

# Qualifizierte Entzugsbehandlung in der Psychiatrischen Klinik der Universität München: Behandlungskonzept, Inanspruchnahme und Therapieergebnisse

## MULTIDISCIPLINARY QUALIFIED IN-PATIENT DETOXIFICATION FOR PATIENTS WITH ALCOHOL AND OR DRUG DEPENDENCE THERAPEUTIC CONCEPT, RATIONALE, CLINICAL DATA

*Eva Pelzer, Gerhard Scharl, Hans-Jürgen Möller, Michael Soyka*

### Zusammenfassung

Es wird das Konzept der in der Spezialstation für Suchterkrankungen für Patienten mit Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit (nach ICD-10/DSM-IV) der Psychiatrischen Klinik der LMU München praktizierten qualifizierten stationären Entgiftung vorgestellt. Körperliche Entgiftung und eine hochstrukturierte Motivationstherapie werden parallel durchgeführt mit dem Ziel, Therapie- und Abstinenzbereitschaft zu fördern.

Im ersten Teil der Darstellung werden das Konzept, theoretische Hintergründe und die therapeutischen Elemente erläutert, im zweiten Teil werden Ergebnisse zur Patientenstruktur der Jahre 2001 und 2002 und erste Analysen dargestellt.

### Schlüsselwörter

Alkohol – Alkoholabhängigkeit – Entzugsbehandlung - stationäre qualifizierte Entgiftung – Motivation - Psychotherapie

### Summary

Based on previous clinical findings a model therapeutic concept of a specialised high-structured qualified in-patient detoxification for patients with alcohol and/or drug dependence according to ICD-10/DSM-IV criteria has been developed. Its concept, psychotherapeutic techniques, rationale and preliminary data of the years 2001 and 2002 are reported in this paper.

The rationale of this intense in-patient treatment program with parallel physical detoxification and high-structured motivational therapy is to achieve willingness for therapy and abstinence.

### Keywords

alcohol – alcoholism - qualified in-patient detoxification – motivation - psychotherapy

### Einleitung

Unter den aktuell in Deutschland praktizierten stationären Entgiftungsstrategien kommt der qualifizierten stationären Entzugsbehandlung, einer kombinierten stationär psychiatrischen Entgiftungs- und Motivationstherapie (Rothenbacher und Truöl, 1981), bislang ein noch nicht adäquater Stellenwert zu. Nur wenige deutsche Universitätskliniken haben dieses Konzept bisher implementiert (Stetter und Mann, 1997; Veltrup und Driessen, 1993; Schwoon et al., 1989). Wenngleich die Wirksamkeit und Kosteneffizienz 3 bis 4 Wochen dauernder qualifizierter Entzugsbehandlungen alkoholkranker Patienten in mehreren Untersuchungen nachgewiesen wurden (Süß, 1995; Stetter und Mann, 1997; Wickizer und Lessler, 1998; Driessen et al., 1999; Richter, 2001), hat bisher lediglich ein Bruchteil der Alkoholkranken die Möglichkeit, qualifiziert stationär zu entgiften (Stetter und Mann, 1997). Der ökonomische Zwang zu immer kürzerer Behandlungsdauer, unter dem viele Kliniken schon jetzt leiden, wird durch die Einführung neuer DRGs zumindest in nichtpsychiatrischen Kliniken den Zwang zur Therapieminimierung weiter erhöhen. Aus fachlicher Sicht ist dem durch Betonung der Notwendigkeit integrativer Therapieansätze entgegenzuwirken. Tendenzen,

die Behandlungszeit zu verkürzen, fördern den „Drehtüreffekt“ und führen wahrscheinlich letztlich zu längeren Gesamtbehandlungszeiten und erhöhten Kosten für das Gesundheitssystem.

Beispielhaft soll im Folgenden das in der Psychiatrischen Universitätsklinik der LMU München praktizierte qualifizierte Entgiftungsprogramm für Patienten mit Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit vorgestellt werden.

Wesentliches Ziel ist neben der eigentlichen körperlichen Entgiftung die Förderung der Therapie- und Abstinenzbereitschaft (John et al., 1995). Dieses Konzept berücksichtigt die individuelle Veränderungsmotivation des Patienten und trägt damit dem Umstand Rechnung, dass die Motivation zu weiterführender Therapie und Abstinenz häufig nicht parallel zur Motivation zur Entgiftung entsteht, sondern oft erst später, mit einer therapeutisch beeinflussbaren Latenz. Die Motivation ist integrativer Bestandteil des therapeutischen qualifizierten Entgiftungskonzepts (Petry, 1993).

