die VWD, während sie in KSP und HUK deutlich zurückging.

Tabelle 11 Aufnahmen Vivantes – EWT 2012

Überweiser	Aufnahmen	Realisierungsquote Aufnahme/ Anträge	Anteil an allen Aufnahmen in %
AVK	51	51/52= 0,98	12,4
HUK	15	15/47= 0,32	3,6
KAU	27	27/66= 0,41	6,6
KHD	30	30/36= 0,83	7,3
KNK	33	33/59= 0,56	8,0
KSP	45	45/57= 0,79	10,9
WBK	34	34/41= 0,83	8,3
Vivantes-Kliniken gesamt	235	235/358= 0,66	57,2

Chi²-Test (2-seitig) nach Pearson: p=0,001 bei einer Signifikanzschwelle von p<0.025

Erläuterung Tabelle 11:

Die Anzahl der auf den Vivantes-Entzugsstationen gestellten Rehabilitationsanträge für die Vivantes-Entwöhnungstherapie wurde in Relation zu den daraus tatsächlich erfolgten Aufnahmen gesetzt. Es finden sich signifikante Unterschiede der Realisierungsquoten der unterschiedlichen Abteilungen.

Tabelle 12 Vivantes Psychiatrie-Entzugsbehandlungen:
 Realisierungsquote Zuweisung Entwöhnung/Gesamtzahl Patienten mit
 Diagnose F10 und F13 (nicht Fallbezogen)

	AVK	HUK	KAU	KHD	KNK	KSP	WKB	Ø
2007	38,1%	5,1%	6,7%	3,8%	2,8%	7,0%	9,4%	10,4%
2008	16,4%	3,9%	5,3%	3,7%	4,1%	6,6%	11,9%	7,5%
2009	20,5%	3,7%	6,0%	3,5%	2,8%	9,7%	13,9%	8,6%
2010	11,7%	2,8%	4,6%	2,5%	3,1%	6,5%	7,9%	5,6%
2011	9,8%	2,1%	5,5%	1,8%	1,9%	6,4%	7,1%	4,9%
2012	9,5%	2,0%	3,4%	3,0%	3,8%	6,3%	7,5%	4,6%

Erläuterung der Tabelle 12:

Die Zahlen geben an, wie viele Patienten von der Gesamtpatientenzahl mit der Diagnose F10 oder F13 in den Fachabteilungen in die Entwöhnung verlegt werden.

Anmerkung: die AVK-Zahlen sind verzerrt durch die veränderte Herangehensweise bei der Diagnosestellung von Abhängigkeitserkrankungen im Verlauf 2007-11

**Tabelle 13 Therapieabbruchquote in der ETW bezogen auf Herkunft
(Entzugsbehandlung)**

Klinikum	Aufnahmen	Vorzeitige Beendigung gegen ärztlichen Rat	Vorzeitige Beendigung auf ärztliche Veranlassung	Quote vorzeitige Beendigung in %
AVKPSY	51	14	6	39,2
HUKPSY	15	5	2	46,6
KAUPSY	27	9	2	40,7
KHDPSY	30	4	1	16,6
KNKPSY	33	10	4	42,4
KSPPSY	45	14	4	42,2
WBKPSY	34	11	0	32,3
Gesamt	235	67	19	36,6

Chi²-Test (2-seitig) nach Pearson: $p=0,311$ bei einer Signifikanzschwelle von $p<0,025$

Anmerkung: Die Tabelle gibt die Häufigkeit vorzeitiger Therapiebeendigungen in der Vivantes-Entwöhnungstherapie an und stellt einen Bezug zur zuvor durchgeführten Entzugsbehandlung auf einer der Vivantes-Entzugsstationen her. Möglicherweise spielt die Qualität der Therapievorbereitung (Aufwand zeitlich/personell) bei der Quote eine Rolle. Der Chi²-Test zeigte keinen signifikanten Unterschied innerhalb der Stichprobe. Die geringe Fallzahl lässt nur einen Vergleich der Effektstärken zu. Dabei fällt der gegenüber dem Durchschnittswert deutlich bessere Wert im Klinikum Hellersdorf (KHD) auf. Im Vergleich zu den übrigen Einweisern, die 159 zuwiesen, unterscheidet sich die Quote der vorzeitigen Beendigung unerheblich: 37,7%

Tabelle 14 Entlassungsarten in Entzugsabteilungen in 2012

Entlassungsgrund	AVK PSY	HUK PSY	KAU PSY	KHD PSY	KNK PSY	KSP PSY	WBK PSY	Gesamt
Regulär	481	496	479	689	618	522	333	3618
Gg. ärztl. Rat	145	227	214	170	128	174	205	1263
Sonstige Gründe	24	32	37	167	64	101	21	446
Gesamtergebnis	650	755	730	1026	810	816	569	5356
gg. ärztl. Rat in %	22,3 %	30,1 %	29,3 %	16,6 %	15,8 %	21,3 %	36,0 %	23,6 %

Erläuterung der Tabelle 14:

Die Tabelle gibt Überblick über das Ausmaß vorzeitiger Behandlungsbeendigungen durch Patienten (Entlassung gegen ärztlichen Rat). Ein hoher Grad des Behandlungsabbruches kann Vermittlungsdefizite auf die nächste Stufe der Behandlung (Entwöhnung) erklären, wirkt andererseits aber auch die Frage auf, wodurch die Behandlungsabbrüche bedingt sind.