Im Gegensatz zu anderen Einrichtungen (Stetter und Mann, 1997), wo niederschwellig im Sinne eines „2-Phasen Modells“ zunächst alle entgiftungswilligen Patienten aufgenommen wer-

den, und erst in einem zweiten Schritt eine Selektion der Patienten stattfindet, die nach einer kurzen Entgiftungszeit von der Akutaufnahmestation auf eine offene Station zur Motivations-therapie verlegt werden, wird in der hiesigen Klinik die Motivation schon initial zumindest partiell vorausgesetzt und vor-klinisch geprüft: Vorwiegend Patienten, deren Motivations-bereitschaft im Rahmen einer offenen ambulanten Gruppen-sitzung vor der stationären Aufnahme („Mittwochsgruppe“) erkennbar ist, werden auf unserer Suchtstation für qualifizier-te Entgiftung stationär aufgenommen. Ein Vorteil dieses Kon-zepts ist, dass ab dem ersten Behandlungstag, schon in der akuten körperlichen Entgiftungsphase, psychotherapeutisch gearbeitet wird, die motivationale Therapie und die intensive Auseinandersetzung mit der Sucht unmittelbar beginnen kann. Nachfolgend werden die verschiedenen Elemente des Sucht-therapieprogramms vorgestellt.

### **Aufnahmekriterien/Aufnahmeverfahren**

Es werden Patienten mit Alkohol und/oder Medikamenten-abhängigkeit sowie Patienten mit Polytoxikomanie zum Teil-entzug von Alkohol oder Medikamenten (Diagnosestellung nach ICD-10 bzw. DSM-IV) aufgenommen. Als Kontraindikation gilt insbesondere die akute Suizidalität. Während Doppeldiagnosen (Sucht in Kombination mit Psychosen aus dem schizophrenen oder affektiven Formenkreis beziehungs-weise schweren Persönlichkeitsstörungen) nur in Ausnahmefällen geeignet sind, das differenzierte Therapieprogramm zu absolvieren, stellen selbst fortgeschrittene internistische Sucht-folgeerkrankungen aufgrund einer engmaschigen Zusammen-arbeit mit dem Konsiliarius der Medizinischen Klinik unse-res Klinikums nur dann eine Kontraindikation dar, wenn Therapiefähigkeit nicht gegeben ist.

Entscheidende Aufnahmevoraussetzung ist der Besuch und die aktive Teilnahme an der so genannten Mittwochsgruppe, einer offenen Gesprächsgruppe und Informationsveran-staltung, die jeweils mittwochs ab 18.00 Uhr auf der Station stattfindet. Ausnahmen betreffen Notfälle und Übernahmen aus anderen Kliniken, für die eine Aufnahme-pflicht besteht. Während des einstündigen offenen Gruppengesprächs berich-ten die Patienten gegebenenfalls anonym über ihre Suchtvor-geschichte. Das anschließende Einzelgespräch dient neben einer Motivationsprüfung, d.h. der Prüfung der Eignung für eine qualifizierte Entgiftung, der Aufklärung und Informati-on des Patienten. Innerhalb einer Woche erfolgt danach die stationäre Aufnahme.

Das therapeutische Team ist multiprofessionell und arbeitet interdisziplinär – in mehrerer Hinsicht. Für die 22 Betten umfassende Station stehen ein Oberarzt, ein Stationsarzt (Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie), zwei Ärzte und ein Psychologe zur Verfügung, mit unterschiedlicher psycho-therapeutischer Ausbildung (Verhaltenstherapie, Tiefenpsy-chologie). Die einzelnen unten dargestellten therapeutischen Elemente folgen eher einem störungsspezifischen denn schul-orientierten Ansatz, das heißt, dass dem individuellen Schwer-punkt und Störungsbild Rechnung getragen wird. Die psy-chotherapeutischen Interventionen dienen den Zielen Förde-rung von Veränderungsbereitschaft, Etablierung der Ab-stinenzmotivation und –zuversicht und Aktivierung der indi-

viduellen Ressourcen. Eine weiterführende Therapieplanung wird gleich initiiert.

Das Pfl egeteam umfasst zwölf Mitarbeiter. Außer dem Stationsleiter sind 4 weitere Pflegekräfte Fachpfleger für Psy-chiatrie mit suchtspezifischer Ausbildung. Eine Bezugspflege ist seit 18 Monaten etabliert. Das Team der Pflege ist eng in die therapeutische Arbeit einbezogen und führt einige Therapiebausteine selbstständig durch.

### **Therapiesäulen**

Das diagnostische und therapeutische Programm berücksich-tigt die erst kürzlich publizierten Behandlungsleitlinien zur Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen (Mundle et al., 2003). Neben der Diagnostik und Therapie der Alkoholin-toxikation, des einfachen und komplizierten Entzugs, der Ab-hängigkeitserkrankung und der Alkoholfolgeerkrankungen kommt der Berücksichtigung der multifaktoriellen Ätiologie und der mehrdimensionalen Ausprägung (körperlich, psy-chisch, sozial) ein wichtiger Stellenwert zu, da hier ein multi-professioneller, interdisziplinärer diagnostischer und therapeu-tischer Ansatz mit psychiatrischen, allgemeinmedizinisch-internistischen, psychotherapeutischen und sozialtherapeu-tischen Kompetenzen notwendig ist. Im Rahmen der Alkohol-anamnese werden umfangreiche Informationen zu bisherigem Suchtverlauf und Trinkgewohnheiten (übliche Trinkmenge und –häufigkeit, bekannte Entzugssymptome und bisherige Kom-plikationen, bisherige Entgiftungen und/oder Entwöhnungen, Abstinenzzeiten, circadianes Trinkmuster) erhoben, zusätzlich auch eine erweiterte allgemeine Suchtanamnese.