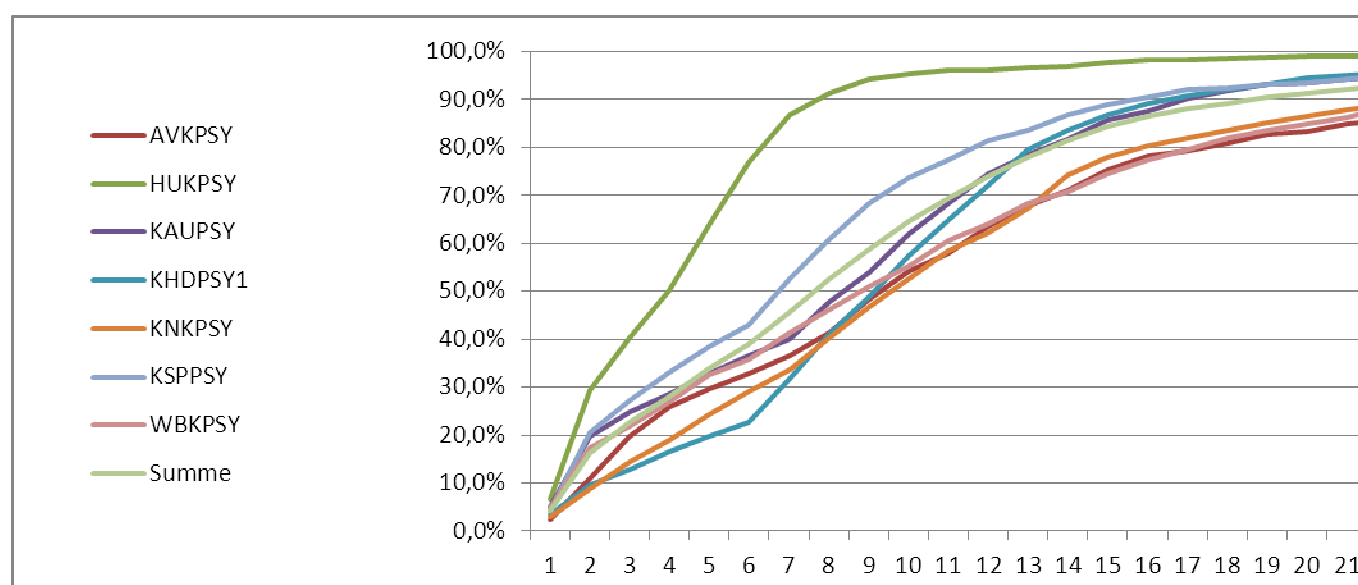


Abbildung 1: Verweildauer der F10.2 Patienten in der Vivantes Psychiatrie 2012

Erläuterung der Abbildung 1:

In der Pivot-Kurve fallen drei unterschiedliche „Verweildauertypen“ auf:

- Das HUK mit einer sehr niedrigen durchschnittlichen VWD
- KSP, KHD und KAU mit deutlich längerer durchschnittlicher VWD
- KNK, AVK und WBK mit der längsten durchschnittlichen VWD

Tabelle 15 Prävalenz im Vivantes Einzugsbereich

Klinik	Einwohnerzahl des Versorgungsgebietes ¹⁾	Einwohner in %	Prävalenz	Prävalenz	Aufn.	Aufn.
			C2-Abh.	C2-Mißbr.	2007	2012
AVKPSY	142.429	8,94%	3420	5415	189	538
HUKPSY	244.692	15,35%	5872	9298	643	734
KAUPSY	256.875	16,11%	6163	9758	746	791
KHDPSY	247.158	15,51%	5933	9395	1.021	985
KNKPSY	301.749	18,93%	7242	11466	880	872
KSPPSY	216.944	13,61%	5207	8244	540	719
WBKPSY	184.180	11,55%	4419	6996	440	454
Gesamt	1.594.027	100,00%	38.256	60.573	4.459	5.097 (5,16%)

Erläuterung Tabelle 15:

- Die Prävalenz der C2-Abhängigkeit+C2-Missbrauch im Einzugsgebiet (der Psychiatrien) von Vivantes beträgt 98829 Menschen über 18 Jahre
- Der Erreichungsgrad der Vivantes Entzugsabteilungen liegt demnach bei 5,16% in 2012

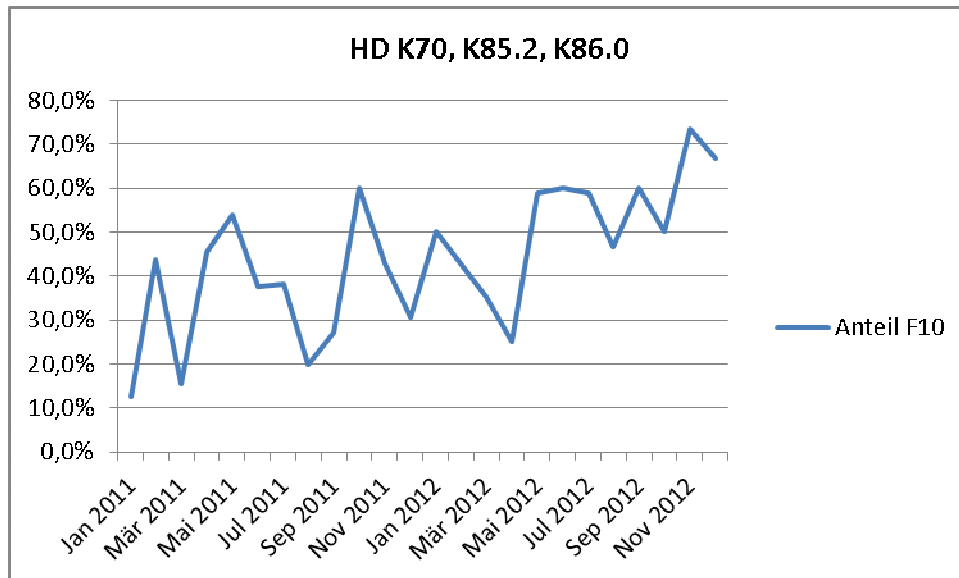


Abb. 2 Erfassung F10.2 bei HD Leber- und Pankreaserkrankung

Erläuterung der Abbildung 2:

- Die Kodierung der F10.2 als hochwahrscheinliche Nebendiagnose (von der die Hauptdiagnose möglicherweise verursacht wird) erfolgt in sehr unterschiedlicher Weise (12,5-73,3% der Fälle).
- MW 2011: 35,66% MW 2012: 53,0%

Tabelle 16 Stichprobe: Häufigkeit Diagnose K70-K74.x mit/ohne F10.2 in 2011

Diagnosen	Gesamt	mit F10.2	ohne F10.2
K70.x Gesamt (C2-tox. Leberkrankheit)	1523	720	803
K70.x-K74.6 Gesamtanzahl	2941	823	2118

Tabelle 17 Verlegung in die Psychiatrie

Klinikum	Anzahl Entl. Fälle PSY	Anzahl Entl. Standort	Fälle	rel. Anteil entl. in PSY
AVKPSY	182	9.297		1,96%
HUKPSY	944	8.698		10,85%
KAUPSY	619	9.036		6,85%
KFHPSY	11	11.892		0,09%
KHDPSY	1.578	6.492		24,31%
KNKPSY	870	17.366		5,01%
KSPPSY	347	8.515		4,08%
WBKPSY	375	5.117		7,33%
Summe	4.926	76.413		6,45%

Chi²-Test (2-seitig) nach Pearson: p=0,001 bei einer Signifikanzschwelle von p<0,05

Erläuterung der Tabelle 17:

- In der ausgewählten Stichprobe (s. Seite 36) wurde die Verlegungsrate in die psychiatrische Fachabteilung indirekt überprüft, in dem gezählt wurde, wie viele Patienten aus der Stichprobe in der Psychiatrie entlassen wurden. Zuvor waren diese in einer somatischen Abteilung behandelt oder aufgenommen worden.
- Es fällt auf, dass an den verschiedenen Standorten signifikant unterschiedliche Verlegungsraten bestehen (1,96-24,31%), was nicht zu erwarten war.

Tabelle 18 Häufigkeit Diagnosen F10.2 in der Stichprobe n= 76413

Diagnose	Anzahl Hauptdiagnose (HD)	Anzahl Nebendiagnose (ND)	HD+ND
F10.2	1090	3113	4203

Tabelle 19 Verteilung der 76.413 Stichprobenfälle auf die Standorte

Standort	HD (5.799) in %	ND (82.844) in %
AVK	9,66%	12,18%
HUK	12,87%	11,28%
KAU	12,94%	11,52%
KFH	18,01%	15,46%
KHD	8,85%	8,55%
KNK	20,25%	22,58%
KSP	10,42%	11,32%
WBK	7,00%	7,12%

Anmerkung: Unter den 76.413 Fällen der Stichprobe wurden einige der ausgewählten Diagnosen bei einem Behandlungsfall gestellt, so dass 88.643 Haupt- und Nebendiagnosen resultieren.

9. Interpretation der Ergebnisse

Zu der Frage „Wie hoch ist die Aufnahmequote in den Entzugsbereich (zum einen in der Relation zwischen der Antragsstellung und der Aufnahme, zum anderen in der Relation der Gesamtfallzahl der Entzugsabteilungen und der Aufnahmezahl in der Entwöhnungstherapie)?“ ergeben sich folgende Antworten:

In der Tabelle 10 fallen sehr unterschiedliche Realisierungsquoten auf: Das Vivantes-Klinikum AVK setzt von 52 Beantragungen 51 zu Aufnahmen um, dokumentiert auf diese Weise die „Machbarkeit“ der Realisierung und zeigt eine hohe Effektivität bzw. einen sehr gezielten Aufwand mit hohem Ertrag. Als Ursachen dieser guten Quote können die recht hohe Verweildauer von in 2012 12,2 Tagen im Durchschnitt (Tabelle 9) und die in der Abb.1 dargestellten langen Verläufe (15% der Patienten befinden sich am 21. Behandlungstag noch in der Klinik) betrachtet werden. Insbesondere die Tatsache, dass 15% der Patienten strikt nach Leitlinie (S.20) behandelt werden, ist für die Überleitung in die Entwöhnungstherapie als entscheidender Erfolgsfaktor zu werten (s.a. „nahtloser Übergang“ S.22).

Als am geringsten stellt sich die Realisierungsquote des Vivantes-Humboldt-Klinikums dar. Hier werden 15 von 47 Anträgen realisiert. Anhand der Verweildauer und der Anzahl von Patienten, die sich am 21. Tag noch in der Klinik befinden, lassen sich Gründe dafür erkennen: Die Verweildauer beträgt in 2012 nur 4,0 Tage und am Tag 21 sind dort 98,8% der Patienten bereits wieder entlassen. Die Chance, einen Patienten nahtlos in die Entwöhnungstherapie zu verlegen, ist hier als sehr gering zu bezeichnen.

In Tabelle 11 wird dargestellt, wie viele Patienten von den Gesamtaufnahmen auf den Entzugsstationen in die Vivantes-Entwöhnungstherapie verlegt werden. Hier fällt auf, dass die Verlegungsquote sich in den Jahren 2007-2012 kontinuierlich zurückentwickelt, obwohl die Anzahl der behandelten Patienten sich in allen Abteilungen im gleichen Zeitraum auch kontinuierlich erhöht hat.

Eine Ursache ist anhand der Zahlen nicht zu erkennen. Das standortübergreifende Phänomen kann nur Vermutungen unterzogen werden: So kann die Umsetzung des Arbeitszeitschutzgesetz bei Vivantes im Jahr 2009 als ein Grund in Betracht gezogen werden. Auf dem Papier besteht der gleiche Personalschlüssel/Station, durch das schichtversetzte Arbeiten der Ärzte auf den Stationen hat sich jedoch die Präsenz der Ärzte zu den Zeiten, in denen mit den Patienten motivierend gesprochen werden kann, verringert. Das Wesen der motivierenden Gesprächsführung (Miller, Rollnick 1982) gilt in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten als sehr wichtig, so dass dieser Effekt nicht unterschätzt werden darf. Die unterschiedlichen Abbruchquoten in den Entzugsabteilungen (Tabelle 13) lassen keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die Struktur der Stationen zu, da auch Patientenfaktoren Einfluss haben. Dennoch fallen die deutlichen Unterschiede der Quoten in den verschiedenen Abteilungen auf.