### **Internistische und psychiatrische Diagnostik und Thera-**

**pie:** Bei jedem Patienten wird eine umfangreiche körperliche und psychiatrische Untersuchung zur Bestimmung der Aus-prägung der Alkohol- und/oder Medikamentenintoxikation, der internistischen und/oder psychiatrischen Suchtfolgeerkrank-ungen beziehungsweise unabhängiger Gebrechen und Störun-gen durchgeführt, ergänzt durch Bestimmungen der Alkohol-konzentration in der Atemluft, laborchemische und apparati-ve Untersuchungen. In Abhängigkeit von den erhobenen Be-funden und dem Schweregrad des Entzugssyndroms wird eine körperliche Entgiftung mit engmaschiger Überwachung und Protokollierung der Entzugssymptome realisiert. Die Medi-kation (Clomethiazol, Clonidin, Distranneurin, Carbamazepin) wird in der Regel symptomgesteuert verordnet (Banger et al., 1997). Dies bedeutet, dass eine Bedarfsmedikation an den Ausprägungsgrad des Entzugssyndroms angepasst wird („Triggerung“). In Ausnahmefällen wird die medikamentöse Therapie fest angesetzt. Psychische Komorbidität im Sinne einer substanzunabhängigen Begleiterkrankung (beispiels-weise eine depressive Störung) ist oft erst im Verlauf des sta-tionären Aufenthalts differenziell zu beurteilen. Komorbide psychiatrische Störungen oder somatische Erkrankungen er-fordern neben einem erweiterten diagnostischen Vorgehen und eher auftretenden Komplikationen häufiger eine verlängerte Behandlungsdauer.

**Gruppentherapien:** Zentrum der qualifizierten Entgiftung stellen die täglichen Gruppentherapien dar, die mit unter-

schiedlichen Schwerpunkten vom Pflorgeteam einerseits und vom Ärzte-/Psychologenteam andererseits realisiert werden.

**Informations- und Akutgruppen:** Vom Pflorgeteam werden Informations- und Akutgruppen jeweils zweimal wöchentlich gestaltet. In Form eines etwa 3 Wochen beanspruchenden Curriculums werden die Themen der Informationsgruppen (1. Was ist Abhängigkeit, 2. Co-Abhängigkeit, 3. Abwehr, 4. Abstinenz, 5. Psychosoziale Folgen, 6. Behandlungsmöglichkeiten) mit den Patienten erarbeitet (multimodale Psychoedukation).

Im Rahmen der vom Pflorgeteam an zwei Tagen der Woche durchgeführten Akutgruppen werden suchtspezifische und lebenspraktische Themen diskutiert. Die Patienten werden angehalten, in diesem Forum ihre persönliche Vorgeschichte ausführlich zu berichten und sich durch die anschließende Diskussion in der Patientenrunde intensiv mit sich und ihrer Suchtvorgeschichte auseinander zu setzen. Außerdem stellt diese Runde ein Forum für die Erörterung aktueller Probleme dar.

**Ärztlich-psychologische Gruppentherapien:** Diese außer mittwochs von Montag bis Samstag täglich stattfindenden Gruppentherapievisiten sind im Schwerpunkt verhaltenstherapeutisch orientiert. Entsprechend dem in der Suchttherapie bewährten Eklektizismus (Feuerlein et al., 1998) fließen jedoch auch kognitiv-therapeutische (Beck et al., 1997; Schuhler und Baumeister, 1999), familientherapeutische (Steinglass, 1983), kommunikationspsychologische (Satir, 1975), klientenzentriert gesprächstherapeutische, gestalttherapeutische und psychodynamische Elemente (tiefenpsychologische Ansätze; Paolino und McCrady, 1977) sowie Anteile eines sozialen Kompetenztrainings (Monti et al., 1995) ein. Neben einer supportiven, empathischen, gleichzeitig aber auch konsequenten Grundhal-

tung der Therapeuten kommt der motivationalen Gesprächsführung (Miller und Rollnick, 1999) eine besondere Bedeutung zu. Indem die Verleugnungstendenz und Abwehr des Patienten berücksichtigt werden, wird eine verbesserte Selbstexplorationstendenz und Änderungsbereitschaft erreicht. Wichtiges Ziel ist die Motivationsförderung zu einer weiterführenden Entwöhnungsbehandlung.

Die therapeutischen Bausteine des kognitiven Ansatzes zielen darauf ab, suchtbedingende und suchterhaltende pathologische Grundüberzeugungen und Kognitionen zunächst zu identifizieren und dann zu modifizieren mit dem Ziel einer Reduktion und kompetenteren Bewältigung rückfallgefährdender Situationen.

Das Konzept zur Verbesserung der Selbstachtung trainiert gezielt die Bereiche Selbstsicherheit, Selbstwahrnehmung (eigener Fähigkeiten), Verfügbarkeit sozialer Ressourcen, Selbstbestimmung und den Einsatz eigener kompetenter Strategien unter der Annahme der Selbstwirksamkeit.