Dass die Durchführung einer qualifizierten Entzugsbehandlung für den Verlauf einer Entwöhnungstherapie Bedeutung besitzt, wird auch anhand der Tabelle 12 deutlich: hier heben sich Rehabilitanden, die im Vivantes-Klinikum-Hellersdorf entzogen wurden, hinsichtlich des Therapieverlaufes in der Entwöhnungstherapie deutlich von Rehabilitanden aus den übrigen Vivantes-Entzugskliniken ab: Nur 16,6% brachen die Therapie ab gegenüber einem Durchschnitt von 36,6%. Nach Einschätzung der für die beiden Entzugsstationen verantwortlichen Oberärztin hängt diese Zahl mit der konsequenten Einhaltung vom Stationssetting über lange Jahre hinweg zusammen. Obwohl auch aus ihrer Sicht die Einführung des Arbeitsschutzgesetzes zu einer Ausdünnung der ärztlichen Präsenz führte, wird die Motivationsarbeit von nichtärztlichem Personal (Psychologen, Sozialarbeitern, Pflegemitarbeitern) konsequent aufgefangen.

Setzt man die Ergebnisse der Vivantes-Entzugsabteilungen in Bezug zu den anhand der Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen vorliegenden Prävalenzraten für die Alkoholabhängigkeit und den Alkoholmissbrauch, dann

ergibt sich in 2012 ein Erreichungsgrad von 5,16% (5097 von 98829 Menschen über 18 Jahre).

Diese Zahlen geben die Situation in den psychiatrischen Abteilungen wieder, sagen aber noch nichts über das Gesamtaufkommen alkoholbedingter Störungen an den insgesamt 9 Standorten aus. Hier wurden, wie bereits auf S.44 geschildert, folgende Aspekte betrachtet:

1. Die Häufigkeit der abgefragten (potentiellen Folge-Diagnosen der Alkoholabhängigkeit (Vivantes gesamt)
2. Die Häufigkeiten an den verschiedenen Standorten
3. Die Häufigkeiten in den verschiedenen Abteilungen der Standorte
4. Die Häufigkeit der Nebendiagnose Alkoholabhängigkeit
5. Die Häufigkeit der Verlegung in die Psychiatrie (Qualifizierter Entzug)
6. Die Abrechnungsrelevanz der Nebendiagnose für das DRG-System

In der 76.413 Fälle einschließenden Stichprobe aus den somatischen Abteilungen, die anhand möglicher Folgeerkrankungen und Komplikationen der Alkoholkrankheit gezogen wurde, finden sich Hinweise, die die Zahlen der Gesundheitsberichte bestätigen zu scheinen. In 4203 Fällen wurde die Haupt- oder Nebendiagnose Alkoholabhängigkeit gestellt und insgesamt 4.926 Fälle (Tabelle 16) wurden in die Psychiatrie verlegt. Diese Zahlen belegen allerdings nicht die Gesamtzahl der alkoholbedingten- oder assoziierten Fälle, wie die Tabelle 15 deutlich macht: bei nur etwa 50% der Fälle mit alkoholtoxischer Leberschädigung wurden in 2011 die F10.2 kodiert. Abbildung 2 zeigt, dass sich der Wert in 2012 deutlich verbessert hat, insgesamt aber Schwankungen unterliegt, die durch das Kodierverhalten bedingt scheinen. Schätzungen des Controlling von Vivantes zufolge kann pro Fall, in dem nicht kodiert wird, ein Mindererlös von ca. 50€ (niedrigster Schätzwert) ausgegangen werden. Dies wären allein für die K70.x 40000€ im Jahr 2011. Voraussetzung für diesen Erlös ist neben der Diagnosestellung eine Intervention in Gesprächsform, die aus therapeutischer Sicht ohnehin einen Standard bei alkoholassoziierten Störungen darstellen sollte. Driessen (2009) stellte in „Die Zukunft der

Suchthilfe in Deutschland“ (S. 97-104) eine Modellrechnung anhand von 30500 DRG-Fällen vor, bei denen nur 3% der alkoholbezogenen Diagnosen als Haupt- oder Nebendiagnose verschlüsselt wurde, obwohl anhand der epidemiologischen Daten drei-fünffmal so hohe Anteile zu erwarten gewesen wären. Driessen fordert daher die systematische Screening-Diagnostik und errechnet im nächsten Schritt anhand der Fälle aus der Stichprobe Fallwerte zwischen 687-1823€ bei einer mittleren Verweildauer von 2,1-4,6 Tagen. Möglicherweise ist die ökonomische Lücke je nach Fall größer als die vorsichtig geschätzten 50€/Fall.

Die Häufigkeit der für die Stichprobenziehung gewählten Diagnosen (Tabelle 18) zeigte keine Auffälligkeiten, die unterschiedlichen Werte lassen sich mit den Kapazitäten der Standorte erklären. Die Darstellung der Häufigkeiten in den verschiedenen Abteilungen der Standorte erbrachte ebenfalls keine weiterführenden Ergebnisse.

Die Zahlen legen nahe, dass viele Patienten mit alkoholassoziierten Erkrankungen nicht oder „zu halbherzig“ mit Fragen nach dem C2-Konsum konfrontiert werden. Unterstützung findet diese Vermutung durch die unterschiedlichen Ergebnisse hinsichtlich der Verlegungen in die Psychiatrie, die in der Tabelle 16 dargestellt werden: Hier fällt am meisten die Diskrepanz der Verlegungsquoten zwischen dem Durchschnittswert zum Wert des Klinikum Hellersdorf auf. Die signifikant hohe Quote von 24,31% kann als indirektes Anzeichen gewertet werden, dass die Stichprobe geeignet ist, eine Aussage über die alkoholbedingten Störungen zu machen, auch wenn nicht alle Fälle zum Entzug verlegt wurden (eine Trennschärfe-problematik lässt sich nicht ausschließen). Die hohe Quote zeigt zumindest an, dass in den verschiedenen Kliniken offenbar sehr unterschiedlich mit dem Thema umgegangen wird. Interessanterweise ist die Quote am AVK am niedrigsten, obwohl an diesem Standort die Vivantes-Entwöhnungstherapie integriert ist und einen anderen Wert erwarten ließe. Dieser Wert hatte zur Folge, dass im Klinikum AVK im September 2013 ein Pilotprojekt entwickelt wurde, das im

November startete und eine „Suchtvisite“ auf somatischen Stationen des Klinikums zum Inhalt hat. In einer sechsmonatigen Erhebungsphase wird nun die Auswirkung untersucht, die Präsenz eines Psychologen mit ausgeprägter Erfahrung in der Suchttherapie und -beratung auf den somatischen Stationen. Die Studie von Freyer et al (2006) lässt erwarten, dass ein positiver Effekt eintreten kann. Erste Stichproben in der Abteilung für Infektiologie und Gastroenterologie bestätigen dies.

Die guten Werte des Klinikum Hellersdorf führten zu einer ersten Befragung der Oberärztin der Entzugsabteilung mit Bitte um eine Einschätzung der Werte: Fr. Dr. Inge Simon teilte mit, dass am Standort schon seit mehr als 30 Jahren (damals noch als Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus) ein besonderer Fokus auf der Alkoholabhängigkeit liegt, der traditionell auch die Kooperation mit den somatischen Disziplinen beinhaltet. Offenbar werden am diesem Standort Patienten sehr konsequent auf eine Alkoholproblematik angesprochen und zur Verlegung motiviert.

Als Limitation der Aussagekraft der Stichprobe in den somatischen Abteilungen muss die Tatsache angesprochen werden, dass alle Aussagen auf der Basis der Fallzahlen getroffen werden, es sich dabei also nicht um jeweils unterschiedliche Patienten handelt.

10. Zusammenfassung und Diskussion

Alkoholbedingte Störungen spielen im Gesundheitssystem aus verschiedenen Perspektiven eine große Rolle. Die Gesundheitsberichte der gesetzlichen Krankenkassen belegen, dass die Aufwände im teuren Krankenhausbereich in den letzten 10 Jahren kontinuierlich wachsen, da zum Beispiel die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ bei Männern in 2011 die häufigste Aufnahmediagnose in Krankenhäusern war. Auch die gestiegenen Aufnahmezahlen bei den Jugendlichen und den jungen Erwachsenen belegen die Relevanz des Themas aus medizinischer Perspektive. Aus wirtschaftlicher Perspektive beeindruckt, dass eine gesundheitsökonomische Schätzung für das Jahr 2007 die direkten und indirekten Kosten durch den Alkoholkonsum mit 26.7 Mrd. Euro angibt (Adams und Effertz 2011 in DHS Jahrbuch 2012). Ob diese Schätzung den gesamten Schadensumfang abbildet, muss bezweifelt werden. Indirekte Kosten durch die Schäden, die die Krankheit in Familien, insbesondere bei Kindern bewirkt, werden nicht immer erfasst und machen den wichtigen präventiven Charakter einer engagierten Behandlung der Alkoholabhängigkeit deutlich.

In der hier dargestellten Arbeit wurde am Beispiel eines regionalen Netzwerks für Gesundheit überprüft, ob es gelingt, diese Gruppe von Patienten mit Hilfs- und Therapieangeboten in Berührung zu bringen und Prädiktoren für erfolgreiche Interventionen erkennbar werden. Beobachtet wurden sowohl die Versorgungswege im Rahmen der Psychiatrie mit ihrer Schnittstelle zur Rehabilitationsbehandlung für Alkoholabhängige, als auch die Versorgungswege in den Strukturen der somatischen Fachabteilungen des Netzwerkes mit der Frage nach weiterführenden Maßnahmen.

Die Analyse der Versorgungswege zwischen den Psychiatrien von Vivantes und der eigenen Entwöhnungsklinik zeigte folgende Auffälligkeiten:

- Die Abteilung im Auguste-Viktoria-Klinikum (AVK) hat eine hohe Effektivität bei der Antragstellung zur Entwöhnungstherapie: die

Realisierungsquote hinsichtlich einer Aufnahme in der Entwöhnung liegt bei 98%. In 2012 wurde nur ein Antrag gestellt, der nicht in eine Therapie mündete. Der Arbeitsaufwand wurde offenbar an den „richtigen“ Patienten erbracht. Im Vergleich mit den anderen Abteilungen zeigt sich deutlich, dass viele Anträge gestellt werden, die nicht zur Aufnahme führen, der Aufwand möglicherweise bei Patienten erbracht wird, die noch nicht bereit sind für eine Therapie. An dieser Stelle kann aber nicht erkennbar werden, ob der geleistete Aufwand im Sinne der Motivationsarbeit an späterer Stelle wirksam wird. Auch die Verweildauer von 12,2 Tagen und die hohe Quote derer, die nach Leitlinienvorgabe (21 Tage) behandelt werden, tragen offenbar zur Effektivität bei.