Im Rahmen des sozialen Kompetenztrainings werden vorwiegend mit der Technik des Rollenspiels neben Übungen zur Verbesserung der allgemeinen sozialen Kompetenz vor allem spezifische abstinenzhaltende Strategien und Bewältigungstechniken trainiert.

**Tagesstrukturierung:** Wichtiger Pfeiler ist die Tagesstrukturierung, die sowohl durch den hochstrukturierten Tagesablauf auf Station und den intensiven therapeutischen Stundenplan (s. Abb. 1) als auch durch strukturierende Wochenendpläne (s. Abb. 2) erreicht wird. Im Tagesablauf werden Pünktlichkeit und zuverlässige Teilnahme beachtet und dokumentiert. Belastungstage unter der Woche und am Wochenende dienen der Erprobung vorhandener und erworbener Fähigkeiten unter Alltagsbedingungen und werden im Vorfeld struk-

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
6:00h	Wachen	Wachen	Wachen	Wachen	Wachen		
6:30 - 7:00		Bürodrucksaal und Wägen		Betten bereiten			
6:45 - 7:00	Frühspazi		Frühspazi		Frühspazi		
7:00 - 7:15	Meditation	Meditation	Meditation	Meditation	Meditation		
7:15 - 7:45	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück > 08:00h	Frühstück > 09:00h
8:00	Medikamenteneinnahme						
7:45 - 8:15			Rauschzeit				
8:30 - 9:30	Akutgruppe	Informationsgruppe	08:00 - 12:00h: Ausgang zu Behörden	Informationsgruppe	Akutgruppe	08:15 - 09:00h: Ärztl. Gruppenther., danach Ausgang > 20:00h	08:00 - 20:00h: Ausgang
9:45 - 10:15	Rauschzeit	Rauschzeit	Rauschzeit	Rauschzeit	Rauschzeit	Rauschzeit	Rauschzeit
10:30 - 11:30	Ärztlich-psycholog. Gruppentherapie	Ärztlich-psycholog. Gruppentherapie	Ärztliche Untersuchungen	Ärztlich-psycholog. Gruppentherapie	Ärztlich-psycholog. Gruppentherapie		Suchtfilm u. Absprache
12:00 - 12:30	Mittagsessen	Mittagsessen	Mittagsessen	Mittagsessen	Mittagsessen	11:30 - 12:00h: Mittagsessen	11:30 - 12:00h: Mittagsessen
12:30	Minibrasserausgabe						
12:30 - 13:00			Rauschzeit				
13:00	Medikamenteneinnahme						
13:00 - 14:00	Muskelrelaxation (ärztl. Verordnung)	Bewegungstherapie	Muskelrelaxation	Bewegungstherapie	selbständige Pat.-Gruppe		
15:00 - 17:00	Ausgang / Angehörigengespräche	Ausgang / Angehörigen-gruppen	14:00 -> 16:30h: Ärztl. Einzeltherapie	Ausgang / Angehörigengespräche	14:30 -> 17:00h: Ausgang		
15:00 - 15:15			Rauschzeit				
17:00 - 17:30	Abendessen	Abendessen	16:30 -> 17:00h: Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
17:30	Medikamenteneinnahme						
17:30 - 17:45			Rauschzeit 17:00-17:15		Rauschzeit		
17:30 - 20:00	Ausgang / Ärztl. Untersuchungen	Ausgang / Ärztl. Untersuchungen	19:00 - 20:00h: Ausgang	Ausgang / Ärztl. Untersuchungen	Ausgang / Ärztl. Untersuchungen		
18:00 - 19:00		SHG - Veranstaltung	„Mittwochsgruppe“	SHG - Veranstaltung			AA-Gruppe im Blass
20:00 - 20:30			Rauschzeit				
20:00 - 23:00	Fernsehrzeit	Fernsehrzeit	Fernsehrzeit	Fernsehrzeit	Fernsehrzeit > 20:00h	Fernsehrzeit > 24:00h	Fernsehrzeit
22:00	Medikamenteneinnahme						
22:30 - 23:00	Rauschzeit						

Täglicher Besuch von SHG (Selbsthilfegruppe) Nach dem Therapieplan - max. 22:30

Abb.1: Tagesablaufplan der Fachstation für Suchterkrankungen der Psychiatrischen Klinik der LMU München SHG = Selbsthilfegruppe

Behandelnder Arzt/ Therapeut:  
 Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Telefonzeit (089-51605740; nicht 13-14.00 h): \_\_\_\_\_

Zeit	Geplante Aktivität	Ausgeführte Aktivität	Stimmung/Gedanken	Suchtdruck
7.00-8.00				
8.00-9.00				
9.00-10.00				
10.00-11.00				
11.00-12.00				
12.00-13.00				
13.00-14.00				
14.00-15.00				
15.00-16.00				
16.00-17.00				
17.00-18.00				
18.00-19.00				
19.00-20.00				
Abend				

0 = kein Suchtdruck    + = Gedanken an Alk/Med.    ++ = Suchtdruck    +++ = drohender Rückfall  
 Abgabe durch Sie: Donnerstag bis 17.00 h    Ausgabe: Freitag 14.30 h    Wiederabgabe durch Sie: Sonntag bis 20.00 h

©Dr. Eva Pelzer, Psychiatrische Klinik der LMU München

Abb.2: Wochenendstrukturplan der Fachstation für Suchterkrankungen der LMU München

turierend schriftlich geplant, protokolliert und im Nachhinein therapeutisch bearbeitet.

**Training lebenspraktischer Fähigkeiten im Stationsalltag:** Ursprünglich vorhandene Alltagskompetenzen, die im Suchtverlauf verloren gegangen sind, werden durch auf Patienten verteilte „Dienste“ wieder gezielt trainiert.

**Selbsthilfgruppen/gestuftes Belastungstraining:** Ein gestuftes Belastungstraining wird nach folgendem Schema realisiert: Nach mindestens 4 Tagen der körperlichen Entgiftung, die der Patient ausschließlich auf Station verbringt, wird als erster Ausgang ein Besuch in einer Selbsthilfegruppe (rückfallpräventiv grundsätzlich in einer Dreiergruppe) gewährt, dem zeitlich zunehmend ausgedehntere Ausgänge folgen. Voraussetzung für Wochenendbeurlaubungen ist der Besuch von mindestens zwei Selbsthilfegruppen pro Woche. Die Organisation der Dreiergruppen für eine Selbsthilfegruppe übernehmen die Patienten selbst. Neben der gestärkten Selbstverantwortung erfahren die Patienten auf diese Weise Solidarität, Rücksichtnahme, trainieren ihre soziale Kompetenz, gegebenenfalls auch ihre Frustrationstoleranz. Gleichzeitig ermöglichen die regelmäßigen Besuche der Selbsthilfegruppen das Kennenlernen verschiedener Konzepte, erleichtern die Wahl der individuell passenden Gemeinschaft und die Fortsetzung im Anschluss an die stationäre Entgiftung.

**Entspannungs-/Bewegungstherapie:** Diese Angebote ergänzen das psychotherapeutische Programm durch mehr körperorientierte Verfahren. An zwei Tagen in der Woche wird von geschulten Mitarbeitern des Pflorgeteams ein Entspannungstraining nach Jacobson, an zwei weiteren Tagen ein bewegungstherapeutisches Programm angeboten. Das Entspannungs-

training kann als Teil des rückfallprophylaktischen Stresstrainings (Relapse Prevention Programme) angesehen werden.

**Sozialpsychiatrische Therapie:** Die Spezialstation für Suchterkrankungen ist eng mit anderen ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen „vernetzt“. Auf der Grundlage einer ausführlichen (Sozial-)Anamnese, in der vor allem bisherige Entgiftungen, Entwöhnungstherapien, Krankheitseinsicht und Motivation, das soziale Umfeld und tätigkeitsbedingte und/oder soziale Belastungsfaktoren geprüft werden, findet eine ausführliche Beratung über weiterführende Therapien durch die behandelnden Ärzte und eine Sozialarbeiterin statt. Diese gezielte Beratung bezüglich der verschiedenen weiterführenden suchtherapeutischen Möglichkeiten und Einrichtungen ist ebenso wie die Prüfung der sozialrechtlichen Gegebenheiten Voraussetzung für die Vorbereitung und Einleitung der weiterführenden Maßnahmen. Die Rehabilitation der alkoholabhängigen Patienten erfolgt nach definierten Kriterien in stationären Settings (vor allem Suchtfachkliniken oder spezialisierten Abteilungen in psychiatrischen Krankenhäusern), in teilstationären Einrichtungen (insbesondere in an Suchtzentren angeschlossenen Tagkliniken) oder (für Patienten mit guter sozialer Integration) in ambulanten Fachambulanzen für Suchterkrankungen. Als Ausschlusskriterien für ambulante Therapien gelten etwa schwere körperliche und neurologische Alkoholfolgeschäden, psychiatrische Störungen, die eine stationäre Behandlung erfordern sowie die Notwendigkeit einer Milieuänderung (Soyka, 1995; Rychtarik et al., 2000; Finney et al., 1993).

**Abstinenzkontrollen/Rückfallmanagement:** Zur Beurteilung der Abstinenz während des Therapieverlaufs werden die Patienten nach jedem Ausgang Atemalkoholkontrollen und in Abhängigkeit vom individuellen Suchtprofil in unregelmäßig

bigen Abständen Drogenurinscreenings unterzogen; zudem werden gegebenenfalls zur Objektivierung während des Verlaufs Laborparameter (GGT, CDT [Mundle et al., 1999]) kontrolliert. Jeder Alkoholkonsum während der Therapie wird als Rückfall gewertet. Kommt es zu wiederholten Rückfällen oder wird im Rahmen der therapeutischen Rückfallbearbeitung in der Gruppenvisite eine fehlende Krankheitseinsicht deutlich, kann dies ein disziplinarischer Entlassungsgrund sein.

**Evaluationsgespräch vor der Entlassung:** Unabhängig voneinander führen ein Mitarbeiter des Pflorgeteams, möglichst die Bezugsschwester/der Bezugspfleger und die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt zeitnah zur geplanten Entlassung ein Gespräch, in dem die erreichten Ziele überprüft, Ursachen für gescheiterte oder erfolglose Maßnahmen gesucht, Perspektiven formuliert und abstinenzhaltende Strategien und Maßnahmen überprüft und formuliert werden.

**Ambulante Alcometermessungen/Nachsorgegruppe:** Zur Überbrückung von Wartezeiten nach der stationären Entlassung bis zum Beginn der weiterführenden Therapie besteht für die Patienten die Möglichkeit, zu regelmäßigen, auch täglichen Alcometermessungen auf Station zu kommen. Diese sollen das Abstinenzvorhaben unterstützen. Gleichzeitig erhalten die Patienten die zum Team aufgebauten, unter Umständen einzigen Kontakte. In der von einer Psychologin geleiteten Nachsorgegruppe werden Patienten unter Umständen über mehrere Jahre begleitet und in ihrem Abstinenzvorhaben gestützt.

## Die Fachstation in Zahlen

### Stationäre Patienten:

Die Station verfügt über 22 stationäre Betten. In den zurückliegenden Jahren 2001 und 2002 erfolgten auf der Suchtstation insgesamt 702 stationäre Aufnahmen. Das Verhältnis Männer zu Frauen betrug 2:1 (66,38 % männliche, 33,62 % weibliche Patienten), die Altersverteilung entspricht einer Gauss'schen Kurve mit einem Maximum im 4. Lebensjahrzehnt (s. Abb. 3).

Abb. 3: Alters- und Geschlechterverteilung

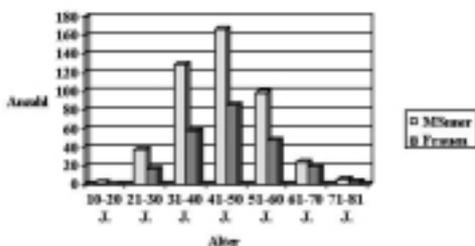


Abb. 3: Alters- und Geschlechterverteilung der stationären Patienten der Suchtstation in den Jahren 2001 und 2002 (n = 702)

In **Abb. 4** wird die durchschnittliche Aufenthaltsdauer verdeutlicht. Entsprechend des hier realisierten Therapiekonzepts verbrachten die weitaus meisten Patienten 21 bis 24 Tage auf unserer Suchtstation. 40 Patienten (entsprechend 5,7 %) müssen als sichere Therapieabbrecher gewertet werden, da sie die

Abb. 4: Aufenthaltsdauer in Tagen

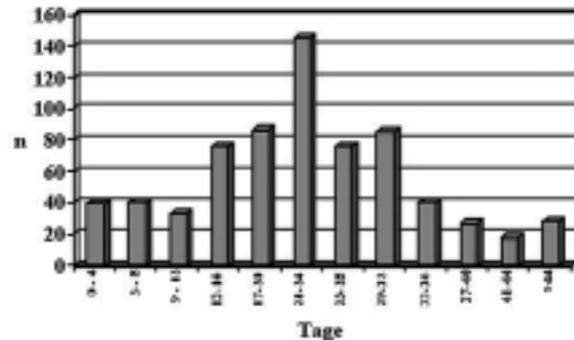


Abb. 4: Aufenthaltsdauer in Tagen der stationären Patienten der Suchtstation in den Jahren 2001 und 2002 (n = 702)

Behandlung innerhalb der ersten 4 Tage, der akuten Entgiftungsphase, beendeten. Die Analyse der Daten zeigt, dass Patienten mit besonders langer Liegedauer in der Regel komorbide psychiatrische Störungen („Doppeldiagnosen“, das heißt Substanzabhängigkeit bei gleichzeitigem Vorliegen einer anderen schweren psychischen Störung) oder internistische (Alkohol-/Suchtfolge-)Erkrankungen aufweisen. Unsere Befunde stützen die von Mueser et al. 1999 formulierten Erkenntnisse, dass gerade die Doppeldiagnosen ein besonders zeitaufwändiges integratives Konzept erfordern, das beide Störungen gleichermaßen therapeutisch berücksichtigt.

Differenziert man nach Diagnosegruppen (s. **Abb. 5**), wird deutlich, dass der weitaus überwiegende Anteil der in unserer Suchtstation behandelten Patienten alkoholabhängig ist (ICD-10 F10.2x; 85,49 %). Es folgen die Patienten mit Polytoxikomanie, die zum Teilentzug von Alkohol und/oder Medikamenten kamen (ICD-10 F19.2x; 7,47 %) und Patienten mit Medikamentenabhängigkeit (ICD-10 F13.x [Sedativa, Hypnotika]; 4,45 %; ICD-10 F11.2 [Opioid]; 0,72 %). Andere Diagnosen (organische Störungen, Psychosen aus dem

Abb. 5: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen

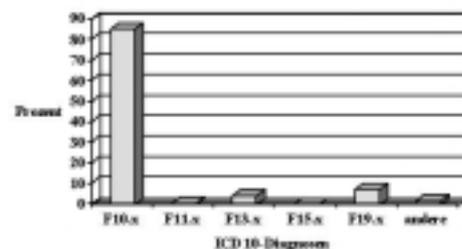


Abb. 5: Prozentuale Verteilung der Hauptdiagnosen (nach ICD 10; Störungen durch: F10 = Alkohol, F11 = Opioid; F13 = Sedativa oder Hypnotika; F15 = Stimulanzien einschließlich Koffein; F19 = multiplen Substanzgebrauch; stationäre Patienten der Suchtstation in den Jahren 2001 und 2002; n = 702)

schizophrenen oder affektiven Formenkreis, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, schwere Persönlichkeitsstörungen) spielen kaum eine Rolle (zusammengenommen 1,72 % der Patienten).

Auffällig ist ein Trend zu mehr Patienten mit schweren internistischen Alkoholfolgeerkrankungen. Dies erklärt sich unter Umständen daraus, dass Patienten mit unkomplizierter Alkoholabhängigkeit zusehends ambulante Entgiftungsangebote nutzen (s. a. Soyka et al., 2002). Diese Entwicklung könnte jedoch auch ein sozial härteres Klima bei gestiegener Arbeitslosenquote und Angst um den Arbeitsplatz bei längerer krankheitsbedingter Abwesenheit reflektieren.

#### **Ambulante Patienten:**

Als komplementäres Angebot zu der qualifizierten stationären Entgiftung wird den Patienten angeboten, an Alcometer-Testungen oder unserer Nachsorgegruppe teilzunehmen. 4070 Patienten haben in den letzten beiden Jahren Alcometer-Testungen auf unserer Station durchgeführt. 385 Patienten haben in diesen beiden Jahren die Nachsorgegruppe besucht.

#### **Zusammenfassung und Ausblick**

Qualifizierte Suchttherapie im universitären Setting ist keine Selbstverständlichkeit und in Deutschland noch zu selten praktiziert.

Die hiesige Fachstation wurde Anfang der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts etabliert, damals noch mit einem 6-wöchigen Kurzzeitrehabilitationsprogramm, das wegen veränderter Rahmenbedingungen aufgegeben werden musste. Heute sieht sich die Fachstation mit ihrem qualifizierten Entzugsangebot als Schlüsselstruktur zwischen Entgiftung und Rehabilitation. In den letzten Jahren waren neben der neurobiologischen Grundlagenforschung dementsprechend die Versorgungs- und Therapieforchung wissenschaftliche Schwerpunkte: Neue Therapiemodelle etwa zur ambulanten Entgiftung wurden mit Hilfe dieser Universitätsklinik als Modellprojekte etabliert (Soyka et al., 2002), die Effizienz ambulanter und teilstationärer Angebote zum Teil mit Hilfe der Rentenversicherungsträger (BFA) evaluiert (Soyka et al., 1997, 2002). Aktuell wird eine Vergleichsuntersuchung von ambulanten und stationären Behandlungen durchgeführt.

In diesem Artikel wurde beispielhaft ein Modell einer qualifizierten stationären Entgiftungstherapie für Patienten mit Alkohol- und oder Medikamentenabhängigkeit vorgestellt. Entscheidender therapeutischer Inhalt ist neben der körperlichen Entgiftung die Motivationsförderung für (weiterführende) Therapie und Abstinenz.

Es handelt sich um ein „hochschwelliges“ Angebot, das heißt, ein Therapieangebot, das stationäre Therapie in der Regel erst nach einer Motivationsprüfung ermöglicht. Dieses Konzept bietet entscheidende Vorteile: Nicht selten schwindet bei „niedrigschwelligen“ Behandlungsangeboten rasch die Behandlungsmotivation, es kommt zu Behandlungsabbrüchen (Wagner et al., 1999). Das personell aufwändige und dadurch teurere multiprofessionelle qualifizierte therapeutische Angebot wird somit Patienten vorbehalten, die in der Lage sind, es zu nutzen. Erste Analysen der Patientendaten reflektieren eine rege In-

anspruchnahme. Eine geplante mehrjährige katamnestiche Evaluation der Langzeitverläufe wird zu einem späteren Zeitpunkt die Beurteilung der Effizienz ermöglichen.

Langfristiges Ziel ist eine weitere intensive Vernetzung mit komplementären ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen, an der aktuell gearbeitet wird, um die Behandlungskette (Feuerlein et al., 1998), insbesondere die Verbindung zwischen den einzelnen Gliedern („Networking“), zu festigen. Diese Vernetzung zeigt sich auch im Bereich der Forschung, beispielsweise durch den vom BMBF unterstützten Suchtforschungsverbund „ASAT“ (Sprecher: Prof. Soyka, Prof. Wittchen; Bühringer et al., 2002).

#### **Literaturverzeichnis**

- Banger M, Wilmsdorff M v, Baier M (1997): Score-gesteuerte Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms. *Krankenhauspsychiatrie*
- Beck AT, Wright D, Newman CF, Liese BS (1997): *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Bühringer G, Kröger C, Lieb R, Kufner H, Schütz C, Soyka M, Wittchen HU (2002): Suchtforschungsverbund ASAT: Entwicklung von Zuordnungsmodellen für Interventionen bei Substanzstörungen. *Sucht* 48: 200-208
- 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
- Feuerlein W, Kufner H (1989): A prospective multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18- and 48-month follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 239(3):144-157
- Feuerlein W, Kufner H, Soyka M (1998): *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit*, 5. Aufl. Stuttgart: Thieme
- Finney JW, Hahn AC, Moos RH (1996): The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction* 91(12): 1773-1796
- John U, Veltrup C, Driessen M (1995): Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen. *Psychiatr Prax* 22: 186-188
- Miller WR, Rollnick S (1999): *Motivierende Gesprächsführung – ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. In: Kremer G (Hrsg.).
- Monti PM, Rohsenow DJ, Colby SM, Abrams DB (1995): Coping and social skills training. In: Hester RK, Miller WR (eds.): *Alcoholism Treatment Approaches*, 2<sup>nd</sup> ed. Needham Heights/Mass.: Simon and Schuster, p. 221-241
- Mueser KT, Drake RE, Schaub A, Noordsy DL (1999): Integrative Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen. *Psychotherapie* 4(1):84-97
- Mundle G, Ackermann K, Günthner A, Munkes J, Mann K (1999): Treatment outcome in alcoholism – A comparison of self-report and the biological markers Carbohydrate-Deficient Transferrin and 3-Glutamyl Transferase. *Eur Addict Res* 5:91-96
- Mundle G, Banger M, Mugele B, Stetter F, Soyka M, Veltrup C, Schmidt LG (2003): AWMF-Behandlungsleitlinie: Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. *Sucht* 49(3):147-167
- Paolino TJ, McCrady BW (1977): *The Alcoholic Marriage: Alternative Perspectives*. New York: Grune and Stretton
- Petry J (1993): *Behandlungsmotivation. Grundlagen und Anwendung in der Suchttherapie*. Weinheim: Beltz
- Reinert T, Reymann G (1999): Über die Notwendigkeit einer suchtmmedizinisch qualifizierten Akutbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. *Psychiatr Prax* 26:294-298

- Richter D (2001): Die Dauer der psychiatrischen Behandlung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69:19-31
- Rothenbacher H, Truöl L (1981): Ein differentielles Behandlungsprogramm für Suchtkranke im stationären Bereich. In: Knischewski E (Hrsg.): *Alkoholismus-Therapie*. Kassel: Nicol, S. 185-204
- Rychtarik RG, Connors GJ, Whitney RB, McGillicuddy NB, Fitterling JM (2000): Treatment settings for persons with alcoholism: evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *J Consult Clin Psychol* 68(2):277-289
- Satir VM (1975): *Selbstwert und Kommunikation – Familientherapie für Berater zur Selbsthilfe*. München: Pfeiffer
- Schuhler P, Baumeister H (1999): *Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmißbrauch*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion
- Schwoon DR, Veltrup C, Gehlen A (1989): Ein mehrstufiges Behandlungsangebot für Alkoholiker: Inanspruchnahme und Behandlungsergebnisse. *Psychiatr Prax* 16:161-170
- Soyka M (1995): *Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie*. Weinheim: Chapman und Hall
- Soyka M (1998): Sozialpsychiatrische Aspekte der Alkoholabhängigkeit: Epidemiologie, Versorgungsstrukturen und neuere Ergebnisse der Therapieforschung. *Gesundheitswesen* 60:87-94
- Soyka M, Kirchmayer C, Kotter G, John C, Löhnert E, Möller HJ (1997): Neue Möglichkeiten der Therapie und Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten - Katamnestische Untersuchung zur Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien am Beispiel einer Modelleinrichtung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 65:407-412
- Soyka M, Morhart V, Horak M, Möller H-J (2001): Ambulante Entgiftung Alkoholkranker. *Nervenarzt* 72:565-569
- Steinglass P (1983): Ein lebensgeschichtliches Modell der Alkoholismusfamilie. *Familiendynamik* 8:69-91
- Stetter F, Mann K (1997): Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Nervenarzt* 68:574-581
- Süß HM (1988): *Evaluation von Alkoholismustherapie*. Stuttgart: Hans Huber
- Süß HM (1995): Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau* 46:248-266
- Veltrup C, Driessen M (1993): Erweiterte Entzugsbehandlung für alkoholabhängige Patienten in einer psychiatrischen Klinik. *Sucht* 3:168-172
- Wagner H-B, Schwoon DR, Lambert M, Krausz M (1999): Die Aufnahmesituation alkohol- und medikamentenabhängiger Patienten bei „hochschwelligem“ Zugang zur Entzugsbehandlung. *Psychiatr Prax* 26:25-28
- Wickizer TM, Lessler D (1998): Do treatment restrictions imposed by utilization management increase the likelihood of readmission for psychiatric patients? *Med Care* 36:844-850

**Dr. Eva Pelzer**

Psychiatrische Klinik und Poliklinik

LMU München

Nußbaumstraße 7 • 80336 München

Fax.: 049 89 5160-5748

E-Mail: [evapelzer@psy.med.uni-muenchen.de](mailto:evapelzer@psy.med.uni-muenchen.de)