- Den entgegengesetzten Effekt hat offenbar die sehr niedrige Verweildauer im Humboldt-Klinikum (HUK) von 4,0 Tagen. Es resultiert die niedrigste Gesamtverlegungsquote von 2,0% und die niedrigste Realisierungsquote von 32%. Es werden also 68% der gestellten Anträge ohne direkten „Erfolg“ gestellt, in diesem Fall bedeutet dies 32x120 Minuten, die aufgewendet werden ohne direkte Auswirkung. Auch die Abbruchquote in der Entwöhnungstherapie ist bei Patienten aus dem HUK mit 46,6% am höchsten, so dass die Frage nach dem Zusammenhang zur Verweildauer gerechtfertigt erscheint.
- Bemerkenswert ist die sehr geringe Abbruchquote in der Entwöhnungstherapie von Patienten aus dem Klinikum Hellersdorf mit 16,6%. Hier besteht in der Entzugsbehandlung ähnlich dem AVK eine hohe Effektivität bei der Antragstellung, eine befriedigende Verweildauer und offenbar eine sehr hohe Konsistenz der Entzugsstationen hinsichtlich des Settingstandards (in erster Linie hohe Gesprächsfrequenzen in der Motivationsarbeit) über die letzten Jahre trotz der zeitlich verringerten ärztlichen Präsenz auf den Stationen.

Die Analyse der Verlegungssituation bei Patienten mit Alkoholfolgeerkrankungen und/oder -komplikationen aus somatischen Fachabteilungen in die Psychiatrien zeigte folgende Auffälligkeiten:

- In der 76.413 Fälle umfassenden Stichprobe von Patienten mit möglichen Alkoholfolgeerkrankungen und/oder -komplikationen finden sich 4.926 Fälle (Tabelle 16), die in die Psychiatrie verlegt wurden. In 4203 Fällen wurde Alkoholabhängigkeit als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt. Am Beispiel der alkoholtoxischen Lebererkrankung konnte herausgearbeitet werden, dass die Diagnose F10.2 in 2011 nur in 50% der Fälle gestellt wurde. Dies bedeutet eine „verpasste Chance“ sowohl in medizinischer als auch in ökonomischer Hinsicht und lässt die Frage zu, ob die Kodierung der F10.2 bei weniger stark sichtbaren Zusammenhängen zwischen der Grunderkrankung und der Folge-/Begleiterkrankung noch seltener stattfindet und möglicherweise deutliche Erlösverluste nach sich zieht (s.a. Driessen 2009).
- Die Effektstärke der Verlegungsquote innerhalb des Klinikum Hellersdorf weist darauf hin, dass innerhalb einer Krankenhausstruktur eine gute Ansprechbarkeit alkoholbedingter Erkrankungen in somatischen Abteilungen geleistet werden kann. Interessanterweise war diese Tatsache dem Medical Board Psychiatrie von Vivantes bislang nicht bekannt und auch die betreffende Hellersdorfer Abteilung war sich dem Umfang der Zahlen nicht voll bewusst, so dass hier die Frage nach dem Wissensmanagement im Unternehmen gestellt werden darf. Perspektivisch wird die identifizierte Stärke im Klinikum Hellersdorf multipliziert werden müssen, um ähnliche Effektstärken zu erzielen. Auch hier wurden bislang Chancen verpasst bzw. gar nicht erkannt.

Dieser Umstand der verpassten Chancen kann beklagt werden, wirft aber

auch eine basale Frage auf: Was würde in den vorhandenen Strukturen geschehen, wenn an den Stellen, wo bislang keine Motivationsarbeit geleistet wird, eine spürbare Veränderung eintreten würde? Die Auslastung der psychiatrischen Abteilungen liegt in allen Abteilungen von Vivantes bei >100%. Ein Zuwachs an Fällen würde letztlich eine Erhöhung der Kapazitäten zur Folge haben mit erheblichen Konsequenzen für den Krankenhausbettenplan und für die Finanzierung der neuen Kapazitäten in einer Zeit, in der die ambulante Versorgung gestärkt werden soll. Nur wenn es gelingt, einen Teil der berechneten indirekten Kosten des Alkoholkonsums in die sekundäre und tertiäre Prävention zu transferieren, wird die Verbesserung des Erreichungsgrades realisierbar. Ob „die vergessenen Kinder der Psychiatrie“ (Schwoon, Krausz 1990, S. 3-15) dafür in der Psychiatriegegenwart eine Lobby erhalten, darf allerdings bezweifelt werden, da Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung eine starke Ambivalenz zur Aufnahme von Hilfen zeigen und viele menschliche Ressourcen in Form von Halt gebenden Gesprächen benötigen. Laut der Oberärztin der Entzugsstation im Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum Frau Dr. Alexandra Lingesleben werden jedoch die Kosten für eine Alkoholentzugsbehandlung ab dem 8. Tag in vielen Fällen nur dann von den Krankenkassen übernommen, wenn zu diesem Zeitpunkt pharmakologische Aktivität, beispielsweise durch Ansetzen eines Antidepressivum, entwickelt wird. Dokumentierte Gespräche und der Halt gebende Rahmen einer Entzugsstation werden nur im Falle einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung als relevant für den weiteren stationären Aufenthalt angesehen. Interessanterweise gibt die Leitlinie zur Behandlung von Depressionen bei Alkoholabhängigkeit vor, dass frühestens ab dem Tag 15 der Abstinenz medikamentös antidepressiv behandelt werden soll (s. a. S. 22). Dieses Beispiel aus dem klinischen Alltag macht deutlich, dass die Alkoholabhängigkeit in der stationären Behandlung Schwierigkeiten impliziert, die diese Erkrankung zusätzlich zu den ohnehin

bestehenden Schwierigkeiten unattraktiv für das Krankenhaus macht, zumindest was die leitlinienkonforme Behandlung betrifft. Es ist noch nicht schlüssig zu beurteilen, wie das neue Psychiatrie-Entgelt-Gesetz (PEPP) die Situation der Abhängigkeitserkrankung in der Psychiatrie verändern wird.

11. Literatur:

- 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 Verlag: 57-61
- Bergmann L, Ferbert A (2006): Alkoholfolgeerkrankungen in: Klinische Neurologie: 1213-1222
- Berks J, McCormick R (2008): Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. International Psychogeriatrics 6:1090-103
- Bundesamt für Statistik (2012): <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/Diagnosen.html> 03.01.2014
- Birbaumer N, Schmidt RF (2006): Biologische Psychologie 6.Aufl., Springer-Verlag Heidelberg
- Bischof G, Rumpf HJ, Freyer-Adam J, Coder B, John U (2009): Modell zur Implementierung von Frühintervention im Allgemeinkrankenhaus. In „Die Zukunft der Suchtkrankenhilfe in Deutschland“ (Hrsg. Aktion Psychisch Kranke). Psychiatrie-Verlag Bonn: 88-92
- Bradshaw P, Denny M, Cassidy EM (2008): Alcohol misuse in the general hospital: some hard facts. Ireland Journal of Medicine and Science 4:339-42
- Conigliaro J, Kraemer K, McNeil M (2000): Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care. Journal of Geriatrics Psychiatry and Neurology 3:106-14
- Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) Berlin, Verband der Privatkliniken Nordrhein Westfalen e.V.(VDPK NRW) Düsseldorf, Verband der Privatkliniken in Thüringen e.V. (VPKT) Bad Klosterlausnitz (2009): Die medizinische Rehabilitation

Erwerbstätiger – Sicherung von Produktivität und Wachstum
(<http://www.degemed.de/presse/77-pressemitteilungen.html> am
16.04.2013)

- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.(DHS) (2012): Jahrbuch Sucht 2011. Neuland Verlag Geesthacht
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2011): Peer Review Psychosomatik und Sucht Bericht 2011 (http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207106/publicationFile/22407/PR_Ergebnisbericht_psych_sucht_2011.pdf)
- Dilling H, John U, Hapke U, Rumpf HJ, Hill HJ, Hill A (1996): Epidemiologische Untersuchungen zum Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus und in der Praxis des Hausarztes. Nervenheilkunde 15: 482-286
- Driessen M (2009): Neue Finanzierungsmodelle für alkoholbezogene Interventionen im Allgemeinkrankenhaus. In „Die Zukunft der Suchtkrankenhilfe in Deutschland“ (Hrsg. Aktion Psychisch Kranke). Psychiatrie-Verlag Bonn: 97-104
- 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
- Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2012): www.drogenbeauftragte.de
- 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
- Feuerlein W (1986) (Hrsg.): Theorie der Sucht. Springer Verlag Berlin

- Feuerlein W, Ringer C, Kufner K, Antons K (1977): Diagnose des Alkoholismus: Der Münchner Alkoholismustest (MALT). Münchner Medizinische Wochenschrift 119: 1275-1282
- Freud A (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen. Fischer Verlag Berlin 17. Auflage
- Freyer J, Coder B, Pockrandt C, Hartmann B, Rumpf HJ, John U, Hapke U (2006): Krankenhauspatienten mit riskantem Alkoholkonsum sind offen für Beratung. Gesundheitswesen 68: 429–435
- Gaertner B, Freyer-Adam J, Meyer C, John (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
- Gerke P, Hapke U, Rumpf HJ et al (1997): Alcohol-related diseases in general hospital patients. Alcohol and Alcoholism 32: 179–184
- Hapke U (2000): Sekundärpräventive Interventionen bei einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- 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
- 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
- InEK (2013): http://www.g-drg.de/cms/Das_Institut_09.12.2013

- Institut für Suchtprävention pro mente Oberösterreich (2014): (<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.22/view.137/level.3/> 03.01.2014)
- 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, Hanke M (2002): Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country - Germany. In: Alcohol and Alcoholism 37: 581-585. (Statistisches Bundesamt 2012 in DHS Jahrbuch 2012)
- John U, Rumpf HJ, Hapke U (1999): Estimating prevalence of alcohol abuse and dependence in one general hospital: An approach to reduce sample selection bias. Alcohol and Alcoholism 34: 786–794
- Julien RM (1997): Drogen und Psychopharmaka. Heidelberg: Spektrum Verlag
- Kaner EF, Reimold M, Wrase J, Hermann D, Croissant B, Mundle G et al (2008): Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (Review). Cochrane Database Systematic Review (2): CD004148
- Klein M (1972): Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Rowohlt Verlag Hamburg
- 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
- Köhler J, Grünbeck P, Soyka M (2007): Entwöhnungstherapie bei Alkoholabhängigkeit - Inanspruchnahme, Dauer und sozialmedizinischer Verlauf: Aktuelle Ergebnisse und Perspektiven aus der Sicht des Rentenversicherungsträgers. Nervenarzt 5: 536-546
- Kohut H (1979): Die Heilung des Selbst. Suhrkamp Verlag Frankfurt am Mai

- Krasney OE, Schmidt LG (2007): Rahmenbedingungen der Krankenversicherung suchtkranker Patienten. Sucht 2: 111-117
- Krystal H, Raskin H A (1983): Drogensucht, Aspekte der Ich-Funktion Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
- Mahler M (1985): Studien über die ersten drei Lebensjahre. Klett-Cotta Verlag Stuttgart
- McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V (2011): Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 8
- Miller WR, Rollnick S (2002): Motivational interviewing: Preparing people for change (2. Auflage). Guilford Press New York
- 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
- Richter D (2001): Die Dauer der psychiatrischen Behandlung. Fortschritt Neurologie Psychiatrie 69:19-31
- Rudolf G (2005): Strukturbezogene Psychotherapie. Stuttgart Schattauer Verlag
- Rumpf HJ, Hapke U, Hill A et al. (1997): Development of a screening questionnaire for the general hospital and general practices. Alcoholism: Clinical and experimental research 21: 894–898
- Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C et al (1999): Motivation to change drinking behavior: Comparison of alcohol-dependent individuals in a general hospital and a general population sample. General hospital psychiatry; 21: 348–353

- Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U et al (2000): Inanspruchnahme suchtsspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. Sucht 46: 9–17
- Schmidt LG, Gastpar M, Falkai P, Gaebel W (2006): Evidenzbasierte Suchtmedizin Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen Deutscher Ärzteverlag
- 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
- 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
- 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
- Steppan M, Künzel J, Pfeifer-Gerschel T (2012): Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik 2011: http://www.ift.de/literaturverzeichnis/Steppan_Kuenzel_Pfeiffer-Gerschel_2012_DSHS2011.pdf 10.01.2014
- Stetter F, Mann K (1997): Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. Nervenarzt 68:574-581
- Süß HM (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau 46:248-266

- Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (2001):
http://www.suchthilfe.de/basis/vereinb_abhaengigkeitserkr5-2001.pdf
- Voigtel R (1996): Die Überlassung an das unbelebte Objekt. *Psyche* 50(8): 715-741
- Wickizer TM, Lessler D (1998): Effects of utilization management on patterns of hospital care among privately insured adult patients. *Medical Care* 11:1545-1554
- Wienberg G (1992): Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik – ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg G (Hrsg.): *Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen*. Bonn Psychiatrie-Verlag: 12-57
- Wienberg G (2009): Was könnte weiterführen? -Probleme und innovative Lösungsstrategien in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. In „Die Zukunft der Suchtkrankenhilfe in Deutschland“ (Hrsg. Aktion Psychisch Kranke). Psychiatrie-Verlag Bonn: 32-53
- 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

12. Abkürzungsverzeichnis

AVK	Auguste-Viktoria-Klinikum (Vivantes Klinikum Auguste-Viktoria)
AVKPSY	Auguste-Viktoria-Klinikum Psychiatrie
BGBI	Bundesgesetzblatt
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BUSS	Bundesverband der stationären Suchtkrankenhilfe
DB	Deckungsbeiträge
DeGeMed	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
DRK	Deutsches Rotes Kreuz

DRV	Deutsche Rentenversicherung
EWT	Entwöhnungstherapie
GABA	Gamma-Aminobutyric Acid
G-DRG	German-Diagnosis Related Groups
GEK	(Barmer-) Gmünder Ersatzkasse
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GVS	Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe
HD	Hauptdiagnose
HSFK	Hartmut-Spittler-Fachklinik am Vivantes Klinikum AVK
HUK	Humboldt-Klinikum (Vivantes Humboldt-Klinikum)
HUKPSY	Humboldt-Klinikum Psychiatrie
ICD10	Internationale Klassifikation der Erkrankungen Version 10
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IFT	Institut für Therapieforschung München
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

KAU	Krankenhaus am Urban (Vivantes Klinikum am Urban)
KAUPSY	Krankenhaus am Urban Psychiatrie
KHD	Klinikum Hellersdorf (Vivantes Klinikum Hellersdorf)
KHDPSY	Klinikum Hellersdorf Psychiatrie
KHG	Krankenhausgesetz
KNK	Klinikum Neukölln (Vivantes Klinikum Neukölln)
KSP	Klinikum Spandau (Vivantes Klinikum Spandau)
MALT	Münchener-Alkoholismus-Test
MAST	Michigan Alcohol Screening Test
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MW	Mittelwert
ND	Nebendiagnose
OE	Organisationseinheit
PEPP	Pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik

PEPPV	Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik
SMASST	Short Michigan Alcohol Screening Test
SGB V	5. Buch des Sozialgesetzbuches
SGB VI	6. Buch des Sozialgesetzbuches
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TACOS	Transitions in Alcohol Consumption and Smoking
WBK	Wenckebach-Klinikum (Vivantes Wenckebach-Klinikum)
WHO	World Health Organisation

13. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Die 20 häufigsten Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten weiblichen Patienten	10
Tabelle 2	Die 20 häufigsten Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten männlichen Patienten	12
Tabelle 3	Folgeerkrankungen	3
Tabelle 4	Patienten-, Fallzahlen und Verweildauer 2012	49
Tabelle 5	Patienten-, Fallzahlen und Verweildauer 2011	49
Tabelle 6	Patienten-, Fallzahlen und Verweildauer 2010	50
Tabelle 7	Patienten-, Fallzahlen und Verweildauer 2009	50
Tabelle 8	Patienten-, Fallzahlen und Verweildauer 2008	51
Tabelle 9	Patienten-, Fallzahlen und Verweildauer 2007	51
Tabelle 10	Verweildauer während der Entzugsbehandlung 2007-2012	52
Tabelle 11	Aufnahmen Vivantes-EWT 2012	53
Tabelle 12	Vivantes Psychiatrie-Entzugsbehandlungen	54
Tabelle 13	Therapieabbruchquote in der ETW bezogen auf	

	Herkunft (Entzugsbehandlung)	55
Tabelle 14	Entlassungsarten in Entzugsabteilungen in 2012	56
Tabelle 15	Prävalenz im Vivantes Einzugsbereich	58
Tabelle 16	Stichprobe: Häufigkeit Diagnose K70-K74.x mit/ohne F10.2 in 2011	59
Tabelle 17	Verlegung in die Psychiatrie	60
Tabelle 18	Häufigkeit Diagnosen F10.2 in der Stichprobe n=76413	60
Tabelle 19	Verteilung der 76.413 Stichprobenfälle auf die Standorte	61

14. Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Berlin,

15. Publikationen

- Albertini V, Dieckmann A, Forschner L, Jakobsen Th, Nitzgen D, Obendiek J, Sporn H, Tabatabai D, von Ploetz K (2010): OPD 2 - 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
- In Arbeit (eingereicht beim Promotionsbüro der Charité Berlin am 19.06.2013 zur Erlangung des akademischen Grades Doctor medicinae (Dr. med.)): Die Bedeutung der medikamentösen antidepressiven Therapie im Rahmen der Postakutbehandlung der Alkoholabhängigkeit. Betreuung: Prof. Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen