

Aus der Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie des
Universitäts-Krankenhauses Eppendorf
Direktor: Prof. Dr. Dieter Naber

**Der qualifizierte Alkoholentzug in der Inneren Medizin:
Vergleich mit zwei psychiatrischen Abteilungen**

D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich der Universität Hamburg vorgelegt von

Petra Schulz
aus Hamburg

Hamburg 2000

Angenommen von dem Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am:

Gedruckt mit Genehmigung
des Fachbereichs Medizin der Universität Hamburg

Sprecher:

Referent:

Korreferent:

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Qualifizierter Alkoholentzug	2
1.1.1	Ursprung und Entwicklung verschiedener Modelle in psychiatrischen Kliniken	2
1.1.2	Ergebnisse von Entgiftungsbehandlungen	6
1.1.3	Definition des qualifizierten Entzugs	8
1.2	Alkoholpatienten in internistischen Abteilungen	9
1.3	Die Hamburger Situation	13
2	FRAGESTELLUNGEN	16
2.1	Vergleich der Institutionen	16
2.1.1	Patientenklientel	16
2.1.2	Behandlungsverfahren und somatische Daten	17
2.1.3	Katamnese	17
2.2	Analyse der Ergebnisse nach Einführung eines Prognoseindex	17
3	MATERIAL UND METHODIK	18
3.1	Die drei Kliniken	18
3.1.1	Universitätskrankenhaus Eppendorf (Psychiatrie)	18
3.1.2	Heinrich-Sengelmann-Krankenhaus (Psychiatrie)	19
3.1.3	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf (Innere Medizin) vor Einführung des qualifizierten Entzugs (QE)	19
3.1.4	Der qualifizierte Entzug im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf	20
3.2	Studienpatienten	22
3.2.1	Einschlußkriterien	22
3.2.2	Ausschlußkriterien	22
3.3	Erhebungsinstrumente	23
3.3.1	Basisdaten	23
3.3.1.1	Soziodemographische Variable und krankheitsbezogene Variable	23
3.3.1.2	Trierer Alkoholismusinginventar (TAI)	23
3.3.1.3	Behandlungsdokumentation	24
3.3.1.4	Somatische Befunde	24
3.3.2	Katamnesedaten	25
3.4	Durchführung der Studie	25
3.4.1	Gewinnung der Basisdaten	25
3.4.2	Gewinnung der Katamnesedaten	26
3.5	Bildung des Prognoseindex	26

3.6	Datenverarbeitung	28
3.6.1	Datenschutz	28
3.6.2	Statistische Methoden	29
4	ERGEBNISSE	30
4.1	Basisdaten	30
4.1.1	Soziodemographische Merkmale	30
4.1.2	Einzugsgebiete	32
4.1.3	Krankheitsbezogene Merkmale	32
4.1.4	Ergebnisse im TAI	35
4.1.5	Behandlungsdokumentation	36
4.1.6	Somatische Befunde	39
4.2	Katamnesedaten	42
4.2.1	Trinkverhalten	42
4.2.2	Therapieschritte	44
4.4	Ergebnisse mit dem Prognoseindex (PI)	44
4.4.1	Einzelparameter und Häufigkeitsverteilung des Prognoseindex	44
4.4.2	Zusammenhang zwischen Prognoseindex, anderen Merkmalen und Katamnese	47
4.4.3	Klinikvergleich der prognostisch günstigeren Gruppe	48
5	DISKUSSION	51
5.1	Methodik	51
5.2	Basisdaten	53
5.2.1	Soziodemographische Daten	53
5.2.2	Krankheitsbezogene Daten	53
5.2.3	Behandlungsverfahren	54
5.2.4	Somatische Daten	55
5.3	Katamnesedaten	57
5.4	Diskussion zum Prognoseindex	58
6	ZUSAMMENFASSUNG	62
7	LITERATUR	63
8	ANHANG	70
9	DANKSAGUNG	72
10	LEBENS LAUF	73

*"Es ist leider ganz Deutschland mit Saufen geplagt.
Wir predigen und schreien, aber es hilft leider
nicht viel. Es ist ein alt böses Herkommen in den
deutschen Landen, wie der Römer Cornelius
schreibt; hat zugenommen und nimmt noch zu."*

Martin Luther: "Wider Hans Worst" (1541)

1 EINLEITUNG

Statistische Analysen zeigen, daß der jährliche Alkoholkonsum von 3,3 l im Jahre 1950 auf 12,5 l im Jahre 1980 (1996: 10,9 l) pro Einwohner angestiegen ist. In engem Zusammenhang damit steht die zunehmende Zahl alkoholkranker Patienten. TROJAN (1980) ging nach epidemiologischen Untersuchungen von 2-7% pathologischer Alkoholkonsumenten in der deutschen Erwachsenenbevölkerung aus. Auf der Grundlage von Behandlungsstatistiken schätzte man die Zahl der behandlungsbedürftigen Alkoholkranken 1995 auf 2,5 Millionen (Jahrbuch Sucht '98). Nur ein Bruchteil dieser Patienten wurde und wird in Fachkliniken behandelt. Die meisten Alkoholkranken verbleiben in der Basisversorgung von Hausarzt und Allgemeinkrankenhaus, ohne jemals eine suchtttherapeutische Hilfestellung erfahren zu haben (WIENBERG, 1992). Eine engere Kooperation und Vernetzung beider Hilfesysteme könnte dazu beitragen, daß Alkoholkranken bereits zu einem früheren Zeitpunkt ihrer Erkrankung spezielle Hilfe erhalten.

In dieser Arbeit wird der qualifizierte Entzug in einer allgemein-internistischen Abteilung als Beispiel einer solchen Kooperation und Baustein suchtspezifischer Frühintervention vorgestellt. Sie entstand im Rahmen einer Studie zur Alkoholismusforschung an drei Hamburger Kliniken.

1.1 Qualifizierter Alkoholentzug

1.1.1 Ursprung und Entwicklung verschiedener Modelle in psychiatrischen Kliniken

Die steigende Anzahl von Alkoholkranken in psychiatrischen Aufnahmestationen führte schon in den siebziger Jahren zu ersten Therapieansätzen, die das bis dahin praktizierte kustodiale Behandlungsschema allmählich ersetzen sollten.

Bedeutenden Einfluß auf die Entwicklung von Akutbehandlung nahm die 1976 getroffene Vereinbarung zwischen Renten- und Krankenkassen, wonach die Finanzierung für Entgiftungsbehandlungen von den Krankenkassen und für Entwöhnungsbehandlungen von den Rentenversicherungsträgern übernommen werden sollte. Es entstand dadurch die Aufspaltung in zwei hauptsächliche Behandlungsformen: die 2-3 Wochen dauernde, somatisch orientierte Entgiftung, die auch in nichtpsychiatrischen, vornehmlich internistischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt wird, und die mehrere Monate dauernde, psychotherapeutisch begleitete Entwöhnungsbehandlung, die in Fachkliniken oder -abteilungen stattfindet.

Während sich in psychiatrischen Kliniken verschiedene Behandlungssettings für Entgiftungen entwickelten, verblieb der somatische Sektor suchtspezifisch gesehen in der "Dunkelzone" (WIENBERG, 1992). Im folgenden sollen die ersten psychiatrischen Therapiekonzepte auf dem Weg zum qualifizierten Entzug (QE) kurz dargestellt werden.

1975 stellte AßFALG in einem Erfahrungsbericht den "Aufbau einer Alkoholikerstation in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus" dar. Aufgrund des steigenden Anteils alkoholkranker Patienten unter den männlichen Aufnahmen bis zu 40% im Jahr 1970 war 1971 eine 45-Bettenstation eigens für Alkoholranke eingerichtet worden. Bis dahin gab es bis auf Kontaktvermittlung zu Selbsthilfegruppen kein spezielles therapeutisches Angebot für Alkoholranke. Nun umfaßte das Therapieprogramm in Anlehnung an das der Suchtfachkliniken Gruppenarbeit mit Informations- und Diskussionsangebot, Einbeziehung der örtlichen Selbsthilfegruppen (SHG), physikalische Therapie, Sozio- und Ergotherapie. Autogenes Training wurde angeboten und in zweiwöchigen Abständen ein "Meckerforum" abgehalten. Es wurde auch versucht, eine möglichst große Anzahl Patienten zusätzlich zu einer Heilstättenbehandlung zu motivieren. Elemente des späteren qualifizierten Entzugs (QE) mit niedrigschwelligem Zugang, Informations- und Gruppenarbeit sowohl zur Unterstützung

des Abstinenzwunsches als auch der Motivation für weitergehende Therapie tauchen hier bereits auf.

1973/74 eröffnete in Hamburg am Allgemeinen Krankenhaus Ochsenzoll (AKO) eine psychotherapeutisch orientierte Station mit Behandlungsangebot für Alkohol- und Medikamentenabhängige (BÖHME, 1979). Neben der körperlichen Entgiftung wurde in dem dreiwöchigen Basisprogramm in Gruppenarbeit auf eine Verstärkung der Abstinenzmotivation hingewirkt, insbesondere durch Informationsvermittlung zur Suchtproblematik und durch Konfrontation des Patienten mit seinem Suchtverhalten. Es findet sich zwar hier eine Verknüpfung von Entgiftungsbehandlung und Motivationsarbeit, aber die Aufnahme war von Vorleistungen abhängig: zwei Vorgespräche in nüchternem Zustand, Besuch einer Selbsthilfegruppe sowie ein Bericht zur aktuellen Situation sollten erbracht werden. Im Anschluß an das dreiwöchige Basisprogramm konnten die Patienten mit manifesten neurotischen Problemen in einem weiterführenden psychotherapeutischen Programm die Behandlung fortsetzen.

Die Entzugsstation der Klinik Havelhöhe in Berlin mit 33 Betten wurde 1977 eingerichtet. Die durchschnittliche Behandlung von 12 Tagen beinhaltete einen Tagesplan mit morgendlichem Frühsport, täglicher Zusammenkunft in einem Plenum sowie ärztlicher Visite und Beschäftigungstherapie. Im Plenum stellten sich neue Patienten vor und stationsinterne organisatorische Fragen wurden besprochen. Zweimal wöchentlich fanden Selbsthilfe- und Kleingruppen statt, die die Entwicklung von Krankheitseinsicht, Therapie- und Abstinenzmotivation zum Ziel hatten (BONSELS-GÖTZ, 1984). Möglich war eine weiterführende Behandlung von 10 Wochen.

Ab 1980 wurden in der psychiatrischen Akutklinik der Medizinischen Hochschule Lübeck Motivationsgruppen für Entgiftungspatienten angeboten. Während des dreiwöchigen Aufenthaltes nahmen die Patienten an insgesamt sechs Gruppensitzungen teil und verpflichteten sich zur Teilnahme an zweimal wöchentlich stattfindenden Selbsthilfegruppen.

Die Gruppengespräche hatten folgende Themen :

- Aufklärung über die körperlichen und psychischen Auswirkungen des Alkohols
- Heranführung an das eigene Alkoholproblem und Vermittlung von Krankheitseinsicht
- Bewußtmachung der jeweiligen Möglichkeiten zu Verhaltensänderungen
- Aufzeigen von Behandlungsmöglichkeiten
- Motivation für eine weitere Behandlung und individuelle Empfehlung.

JOST (1984) untersuchte unter anderem Einstellungsveränderungen gegenüber weiteren Therapieschritten während einer solchen dreiwöchigen Behandlung. Sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung äußerten sich die meisten Patienten ablehnend gegenüber einer mehrmonatigen Entwöhnungsbehandlung. Es stieg jedoch die Anzahl derjenigen, die an Selbsthilfegruppen teilnehmen wollten.

TALMON-GROS et al. stellten 1989 erste katamnestische Ergebnisse der dreiwöchigen Lübecker Motivationsgruppenbehandlung vor (s. folgendes Kapitel). Das Angebot war inzwischen durch tägliche Werktherapie, dreimal wöchentliches Autogenes Training, Gruppentreffen ohne Therapeuten und Sportangebot erweitert worden.

In den darauffolgenden Jahren etablierte sich in Lübeck das Modell zweiphasiger Entzugsbehandlung. VELTRUP und DRIESSEN nannten es 1993 auch "erweiterte Entzugsbehandlung": Entzug I enthält die somatische Akutbehandlung (etwa 7 Tage) mit kurzer Beratung und Angebot zur Teilnahme am zweiten Behandlungsabschnitt. Entzug II umfaßt unter geschlossenen Gruppenbedingungen (8-10 Teilnehmer) ein dreiwöchiges, durchstrukturiertes Programm mit den o.g. Bausteinen.

Ein mehrstufiges Behandlungsangebot besteht seit 1986 an der Universitätsklinik Eppendorf. Es bietet stationäre Entgiftungs- und Motivationsbehandlung, ambulante Vorbereitungsgruppe für eine 10-wöchige stationäre Therapie und ambulante Nachsorge. Die Entgiftungs- und Motivationsbehandlung dauert bis zu drei Wochen und sieht Gruppensitzungen, Teilnahme an Selbsthilfegruppen, Angehörigengespräche, Sport, Informationsgruppen und Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme mit anderen Therapieeinrichtungen vor (SCHWOON, VELTRUP, GEHLEN, 1989).

Die Motivationsstation der Karl-Bonhöfer-Klinik in Berlin übernimmt Alkoholranke nach Entgiftung von der Aufnahmestation und bietet eine dreiwöchige Behandlung mit breitem Therapiespektrum. Das Wochenprogramm enthält eine Vielzahl von Pflichtveranstaltungen wie z.B. Frühsport, Musiktherapie und eine Kontaktgruppe mit ehemaligen Patienten. Kernstück sind die täglichen, therapeutisch begleiteten "meetings" (OBERLAENDER & PLATZ, 1994).

Im Allgemeinkrankenhaus Angermünde findet die Entgiftung zunächst auf einer internistischen Abteilung statt. Direkt im Anschluß (nach 1-14 Tagen) können die Patienten an der vierwöchigen Motivationsbehandlung auf der psychosomatischen Station teilnehmen.

Auch hier besteht ein Wochenplan mit breitem therapeutischen Angebot (RICHTER & STOIBER, 1994).

In Tübingen wurde 1990 eine 12-Betten-Station mit integrierter Entgiftungs- und Motivationsbehandlung eröffnet. Die Behandlungselemente sind zweimal wöchentlich stattfindende Informations- und Motivationsgruppen, Gruppensitzungen mit Besprechung medizinischer Probleme, Bewegungstherapie und kognitives Training. Einmal wöchentlich findet Autogenes Training statt, trifft sich die Angehörigengruppe und stellt sich eine Selbsthilfegruppe vor (MANN, STETTER et al., 1995; STETTER & AXMANN-KRCEMAR, 1996).

Ein erweitertes Modell integrierter Entzugs- und Motivationsbehandlung entstand in Karlsruhe. Auf einer 25-Betten-Station mit niedrighschwelligem Zugang werden Abhängige verschiedener Stoffgruppen entzogen. Zusätzlich besteht ein ähnlich breites Therapieangebot wie in den bereits erwähnten Einrichtungen. Die Aufenthaltsdauer ist unterschiedlich (35% bleiben maximal eine Woche, weitere 22% zwei Wochen). Bei einer durchschnittlichen Aufnahmehäufigkeit von 10-11 Patienten pro Woche ergibt sich ein hoher Patientendurchlauf. Trotz der dadurch bedingten Mehrbelastung durch Routinearbeit für das medizinische Personal und trotz der hohen Fluktuation in den Therapiegruppen äußern sich die Autoren aufgrund guter Patienten- und Mitarbeiterresonanz insgesamt positiv (GRISCHKE-SILBER, KLING, RAVE-SCHWANK, 1995).

Nicht bei allen hier dargestellten Projekten wurden Katamnesestudien durchgeführt. Auf bisher vorliegende Ergebnisse wird im nächsten Kapitel eingegangen. An den vorgestellten Konzepten wird die Relevanz eines strukturierten Wochenplans mit unterschiedlichen Behandlungsbausteinen deutlich. Er soll sowohl den einzelnen Patienten auf mehreren Ebenen ansprechen, als auch für die relativ unselektierte Klientel einer Entgiftungsbehandlung genügend therapeutische Ansatzpunkte bieten. Im Mittelpunkt steht die Motivierungsarbeit. In der Suchtkrankentherapie wird "Motivation" allgemein als Bereitschaft zur Einleitung eines Veränderungsprozesses verstanden (HÄNSEL, 1980). Je nach Ziel unterscheidet BRENK-SCHULTE dabei drei Formen: Änderungs-, Behandlungs- und Abstinenzmotivation (BRENK-SCHULTE, 1987). Vom zeitlichen Rahmen her sind bei Entgiftungen in erster Linie Änderungsmotivation (z.B. zu Krankheitseinsicht) und Therapiemotivation als erreichbare Ziele anzusetzen. Methodisch wird überwiegend auf verhaltenstherapeutischer Grundlage in Gruppen gearbeitet. Motivation ist dabei nicht mehr als statische Patienteneigenschaft aufzufassen, sondern als veränderbares, dynamisches Merkmal. Dem Ursprung nach kann man Eigenmotivation (= "primäre" Motivation) von Fremdmotivation (= "sekundäre"

Motivation) unterscheiden. Während der Eigenmotivierte mehr aufgrund seines inneren Leidensdrucks und seiner Krankheitseinsicht handelt, steht die Angst vor sozialen Sanktionen bei dem Fremdmotivierten im Vordergrund. Eigenmotivierten Alkoholkranken wird in der Regel eine bessere Prognose zugesprochen, aber auch fremdmotivierte Patienten profitieren von einer Behandlung (PFAFF, 1998).

1.1.2 Ergebnisse von Entgiftungsbehandlungen

Die meisten Katamnesen befassen sich mit verändertem poststationärem Trinkverhalten, das in mehrere Stufen von "abstinenter" über "gebessert" bis "nicht gebessert" eingeteilt werden kann. Daneben finden sich zusätzliche Meßpunkte wie "Mortalität" insbesondere in Langzeitstudien. In neueren Entgiftungsstudien wurde häufig das Kriterium "weitere Therapieschritte" zur Überprüfung der erzielten Behandlungsmotivation mitaufgenommen. Auch "Veränderungen" und "Verbesserungen von Lebensumständen" wurden in Katamnesen überprüft (VELTRUP, 1995; ROHDE, 1996). Beide Autoren konnten feststellen, daß Abstinenzehaltung nach Entgiftungsbehandlung mit verbesserter Lebensqualität einhergeht.

Um Entzugsbehandlungen zu bewerten, sind zunächst auch Untersuchungen zu Spontanverläufen bei Alkoholkrankheit zu berücksichtigen. Hierzu gibt es nur wenige Veröffentlichungen. Die Längsschnittuntersuchung über 55 Jahre von VAILLANT an 456 männlichen Probanden in Boston (Inner City), von denen sich 116 im Verlauf als alkoholkrank herausstellten, wies mit Abstinenzraten von nur 3% im Jahr nach einer Entgiftungsbehandlung keinen Unterschied zu den Unbehandelten auf (VAILLANT, 1995).

Eine Nacherhebung bei 153 Alkoholkranken 5-15 Jahre nach einer einmaligen mehrwöchigen stationären Behandlung in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus zeigte im Langzeitverlauf eine "spontane Besserung" bei 12% (WIESER UND KUNAD, 1965). 5% blieben gänzlich abstinent, ohne erneut ärztliche Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Der stationäre Aufenthalt dürfte bei dem langen Katamnesezeitraum keinen bedeutsamen Einfluß mehr auf den Krankheitsverlauf gehabt haben (LANGE, VELTRUP, DRIESSEN, 1999), zumal die Patienten ohne besondere Individual- oder Gruppentherapie blieben.

JOHN (1982) untersuchte verschiedene Veröffentlichungen zum Krankheitsverlauf von Alkoholabhängigen mit keiner oder nur kurzer Behandlung. Er kam zu dem Schluß, daß es

auch Besserungen im Trinkverhalten nach maximal einem Beratungsgespräch gab. Jedoch war das Ausmaß aufgrund methodischer Mängel der Studien nicht zuverlässig schätzbar.

Katamnestische Untersuchungen von rein somatischen Entgiftungen haben mit Abstinenzraten von 13 - 10% nach 1 und 3 Jahren nur einen geringen Effekt auf Veränderungen im Trinkverhalten gezeigt (IMBER et al., 1989, BONSELS-GÖTZ, 1984).

Die Entzugsbehandlung - erster Schritt in der klassischen Therapiekette 'Entzug - Entwöhnung - Selbsthilfe' - ist für viele Patienten der einzige, wenn auch oft wiederholte Schritt (WIENBERG, 1992). Nach einer Entgiftung steigt die Rate dauerhafter Abstinenz dann, wenn weitere Therapieschritte folgen. Dies ließ sich für den regelmäßigen Besuch von Selbsthilfegruppen nachweisen (VELTRUP, 1995). Von Langzeittherapien in einer Fachklinik sind Abstinenzraten bis 46% noch nach 4 Jahren belegt (FEUERLEIN, 1988). Es gilt daher, den Patienten in einer Entzugsbehandlung zum nächsten therapeutischen Schritt zu motivieren. Die Untersuchungen der Einflußnahme einer Entgiftungsbehandlung auf weitere Therapieschritte zeigten unterschiedliche Ergebnisse. 1985 stellte JOHN (1985) eine 6-Monats-Katamnese von 41 Patienten nach Entgiftung vor, von denen keiner die empfohlene Langzeittherapie angetreten hatte. Von den 105 Entgiftungspatienten der Klinik Havelhöhe hatten 30 (28,6%) im folgenden Jahr eine Therapie begonnen (BONSELS-GÖTZ, 1984), allerdings z.T. nach wiederholter Rückfälligkeit und Entzugsbehandlung.

VAITL et al. (1987) untersuchten 55 Entgiftungspatienten einer psychiatrischen Aufnahmestation auf Prognosemerkmale für eine weitere Therapie. Während der Entzugsbehandlung wurde den Patienten ärztlicherseits dringend eine Entwöhnungsbehandlung angeraten. Innerhalb eines halben Jahres traten 15% der Patienten eine Langzeit- und 29% eine Kurzzeittherapie an.

WIDMANN (1997) stellte in seiner Arbeit zur Motivationsbehandlung bei Alkoholkranken eine Übersicht bisheriger Entgiftungsstudien zusammen. Er staffelte dabei die Entgiftungsbehandlungen nach dem Anteil der Motivationselemente. Die in diesem Kapitel bisher aufgeführten Behandlungsverläufe ordnete er den "Entgiftungen mit minimalen Motivationselementen" zu.

Die Studien in Lübeck (TALMON-GROS, 1989, VELTRUP und DRIESSEN 1993), Hamburg (SCHWOON, VELTRUP, GEHLEN, 1989) und Tübingen (LEISS, 1995, STETTER et al, 1995) untersuchen nach WIDMANN Behandlungsmaßnahmen mit "Gleichgewichtung von Entgiftung

und Motivationsarbeit". Sie werden auch als "qualifizierte Entzugsbehandlungen" bezeichnet. JOST (1984) hatte während der dreiwöchigen Motivationsbehandlung in Lübeck noch keine Einstellungsveränderung zu Langzeittherapien feststellen können (s. vorheriges Kapitel). Bei den späteren katamnestischen Studien fanden sich Antrittsraten für Entwöhnungstherapie von 15% (TALMON-GROS, 1989), 4,1% (VELTRUP, DRIESSEN, 1993) und 24% (SCHWOON et al, 1989) innerhalb eines Jahres (konservative Rechnung). In Tübingen traten 46% Patienten innerhalb der 8-Monatskatamnese eine Langzeittherapie an. Die Abstinenzquoten nach Entgiftungs- und Motivationsbehandlung lagen mit 21% - 46% insgesamt höher als nach rein somatischen Entgiftungen. Eine Ergebnisübersicht ist der Tabelle 9 im Kapitel 5 "Diskussion" zu entnehmen, in der auch die Resultate der vorliegenden Studie mitaufgenommen sind.

1.1.3 Definition des qualifizierten Entzugs

Die Expertenkommission der Bundesregierung hatte sich bereits 1988 gegen die seit 1976 praktizierte Trennung von "somatischer" Entgiftung und "psychotherapeutischer" Entwöhnung ausgesprochen. Sie empfahl, schon früh zum Zeitpunkt der Entgiftung psycho- und soziotherapeutische Interventionen einzusetzen: "Entgiftungsbehandlungen müssen grundsätzlich fachlich qualifiziert, d.h. von Ärzten in Zusammenarbeit mit psycho- und sozialtherapeutisch geschultem Personal erfolgen. Entgiftungsbehandlungen sind - bezogen auf die Grundkrankheit - nur dann erfolgversprechend, wenn schon während der klinischen Behandlungsphase intensive Aufklärungsarbeit und Motivationsbehandlung von Fachkräften unter Einbeziehung von Selbsthilfegruppen sowie dem sozialen Umfeld des Patienten geleistet wird." (Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychoterapeutisch/ psychosomatischen Bereich, 1988, S. 510 ff.)

Modalitäten gezielter Motivationsförderung bei Entgiftungen können nach STETTER und AXMANN-KRCMAR (1996) wie folgt eingeteilt werden :

- im Rahmen jeder klinischen Behandlung (z.B. auch in internistischen oder chirurgischen Abteilungen)
- in psychiatrischen Kliniken nach integriertem Konzept
- in psychiatrischen Kliniken nach zweiphasigem Konzept
- ambulante Motivationsgruppen in Kombination mit stationärer Entgiftung.

Die unmittelbaren Interventionsziele sind abhängig vom "Standort" des Patienten. Befindet er sich in der "Vorahnungsphase" (nach PROCHASKA, J.O. & DICLEMENTE, C.D., 1984), sind die Ziele Reduktion von Krankheitsabwehr, Verhelfen zur Krankheitseinsicht, Erkennen der aktuellen Lage und Problematik. In der "Einsichtsphase" und "Handlungsphase" stehen Vertiefung des Abstinenzwunsches und Planung der Weiterbehandlung oder Rückfallprophylaxe im Vordergrund.

Angebote stationärer qualifizierter Entzugsbehandlung gibt es fast ausschließlich in psychiatrischen Abteilungen. Nach WIENBERG (1992) werden aber psychiatrische Fachabteilungen nur von ca. 25% der Alkoholkranken aufgesucht, 25% - 33% beanspruchen in erster Linie die somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern. Hier gibt es vereinzelte Ansätze und Modellversuche zur Therapieverbesserung, auf die im nächsten Kapitel eingegangen wird.

1.2 Alkoholpatienten in somatischen Abteilungen

Ältere Studien (SCHRANNER, 1982, AUERBACH & MELCHERTSEN, 1981) in einer internistischen Abteilung mit 178 Betten wiesen eine Prävalenz von 11% für Alkoholabhängige und 4% für Alkoholmißbraucher auf. Benutzt wurde der *Münchener Alkoholismus-Test* (=MALT, FEUERLEIN, 1977). Ebenfalls mit dem MALT wurden in einer traumatologischen Abteilung von MÖLLER et al. (1987) 18,7% Patienten als Alkoholiker diagnostiziert. Eine vergleichende Prävalenzuntersuchung mittels MALT in den psychiatrischen, internistischen und chirurgischen Abteilungen der Medizinischen Hochschule Lübeck ergab 30,6% Alkoholranke in der Psychiatrie, 13,8% in der Inneren und 7,3% in der Chirurgie (NIEDER, 1985). Im Vergleich lag die Stationsarztdiagnose in der Somatik deutlich unter diesen Prozentzahlen. GEISLER (1992) fand je nach Testverfahren (CAGE, MANFIELD et al., 1974, MALT, FEUERLEIN, 1977, MAST = Michigan alcoholism screening Test, SELZER et al., 1975) eine Prävalenz von 15–33% für Alkoholranke in den somatischen Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses. Auch er konnte feststellen, daß die Alkoholkrankheit ärztlicherseits wesentlich seltener bei diesen Patienten diagnostiziert wurde (nur etwa bei jedem Zehnten). In einer Studie an 200 konsekutiv aufgenommenen Patienten einer gastroenterologischen Abteilung fand BODE (1993) bei 28% der Männer und 8% der Frauen alkoholinduzierte Erkrankungen, die zur Aufnahme geführt hatten. Es handelte sich dabei nicht nur um internistische Krankheitsbilder, sondern auch um psychiatrisch-neurologische Symptome. Der Diagnose "Alkoholkrankheit" wurde in dieser Untersuchung

eine typische Folgekrankheit und ein Alkoholkonsum von mehr als täglich 60 g über mindestens 1 Jahr zugrunde gelegt.

Auswertungen der Krankenhausstatistiken in der ehemaligen DDR sind aufgrund der seit 1969 eingeführten einheitlichen ICD-9 Verschlüsselung vereinfacht worden. SIEBER (1991) untersuchte die Fallzahlentwicklung alkoholbezogener Diagnosen ab 1970. Von 1970 bis 1989 stieg die Gesamtfallzahl für die Diagnose Alkoholabhängigkeit (ICD-303) auf das 5,4-fache bei gleichzeitig rückläufigen Liegezeiten von 65 auf 31 Tage. Dabei wiesen die internistischen Abteilungen eine Zunahme der Fallzahlen auf das Zehnfache in der Zeit von 1973 bis 1988 auf. Fast 90% aller ICD-303 Diagnosen in diesem Zeitraum stammten aus der Psychiatrie oder der Inneren Medizin. Der Anteil der Psychiatrie sank von 67% (1973) auf 48% (1988), während der der internistischen Abteilungen von 18% (1973) auf 41% (1988) anstieg.

Neuere umfangreiche Studien aus Lübeck (1994-1995) befassen sich mit Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Basisversorgung. Insgesamt 5.465 Aufnahmen zählte das Städtische Krankenhaus Lübeck im sechsmonatigen Untersuchungszeitraum. Von diesen Patienten erfüllten 1.309 die Einschlusskriterien (Alter: 18-64 Jahre, mindestens 24 Stdn. stationär, im Befragungszeitraum zum ersten Mal aufgenommen) und wurden einem Alkoholismus-Screening unterzogen. Untersucht wurden alle in Frage kommenden Patienten der inneren und chirurgischen Abteilung (ausgenommen die Intensivstation) mit einem kombinierten Fragebogen zur Erkennung von Alkoholkrankheit und anschließender vertiefter Diagnostik. Angewandt wurden der CAGE-Test (MANFIELD et al., 1974) mit 4 und der *Michigan Alcoholism Sreening Test* (=MAST, SELZER et al., 1975) mit 25 Fragen. Bei 17,5% der Patienten im Alter von 18 bis 64 Jahren ließen sich eine Alkoholabhängigkeit oder -mißbrauch, bei weiteren 9,7% ein Verdacht nachweisen. Auf den internistischen Stationen variierte die Prävalenz bei Ausschluß der Onkologie zwischen 17,9% und 32,3%, nur auf Männer bezogen zwischen 21,1% und 49,2%. Etwas mehr als ein Drittel dieser Patienten war bisher noch nicht mit ihrem Suchtproblem konfrontiert worden und hatte noch keinerlei suchtspezifische Hilfe in Anspruch genommen. Etwas mehr als die Hälfte hatte bereits eine Entzugsbehandlung mitgemacht und 77% hatten in dem Jahr vor Krankenhausaufnahme den Hausarzt konsultiert. Screening und Frühdiagnostik waren mit einer Kurzberatung verbunden. Ein Jahr später antworteten bei einer Nachbefragung 71% der Beratungspatienten. 18,4% der Antwortter waren über das gesamte Jahr abstinent geblieben. Die Inanspruchnahme von suchtspezifischer Hilfe war im Vergleich zum Vorjahr um das Doppelte (von 29% auf 56%) angestiegen.

Selbsthilfegruppen wurden von 27,2% besucht, Suchtberatungsstellen von 37,7%. Eine Entwöhnungsbehandlung hatten 12,3% angetreten. In den untersuchten Arztpraxen lag die Gesamtprävalenz für Alkoholmißbrauch und Abhängigkeit bei 10,7%, variierte dabei zwischen unterschiedlichen Stadtteilen von 6,7% - 15,3% (JOHN, HAPKE, RUMPF et al., 1996; DILLING et al., 1996). Zwei Drittel dieser Patienten hatten bis dahin noch keine suchtspezifische Beratung bzw. Behandlung erhalten.

Die Lübecker Erhebungen weisen gegenüber SCHRANNERS Untersuchungen von 1982 eine höhere Anzahl von Alkoholkranken in der Inneren Medizin auf. Neben den zu berücksichtigenden unterschiedlichen Einzugsgebieten der Erhebungskrankenhäuser könnte ein weiterer Grund in der leicht angestiegenen Zahl alkoholkranker Patienten liegen.

Nach WIENBERG (1992) konsultieren 75% der Alkoholkranken zunächst den Hausarzt und bis zu 33% suchten somatische Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern auf. "Dunkelzone" wurde die medizinische Basisversorgung von WIENBERG (1992) genannt, denn es sei noch weitgehend unbekannt, was in diesem Bereich eigentlich mit den Abhängigkeitskranken passiere. Ob nach primär körperlicher Behandlung noch eine suchtspezifische Beratung oder Behandlung eingeleitet würde, bleibe unklar. Schon die Expertenkommission bemängelte 1988, daß in Allgemeinkrankenhäusern die Chance verpaßt werde, den Patienten nach seinen mitunter sehr beeindruckenden Entzugserscheinungen direkt zu motivieren. In der Regel werden tägliche psycho- und soziotherapeutische Behandlungen nicht angeboten. "Die Allgemeinkrankenhäuser - im Regelfall internistische Abteilungen - beschränken sich auf die Beseitigung der körperlichen Begleiterscheinungen in der Entzugsphase und auf gelegentliche Ermahnungen während der Visiten." (Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, 1988, S. 512 f.). Die vorliegenden Prävalenzstudien zeigen die Bedeutung der medizinischen Basisversorgungssysteme als primäre Kontaktstelle für Alkoholranke. Zum einen geht es hier um Früherkennung und -intervention bei noch nicht psychiatrisch auffälligen Krankenhaus- oder Praxispatienten, zum anderen um die "Erweiterung" der Entzugsbehandlung auch in somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern. Ansätze zur Verbesserung der Suchtkrankenhilfe in der Somatik zeigen sich vereinzelt wie in folgenden Beispielen.

So konnte die Lübecker Studie die Effizienz von Kurzinterventionen bei alkoholkranken und -gefährdeten Patienten in somatischen Abteilungen belegen. Die Untersucher kamen aufgrund

der eigenen Beratungserfahrung zu der Empfehlung, Suchtliaisondienste für Abhängige an Allgemeinkrankenhäusern einzurichten (HAPKE, RUMPF und JOHN et al., 1996).

Auch im Bielefelder Modellversuch wurde das Konzept von kombinierter Früherkennung (Screening/Kurzdiagnostik) und Kurzintervention im Allgemeinkrankenhaus evaluiert (KREMER et al., 1997 und 1999). Über 6-12 Monate wurde den Neuaufnahmen auf vier internistischen und einer chirurgischen Station der "Lübecker Alkoholismus-Screening-Test" (=LAST, RUMPF, HAPKE, JOHN, 1995) mit 9 Ja/Nein-Fragen vorgelegt (aktuelle Fassung umfaßt nur 7 Nein/Ja-Fragen). Bei positivem Ausfall schloß sich dem Test ein vertiefendes diagnostisches Gespräch an. 1221 Screening-Tests wurden durchgeführt. Davon wiesen 26% auf eine Alkoholproblematik hin und mit 16,7% der Fälle zeigte sich nach eingehenderer Befragung eine ähnliche Prävalenzrate alkoholbezogener Diagnosen wie in den Lübecker Studien. Diesen Patienten wurde ein Beratungsgespräch angeboten, das nur von einem Patienten abgelehnt wurde. 12 Monate später konnten 70,8% der Beratungspatienten nachbefragt werden. Die Ergebnisse sind statistisch relevant. Es wurde insgesamt bedeutend weniger Alkohol getrunken und es kam zu einer hochsignifikanten Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen. 28% der Patienten suchten Suchtberatungsstellen auf, zu Selbsthilfegruppen gingen 19%. Insbesondere Patienten mit riskantem und schädlichen Alkoholgebrauch profitierten von der Kurzintervention.

Ähnliche Ansätze zur Verbesserung in der medizinischen Basisversorgung Alkoholkranker zeigt das von SCHNEIDER beschriebene Modell eines Suchtliaisondienstes in einer Bremer Klinik. Es entspricht in etwa den Empfehlungen von HAPKE, RUMPF und JOHN. Eine im Krankenhaus angestellte Suchttherapeutin arbeitet überwiegend in der Medizinischen Abteilung (SCHNEIDER, 1992). Sie erfährt in den ärztlichen Morgenrunden von Neuaufnahmen mit Alkoholdiagnosen, führt Einzel- und Gruppengespräche durch, stellt Kontakte zu Angehörigen her und vermittelt Entwöhnungsbehandlungen in Fachkliniken.

Von einer langjährigen und freiwilligen Zusammenarbeit zwischen Akutkrankenhaus und Suchtberatungsstelle wird aus Trier berichtet (DEIGNER et al., 1995). Der Kontakt wird im Krankenhaus durch den "aufsuchenden", vom Krankenhaus unabhängigen Suchtberater einer auswärtigen Beratungsstelle hergestellt. Die Verknüpfung ambulanter suchtspezifischer und stationärer basisversorgender Systeme ist hier zwar in hohem Maße gegeben, aber dieses Angebot ist nur bei relativ kleinem Arbeitsaufkommen leistbar. So nahmen von 219 Patienten, die im Verlauf von 5 Jahren zur Entgiftung kamen, 80 das Beratungsangebot an. Im

Bremer Modell wurden dagegen allein in einem Jahr 186 Patienten suchttherapeutisch beraten.

Im Diakoniekrankenhaus Georgsmarienhütte wird auf einer 11-Betten-Station einer internistischen Abteilung eine vierwöchige Motivationstherapie nach Entzugsbehandlung angeboten. Patienten werden nach einem Vorgespräch, oftmals direkt von anderen Stationen des Hauses aufgenommen. Es wird eng mit dem regionalen Suchthilfesystem zusammengearbeitet. Das Wochenprogramm weist ein ähnlich breites Therapieangebot auf wie das des QE in psychiatrischen Kliniken (RIEDEL, H.-W., 1996). Weitere Erfahrungen mit QE in internistischen Abteilungen sind bisher noch nicht bekannt.

1.3 Die Hamburger Situation

1989 rechnete man in Hamburg mit ca. 48.000 Alkoholkranken (SCHWOON, 1989). Die Zahl stieg 1997 bis auf ca. 60.000 (nach Schätzungen der *Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren* DHS, Suchtbericht der freien Träger, 1997). Die Zahl der stationär behandlungsbedürftigen Fälle schätzte man 1980 auf 3.500 im Jahr. Genauere Zahlen lassen sich der Analyse von MAYLATH und SEIDEL (1997) entnehmen. Sie untersuchten die häufigsten psychiatrischen Entlassungsdiagnosen der Hamburger Krankenhäuser von 1988 bis 1994 mit Hilfe einer Datenbasis der gesetzlichen Krankenkassen (gemeinsame datenverarbeitende Stelle der Krankenversicherung). Hier werden ca. 77% der Krankenhausfälle bei Ausschluß privater und auswärtiger Krankenkassen erfaßt. Für diese Analyse wurden u.a. 64.000 psychiatrische Entlassungsdiagnosen dieser Zeit herangezogen. Die Diagnose "Alkoholkrankheit" stand dabei an achter Stelle aller Entlassungsdiagnosen der 15- bis 65-jährigen nach anderen Diagnosen wie "normaler Geburt", "Koronarsklerose", "Diskopathie" und "Nierensteine".

Betrachtet man nur die Entlassungen aus der Inneren Medizin, befand sich "Alkoholkrankheit" auf dem 6. Platz (Kurzlieger bis zu 3 Tagen eingeschlossen), in der Altersgruppe der 15- bis 65-jährigen auf dem 2. Platz nach "Koronarsklerose". 11,2% des gesamten Pflegetagevolumens der Inneren Medizin wurden für diese Altersgruppe wegen der Summe von alkoholbezogenen Diagnosen wie Alkoholabhängigkeit, Alkoholpsychosen, Leber- und Pankreaserkrankungen aufgebracht. 6% der Hauptdiagnosen in der Inneren Medizin wurden wegen Alkohol-, Alkoholfolgekrankheiten (nach GERKE et al., 1996) und anderen Suchterkrankungen vergeben, was ca. 4.000 Behandlungsfällen pro Jahr entsprach.

Im Vergleich zu den oben aufgeführten Prävalenzstudien, die einen Anteil von 11-14% Alkoholkranken in somatischen Kliniken aufwiesen, erscheinen 6% als gering. Es ist aber hierbei zu berücksichtigen, daß in den Statistiken nur eine einzige Entlassungsdiagnose ausgewertet wurde. Die 6% Suchtkrankheitsdiagnosen der Inneren Medizin beinhalten 70% aller Entlassungsdiagnosen "Alkoholabhängigkeit". Die restlichen 30% entstammen den psychiatrischen Abteilungen. Die schiefe Verteilung geht auf den hohen Anteil von Kurzliegern (83%) in somatischen Aufnahmestationen zurück und belegt die Bedeutung dieser Abteilungen gerade für Kriseninterventionen und Sofortaufnahmen.

In einer Stellungnahme Hamburger Suchttherapeuten zum Bericht des Drogenbeauftragten der Freien und Hansestadt Hamburg 1994 wurde die Verbesserung des Behandlungsangebotes für Alkoholabhängige in der medizinischen Basisversorgung empfohlen. Durch die Einführung eines QE in einer internistischen Abteilung sollte das niedrighschwellige Angebot zur qualifizierten Entgiftung in der Hansestadt ausgebaut werden. Mit Interesse wurde dieser von der Gesundheitsbehörde verbreitete Vorschlag im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf aufgenommen. In der Inneren Abteilung war bereits unter Leitung von Chefarzt Dr. med. Meinekat ein Programm für Alkoholranke entwickelt worden, auf das in Kapitel 3 "Material und Methodik" genauer eingegangen wird. Ab Februar 1996 wurden 20 Betten für den qualifizierten Alkoholentzug - integriert in eine internistische Abteilung - bereitgestellt.

Anhand der bisher verfügbaren Krankenhausdiagnosestatistiken (Statistisches Landesamt) der Jahre 1995 und 1996 über die Häufigkeit der Hauptdiagnosen Alkoholabhängigkeit (ICD-303) und Alkoholpsychosen (ICD-291) in Hamburger Krankenhäusern wurde die folgende Tabelle erstellt. Sie gibt die Verteilung dieser Diagnosen auf psychiatrische und internistische Abteilungen wider und verdeutlicht mit jüngerem Datenmaterial, daß die Innere Medizin in der Versorgung Alkoholkranker eine beachtliche Rolle spielt. Dabei sind Zweitdiagnosen und alkoholbezogene Diagnosen nicht einbezogen, sodaß die wirkliche Anzahl der Alkoholkranken höher zu vermuten ist. Auch wurden andere somatische Abteilungen (Chirurgie, HNO) wegen ihrer geringen Anzahl an Diagnosen ICD-303 und ICD-291 nicht berücksichtigt. Das Allgemeine Krankenhaus Ochsenzoll (AKO) wird wegen seiner großen psychiatrischen Abteilung gesondert aufgeführt. Auch das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf (EKA) wird wegen des 1996 eingeführten QE in der Inneren Medizin getrennt betrachtet. Die erhöhte Fallzahl im Jahr 1996 in der Inneren Medizin läßt sich bereits auf diese Neuerung zurückführen.

**Tabelle 1: Krankenhausdiagnosedaten von 1995 und 1996:
Die Hauptdiagnosen Prädiktor (ICD 291) und Alkoholkrankheit (ICD 303) in ihrer
Verteilung auf innere und psychiatrische Abteilungen der Hamburger Krankenhäuser**

Kranken- haus	ICD 291				ICD 303			
	1995		1996		1995		1996	
	Innere Medizin	Psychiatrie	Innere Medizin	Psychiatrie	Innere Medizin	Psychiatrie	Innere Medizin	Psychiatrie
alle Aks (1)	205	39	247	35	396	65	357	65
AKO	28	135	21	123	134	488	141	601
UKE	3	52	5	41	10	221	2	318
andere Kliniken (2)	194		156		898		902	1
EKA	43	8	106	2	191	39	429	11
Gesamt	473	234	535	201	1629	813	1831	996

Gesamtfallzahl für ICD 303 und 291 in der Inneren Medizin	1995	2102
	1996	2366
Gesamtfallzahl für ICD 303 und 291 in der Psychiatrie	1995	1047
	1996	1197
Gesamtfallzahl Krankenhausbehandlungen	1995	384.551
	1996	388.542

AK=Allgemeines Krankenhaus
 AKO=Allgemeines Krankenhaus Ochsenzoll
 UKE=Universitäts-Krankenhaus Eppendorf
 1=außer AKO
 2=außer EKA

2 FRAGESTELLUNGEN

Die steigende Anzahl behandlungsbedürftiger Alkoholkonsumenten in den letzten Jahrzehnten führte zu vermehrter Suchtforschung und einer Verbesserung des Behandlungsangebotes in den psychiatrischen und suchtspezifischen Hilfesystemen. Der Großteil alkoholkranker Patienten sucht aber zunächst Hausarzt und Allgemeinkrankenhaus auf. Hier gilt es, das Hilfsangebot auszubauen. Eine weitere Möglichkeit neben den in der Einleitung erwähnten bietet das Angebot des qualifizierten Entzugs in einer internistischen Abteilung. Darstellung, Nutzung und Evaluation dieses Angebotes im Vergleich mit zwei psychiatrischen Kliniken ist unter anderem Thema dieser Arbeit. Sie wurde im Rahmen einer prospektiven Studie zur Alkoholismusforschung an drei Hamburger Krankenhäusern erstellt. In allen drei Erhebungskliniken wurden die am qualifizierten Alkoholentzug teilnehmenden Patienten befragt. Im ersten Teil der Arbeit geht es um den Institutionsvergleich, im zweiten Teil werden die Ergebnisse anhand eines Prognoseindex überprüft.

2.1 Vergleich der Institutionen

2.1.1 Patienten Klientel

Soziodemographische und krankheitsbezogene Merkmale werden zu der Frage untersucht, ob zwischen den alkoholkranken Patienten in den drei Krankenhäusern Unterschiede bestehen. Handelt es sich um eine einheitliche Gesamtstichprobe oder gibt es Subgruppen von Alkoholkranken mit bestimmten Merkmalen, die in einer Klinik selektioniert werden? Wenn ja, um welche Gruppen handelt es sich? Welche Institution sammelt welche Patienten?

Denkbar wäre, daß in einer internistischen Abteilung insbesondere Kranke mit somatischen Folgeschäden zu finden sind. Andererseits könnten dort auch vermehrt Alkoholranke im Anfangsstadium ihrer Erkrankung beispielsweise aus Scheu vor einer Psychiatrisierung eingewiesen werden. Universitätskliniken könnten bevorzugt von Patienten mit höherem Bildungsniveau oder mit kompliziertem Krankheitsverlauf aufgesucht werden. Es ist dabei nochmals hinzuweisen, daß es sich bei der Studie nur um Teilnehmer am QE handelt.

2.1.2 Behandlungsverfahren und somatische Daten

Folgende Fragen sollen hierzu beantwortet werden: Unterscheiden sich die Kliniken in den Aufnahmemodalitäten? Bestehen Wartelisten und/oder Vorgespräche? Wie sehen die Weitervermittlungsverfahren und medikamentösen Behandlungsstrategien aus?

Aufgrund der Tradition ist zu vermuten, daß in der internistischen Abteilung mehr Wert auf somatische Behandlungsverfahren gelegt wird, in der Psychiatrie der Schwerpunkt auf psychotherapeutischem Gebiet liegt.

Ärztliche Daten aus den Aufnahmeuntersuchungen, Laborwerte und Aktenlage dienen der Erhebung von Zweit- und Folgeerkrankungen und werden zusätzlich zur Beantwortung der bereits in Kapitel 2.1.1 gestellten Frage herangezogen: Gibt es Unterschiede bei den Krankheitsmerkmalen der drei Patientengruppen?

2.1.3 Katamnese

Drei Monate nach Entlassung werden die Studienpatienten nachbefragt. Änderungen im Trinkverhalten und die Realisierung weiterer Therapieschritte werden untersucht. Die Ergebnisse werden untereinander und auch mit denen anderer QE-Katamnesen verglichen.

2.2 Analyse der Ergebnisse nach Einführung eines Prognoseindex

Aufgrund der Vielzahl von Eigenschaften und der Uneinheitlichkeit in den Erhebungen ist es schwierig, Katamneseteilnehmer verschiedener Studien nach ihrem Rückfallrisiko einzuschätzen. In dieser Arbeit wird daher ein Prognoseindex zur Patientenbeschreibung eingeführt. Nach Klärung, ob dieser Index auch für die vorliegende Gesamtstichprobe zutrifft, also ein bedeutsamer Zusammenhang mit "Rückfall im Katamnesezeitraum" besteht, stellt sich die für den Klinikvergleich wichtige Frage: Sind die Probanden nach ihren Prognoseprofilen gleichmäßig auf die Kliniken verteilt? Ergeben sich hier Unterschiede und sollten sich im vorangegangenen Klinikvergleich Unterschiede bei den "Erfolgsquoten" ergeben haben, werden die Patienten in zwei Gruppen nach Prognoseprofil aufgeteilt und der Klinikvergleich nochmals mit jetzt homogenen Prognosegruppen durchgeführt. Bei differentem Ergebnis müssen Selektionseffekte angenommen werden, die durch Einführung des Prognoseindex entschärft werden konnten.

3 MATERIAL UND METHODIK

3.1 Die drei Kliniken

3.1.1 Universitäts-Krankenhaus Eppendorf (Psychiatrie)

In der Psychiatrischen Abteilung der Universitätskliniken Eppendorf (UKE) mit Versorgungsauftrag für ein definiertes Einzugsgebiet in Hamburgs Mitte bis Westen besteht für Alkoholranke des gesamten Stadtgebietes die Möglichkeit eines qualifizierten Entzugs auf einer eigens dafür eingerichteten Entgiftungsstation. Diese befindet sich im 5. Stock des Abteilungshochhauses und umfaßt 21 Betten in 1 und 2- Bettzimmern. Bereits im Einleitungsteil ist auf das mehrstufige Behandlungsprogramm der Universitätsklinik mit 10-wöchiger stationärer Therapie eingegangen worden. Bewährt hatte sich die klinikeigene Nachsorgegruppe (SCHWOON, 1996), die auch für Patienten nach QE angeboten wird.

Die meisten Patienten kommen über Warteliste. Vorbedingung ist eine Krankenhauseinweisung und telefonische Anmeldung auf der Station, danach tägliche Rückmeldung zur Frage des Aufnahmetermins. Dabei ergibt sich die Möglichkeit, Patienten auf die Entgiftung vorzubereiten und bereits zu einer Konsumeinschränkung zu raten. Wartezeiten entstehen bis längstens zwei Wochen. Seltener kommen Notfallpatienten über die Zentralaufnahme der Universitätskliniken oder als Verlegungen von anderen psychiatrischen Stationen der Abteilung.

Der Wochenplan sieht vier 90-minütige Gruppentherapiesitzungen vor. Therapieanfänger und Therapieerfahrene werden dabei in zwei Gruppen getrennt behandelt. Ein- bis zweimal wöchentlich (je nach Gruppeneinteilung) wird Gestaltungstherapie angeboten, zwei- bis viermal Entspannungstraining, drei- bis viermal Sport, dreimal selbstorganisierte Treffen. Einmal pro Woche findet eine Vollversammlung, eine medizinische Informations-Gruppe und eine Frauengruppe statt. Die Besuche bei den zweimal wöchentlich im Haus tagenden AA und GT sind wie das gesamte Programm Pflicht.

3.1.2 Heinrich-Sengemann-Krankenhaus (Psychiatrie)

Das Heinrich-Sengemann-Krankenhaus (HSK) ist Fachkrankenhaus für Psychiatrie mit 252 Betten in kirchlicher Trägerschaft und liegt 4 km nordöstlich der Stadtgrenze Hamburgs in ländlicher Umgebung. Busverbindungen nach Hamburg und Bad Oldesloe gibt es nur zwei- bis dreimal am Tag. Das Krankenhaus hat den psychiatrischen Pflichtversorgungsauftrag für den schleswig-holsteinischen Kreis Stormarn und zusätzlichen Behandlungsauftrag für Hamburger Patienten. Der Einzugsbereich umfaßt also sowohl großstädtische wie auch kleinstädtische und ländliche Gebiete.

Seit April 1996 besteht das Angebot des QE für Alkohol- und Medikamentenabhängige auf einer 25-Bettenstation.

Vorbedingung ist eine ärztliche Krankenhauseinweisung und telefonische Anmeldung. Wartezeiten von einigen Tagen bis maximal zwei Wochen können auftreten. Seltener kommen Notaufnahmen oder Aufnahmen nach Unterbringungsbeschluß vor.

Das Therapieprogramm beinhaltet tägliche Morgen- und Abendrunden oder abendliche Selbsthilfegruppen, zweimal wöchentlich eine 90-minütige Motivationsgruppe, einmal wöchentlich eine Informationsgruppe und Vollversammlung. Begleitende Angebote bestehen in Kunst-, Musik- und Fertigungstherapie. Körperliche Regeneration bieten morgendliche Kneippanwendungen und zweimal wöchentlich stattfindende Sportveranstaltungen. An den Wochenenden besteht die Möglichkeit, schwimmen zu gehen oder an Gruppenaktivitäten teilzunehmen. Einmal pro Woche findet ärztliche Visite statt. Die abendlichen Selbsthilfegruppen sind insgesamt zweimal zu besuchen, ansonsten ist das gesamte Programm Pflicht.

3.1.3 Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf (Innere Medizin) vor Einführung des qualifizierten Entzugs (QE)

Das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf (EKA) ist Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in derselben kirchlichen Trägerschaft wie das HSK. Es umfaßt mit rund 200 Betten eine internistische, chirurgische, psychiatrische und neurologisch-epileptologische Abteilung. Eine Ambulanz oder Notaufnahme gibt es nicht. Die Patienten kommen von niedergelassenen Ärzten mit einer Verordnung von Krankenhausbehandlung. Die internistische Abteilung verfügt über insgesamt 71 Betten auf zwei großen 31-Bettenstationen

und einer der interdisziplinären Intensivstation angegliederten 9-Bettenstation. Alkoholentgiftungen wurden wie in anderen internistischen Abteilungen schon seit langem durchgeführt. Es gab aber bereits vor Einführung des "qualifizierten Entzugs" Besonderheiten in der Behandlung von Alkoholkranken:

Dazu gehörte ein Behandlungsprogramm, mit dem sich der Patient in den ersten Tagen seines Aufenthaltes durch Unterschrift einverstanden erklärte. Es umfaßte Hinweise zur Hausordnung und verwies auf die vorhandenen Behandlungsangebote. Der Besuch der Selbsthilfegruppen war obligatorisch. Drei unterschiedliche Selbsthilfegruppen - Anonyme Alkoholiker, Guttempler und eine Freie Selbsthilfegruppe Alsterdorf - tagten je einmal wöchentlich auf dem Gelände der Stiftung. Die Patienten konnten tagsüber an der Beschäftigungstherapie teilnehmen und morgens schwimmen gehen. Diese Aktivitäten waren freiwillig nach ärztlicher Rücksprache möglich. Der Sozialdienst stand für Beratungen zur Verfügung.

3.1.4 Der qualifizierte Entzug im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, fiel die Entscheidung zur Einführung des QE in der Inneren Abteilung im Sommer 1995. Der Stellenplan wurde daraufhin um die Stelle eines Suchtberaters erweitert. Ärzte und Suchtberater erarbeiteten ein Konzept und Wochenprogramm, das mit den beteiligten Physio- und Ergotherapeuten, Krankengymnasten und Organisatoren der im Hause tagenden Selbsthilfegruppen abgestimmt wurde und orientierte sich an den bisherigen Veröffentlichungen über die Gestaltung des QE in psychiatrischen Kliniken (ZÄHRES, STETTER, MANN, 1993; VELTRUP, DRIESSEN, 1993; SCHWOON, VELTRUP, GEHLEN, 1989). Hilfestellungen gaben insbesondere die QE-erfahrenen Psychologen und Psychiater im UKE (SCHWOON).

Für Pflege- und ärztliches Personal bedeutete diese Neuerung eine größere Anzahl an alkoholkranken Patienten, die ihnen besondere Aufmerksamkeit und Anpassung abverlangten, nicht nur weil das Wochenprogramm für Alkoholpatienten in den Stationsablauf zu integrieren und zu berücksichtigen war. Der Umgang mit Suchtpatienten bedarf besonderer Schulung und Supervision. Man verfügte zu dem Zeitpunkt zwar über langjährige Erfahrungen mit Suchtkranken im eigenen Haus, aber nicht über spezielle psychiatrische oder suchtttherapeutische Zusatzausbildungen. Es gab daher vorbereitende und begleitende Fortbildungsveranstaltungen über Sucht- und Alkoholkrankheit.

Neben monatlichen Supervisionen für die Pflegemitarbeiter einer Station, angeleitet durch einen externen Psychologen, finden einmal wöchentlich jeweils nach den Gruppenvisiten Teambesprechungen auf den Stationen statt. Auch für ärztliches Personal und Suchtberater gibt es monatliche Supervisionssitzungen.

Die Patienten sind auf den Stationen gemeinsam mit anderen internistisch Kranken untergebracht. Das Wochenprogramm sieht Pflichtteilnahme für die wöchentliche Gruppenvisite und Morgenrunde auf Station vor. Die 90-minütigen Gruppenvisiten finden stationsgetrennt in den Aufenthaltsräumen der großen Stationen statt und werden von Suchttherapeuten und Stationsarzt gemeinsam geleitet. Die Patienten der kleinen 9-Betten-Station nehmen an den Gruppenvisiten einer der großen Station teil. Es gibt täglich ärztliche Visiten, die neben der Besprechung von Untersuchungsbefunden und körperlichen Beschwerden auch persönlichen Anliegen wie Ausgangswunsch und dem Feedback über bisherige therapeutische Aktivitäten dienen.

Zum Pflichtprogramm gehören weiterhin die einmal wöchentlich stattfindende medizinische Informationsgruppe-Gruppe und das Treffen aller Alkoholpatienten unter sich. Der Besuch dreier unterschiedlicher Selbsthilfegruppen im Hause und einer im zweiwöchentlichen Rhythmus samstags tagenden Selbsthilfegruppe ist ebenso obligatorisch wie die frühmorgendlichen Kneipp'schen Anwendungen im Badehaus. Entspannungsübungen und Gymnastik werden einmal wöchentlich angeboten, Beschäftigungstherapie kann täglich besucht werden. Obligatorisch ist die Teilnahme an einer Informationsveranstaltung über die "Übergangseinrichtung Sprötze". Übergangseinrichtungen bieten Wohnmöglichkeiten in "trockenem" Umfeld für besonders Rückfallgefährdete zur Überbrückung der Wartezeit auf einen Therapieplatz. Bei Verdacht einer psychiatrischen Begleiterkrankung kann der psychiatrische Konsiliararzt hinzugezogen werden und eine Verlegung in die psychiatrische Abteilung veranlassen.

Die Aufnahme erfolgt in der Regel nach Einweisung eines niedergelassenen Arztes. Meist kümmert sich der Patient um einen Termin, entweder durch telefonische Kontaktaufnahme mit dem Krankenhaus oder es wird ihm über den zentralen Hamburger Bettennachweis ein Bett zugewiesen. Die Aufnahme erfolgt je nach Bettensituation noch am selben Tag, zumindest aber innerhalb weniger Tage. Eine zentrale Warteliste gibt es nicht, aber Vormerkungen auf den Stationen sind möglich. Ohne Einweisungsschein kommende Patienten, die gefährdet sind, werden als Notfall aufgenommen.

In allen drei Erhebungsorten werden sowohl Alkohol- als auch Medikamentenabhängige entzogen. Suchtmittelfreiheit zum Aufnahmezeitpunkt ist zwar erwünscht, aber nicht Vorbedingung für die stationäre Behandlung. Als Medikament der Wahl im Alkoholentzug wird Clomethiazol eingesetzt, bei Benzodiazepinabhängigen die schrittweise "verdeckte" Reduktion.

3.2 Studienpatienten

3.2.1 Einschlusskriterien

Zielpersonen dieser Studie waren Patienten, die im Zeitraum von Februar bis April 1997 an den drei Erhebungsorten wegen Alkoholkrankheit aufgenommen wurden und mindestens zwei Wochen regulär am Programm des qualifizierten Alkoholentzugs teilnahmen. Die Diagnose "Alkoholabhängigkeit" war von dem einweisenden Arzt oder Stationsarzt gestellt worden. Zugelassen waren auch Patienten mit Polytoxikomanie, bei denen die Alkoholabhängigkeit im Vordergrund stand. Die Studienteilnahme war freiwillig und durch eine schriftliche Einverständniserklärung dokumentiert. Der Anteil an Frauen pro Erhebungsort sollte gleich sein und wurde auf ein Drittel festgelegt. Notfalls sollten alkoholranke Frauen auch nach Ablauf des Erhebungszeitraumes nachbefragt werden.

3.2.2 Ausschlusskriterien

Patienten mit Medikamentenabhängigkeit oder im Vordergrund stehender Medikamentenabhängigkeit bei Polytoxikomanie waren von der Studie ausgeschlossen. Behandlungsabbrecher und Alkoholranke, die von vornherein nur eine körperliche Entgiftung wünschten und somit nicht oder nur wenige Tage am Programm des QE teilnahmen, wurden nicht aufgenommen. Einige in Frage kommende Patienten verweigerten die Teilnahme. Wiederholt aufgenommene Patienten gingen nur bei Erstaufnahme in die Studie ein.

3.3 Erhebungsinstrumente

3.3.1 Basisdaten

3.3.1. 1 Soziodemographische und krankheitsbezogene Variable

Der Fragebogen zur Basisdokumentation von Alkoholabhängigen (FAB), entwickelt von SCHWOON et al., wurde für diese Studie auf 57 Items erweitert. Es handelt sich um einen standardisierten halbstrukturierten Fragebogen, der die Katamnesestandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie berücksichtigt. Gefragt wird nach Abhängigkeitsverhalten (Einstiegsalter, Trinkstil und -menge, Medikamente mit Suchtpotential, Nikotin und Drogen), nach Gesetzeskonflikten, soziodemographischen Daten (Schul- und Berufsausbildung, derzeit ausgeübte Tätigkeit, Familienstand und Wohnsituation) Vorbehandlungen und gesundheitlichen Störungen (somatisch und psychisch). Dieser Fragebogen wurde bereits mehrfach zur Erhebung von Basisdaten benutzt (HILGE & SCHWOON, 1990; "DIFAT"-Studie zur differentiellen Indikationsstellung für Alkoholismustherapien 1991/92 : GOLKS, 1995; CHRIST, 1996; PRIEN, 1997).

3.3.1.2 TAI (Trierer Alkoholismusinventar)

Dieses von FUNKE et al. seit 1985 angewandte Testverfahren dient insbesondere differentialtherapeutischen Überlegungen (FUNKE et al. 1987 und 1998). Es wurde auch von WEITHMANN, HOFFMANN und ROTHENBACHER für die Bildung von Teilgruppen bei Alkoholabhängigen eingesetzt (1996, 1998).

In der vorliegenden Studie dient dieser Selbstbeurteilungsfragebogen ebenfalls der genaueren Stichprobenbeschreibung. Hierfür wurden ursprünglich 90 Items verwandt und sieben faktorenanalytisch fundierte Skalen erstellt. In dieser Studie wurden die Skalen 6 und 7 mit 13 Fragen, die eine Partnerbeziehung voraussetzen, ausgeklammert.

Die Fragen sind einfach formuliert. Sie betreffen den Umgang mit Alkohol und beinhalten auch Fragen nach etwaigen Folgeschäden. Es kann in vier Abstufungen geantwortet werden. Beispiele : "Haben Sie zu Hause getrunken?" Oder: "Sahen Sie Dinge, die in Wirklichkeit nicht da waren?" 1 = oft , 2 = manchmal, 3 = selten, 4 = nie.

Die fünf Skalen erfassen

- den "Schweregrad" der Abhängigkeit anhand von Fragen nach Verlust der Verhaltenskontrolle und negativen Gefühlen nach dem Trinken,
- die "sozialen Aspekte" des Trinkens, z.B. die Frage, ob eher allein oder in Gesellschaft getrunken wird,
- das "süchtige, andauernde Trinken" mit Fragen nach dem alltäglichen Trinkstil,
- die "positiven Trinkmotive", d.h. wenn Alkohol zum Zwecke von "Sich-besser-oder-stärker-Fühlens" (utilitaristisch) eingesetzt wird,
- den "Schädigungsgrad" anhand von Fragen nach delirähnlichen Folgeschäden und nach der Selbstmedikation durch Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Zusätzlich wurde jedem Probanden noch ein Fragebogen zur Streßverarbeitung vorgelegt und kurz vor Entlassung ein Fragebogen zur Behandlungsbewertung. Diese Daten wurden in der vorliegenden Arbeit nicht ausgewertet.

3.3.1.3 Behandlungsdokumentation

Informationsquelle hierfür waren Krankenakten, behandelnder Arzt und Suchttherapeut. In 20 Fragekomplexen wurden Angaben zu Aufnahmeverfahren und -zustand des Patienten, Entlassungsmodus, Therapieempfehlungen für Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Vorsorgeeinrichtungen, Kurz- und Langzeittherapien und ambulante Behandlungsformen gesammelt. Soweit erhältlich, sollten Patientenresonanz und bereits durchgeführte therapeutische Aktivitäten festgehalten werden. Auch die Entzugsmedikation wurde hier vermerkt.

3.3.1.4 Somatische Befunde

Erfaßt wurden nach Aktenunterlagen und Untersuchungsergebnissen des aufnehmenden Arztes akute somatische Krankheiten und deutlich beeinträchtigende chronische (länger als drei Monate dauernde) Krankheiten, die mit Klartext vermerkt wurden. Zusätzlich wurden Alkoholfolgekrankheiten, psychiatrische und wichtige internistische Krankheiten abgefragt. Der Fragebogen enthielt hierzu 18 Fragenkomplexe, wobei die meisten Fragen mit 1 = "nicht befundet", 2 = "nicht vorhanden", 3 = "vorhanden" beantwortet werden konnten. Als Muster diente der standardisierte halboffene Somatik-Fragebogen der DIFAT-Forschungsgruppe. Die

wichtigsten alkoholrelevanten Laborwerte MCV, GOT, GPT und γ -GT wurden dokumentiert (WEIRICH, 1995).

3.3.2 Katamnesedaten

Der Katamnesebogen ist in Anlehnung an den bereits im UKE 1991 für die DIFAT-Studie verwandten Fragebogen erarbeitet. In 11 Fragekomplexen geht es um die Inanspruchnahme von verschiedenen Hilfesystemen professioneller und unprofessioneller Art, Trinkverhalten und Einnahme anderer Suchtmittel. Es wird nach Gründen für das Scheitern von Therapievorhaben und nach Rückfallauslösern gefragt. In einem Anhang sind 26 Fragen zur allgemeinen Lebensqualität aufgelistet, auf die in dieser Arbeit nur punktuell eingegangen wird. Er entspricht mit geringen Abweichungen dem von der WHO entwickelten Fragebogen zur allgemeinen Lebensqualität.

Drei Monate erschienen als Katamnesezeitraum gut geeignet, da es insbesondere um die Frage der weiteren Therapieschritte nach QE ging und ein längerer Zeitraum den Einfluß der Indexbehandlung bereits verwischen könnte (LANGE, VELTRUP, DRIESSEN, 1999). Auch für Rückfallgeschehen sind Drei-Monats-Katamnesen aussagekräftig. Nach Studien über Entzugsbehandlungen passieren Rückfälle früh. BONSELS-GÖTZ (1984) stellte fest, daß mehr als zwei Drittel der Rückfälle in den ersten zwei Wochen nach Entlassung stattfinden (WIDMANN, 1997). Auch VELTRUP konnte bei 77 % der nachklinischen Wiedertrinker in einer Mehrfachbefragung über ein Jahr den Rückfall in den ersten 4 Monaten bestätigen (1995).

3.4 Durchführung der Studie

3.4.1 Gewinnung der Basisdaten

Auf den Stationen waren Pflegekräfte, ärztliches Personal und Patienten vor Beginn der Studie über dieses Projekt informiert worden. An jedem Erhebungsort war eine Projektmitarbeiterin im Team tätig und mit dem Stationsablauf vertraut. Ab Februar 1997 stellte sie jedem Patienten drei Tage nach Absetzen der Entzugsmedikamente oder Abklingen der Entzugserscheinungen die Studie vor und händigte die Fragebögen aus. Im Durchschnitt brauchten die Patienten 30-45 Minuten zum Bearbeiten der insgesamt 254 Fragen. Aus Zeitgründen war es nicht immer möglich, die Unterlagen vor Entlassung zu kontrollieren, so daß gelegentlich Fragen unbeantwortet blieben und es zu "missing data" in der statistischen

Auswertung kam. Die Behandlungsdokumentation wurde anhand der Krankenakte und Pflegedokumentation von den Projektmitarbeiterinnen ausgefüllt und bei Bedarf Suchttherapeut oder Stationsarzt hinzugezogen. Der SOMA-Fragebogen wurde im HSK und EKA durch den Stationsarzt und im UKE nach Aktenlage und ärztlichen Auskünften bearbeitet.

3.4.2 Gewinnung der Katamnesedaten

Der Katamnesebogen wurde zusammen mit einem persönlichen Anschreiben der jeweiligen Projektmitarbeiterin und mit beigelegtem frankiertem adressiertem Rücksendeumschlag den Studienteilnehmern zugeschickt. Nach einer Wartezeit von zwei bis drei Wochen ohne Rückantwort fragte die Projektmitarbeiterin bei dem Patienten selbst oder der von ihm angegebenen Bezugsperson telefonisch nach, erinnerte an die Untersuchung und versandte bei Bedarf nochmals Fragebögen. Einmal kam es dabei zu einer vollständigen telefonischen Nachbefragung. Gelegentlich wurden die ausgefüllten Fragebögen auch persönlich zurückgegeben.

3.5 Bildung des Prognoseindex

Die steigende Zahl alkoholkranker Menschen seit den 50-er Jahren läßt Zweifel an dem Bild des "typischen Alkoholikers" aufkommen. Vielmehr handelt es sich um eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Krankheitsauslösern, -verläufen und -prognosen. Aber welche Parameter sind für den Krankheitsverlauf bedeutsam? Anhand von Katamnesestudien wurden zahlreiche Merkmale aus soziodemographischen, krankheitsgeschichtlichen und psychologischen Bereichen auf ihren Zusammenhang mit dem Krankheitsverlauf untersucht. Literaturübersichten hierzu finden sich u.a. bei SÜß (1988), FICHTER & FRICK (1992) sowie STEINGASS (1994). Anwendung finden die Prognosekriterien u.a. bei der Abschätzung der voraussichtlichen Dauer einer Entwöhnungsbehandlung (Prognosekriterien der "Projektgruppe Sucht" des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, GROHE, 1995).

Die größte Untersuchung zu Prognoseparametern im deutschsprachigen Raum ist in der 4-Jahres-Katamnese von KÜFNER und FEUERLEIN (1986; 1988) enthalten. Befragt wurden 1410 Alkoholranke von Suchtfachkliniken. Durch einfache Zusammenhangsanalysen wurden für Männer und Frauen unterschiedliche Prognosemerkmale aus verschiedenen Bereichen gefunden. Als prognostisch günstig erwiesen sich beispielsweise für Männer "mit

Ehepartnerin lebend", "Arbeitsstelle", "kein Suizidversuch" und "keine frühere Suchtfachklinikbehandlung", für Frauen u.a. "weniger als 625 g Alkohol pro Woche" und "keine Entwöhnungsbehandlung".

Der "Sozialindex" von HOFFMANN, WEITHMANN und ROTHENBACHER (1991) wurde aus 9 Variablen der Bereiche Beruf, Familie, Finanzen und Wohnform unterschiedlich gewichtet zusammengestellt. Jeder Bereich kann maximal einen Punkt erreichen, so daß der Sozialindex von 0–4 rangiert und mit 4 Punkten die besten sozialen Verhältnisse angibt. Er zeigte bei einer Stichprobe von 66 Patienten, die eine Entwöhnungstherapie hinter sich hatten, einen stärkeren Zusammenhang zum Therapieerfolg auf, als die erhobenen Persönlichkeitsvariablen (nach dem Freiburger Persönlichkeitsinventar).

Um prognostisch ungünstige Alkoholranke aus dem Krankenblattarchiv für einen Gruppenvergleich auszuwählen, benutzte SCHULZ sieben der Literatur entnommene Merkmale: "alleinstehend", "arbeitslos oder Frührentner", "mindestens vier Behandlungen im Landeskrankenhaus", "richterliche Einweisung", "vorhandene Pflegschaft" und "Suchtfolgekrankheiten". Anhand von 546 zufällig ausgewählten Krankengeschichten wurden diese sieben Variablen auf Häufigkeit überprüft und untereinander korreliert. Es zeigte sich, daß den Kriterien "Aufnahmemodus", "Familienstand" und "soziale Stellung" eine Schlüsselposition zukam. Die Gruppe mit hypothetisch ungünstigerer Prognose wurde mit den Merkmalsträgern "alleinstehend" und gleichzeitig "arbeitslos" gebildet. Die günstigere Gruppe bestand aus den verheirateten und gleichzeitig erwerbstätigen Patienten. Katamneseergebnisse bei allerdings niedrigem Rücklauf von nur 33% und 43% zeigten signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen sowohl im Trinkverhalten als auch im allgemeinen Lebensgefühl (SCHULZ, 1992).

KIELHOLZ et al. entwickelten für ihr Behandlungssetting im ambulanten - tagesklinischen - Bereich einen Prognosefaktor, um gefährdeten Patienten im Behandlungsverlauf besondere Aufmerksamkeit und gegebenenfalls erweiterte Hilfe zukommen zu lassen. Sie entwickelten den Index aus den Merkmalen von 105 ihrer eigenen Klienten und fanden Übereinstimmungen mit einigen Prognosemerkmalen von KÜFNER. Der Index ist aus acht unterschiedlich gewichteten Variablen zusammengestellt und kann maximal 20 Punkte (für sehr schlechte Prognose) erreichen. Er umfaßt neben soziodemographischen und krankheitsgeschichtlichen Parametern auch Trinkgewohnheiten am Arbeitsplatz. Im Beobachtungszeitraum der Nachsorge zeigte sich ein hoher Zusammenhang zwischen Dauer der Nachbehandlung und Therapieerfolg (bei 12-monatiger Nachsorge war kein Klient "erfolglos" behandelt worden), was den "erfolgreichen" Ergebnissen bei regelmäßigem

Besuch von Selbsthilfegruppen nahekومت. Probleme am Arbeitsplatz (z.B. Fehltage) erwiesen sich als Prädiktor für Mißerfolg.

Der für den vorliegenden Klinikvergleich erstellte Prognoseindex soll der genaueren Beschreibung der Patientengruppen und der kritischen Überprüfung des Stichprobenvergleichs dienen. Er soll das Rückfallrisiko anhand einfach zu erhebender soziodemographischer und krankheitsbezogener Variablen beschreiben. Dafür wurden die häufigsten Merkmale für ungünstigen Krankheitsverlauf den Literaturübersichten entnommen und ein gewichteter Index zu folgenden 12 Punkten zusammengestellt:

1. mindestens ein Elternteil abhängig
2. mehr als zwei Angehörige suchtkrank
3. Beginn der Abhängigkeit vor dem 25. Lebensjahr
4. mehr als 3 Folgekrankheiten
5. mehr als 10 Jahre abhängig
6. mehr als 5 Entgiftungen oder zwei Entwöhnungen
7. zusätzlich Medikamenten- oder Drogenprobleme
8. manchmal oder oft Suizidgedanken
9. psychiatrische Komorbidität
10. Haftstrafe (verbüßt oder auf Bewährung)
11. über ein Jahr arbeitslos
12. ohne eigene Wohnung

Der Prognoseindex wird aus diesen Punkten summiert und kann demnach zwischen 0-12 variieren. Bis auf das Item “psychiatrische Komorbidität” stammen alle Angaben aus dem Patientenfragebogen. Die psychiatrischen Zweitdiagnosen stammen aus den ärztlichen Unterlagen (Angabe von Psychosen, Neurosen und schweren Depressionen).

3.6 Datenverarbeitung

3.6.1 Datenschutz

Die Fragebögen wurden verschlüsselt und die Daten unter der jeweiligen Codenummer eingegeben. Name und Anschrift wurden von den Fragebögen abgetrennt und nur noch einmal zur Nachbefragung verwandt.

3.6.2 Statistische Methoden

Nominalskalierte Daten wurden mittels Chi-Quadrat-Test auf signifikante Unterschiede untersucht. Intervallskalierte Daten wurden im Zweifelsfall mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung überprüft, danach wurde zum Mittelwertsvergleich entweder die einfache Varianzanalyse angewandt oder die parameterfreien Rangtestverfahren (KRUSKAL & WALLIS oder MANN-WHITNEY U-Test) herangezogen. Das Signifikanzniveau wurde bei $p < 0.05$ festgelegt. Alle Berechnungen erfolgten mit dem Programm SPSS 4.0 für Apple Macintosh in der Psychiatrischen Abteilung des UKE.

4 ERGEBNISSE

Die Anzahl der im dreimonatigen Untersuchungszeitraum behandelten suchtkranken Patienten war in den drei Institutionen unterschiedlich hoch: im UKE waren es 101 Patienten, im HSK 120 und im EKA 164 Patienten. Von diesen 385 Patienten nahmen 198 (51%) an der Studie teil, im UKE waren es 65 (64%), im HSK 70 (58%) und im EKA 63 (38%) Patienten. Die Quote der Nichtteilnehmer lag mit 101 Patienten im EKA am höchsten. Die unterschiedlichen Gründe für die Nichtteilnahme (s.Kapitel 3.2.2.) wurden in dieser Arbeit nicht einzeln aufgeschlüsselt.

4.1 Basisdaten

4.1.1 Soziodemographische Merkmale

Das Durchschnittsalter betrug 42,8 Jahre mit einer Spanne von 18 bis 73 Jahren. Der Frauenanteil betrug 33%. Die folgende Tabelle stellt die soziodemographischen Daten für die Gesamtstichprobe und die Untergruppen in den Institutionen dar.

Tabelle 2: Soziodemographische Daten

Merkmal	Gesamt			UKE	HSK	EKA	chi square	p
Alter	n=198							
§ Jahre		MW MR	42,8	41,5 93	42,5 97	44,3 109	2,69	0.260
Geschlecht	n=198							
§ weiblich		%	33,0	35,0	33,0	35,0	0,20	0.905
§ männlich		%	67,0	65,0	67,0	65,0		
Familienstand	n=197							
§ verheiratet oder feste Partnerschaft		%	30,5	26,5	28,6	36,5	5.30	0.258
§ ledig		%	31,0	35,9	24,3	33,3		
§ gesch./getr.		%	38,6	37,5	47,1	30,2		

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 2: Soziodemographische Daten

Merkmal	Gesamt			UKE	HSK	EKA	chi square	p
Wohnsituation	n=197							
§ mit PartnerIn und/oder Kindern		%	40,1	40,6	35,7	44,4		
§ allein		%	40,6	46,9	40,0	34,9		
§ ohne eigene Wohnung		%	19,3	12,5	24,3	20,6	4,26	0.373
Schulabschluß	n=197							
§ Keiner/ Sonderschule		%	10,2	9,4	7,1	14,3		
§ Hauptschule		%	50,3	50,0	48,6	52,4		
§ Realschule		%	26,9	23,4	34,3	22,2		
§ Abitur/Sonstiges		%	12,7	17,2	10,0	11,1	5,58	0.472
Berufsausbildung	n=196							
§ max. angelernt		%	28,6	34,4	25,7	25,8		
§ Lehre		%	55,1	50,0	60,0	54,8		
§ höher qualifiziert		%	16,3	15,6	14,3	19,4	2,27	0.686
Berufsbezeichnung	n=196							
§ ohne Beruf		%	21,4	28,1	12,9	24,2		
§ Facharbeiter		%	37,2	25,0	45,7	40,3		
§ Angestellter		%	33,2	35,9	34,3	29,0		
§ selbstständig		%	8,2	10,9	7,1	6,5	9,45	0.150
Erwerbstätigkeit	n=195							
§ Arbeit/Ausbildung		%	44,1	50,8	42,9	38,7		
§ arbeitslos		%	36,9	27,0	35,7	48,4		
§ Rentner, Hausfrau, Jobs		%	19,0	22,2	21,4	12,9	6,77	0.149
Schulden	n=196							
§ keine		%	38,3	26,6	47,1	40,3		
§ bis 10.000 DM		%	32,1	31,2	31,4	33,9		
§ über 10.000 DM		%	29,6	42,2	21,4	25,8	9,19	0.057
Führerscheinentzug	n=193							
§ jemals		%	37,8	33,8	35,7	44,8	1,78	0.410
Verurteilungen	n=194							
§ jemals		%	44,8	50,8	35,7	49,2	3,72	0.156
Sozialindex	n=198	MW MR	2,33	2,22 93	2,36 101	2,39 104	1,41	0.494

MW = Mittelwert; MR = Mittlerer Rangplatz im Kruskal-Wallis-Test

30,5% sind verheiratet oder leben in fester Partnerschaft, 31% sind ledig und 38,6% sind geschieden oder getrennt lebend. 19,3% haben keine eigene Wohnung. Sie wohnen zur

Untermiete, bei Freunden oder Verwandten, in Heimen oder Hotels oder sind obdachlos. 40,1% wohnen mit Partner und/oder Familie und 40,6% allein in ihrer Wohnung. Rund die Hälfte der Gesamtstichprobe hat einen Hauptschulabschluß, 26,9% einen Realschulabschluß, 12,7% Abitur und 10,7% haben einen Sonderschul- oder keinerlei Schulabschluß. 55,1% weisen zur Berufsausbildung eine Lehre auf, 28,6% sind maximal angelernt und 16,3% sind über eine Lehre hinaus ausgebildet. 37,2% bezeichnen sich als Facharbeiter, 33,2% als Angestellte und 21,4% als "ohne Beruf". Der Anteil der Selbständigen beträgt 8,2%. Erwerbstätig oder in Ausbildung sind 44,1% und arbeitslos 36,9%. Rentner, Hausfrauen oder gelegentlich jobbend sind 19%. Statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Institutionen finden sich bei all diesen Merkmalen nicht. Schulden über 10.000 DM hatte insgesamt ein Drittel angegeben mit Trend zur Häufung bei den Patienten im UKE. Die 37,8% der Befragten mit "Führerscheinentzug" verteilten sich auf alle Institutionen gleichmäßig. 97% dieser Fälle waren alkoholbedingt. 87 Patienten (43,9%) waren zu Haft- oder Geldstrafen verurteilt worden. Bei den Delikten spielten in 89% der Fälle Suchtmittel eine Rolle. 9 Patienten hatten Haftstrafen verbüßt. Auch im Vergleich des Sozialindexes nach HOFFMANN, WEITHMANN & ROTHENBACHER (1990) ergaben sich keine signifikanten Differenzen.

4.1.2 Einzugsbereiche

Anhand der Anlage 1 ist erkennbar, daß die Patienten im UKE vermehrt aus Hamburgs Mitte und Westen stammen, im EKA wurden überwiegend Patienten aus den nördlichen und östlichen Stadtgebieten behandelt. Das HSK nahm ungefähr zur Hälfte Alkoholranke aus dem Landkreis Stormarn (n=30) und zur Hälfte Patienten aus der Stadt Hamburg auf. Da es nordöstlich der Stadtgrenze liegt, kamen nur wenige Patienten aus den südlichen Stadtteilen.

4.1.3 Krankheitsbezogene Merkmale

Das Alter des ersten Alkoholkonsums lag im Durchschnitt bei 16 Jahren, der erste Rausch bei 18 Jahren. Die Dauer der Alkoholkrankheit betrug 10 Jahre, die Dauer vermehrten Trinkens 15 Jahre. Hier finden sich statistisch relevante Unterschiede zwischen den Erhebungsorten. Das Einstiegsalter der UKE-Patienten ist jünger und die "Jahre vermehrten Trinkens" sind bei diesen Patienten deutlich länger. Auch das "Alter des ersten Rausches" lag bei ihnen signifikant niedriger. Bei der Angabe der selbst eingeschätzten Krankheitsdauer zeigen sich dagegen keine Unterschiede. Bezüglich des Konsumstils bezeichneten sich 51% als Problemtrinker, 37,2% als Spiegeltrinker und 11,2% gaben Quartalstrinken an, ohne

statistisch signifikante Differenzen zwischen den Institutionen. Das gilt auch für die durchschnittlich angegebene Menge von täglich 199 ml. Alkohol und die tägliche Rauchmenge von ca. 30 Zigaretten der 82% Raucher. 18% gaben Medikamentenkonsum in den letzten drei Monaten an. Es war nach potentiell suchterzeugenden Stoffen gefragt worden wie Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs- und Entzugsmedikamenten sowie Psychopharmaka. 11% hatten in diesem Zeitraum illegale Drogen oder Ersatzstoffe wie Methadon und Codein konsumiert. In beiden Kategorien finden sich signifikant höhere Quoten bei den UKE-Patienten. Suizidversuche wurden insgesamt von 29% angegeben. Auch hier war die Häufigkeit mit 46% bei den Patienten im UKE statistisch signifikant höher. Sucht (auch Nikotin) bei Angehörigen 1. Grades wurde von 52% angegeben ohne relevante Differenz zwischen den Erhebungsorten. Das galt auch für die Summe der Vorbehandlungen mit durchschnittlich 5,6 Entgiftungen und 1,5 Entwöhnungen. Für 41% war dieser Aufenthalt die erste Entgiftung und ca. 66% hatten noch keine suchtspezifische Therapieerfahrung. In der Kategorie "Folgekrankheiten" fanden sich bis auf "alkoholbedingte Unfälle" keine statistisch relevanten Unterschiede. Diese wurden von den Patienten im UKE häufiger angegeben. Ein Trend zeichnete sich auch für "Magenbeschwerden" ab, die ebenfalls im UKE vermehrt angegeben wurden.

Tabelle 3: Krankheitsbezogene Daten

Merkmal	Gesamt			UKE	HSK	EKA	chi square	p
Alter erster Alkoholkonsum § Jahre	n=192	MW MR	16,1	14,7 83	16,5 99	17,1 113	9,06	.011
Alter erster Rausch § Jahre	n=192	MW MR	18,3	16,4 83	18,9 99	19,6 108	6,70	.036
Jahre vermehrten Alkoholkonsums § Jahre	n=196	MW MR	14,9	16,7 111	13,1 85	15,1 101	6,89	.033
Dauer der Alkoholkrankheit § Jahre	n=191	MW MR	10,2	11,2 104	9,5 90	10,0 95	2,13	.344

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3: Krankheitsbezogene Daten

Merkmal	Gesamt			UKE	HSK	EKA	chi square	p
Menge tägl. Alkohol § ml	n=198	MW MR	199	207 110	195 92	195 97	3,19	.203
Konsumstil § Spiegeltrinken § Problemtrinken § Quartalstrinken	n=196	% % %	37,8 51,0 11,2	32,3 56,9 9,2	31,4 55,7 12,9	49,2 38,1 11,1	6,70	0.153
Sucht bei Angehörigen 1.Grades	n=198	%	52,0	56,9	51,4	47,6	1,12	.570
Raucher	n=198	%	81,8	81,5	82,9	81,0	4,22	.378
Tägl. Zigaretten § Stück	n=162	MW MR	29,7	33,8 94	27,7 75	27,6 75	5,74	.057
Med. Konsum § jemals § in den letzten 3 Monaten	n=193	% %	25,9 18,1	40,0 29,0	18,8 8,7	19,3 17,7	9,89 n.b.	.008 n.b.
Drogenkonsum § jemals § in den letzten 3 Monaten	n=195	% %	26,2 11,3	43,8 20,3	27,1 11,4	6,6 1,6	22,42 n.b.	.001 n.b.
Stationäre Entgiftungen § nein § ja Anzahl	n=196 n=113	% % MW St.D. MR	41,0 59,0 5,65 9,69	42 58 7,38 12,3 69	41,0 59,0 5,63 9,86 56	39,0 61,0 4,1 6,25 50	0,17 4,77	.917 .093
Stationäre Entwöhnungen § nein § ja Anzahl	n=194 n=65	% % MW St.D MR	66,5 33,5 1,55 0,83	70,0 30,0 1,74 0,99 36	62,0 38,0 1,38 0,64 30	68,0 32,0 1,60 0,88 34	0,90 1,31	.638 .518
Suizidversuch	n=192	%	29,2	50,0	26,8	23,2	12,12	.003

Fortsetzung siehe nächste Seite

Fortsetzung: Tabelle 3: Krankheitsbezogene Daten

Merkmal	Gesamt			UKE	HSK	EKA	chi square	p
Frühere Behandlung von	n=198							
§ Delir		%	12,6	16,9	7,1	14,3	3,15	.207
§ Leberschaden		%	23,2	18,5	24,3	27,0	1,37	.505
§ Magenkrankung		%	21,7	30,8	18,6	15,9	4,80	.091
§ Pankreaserkrankung		%	12,6	16,9	11,4	9,5	1,73	.422
§ Herz-Kreislauf-Störungen		%	19,7	20,0	18,6	20,6	0,09	.954
§ Polyneuropathie		%	9,6	7,7	8,6	12,7	1,06	.591
§ Krampfanfällen		%	15,7	21,5	10,0	15,9	3,40	.183
§ "Black out"		%	12,1	18,5	7,1	11,1	4,14	.127
§ Unfall (durch Alk.)		%	14,6	29,2	4,3	11,1	17,70	.001

MW = Mittelwert , MR = Mittlerer Rang im Kruskal-Wallis-Test, St.D = Standardabweichung
n.b. = nicht berechnet wegen zu geringer Häufigkeit

4.1.4 Ergebnisse im TAI

Für den Vergleich der TAI-Werte wurden transformierte T-Werte mit einem theoretischen Mittelwert von 100 und einer Standardabweichung von 10 verwendet. Statistisch bedeutsame Unterschiede ergaben sich in den TAI-Skalen 1 ("Schweregrad") und 5 ("Schädigung") mit stärkerer Ausprägung bei den UKE-Patienten. Tabelle 4 auf der nächsten Seite zeigt den Überblick.

Tabelle 4: Vergleich im TAI

	Gesamt	UKE	HSK	EKA	chi-square	p
TAI-1						
MW	101,2	103,9	99,4	100,4		
St.D	10,1	9,5	9,6	10,8		
MR		114	90	96	6,49	0,040
TAI-2						
MW	100,8	103,1	99,4	100,0		
St.D	10,7	11,7	9,5	10,8		
MR		111	93	95	4,077	0,130
TAI-3						
MW	101,7	101,3	100,7	103,1		
St.D	9,6	8,5	9,6	10,7		
MR		95	94	107	2,06	0,357
TAI-4						
MW	99,9	100,7	99,9	99,1		
St.D	9,7	9,6	9,5	10,1		
MR		105	98	93	1,48	0,478
TAI-5						
MW	101,8	104,4	100,4	100,6		
St.D	9,7	10,7	8,7	9,4		
MR		113	92	93	6,06	0,049

MW = Mittelwert , MR = Mittlerer Rang im Kruskal-Wallis-Test, St.D = Standardabweichung

4.1.5 Behandlungsdokumentation

Nachfolgende Tabelle 5 stellt die wichtigsten Angaben zu “Aufnahmesituation”, “Entzugsmedikation” und “weiteren Therapieempfehlungen” aus den Akten dar. Bei einigen Patienten waren diese Daten nicht mehr nachzutragen, so daß es zu "missing data" kam. Die Berechnungen wurden dann mit der reduzierten Gesamtzahl durchgeführt.

Tabelle 5: Behandlungsbezogene Daten

Merkmal	Gesamt			UKE	HSK	EKA	chi-square	P
Aufnahmeart	n=197							
§ regulär		%	87,8	85,9	82,9	95,2		
§ Notfall		%	12,2	14,1	17,1	4,8	5,06	.080
Aufnahme gefördert durch	n=130							
§ PartnerIn/Angehörige		%	42,3	42,9	49,1	31,4		
§ Hausarzt/Krankenhaus		%	7,7	9,5	3,8	11,4		
§ SBS und SHG		%	11,5	9,5	9,4	17,1		
§ Arbeitgeber		%	23,8	16,7	28,3	25,7		
§ Ämter und sonst		%	14,6	21,4	9,4	14,3	8,44	.392
Zustand b. Aufnahme	n=194							
§ suchtmittelfrei		%	37,6	39,7	38,6	34,4		
§ mit Med.		%	9,3	27,0	0	1,6		
§ alkoholisiert		%	53,1	33,3	61,4	63,9	38,77	.001
Promille	n=90							
§ ‰		MW MR	1,6	1,0 32	2,0 56	1,4 39	14,34	.001
Entzugsmedikation								
§ ja	n=196	%	63,3	57,1	50,0	84,1	18,11	.001
§ Clomethiazol	n=196	%	55,1	41,5	44,2	79,4	23,06	.001
§ Max.Tagesdosis (Kapseln)	n=108	MW MR	10,1	7,6 38	8,0 42	12,8 71	27,59	.001
Clomethiazoldauer	n=108							
§ Tage		MW MR	7	7,2 57	8,8 79	5,9 38	33,81	.001
Suchtberatungsstelle	n=196							
§ Kontakt bestand schon vor Aufnahme		%	41,8	58,7	44,3	22,2		
§ empfohlen		%	37,2	30,2	14,3	69,9		
§ ohne Indikation		%	20,9	11,1	41,4	7,9	61,00	.001

Fortsetzung siehe nächste Seite: Behandlungsbezogene Daten - Weiterbehandlung

Fortsetzung Tabelle 5: Behandlungsbezogene Daten – Weiterbehandlung

Merkmal	Gesamt			UKE	HSK	EKA	chi-square	p
Übergangseinrichtung § empfohlen	n=196	%	20,4	19,0	15,7	27,0	2,70	.260
Aufnahmetermin § max.vager Termin § fester Termin	n=39	% %	41,0 59,0	81,8 18,2	27,3 72,7	23,5 76,5	10,57	.006
Langzeit-Therapie § empfohlen	n=196	%	35,2	28,6	32,9	44,4	3,74	.154
Aufnahmetermin § Termin in Aussicht	n=67	%	28,4	31,2	56,5	3,6	17,51	.001
Kurzzeit-Therapie § empfohlen	n=196	%	20,4	19,0	18,6	23,8	0,67	.717
Aufnahmetermin § Termin in Aussicht	n=40	%	47,5	50,0	53,8	40,0	0,58	.749
Selbsthilfegruppe (SHG) § empfohlen	n=196	%	94,9	98,4	88,6	98,4		n.s.
Ambulante Therapie (zusammengefaßt) § empfohlen	n=198	%	30,8	55,4	18,6	19,0	27,42	.001
Therapiebeginn § Termin in Aussicht	n=59	%	49,2	55,9	61,5	16,7	6,48	.040

MW = Mittelwert , MR = Mittlerer Rang im Kruskal-Wallis-Test, St.D = Standardabweichung
n.s. = nicht signifikant

Bei den Behandlungsdokumentationen zeigten sich im Vergleich einige signifikante Unterschiede. Im UKE kamen die wenigsten Patienten alkoholisiert zur Aufnahme, aber fast alle der 9,3% unter Medikamenten-Stehenden fanden sich hier. Sechs von sieben Patienten mit der Hauptdiagnose Polytoxikomanie wurden im UKE aufgenommen. Kamen zwei Drittel der Patienten im HSK und EKA alkoholisiert zur Aufnahme, so war es im UKE nur ein Drittel, ein weiteres Drittel stand jedoch unter Medikamenten. Bei den insgesamt 69 durchgeführten Urintesten auf Drogen fanden sich 13 der 14 positiven Proben im UKE. Dabei wurden neunmal Benzodiazepine, dreimal Cannabis und einmal Opioid festgestellt. Im EKA wurde in der Entzugsphase am häufigsten Clomethiazol verordnet und die höchsten

Tagesdosen gegeben, andererseits gab es hier die kürzeste Verordnungsdauer in Tagen. Vorstationären Kontakt zu Suchtberatungsstellen hatten insgesamt 82 Patienten (41,8%), die wenigsten davon waren EKA-Patienten (22,2%). Beratungsstellen wurden insgesamt 73 Patienten (37,2%) empfohlen, der Prozentsatz lag hierbei im EKA mit fast 70% statistisch signifikant höher. Insgesamt besuchten 48 Patienten schon während des stationären Aufenthaltes Beratungsstellen, davon 34 allein im EKA. 39 Patienten (20,4%) wurden Übergangseinrichtungen empfohlen. 23 (59%) konnten direkt oder kurz nach Entlassung dorthin verlegt werden. Mehr als die Hälfte von ihnen (n=13) stammte aus dem EKA. Zu einer Langzeittherapie wurde insgesamt 69 Patienten (35,2%) geraten ohne statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Institutionen. Das HSK konnte 56% (n=13) ihrer Patienten bereits mit einem Therapietermin in Aussicht entlassen. Im UKE waren es 31,5% (n=5) und im EKA 3,5% (n=1). Kurzzeittherapie wurde 40 Klienten (20,4%) empfohlen. Hier bestanden keine Unterschiede im Verfahren. Fast allen Patienten wurde zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen geraten. 39,8% aller Patienten hatten bereits eine feste Gruppe. Wegen der geringen Fallzahl wurden bei den statistischen Berechnungen ambulante Therapieformen zusammengefaßt. Darunter summierten sich Rehabilitationsmaßnahmen in einer Suchtberatungsstelle (ambulante Reha), Gruppentherapie in Form von Kliniknachsorge (nur im UKE angeboten) und Psychotherapie in einer Praxis. Einem knappen Drittel wurde zu dieser Therapieform geraten, am häufigsten im UKE. Diese Patienten hatten bereits zu 50% einen Termin bei Entlassung.

4.1.6. Somatische Befunde

Aus den Krankenakten erhobene Daten zu Anamnese, Befund, Nebendiagnosen und Labor sind den nachfolgenden Tabellen 6 und 7 zu entnehmen.

Tabelle 6: Somatische Daten

Merkmal	Gesamt n=198		UKE	HSK	EKA	chi-square	p
<i>Akute Erkrankung</i>	%	17,7	35,4	8,6	9,5	20,87	.001
<i>Chron. Erkrankung</i>	%	38,4	52,3	41,4	20,6	13,99	.001
<i>Unfall-/OP-Folgen</i>	%	16,2	23,1	15,7	9,5	4,35	.114
<i>Polyneuropathie bei Aufnahme</i>	%	11,6	12,3	11,4	11,1	0,05	.977
<i>Fettleber und Hepatitis</i>							
§ jemals	%	12,6	32,3	0	6,3		n.b.
§ aktuell	%	41,4	1,5	61,4	60,3	76,69	.001
Wegen geringer Fallzahl der aktuellen Diagnosen sind im folgenden die anamnestisch bekannten und aktuellen Diagnosen zusammengefaßt.							
<i>Delir</i>	%	18,2	23,1	17,1	14,3	1,74	.419
<i>Krampfanfälle</i>	%	22,2	26,1	17,1	23,8	1,71	.424
<i>Psychose</i>	%	3,5	9,2	1,4	0		n.b.
<i>Neurose</i>	%	15,7	29,2	14,3	3,2	16,60	.001
<i>Schwere Depression</i>	%	14,6	33,8	10,0	0	31,19	.001
<i>Suizidalität</i>	%	25,8	35,4	18,6	23,8	5,17	.076
<i>Leberzirrhose</i>	%	5,6	7,7	4,3	4,8		n.b.
<i>Gastritis/Ulcus</i>	%	25,3	27,7	11,4	38,1	12,80	.002
<i>Pankreatitis</i>	%	10,1	9,2	10	11,1	0,13	.940
<i>Herz-Kreislauf-erkrankungen</i>	%	18,7	29,2	17,1	9,5	8,35	.016

n.b. = nicht berechnet wegen geringer Fallzahl

Tabelle 7: Laborwerte

		Gesamt			UKE	HSK	EKA	chi square	p
γ-GT	U/l	n=195	MW St.D MR	168 246	115 216 83	211 277 106	174 230 105	6,79	.034
GOT	U/l	n=193	MW St.D MR	48 83	50 134 74	42 35 105	51 44 112	16,28	.001
GPT	U/l	n=193	MW St.D MR	41 52	43 78 80	42 38 110	37 29 100	9,41	.010
MCV	fl	n=196	MW MR	97	97 98	97 92	98 106	1,86	.395

MW=Mittelwert, MR=Mittlerer Rang im Kruskal-Wallis-Test, St.D=Standardabweichung; n.b.= nicht berechnet wegen zu geringer Häufigkeit; GOT=Glutamat-Oxalacetat-Transaminase, GPT=Glutamat-Pyruvat-Transaminase, γ-GT=γ-Glutamyl-Transferase, MCV= mittleres corpuskuläres Volumen

Akute Erkrankungen bei Aufnahme und chronische Leiden wurden bei der Datenerhebung mit Klartext angegeben und für die Auswertung kategorisiert. In erster Linie wurden gastrointestinale Störungen, Erkrankungen der Atemwege und der Haut sowie Verletzungen bei den "akuten" Beschwerden diagnostiziert, bei den "chronischen" Leiden standen Stoffwechselstörungen, Atemwegserkrankungen, degenerative Veränderungen des Skelett- und Bindegewebes sowie Herz-Kreislaufstörungen im Vordergrund. Die chronischen Beschwerden sollten sich mindestens drei Monaten erheblich beeinträchtigend ausgewirkt haben. Die Diagnose "Polyneuropathie" entstammte dem aktuellen Aufnahmebefund und wurde ab einem mittleren Stadium gewertet, wenn die Kriterien "Sensibilitätsstörungen" und "fehlende Reflexe" angegeben waren. "Leberschädigungen" beinhaltete die ärztlichen Diagnosen "Hepatitis" und "Lebervergrößerung/-verfettung". Eigens erwähnt wurden "Leberzirrhosen".

Eine statistisch signifikante Häufung akuter und chronischer Krankheiten fand sich bei den Klienten des UKE. Insbesondere Herz-Kreislaufstörungen kamen häufig vor. Psychiatrische Zweitdiagnosen fanden sich ebenfalls am häufigsten in dieser Gruppe, aber auch in der

Gruppe des HSK. Alkoholassoziierte Magenerkrankungen kamen am häufigsten bei den EKA-Patienten vor, seltener bei den Patienten des UKE und HSK. Lebererkrankungen wurden aktuell nur bei sehr wenigen Patienten des UKE diagnostiziert, hingegen bei rund zwei Dritteln der Patienten im HSK und EKA. Diese Unterschiede waren statistisch signifikant. Für Delir, Krampfanfälle, Suizidalität, und Pankreasaffektionen zeigten sich keine relevanten Unterschiede. Die Laborwerte zeigten statistisch bedeutsame Differenzen im Rangtest der Transaminasen. γ -GT, GOT und GPT waren bei den UKE-Patienten signifikant niedriger als bei den HSK- und EKA-Patienten. In allen Institutionen waren die Mittelwerte für GOT und GPT um ungefähr das Doppelte erhöht. Bei der Betrachtung der nicht sehr voneinander abweichenden Mittelwerte ist die starke Beeinflussbarkeit durch Ausreißerwerte zu bedenken, erkennbar an den hohen Standardabweichungen. In den Rangtestverfahren bleiben Ausreißerwerte unberücksichtigt. So erklärt es sich, daß im GOT-Vergleich der Mittelwert des UKE nicht auffallend differiert, aber im Rangtest ein Unterschied deutlich wird.

4.2. Katamnesedaten

4.2.1. Trinkverhalten

Die Rücklaufquote lag bei 76,8% (n=152) ohne statistisch relevante Differenzen zwischen den Erhebungsorten. Definiert man "Rückfall" als "mehr als 1x an einem Tag" im gesamten Katamnesezeitraum Alkohol getrunken zu haben, so zeigten sich keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen. Die Rückfallquote lag insgesamt bei den Katamneseteilnehmern bei 52% (n=79). Signifikant different war im Vergleich die Angabe der längsten Abstinenzzeit bei den EKA-Patienten.

Die nachfolgende Tabelle 8 gibt die wichtigsten katamnestischen Angaben zu Trinkverhalten und Therapieschritten im Klinikvergleich. Die Prozentangaben beziehen sich nur auf den Anteil der Rückantworter (liberale Rechnung).

Tabelle 8: Katamnestiche Daten

(liberale Rechnung)

Merkmal	Gesamt			UKE	HSK	EKA	chi-square	p
Response	n=198	%	76,8	76,9	70,0	84,0	3,71	.157
Trinkverhalten	n=152	%	48,0	38,0	46,9	58,4		
§ abstinenter		%	27,0	32,0	30,6	18,9		
§ Trinkphasen bis 1 Woche		%	25,0	30,0	22,4	22,6	5,01	.287
§ längere Trinkphasen		%						
Längste Abstinenzzeit	n=152	MW	62,0	53,0	64,0	69,0		
§ Tage		St.D	29,7	31,1	28,7	27,9		
		MR		59,0	74,0	80,0	6,91	.032
Andere Suchtmittel	n=152	%	21,1	42,0	14,3	7,5	20,37	.001
§ Medikamente		%	12,5	24,0	10,2	3,8	9,97	.007
§ Drogen		%	26,3	46,0	22,4	11,3	16,51	.001
§ zusammen		%						
Besuch von SHG	n=152	%	43,4	34,0	40,8	54,7	4,69	.096
Therapeutische Schritte	n=152	%	23,0	26,0	16,3	26,4	1,83	.400
§ SBS		%	21,1	18,0	20,4	24,5	0,68	.713
§ Antrag stationäre Therapie		%	17,8	22,0	14,3	17,0	1,04	.594
§ Antrag ambulante Therapie		%	8,6	4,0	10,2	11,3	n.b.	n.b.
§ bereits in Vorsorge		%	16,4	18,0	6,1	24,5	6,41	.041
§ bereits in Entwöhnung		%						
Summe professioneller therapeutischer Schritte	n=152	%	35,5	34,0	46,9	26,4		
§ 0		%	43,4	44,0	38,8	47,2		
§ 1		%	21,1	22,0	14,3	26,4	5,30	.259
§ 2 bis 4		%						

n.b. = nicht berechnet wegen geringer Fallzahl

4.2.2 Therapieschritte

Deutlichere Unterschiede zeichneten sich bei den therapeutischen Aktivitäten nach Krankenhausentlassung ab. Die Klientel aus dem EKA besuchte tendenziell häufiger Selbsthilfegruppen ($p=0.096$). Von insgesamt 25 Therapiebeginnern kamen 13 aus dem EKA ($p=0.041$). Der Konsum anderer Suchtmittel fand sich bei UKE-Patienten signifikant vermehrt ($p=0.001$).

Bei folgenden Kriterien waren aufgrund kleiner Fallzahlen keine verlässlichen Vergleichsberechnungen durchführbar: Als rückfallauslösend wurden 49 mal "private Probleme" genannt, davon 23 mal von UKE-Patienten. 28 mal wurde der "Versuch kontrollierten Trinkens" genannt, 20 mal "berufliche Probleme", 14 mal "soziale Verführung" und 24 mal "Sonstiges". Die Frage nach Gründen für Fehlschläge bei der Realisierung der geplanten Therapieschritte wurde im Freitext nur von 36 Patienten beantwortet. 18 von ihnen sahen die "Gründe in sich selbst". 9 mal wurde "Ärger mit Institutionen" genannt, 4 mal "Rückfall" und 3 mal das "soziale Umfeld". Von 64 Patienten, die nach Rückfall wieder "trocken" wurden, gaben 16 an, dies allein geschafft zu haben. Von 48 Patienten wurden Abstinenzhilfen genannt: 29 mal "Angehörige und nächstes soziales Umfeld", 17 mal "SBS und Selbsthilfegruppe", 9 mal "Hausarzt" und 30 mal "erneuter Klinikaufenthalt".

4.4 Ergebnisse mit dem Prognoseindex (PI)

4.4.1 Einzelparameter und Häufigkeitsverteilung des Prognoseindex

Der Prognoseindex kann maximal 12 Punkte betragen, wenn alle einzelnen Merkmale für einen ungünstigen Verlauf addiert werden. Tatsächlich wurden je einmal 9 und 10 als höchste Punktzahl erreicht. In der Überprüfung der Einzelparameter an der vorliegenden Gesamtstichprobe zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang mit dem Rückfallkriterium "Alkoholkonsum an mehr als einem Tag" bei 10 Merkmalen, insbesondere bei "Anzahl der Vorbehandlungen" und "Folgekrankheiten". Die Einzelparameter "ohne eigene Wohnung", "mehr als ein Jahr arbeitslos" und "Haftstrafe" wiesen keinen Zusammenhang auf.

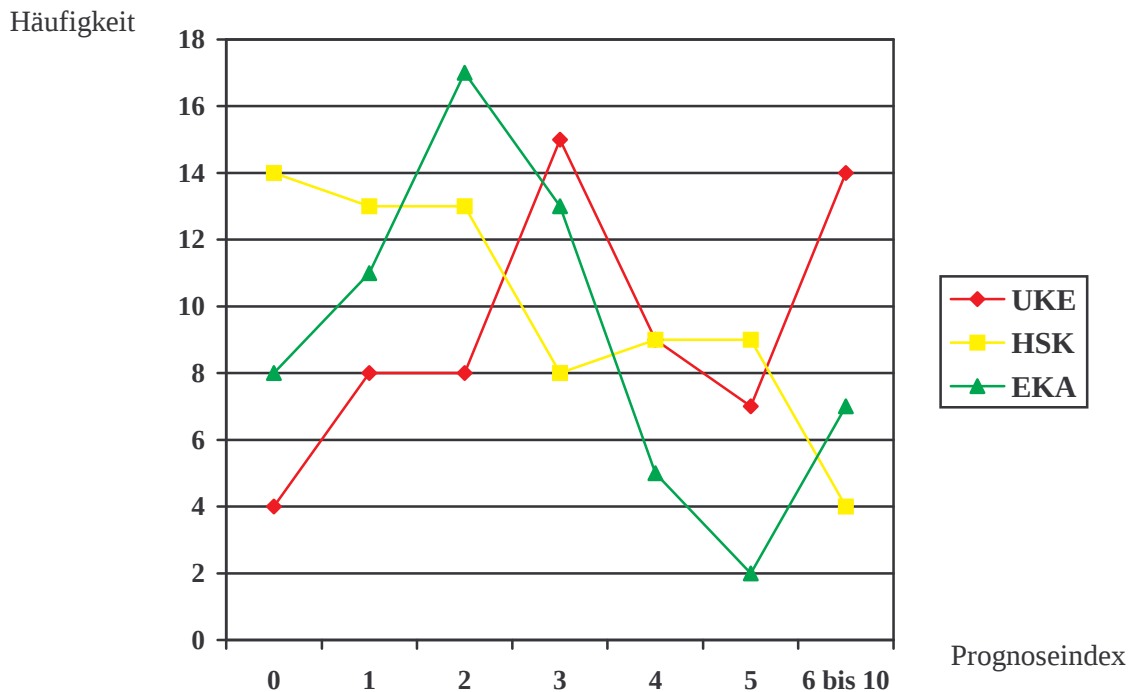
Die Häufigkeit der einzelnen Variablen und ihr Zusammenhang mit dem oben definierten Katamnesemerkmale für Rückfall wird in folgender Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Häufigkeit der einzelnen Prognoseparameter in der Gesamtstichprobe (n=198) und ihr Zusammenhang mit Rückfall im Katamnesezeitraum

Prognosemerkmal	Häufigkeit	phi-	p
		Koeffizient	
mindestens 1 Elternteil abhängig	47,1%	.20	.015
>10 Jahre abhängig	35,4%	.20	.013
manchmal oder oft Suizidgedanken	33,8%	.18	.031
zusätzliche Drogen- oder Medikamentenprobleme	26,3%	.15	.067
Beginn der Abhängigkeit vor dem 25. Lebensjahr	23,7%	.18	.026
psychiatrische Komorbidität	22,7%	.19	.020
> als drei Folgekrankheiten	21,2%	.28	.001
> als 1 Jahr arbeitslos	20,7%	.09	.254
> als 2 Angehörige suchtkrank	19,2%	.21	.009
> als 5 Entgiftungen oder > als 2 Entwöhnungen	18,2%	.34	.001
ohne eigene Wohnung	11,6%	.05	.549
Haftstrafe (verbüßt oder auf Bewährung)	9,6%	.07	.422

Betrachtet man die Verteilung der Prognoseindices auf die drei Kliniken, so ergibt sich folgendes Ergebnis:

Graphik 1: Häufigkeitsverteilung des Prognoseindex nach Klinik



Es lag keine Normalverteilung vor. Im angewandten Rangtestverfahren ließ sich eine statistisch signifikante Häufung der prognostisch ungünstigeren Klientel im UKE nachweisen (MR=120, KRUSKAL-WALLIS: Chi-Square=12,71; $p=.002$). Den Gegenpol stellten die Patienten in der Psychiatrie des HSK dar (MR=88), die sich jedoch kaum von denen der Inneren Medizin unterschieden (MR=91). Für weitere Berechnungen wurde der Prognoseindex dichotomisiert (2/3 : 1/3). Probanden mit den Punktwerten 0-3 bildeten die prognostisch günstigere Gruppe mit 132 Patienten (66,7%) gegenüber 66 Patienten (33,3%) mit prognostisch ungünstigeren Profil (Punktwerte 4-10). Der signifikante Unterschied zwischen den Institutionen bestätigte sich in der Kreuztabelle (Chi-Square 8,42; $df=2$; $p=.015$). Um UKE war die Verteilung fast 1:1 (53,8% : 46,2%), im Mittelfeld fand sich diesmal das HSK mit 68,6% : 31,4% und die meisten prognostisch günstigeren Patienten fanden sich in der Inneren Medizin (77,8% : 22,2%).

4.4.2 Zusammenhang zwischen Prognoseindex, anderen Merkmalen und Katamnese

Die folgenden Berechnungen wurden, soweit nicht anders angegeben, mit dem dichotomisierten Prognoseindex 0-3 und 4-10 durchgeführt. Das Kriterium "Rückfall" (definiert als "Alkoholkonsum an mehr als einem Tag im Katamnesezeitraum") und der Prognoseindex zeigten einen hohen Zusammenhang auf (Chi-Square 22,10; df= 1; p=.001), der sich bei der Überprüfung mit dem undichotomisierten PI im U-Test bestätigte (p=.001). Somit erwies sich der Index als "prädiktiv" für Rückfall in der vorliegenden Gesamtstichprobe.

In beiden Prognosegruppen (0-3 und 4-10) wurde die Häufigkeit einzelner soziodemographischer Merkmale, die ebenfalls von prognostischer Bedeutung sein könnten, untersucht und auf Verteilungsunterschiedlichkeit überprüft.

"Berufliche Qualifikation" (Chi-square=8,11; df=2; p=.018), "subjektive Medikamentenabhängigkeit" (Chi-square=5,2; df=1; p=.023) und "alleinlebend" (Chi-square=13,0; df=2; p=.002) zeigten einen signifikanten Zusammenhang mit den Prognosegruppen. "Geschlecht" und "Schulbildung" erwiesen sich als unabhängig. Auch der Sozialindex nach HOFFMANN et al. (Chi-square=42,67; df=2; p=.001) war deutlich unterschiedlich verteilt.

Es gab keinen statistisch relevanten Unterschied in den beiden Prognosegruppen zwischen Katamnesebeantwortern und Nichtbeantwortern (Chi-Square 0,35; df=1; p=.552).

Weitere katamnestische Angaben wurden mit dem Prognoseindex auf Zusammenhang untersucht. Der "Konsum anderer Suchtmittel" war häufiger in der prognostisch ungünstigeren Gruppe (Chi-square=10,34; df=2; p=.006). Die "Abstinenzzuversicht bei Entlassung" (Chi-square=24,3; df=1; p=.001) und "allgemeine Lebenszufriedenheit" (Chi-square=25,0; df=2; p=.001) waren in der prognostisch günstigeren Gruppe statistisch signifikant erhöht. Selbsthilfegruppen wurden von der prognostisch ungünstigeren Gruppe tendenziell seltener besucht (Chi-square=3,41, df=1, p=.065). Im Rangtest (MANN-WHITNEY U-Test) der SHG-Besucher und Nicht-Besucher mit den undichotomisierten Prognoseindices zeigte sich sogar ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang (p=.023). Keine bedeutsamen Unterschiede fanden sich bei den Kriterien "Therapieantrag gestellt", "Besuch von Beratungsstellen" und "Therapiebeginn". Es verwundert nicht, daß sich signifikant mehr Patienten mit ungünstigerem PI im Übergangwohnheim befanden. Die Ergebnisse in der Übersicht sind nachfolgender Tabelle 10 zu entnehmen. Wegen der schiefen Verteilung wurde auf die Darstellung von Mittelwert und Standardabweichung verzichtet.

Tabelle 10: Zusammenhang zwischen Prognoseindex und therapeutischen Aktivitäten im Katamnesezeitraum

Therapieschritt	PI - dichotomisierte Kreuztabelle			PI	U-Test
	chi-s	df	p		p
SHG	3,41	1	.065		.023
SBS	0,50	1	.480		.999
Antrag 1	1,31	1	.254		.214
Antrag 2	0,02	1	.894		.780
Vorsorge	n.b.	n.b.	n.b.		.001
Therapie	0,93	1	.336		.868

n.b. = nicht berechnet wegen zu kleiner Fallzahl; PI-dicho = dichotomisierter Prognoseindex;
U-Test = Rangtest nach Mann - Whitney

4.4.3 Klinikvergleich der prognostisch günstigeren Gruppe

Die prognostisch ungünstigere Gruppe (Prognoseindex 4-10) umfaßt 66 Personen, die sehr unterschiedlich auf die Institutionen verteilt sind. 30 Patienten, also fast die Hälfte, stammen aus dem UKE, 22 aus dem HSK und 14 aus dem EKA. Für zuverlässige statistische Berechnungen sind diese Untergruppen zu klein.

Die Gruppe mit dem günstigeren Prognoseprofil (Prognoseindex 0-3) besteht aus 132 Patienten. Im UKE finden sich die wenigsten mit einer Anzahl von 35, im HSK 48 und im EKA 49 Patienten. Im Institutionsvergleich hatten sich Unterschiede im Vergleich der krankheitsbezogenen Daten, im Behandlungsverfahren und in der Katamnese gezeigt. Die krankheitsbezogenen Variablen sind in die Bildung des Prognoseindex eingegangen. Die Differenzen zwischen den Kliniken in den beiden anderen Kategorien sollen nun mit der homogenen Prognosegruppe überprüft werden. Suchtberatungsstellen waren besonders häufig im EKA empfohlen worden, ambulante Therapieformen im UKE. Diese Unterschiede blieben auch bei alleiniger Berücksichtigung der prognostisch günstigeren Gruppe bestehen. Auch die Clomethiazolverordnung verblieb im EKA signifikant häufiger (Chi-Square 18,86; df= 2; p= .001).

Tabelle 11: Behandlungsempfehlungen im Klinikvergleich (prognostisch günstigere Gruppe, n=132)

Behandlungsempfehlung	Gesamt%	UKE %	HSK %	EKA %	chi-square	df	p
SBS	43,1	39,4	14,6	73,5	40,92	4	.001
Ambulante Therapie	28,0	51,4	16,7	22,4	13,33	2	.002
LZ-Therapie	33,8	27,3	31,3	40,8	1,84	2	.400

Im Katamnesevergleich hatte sich ein leichter Trend zu mehr SHG-Besuchen bei den EKA-Patienten gezeigt. Betrachtet man nur die prognostisch günstigere Gruppe, so läßt sich diese Tendenz nicht mehr nachweisen. Auch im Trinkverhalten, die "längste Abstinenzzeit in Tagen" betreffend, gab es keine Differenz mehr zwischen den Institutionen.

Die Unterschiede im Medikamenten- und Drogenkonsum blieben signifikant, waren aber abgeschwächt. Weiterhin fanden sich tendenziell mehr Therapiebeginner in der EKA-Gruppe. Der Unterschied war aber nicht mehr signifikant .

Eine Übersicht über die Katamneseergebnisse nur der prognostisch günstigeren Probanden findet sich in der Tabelle 12 auf der folgenden Seite.

Tabelle 12: Katamneseergebnisse im Klinikvergleich (nur prognostisch günstigere Gruppe, n= 103)

	Gesamt %		UKE %	HSK %	EKA %	chi- square	p
<i>Rückfall</i>	%	38,8	36,0	44,4	35,7	0,73	.693
<i>SHG</i>	%	48,5	44,0	50,0	50,0	0,28	.873
<i>SBS</i>	%	21,4	20,0	16,7	26,2	1,08	.582
<i>Antrag auf stationäre Therapie</i>	%	18,4	4,0	22,2	23,8	4,61	.100
<i>Antrag auf ambulante Therapie</i>	%	17,5	16,0	16,7	19,0	0,13	.939
<i>Therapiebeginn</i>	%	18,4	16,0	8,3	28,6	5,41	.067
<i>Summe professioneller therapeutischer Schritte</i>							
§ 0	%	37,9	52,0	44,4	23,8	7,70	.104
§ 1	%	44,7	36,0	44,4	50,0		
§ 2 und mehr	%	17,5	12,0	11,1	26,2		
<i>Medikamenteneinnahme</i>	%	14,6	4,0	19,4	4,8	,72	.058
<i>Drogeneinnahme</i>	%	6,8	12,0	8,3	2,4	n.b.	n.b.
<i>Medikamente und Drogen</i>	%	18,4	28,0	25,0	7,1	6,11	.048
<i>längste Abstinenzzeit</i>	MW St.D MR	71 26	70 28 48	71 25 48	73 25 50	0,17	.904

n.b. = nicht berechnet wegen zu kleiner Fallzahl; MW = Mittelwert; St.D = Standardabweichung; MR = mittlerer Rang

5 DISKUSSION

5.1 Methodik

Selbstaussagen von Alkoholpatienten sind in Studien (KREZDORN, 1989; KÜFNER, 1988; Übersicht bei WOLBER et al., 1990, ABEL, 1992) mehrfach untersucht und inzwischen als hinreichend valide und reliabel akzeptiert. Mit Fehlerquoten von 6-9% insbesondere bei Katamnesen zum Trinkverhalten (WOLBER et al., 1990) muß allerdings gerechnet werden. Bei konstantem Auftreten dürfte dieser Fehler in Vergleichsstudien nicht ins Gewicht fallen.

Die in dieser Arbeit angewandten und bereits in anderen Erhebungen erprobten Fragebögen wurden nach Abklingen der Entzugsserscheinungen von den Entgiftungspatienten in unterschiedlichem Umfang ausgefüllt. Trotz der einfach gestellten Fragen nach soziodemographischen und krankheitsbezogenen Daten wurden einige Items gar nicht oder unvollständig beantwortet, manchmal sogar widersprüchlich. Solche unklaren Daten wurden als "missing data" eingegeben. Von Interesse wäre hier weiter zu untersuchen, ob das Ausmaß der "missing data" eher mit den Nachwirkungen eines Entzugssyndroms zusammenhängt, also eines akuten vorübergehenden Geschehens mit Konzentrationsschwäche und Nachlassen der kognitiven Fähigkeiten oder mit vorbestehenden Faktoren wie Sozialindex, Prognoseparametern oder der Merkmalsliste für "chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke" (HILGE, SCHULZ, 1999).

Die Datenqualität der Behandlungsdokumentationen und der somatischen Fragebögen anhand ärztlicher Unterlagen ist nicht einheitlich. Idealerweise wäre jeder Proband von einem Psychiater/Psychologen und einem somatisch orientierten Mediziner untersucht worden. Aufgrund der unterschiedlichen Fachrichtungen der Ärzte in den Kliniken und ihrer unterschiedlichen Schwerpunkte und Untersuchungsmethoden könnte es zu Verzerrungen kommen.

WATZL (1979) wies auf vier Fehlerquellen bei Bewertungen von Abstinenzraten nach (Entwöhnungs-) Behandlung hin: Vorselektion der Patienten, nicht berücksichtigte Behandlungsabbrüche, Patientenschwund in der Katamnese und die Art der Katamneseerhebung. Selektionseffekte können beispielsweise durch unterschiedliche Wartezeiten der Kliniken entstehen. In beiden psychiatrischen Erhebungsorten dieser Studie wurde nach Warteliste aufgenommen. In der internistischen Abteilung gab es zwar keine zentrale Warteliste, aber dennoch Wartezeiten bis zu einigen Tagen (nach Auskunft einiger Patienten). Genaue Daten hierzu sind in dieser Studie nicht erhoben worden. Es bleibt aber

fraglich, ob dadurch ein relevanter Selektionseffekt entstehen konnte. "Suchtmittelfreiheit" galt in allen Institutionen nicht als Vorbedingung für eine stationäre Aufnahme und einige Tage Wartezeit sind überbrückbar. Andererseits gibt es Patienten, denen aus körperlichen, psychischen oder sozialen Gründen auch nur wenige Tage Überbrückungszeit schwer fallen und die eine sofortige Aufnahme wünschen. Häufig wenden sich diese Patienten an Notaufnahmen von Allgemeinkrankenhäusern, wo sie für einige Stunden oder Tage aufgenommen werden. Da das EKA nicht über eine Notaufnahme verfügt und nur über Zuweisung aufnimmt, war diese Aufnahmeart eher selten. Der Aufnahmemodus kann daher in allen drei Institutionen mit den Vorbedingungen "ärztliche Einweisung" und "Anmeldung" als ungefähr gleichrangig niederschwellig angesehen werden.

Ein weiterer Selektionseffekt könnte sich durch zuweisende Stellen oder Empfehlungen ergeben (Hausarzt oder psychiatrischer Facharzt, Notarzt der KV, Hamburger Bettennachweis, Suchtberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen). Darüber wurden keine genauen Angaben erhoben, aber es gibt Daten über die zur Behandlung drängenden Personen und/oder Institutionen. Hier zeigten sich keine relevanten Unterschiede. In erster Linie waren es Angehörige und Freunde der/des Betroffenen. Die Postleitzahlen geben Aufschluß über die Einzugsgebiete der Kliniken. So kommen 50% der Probanden im HSK aus ländlichen und kleinstädtischen Gebieten mit vermutlich stärkerer sozialer Kontrolle und mit günstigerer Prognose für Männer (KÜFNER, 1986). Um der Gesamtheit der Selektionseffekte im Klinikvergleich Rechnung zu tragen, wurde den Probanden ein Prognoseindex zugeordnet. Er umfaßt die bekanntesten prognostisch ungünstigen Merkmale aus soziodemographischen und krankheitsbezogenen Bereichen und wird in dieser Arbeit erprobt.

Nach WATZL (1979) ergeben sich auch aus Behandlungsabbrüchen und niedrigerer Rücklaufquote von meist prognostisch ungünstigen Patienten ins Positive verzerrte Ergebnisse. In diese Studie wurden aufgrund der Fragestellung nur die am QE teilnehmenden Alkoholkranken aufgenommen. Es handelte sich also bereits um eine Vorauswahl von Patienten mit einer Mindestbehandlung von zwei Wochen. Die Verlustquote bei der Katamnese wird durch Angabe der liberalen und konservativen Berechnungen in der Diskussion berücksichtigt.

Die Form der postalischen Katamneseerhebung ist hinreichend aussagekräftig. Nach KÜFNER (1988) bestehen keine wesentlichen Unterschiede zwischen persönlicher und schriftlicher Befragung (Differenz unter 3%).

5.2 Basisdaten

5.2.1 Soziodemographische Daten

In ihren soziodemographischen Merkmalen unterscheiden sich die Alkoholkranken in den drei untersuchten Kliniken nicht. Vermutungen, daß in der Universitätsklinik gebildeter und sozial besser gestellte Patienten zur Behandlung kommen, lassen sich nicht bestätigen. Allerdings wurden in dieser Studie nur Kassenpatienten berücksichtigt. Rund 37% aller Probanden waren arbeitslos.

1984 wurden Entgiftungspatienten dreier psychiatrischer Kliniken in Hamburg mit Entwöhnungspatienten verglichen (JOHN, 1984). Damals fand sich eine niedrigere Arbeitslosenquote von ca. 26% bei den Entzugspatienten. Der Anteil der Alleinlebenden, der Patienten ohne Schulabschluß und ohne Berufsausbildung war geringfügig niedriger. In einer anderen Erhebung am UKE in Hamburg waren 49% der alkoholkranken Patienten arbeitslos (SCHWOON et al., 1989). Auch in der Stichprobe eines Berliner Krankenhauses von BONSELS-GÖTZ (1984) waren 50% der Alkoholkranken arbeitslos. Bereits beim Vergleich von Großstadtpatienten untereinander und zu verschiedenen Zeitpunkten zeigt sich ein unterschiedliches Vorkommen von als prognostisch relevant angesehenen Merkmalen. Betrachtet man die Verteilung dieser Parameter in anderen Studien, so finden sich bei der Klientel der psychiatrischen Landeskrankenhäuser 44,2% Arbeitslose (WIENBERG, 1993) und in Suchtfachkliniken nur 22,8% Arbeitslose (KÜFNER, 1986). "Ohne eigene Wohnung" waren bei WIENBERG 12%, bei KÜFNER 4%. Bei der Tübinger Klientel waren 7% ohne eigenen Wohnraum und 27% arbeitslos (STETTER, MANN, 1997).

5.2.2 Krankheitsbezogene Daten

Bei dem Vergleich der krankheitsbezogenen Merkmalen zeigten sich relevante Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Die Patienten der Universitätspsychiatrie wiesen ein früheres Einstiegsalter auf, eine längere Dauer vermehrten Alkoholkonsums und sie hatten etwas mehr stationäre Behandlungen (Trend bei der Anzahl der Entgiftungen) hinter sich. Der hohe Anteil Polytoxikomaner und die Häufung bei der Angabe von Suizidversuchen, alkoholbedingten Unfällen und Magenerkrankungen spricht für eine Klientel mit Chronifizierungstendenz und Folgekrankheiten. Unterstützend für diese Schlußfolgerung kann der Vergleich des TAI herangezogen werden, wo sich signifikant höhere Angaben für "Schweregrad des Trinkens" und "Schädigung" bei den Patienten im UKE fanden. Auffallend war die gleichzeitig seltenere

Angabe von Leberschädigungen in dieser Gruppe, zumal sich keine bedeutsamen Unterschiede in der durchschnittlichen Trinkmenge und im Trinkstil feststellen ließen. Zumindest teilweise ließe sich das durch den relativ hohen Prozentsatz an weniger lebertoxischem Medikamenten- und Drogenkonsum in dieser Gruppe erklären. Auch der Vergleich der somatischen Daten im nächsten Kapitel zeigt ein ähnliches Ergebnis. Es scheint sich um eine Klientel mit langem Krankheitsverlauf, Zweiterkrankungen und sozialen Komplikationen zu handeln.

Somit kann die Hypothese bestätigt werden, daß sich im Universitätskrankenhaus Patienten mit kompliziertem Krankheitsverlauf einfinden. Die Patienten der Inneren Medizin wiesen ein späteres Einstiegsalter auf als die Psychiatriepatienten im HSK, aber hatten etwas mehr Folgeerkrankungen angegeben. Diese Unterschiede waren jeweils nur geringfügig.

5.2.3 Behandlungsverfahren

Datenquelle waren Patientenakten, Stationsarzt und Suchttherapeut der drei Stationen. Die Ergebnisse sollten jeweils im Zusammenhang mit den Besonderheiten und Traditionen der Kliniken gesehen werden. In der Psychiatrie des UKE gab es früher strengere Aufnahmekriterien für entzugswillige Alkoholranke. Der Patient mußte nüchtern zur Aufnahme erscheinen. Auch jetzt kamen im UKE nur wenige der Patienten alkoholisiert zur Aufnahme. Hier spielen neben einer hohen Rate an Medikamenteneinnehmern auch die täglichen telefonischen Kontakte vor Aufnahme eine Rolle. Sie könnten sich motivierend für Konsumabbau und Nüchternheit zum Aufnahmezeitpunkt ausgewirkt haben. In der Psychiatrie des HSK finden sich die höchsten Promillezahlen bei Aufnahme, erklärbar durch die höchste Quote an Notaufnahmen (17%), die das Krankenhaus pflichtgemäß versorgen muß.

Clomethiazol wurde am häufigsten in der Inneren Medizin verordnet (79%), in den psychiatrischen Abteilungen nur etwa jedem zweiten Patienten. In der Literatur fand sich bei Untersuchungen auf psychiatrischen Entzugsstationen der Einsatz oraler Clomethiazoltherapie bei 36,8% (MANN, STETTER, 1995) und 38% (MAY, 1986). In einer Untersuchung von NELL 1993 wurden im Rahmen von Entgiftungsbehandlungen in psychiatrischen Kliniken bis zu 62% Sedativa verordnet (Benzodiazepine und Clomethiazol). Die Dauer der Clomethiazolgabe lag im EKA mit 5,5 Tagen am niedrigsten und deutlich unter der wegen Suchtrisikos empfohlenen maximalen Behandlungsdauer von 10-14 Tagen. Dies spricht für die Hypothese, daß Patienten in der Inneren Medizin mehr somatisch behandelt werden und

somit bereits bei leichten Entzugsserscheinungen ärztlich angeordnet Clomethiazol erhalten - wenn auch nur für wenige Tage - während dieses Stadium von psychiatrisch geschultem Pflegepersonal anders abgefangen werden könnte. Allerdings fehlen genaue Angaben über die Stärke der Entzugssymptomatik, z.B. mittels einer Schwereskala des Alkoholentzugssyndroms. Auch gibt es keine Vergleichszahlen von diagnostischen Maßnahmen wie Sonographie und Endoskopie. In der Inneren Medizin des EKA wurde regelmäßig eine Sonographie zur Leber/Pankreasbeurteilung durchgeführt.

Die Empfehlungen zur Weiterbehandlung hatten unterschiedliche Schwerpunkte. Im UKE wurde die ambulante Therapie favorisiert. Erklärbar ist dies einerseits durch die Klientel mit längerer Krankheitsdauer und häufigeren stationären Behandlungen. Sie ist insbesondere die Zielgruppe, die im üblichen System der "therapeutischen Kette" keinen Anspruch mehr auf Finanzierung weiterer Entwöhnungstherapien hat. Es kommt hinzu, daß die ambulante Therapie als Nachsorge im eigenen Haus organisiert ist. Im HSK wurden nur wenige Patienten an Suchtberatungsstellen verwiesen. Dies begründet sich zum einen durch den bereits bestehenden SBS-Kontakt bei 44% der Patienten und zum anderen durch die Möglichkeit, Therapieanträge vom Sozialdienst im Hause bearbeiten zu lassen. Suchtberatungsstellen mußten dafür nicht extra aufgesucht werden. Auch war die Organisation der An- und Abfahrten bei dürftigen Nahverkehrsverbindungen erschwert. So konnte ein Großteil der HSK-Patienten Therapieanträge im Krankenhaus fertigstellen und bei Entlassung bereits einen Aufnahmetermin zur Entwöhnung zumindest in Aussicht haben. In der Inneren Medizin des EKA wurde der Besuch von Suchtberatungsstellen am häufigsten empfohlen und von Station aus auch tatsächlich durchgeführt. Diese Gruppe hatte vor Aufnahme seltener Kontakt zum suchtspezifischen Hilfesystem und wurde angehalten, sich damit vertraut zu machen. Auch für die Antragstellung waren SBS-Besuche unerlässlich. Von daher läßt sich die hohe Zahl der SBS-Empfehlungen und Besuche erklären. Verlegungen in Übergangseinrichtungen wurden im EKA am häufigsten vorgenommen. In allen Einrichtungen wurden Selbsthilfegruppen, Lang- und Kurzzeittherapien gleichermaßen empfohlen.

5.2.4 Somatische Daten

Die Auswertung der Krankenakten zeigte ähnliche Ergebnisse wie die der Patientenselbstangaben. Eine signifikante Häufung von akuten und chronischen Erkrankungen fand sich bei den Alkoholkranken im UKE. Dabei handelte es sich weniger um typische Alkoholfolgekrankheiten, sondern - von den akuten gastrointestinalen Störungen und Folgen

am zentralen Nervensystems abgesehen - um anderweitige Erkrankungen wie Atemwegserkrankungen, degenerative Wirbelsäulenleiden und Stoffwechselstörungen. Psychiatrische Komorbidität und Herz-Kreislauserkrankungen tauchten hier ebenfalls am häufigsten auf. Aktuelle Lebererkrankungen wurden dagegen auffallend selten diagnostiziert. Diese Ergebnisse wurden sowohl durch die niedrigeren Werte von GOT und GPT als auch die Selbstangaben der Patienten (s. Kapitel 5.2.1) gedeckt. Dennoch ist zu vermuten, daß ein höherer Prozentsatz der Patienten einen chronischen Leberschaden hat, der subjektiv keine Beschwerden verursachte und daher nicht zu weiterer aktueller Diagnostik Anlaß gab. Bei diesen Patienten scheinen im Krankheitsverlauf Symptome anderer Zweiterkrankungen in den Vordergrund getreten zu sein. Typische Alkoholfolgekrankheiten an Leber und Magen waren am häufigsten bei den Probanden in der Inneren Medizin festgestellt worden. Bei den Patienten des HSK standen ebenfalls aktuelle Lebererkrankungen im Vordergrund, untermauert durch hohe Transaminasenwerte. Diese Ergebnisse sprechen für eine "leberstabilere", aber psychisch und chronisch kränkere Klientel im UKE, auch unter Berücksichtigung, daß in den drei Kliniken keine einheitliche standardisierte Aufnahmeuntersuchung durchgeführt wurde und keine einheitliche Aktenführung bestand.

Bereits 1985 fand NIEDER in seiner vergleichenden Prävalenzstudie zu Alkoholkrankheit in den Kliniken für Psychiatrie, Innere Medizin und Chirurgie der Medizinischen Hochschule Lübeck beträchtliche Unterschiede bei den Patienten. In der Psychiatrie überwogen die schweren Formen und Spätstadien der Erkrankung mit Leberschäden, Polyneuropathie und Delirien.

Vergleicht man die im Großstadtraum befindlichen Kliniken des EKA und des UKE, kommen in der Inneren Medizin mehr Entzugspatienten zum QE, deren Suchterkrankung noch am Anfang steht. Gründe hierfür sind im Einweisungsverfahren der niedergelassenen Haus- oder Notärzte zu vermuten. In Interaktion mit dem jeweiligen Patienten könnten Abwehrtendenzen und Stigmatisierung durch Psychiatrieaufenthalt eine Rolle spielen. Das heißt nicht, daß generell "krankheitsjüngere" Alkohol Kranke in die Innere Medizin eingewiesen werden. 101 suchtkranke Patienten – fast die doppelte Zahl der Studienpatienten – wurden im Erhebungszeitraum in der internistischen Abteilung noch zusätzlich behandelt, die vielleicht auch fortgeschrittenere Krankheitsbilder aufwiesen, aber die Einschlußkriterien nicht erfüllten. In den psychiatrischen Stationen waren es 50 Patienten im HSK und 36 Patienten im UKE.

5.3 Katamnesedaten

Es gab keine signifikanten Unterschiede im Trinkverhalten bis auf die Angabe der längsten Abstinenzzeiten bei den EKA-Patienten. Diese gaben auch tendenziell häufiger SHG-Besuche an und befanden sich signifikant häufiger zum Zeitpunkt der Nachbefragung bereits in Therapie. Andere Suchtmittel wurden vermehrt von den Patienten des UKE eingenommen. Die Ergebnisse verwundern nicht, wenn man die unterschiedliche Zusammensetzung der Klinikgruppen berücksichtigt. Der größte Anteil Polytoxikomaner fand sich in der UKE-Gruppe. Die mehr am Anfang der Suchterkrankung stehenden QE-Absolventen der Inneren Medizin sind therapieaktiver. Diese Ergebnisse wurden anhand des Prognoseindex und Bildung einer prognostisch gleichwertigen Stichprobe überprüft (s. u.)

Tabelle 13 zeigt die Studienergebnisse im Vergleich mit bisherigen Kurzzeitkatamnesen nach QE in psychiatrischen Abteilungen.

Tabelle 13: Qualifizierter Entzug im Vergleich

	Gesamt- stichprobe	Rücklauf- quote	Katamne- szeit	Abstinenzquote konservativ	Therapiequote konservativ	
					SHG	Entwöhnung
Veltrup 1993 (Lübeck)	145	67%	4 Monate	40,7	19%	3%
Mann 1995 (Tübingen)	130	92%	8 Monate	n.u.		52%
Folgestudie 1997	529	89%	8 Monate	46%		46%
Leiss 1990 (Tübingen)	81	91%	6 Monate	37%		54%
Vorliegende Studie 1997 (Hamburg)	198	76,8%	3 Monate	36,8	33%	12,6%
Nur EKA 1997 (Hamburg)	63	84%	3 Monate	49%	46%	21%

Betrachtet man das Ergebnis der Gesamtstichprobe, so liegen die Ergebnisse im Outcome zwischen denen der Lübecker Stichprobe mit 4-monatigem Katamnesezeitraum (VELTRUP, 1993) und den Ergebnissen der Tübinger Untersuchung mit 8-monatigem Katamnesezeitraum (MANN, 1997), wo 46% eine Entwöhnungsbehandlung nach QE angetreten hatten.

Zu berücksichtigen sind die prognostisch relevanten soziodemographischen und krankheitsbezogenen Merkmale der Stichproben. In der vorliegenden Studie wurde aus diesem Grund der zusammengefaßte Prognoseindex als zusätzlicher Vergleichsparameter eingeführt. Derselbige konnte für die anderen Studienpatienten wegen unterschiedlich erhobener Angaben nicht summiert werden. Beim Vergleich einzelner soziodemographischen Variablen zeigten sich aber Unterschiede. Der Anteil der Erwerbstätigen in der Tübinger Stichprobe ist beispielsweise mit 60% fast so hoch wie der der Fachklinik-Patienten in der Erhebung von KÜFNER (1986). In der vorliegenden Gruppe liegt die Quote der Erwerbstätigen bei 44%. Nur 30,5% sind verheiratet oder leben in fester Partnerschaft, bei der Tübinger Klientel waren es 45%.

5.4 Diskussion zum Prognoseindex

Die Einführung eines Prognoseindex in dieser Studie soll dem Ziel dienen, die Stichproben hinsichtlich ihrer Prognose zu differenzieren und somit Selektionseffekte beim Klinikvergleich aufzudecken. Der hier eingesetzte Index zeigte einen hochsignifikanten Zusammenhang zum Rückfallkriterium ("Alkoholkonsum an mehr als einem Tag im Katamnesezeitraum"), weniger stark zu dem "Besuch von SHG" und keinen zu anderen "therapeutischen Schritten nach Entlassung". Er ist somit im vorliegenden Gruppenvergleich für die kurzzeitige Rückfallprognose anwendbar, für Einzelvoraussagen allerdings nicht zulässig, da 10 Patienten aus der prognostisch ungünstigeren Gruppe nicht rückfällig waren.

Auch die ausgewählten Einzelvariablen wurden auf Zusammenhang mit dem Rückfallkriterium überprüft und es fanden sich dabei bemerkenswerte Unterschiede zu den bisherigen Untersuchungen. Arbeitslosigkeit ("länger als ein Jahr") war in dieser Stichprobe nicht signifikant mit "Rückfall" kombiniert, entgegen einer Vielzahl anderer Studien (ROHDE, 1996; Übersicht bei SÜSS, 1988). Dasselbe gilt für die Kriterien "Haftstrafe" und "ohne eigenen Wohnraum". Eine Erklärungsmöglichkeit könnte sein, daß die betreffenden Patienten im Katamnesezeitraum bereits eine stationäre Therapie angetreten hatten oder in der Vorsorge aufgenommen waren. Der Nachbeobachtungszeitraum von drei Monaten ist für die Überprüfung von Prognosemerkmalen, die Langzeitkatamnesen bis zu 4 Jahren entstammen,

daher zu kurz gefaßt. Zudem könnte es sein, daß sich Prädiktoren im Laufe der Zeit und des gesellschaftlichen Wandels ändern. In der vorliegenden Studie wurde beispielsweise das Kriterium "alleinstehend" nicht mit in den Index aufgenommen, weil rund 70% "ledig" oder "getrennt/geschieden" waren. Die Untersuchungen zu Prognoseparametern sind z.T. 20-30 Jahre alt.

Der hier vorgestellte Prognoseindex umfaßt daher breitgefächert soziodemographische Parameter, Merkmale aus der Krankheitsgeschichte und familiäre Belastung. Die für den vorliegenden Klinikvergleich bedeutsamen Einzelvariablen entstammen dabei eher den krankheitsbezogenen Kriterien.

Entsprechend den bisher aufgeführten Ergebnissen zeigte sich im Klinikvergleich eine Häufung der prognostisch ungünstigeren Patienten in der Psychiatrie der Universitätsklinik. Dem gegenüber standen die Patienten in der Inneren Medizin mit günstigerer Prognose. Die Klientel in der Psychiatrie des HSK stellte ein Mischbild dar. Es ergibt sich die Frage, ob sich in der Universitäts-Psychiatrie auch eine Häufung von chronisch mehrfach beeinträchtigten Alkoholkranken findet. Eine diesbezügliche Merkmalsliste zur Definition dieser Subgruppe ist von der ARBEITSGRUPPE CMA vorgeschlagen (1999) und mehrfach erprobt worden (u.a. SCHLANSTEDT, SCHU, 1999). Sie umfaßt die Kriterienbereiche "Konsumverhalten", "Behandlungserfahrung", "soziale und rechtliche Situation" und "gesundheitliche Situation". Da bereits das alleinige Vorliegen einer "Fettleber", einer "chronischen Gastritis" oder eines "schlechten Zahnstatus" zu einer Punktvergabe für den Bereich "Gesundheit", das alleinige Vorliegen von "Sozialhilfeempfang als Lebensunterhalt" oder "alleinstehend und ohne feste Partnerschaft" für den Punkt "soziale Situation" genügt, und das geforderte "Konsumverhalten" von "Spiegeltrinken oder mindestens monatliche Exzessen über ein Jahr" bei einem Großteil der Studienpatienten vorliegt, würde schätzungsweise über die Hälfte der Studienteilnehmer nach diesen Kriterien als CMA-Patienten eingestuft werden können. Auch die Klienten in der Untersuchung von SCHLANSTEDT und SCHU (1999) wiesen in diesen Bereichen hohe Punktzahlen auf. Eine strengere Auswahl von Kriterien, die in einer Voruntersuchung schon auf ihre Trennschärfe untersucht und ausgewählt wurden, liegt in der "Braunschweiger Merkmalsliste (BML)" (HILGE, SCHULZ, 1999) vor. Sie umfaßt 11 Items zur sozialen Situation, Behandlungsvorgeschichte und psychiatrisch-neurologischem Befund. Auch die BML hätte in dieser Studie zur genaueren Stichprobenbeschreibung angewandt werden können. Vermutlich handelt es sich um eine Teilmenge der prognostisch ungünstigeren Gruppe, da einige Items übereinstimmen.

Im wiederholten Klinikvergleich nur der prognostisch günstigeren Gruppe ließen sich die zuvor gefundenen Unterschiede bezüglich des Trinkverhaltens nicht mehr nachweisen. Die längste Abstinenzzeit in Tagen war nun bei allen Patienten gleich (MW 71 Tage). Bestehen blieb die gehäufte Einnahme von Medikamenten und Drogen in der UKE-Gruppe bei bekannt hohem Prozentsatz an Polytoxikomanen im UKE und ein tendenziell häufigerer Therapieantritt in der EKA-Gruppe. Es kristallisierten sich auch Behandlungseigenheiten der drei Kliniken heraus. Statistisch bedeutsam verblieb die häufige Empfehlung für Suchtberatungsstellen im EKA. Möglicherweise wird während der Motivationsbehandlung in der Inneren Medizin mehr "Therapiedruck gemacht" und auf eine weiterführende Behandlung verwiesen, denn die psycho- und soziotherapeutische Aufarbeitung der Suchtproblematik ist nicht ihre primäre Aufgabe. Zudem könnte sich ein Patient gerade durch die Behandlung und Akzeptanz als "Kranker wie jeder Andere" in der Inneren Medizin, die sachliche Konfrontation mit seinen somatischen Folgeschäden und die suchtspezifische Behandlung in der Krankenhausatmosphäre doch dazu bewegen lassen, weitere Behandlungsschritte zu unternehmen. Die ambulante Therapie blieb auch für die prognostisch günstigere Gruppe im UKE die Therapie der Wahl. Zum einen mag das an der bereits erwähnten hausinternen Nachsorge liegen, zum anderen an der geeigneten Klientel. Das Trinkverhalten wurde durch die unterschiedlichen Behandlungsstrategien nicht beeinflusst, was dafür sprechen könnte, daß vorbestehende, nicht beeinflussbare Merkmale aus Krankengeschichte und sozialem Umfeld bedeutsamer für die Prognose waren als die verschiedenen Behandlungsstrategien.

Zu vereinfachen wäre der Vergleich mit anderen Katamnesen anhand eines allgemein angewandten Prognoseindex. Die Patientenpopulationen bisheriger Studien sind sehr unterschiedlich beschrieben. Detailliert und daher am ehesten vergleichbar erscheinen die bereits oben erwähnten Tübinger Untersuchungen. Hier wurden zusätzliche Suchtproblematik und psychiatrische Diagnosen, Sucht bei Angehörigen, Suizidversuche und Verkehrsdelikte miterhoben. Eine genaue Anpassung ist jedoch nachträglich aus den zur Verfügung stehenden Daten nicht möglich. Wünschenswert wäre die Anwendung eines einfach zu erhebenden, breit gefächerten Prognoseindex zur genaueren Stichprobenbeschreibung. Als Beispiel könnte der vorliegende und bereits in dieser Vergleichsstudie erprobte Prognoseindex dienen.

Die Ergebnisse anhand des Prognoseindex zeigten zudem, daß der QE in einer internistischen Abteilung ebenso effektiv ist wie der in psychiatrischen Abteilungen. Es ließ sich nachweisen, daß er insbesondere in der Inneren Medizin von einer Klientel im Anfangsstadium der Erkrankung mit günstigerer Prognose genutzt wurde. Gerade diese Patienten können sehr gut vom Therapieangebot des QE profitieren. Da die meisten Alkoholkranken zunächst in der Inneren Medizin entgiften, könnten über eine Verbreitung des

QE in internistischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern weitaus mehr Patienten einer suchtspezifischen Behandlung zugeführt werden als bisher. Der QE in der Inneren Medizin kombiniert die medizinische Basisversorgung und das suchtspezifische Hilfesystem und ist daher als Instrument der "Frühintervention" zur Verbesserung der Suchtkrankenhilfe zu empfehlen.

6 ZUSAMMENFASSUNG

198 am qualifizierten Alkoholentzug teilnehmende Patienten dreier Kliniken wurden hinsichtlich soziodemographischer, krankheitsbezogener und somatischer Daten untersucht. Es erfolgte eine Behandlungsdokumentation während des stationären Aufenthaltes und eine postalische Katamnese nach 3 Monaten.

Bei den Erhebungsorten handelte sich um zwei psychiatrische Abteilungen, eine davon einer Universität zugehörig, und eine internistische Abteilung. Die Patienten unterschieden sich nicht in ihren soziodemographischen Merkmalen. Bei den krankheitsbezogenen Kriterien zeigten sich signifikante Differenzen zwischen Patienten des Universitäts-Krankenhauses und der anderen beiden Kliniken. Erstere hatten ein früheres Einstiegsalter und wiesen mehr Zweit- und Folgeerkrankungen auf. Unterschiede zeigten sich auch bei den Behandlungsstrategien. In der Universitätspsychiatrie wurden überwiegend ambulante Therapieformen empfohlen, in der Inneren Medizin der Kontakt zu Suchtberatungsstellen favorisiert.

Ca. 37% der Gesamtstichprobe verblieben über den Katamnesezeitraum abstinent ohne statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen den Institutionen. Jedoch war die "längste Abstinenzzeit in Tagen" bei den Patienten aus der Inneren Medizin signifikant länger, sie hatten auch am häufigsten eine Entwöhnungstherapie angetreten.

Nach Einführung des Prognoseindex fanden sich die prognostisch ungünstigeren Patienten statistisch signifikant gehäuft in der Universitätspsychiatrie im Vergleich zu den beiden anderen Kliniken. Der Klinikvergleich wurde mit 132 Patienten, die der prognostisch günstigeren Gruppe angehörten, wiederholt. Die Ergebnisse wiesen im Katamnesenvergleich keine Unterschiede mehr auf, bei den Behandlungsdokumentationen bestätigten sich die unterschiedlichen Strategien. Das spricht dafür, daß der Klinikvergleich z.T. durch die unterschiedliche Verteilung der Risikogruppen beeinflusst war. Ein allgemein anerkannter Prognoseindex könnte durch genauere Stichprobenbeschreibung ähnliche Vergleichsstudien von Katamnesen und Erfolgsquoten erleichtern.

Schließlich konnte anhand dieser Untersuchung die Effizienz des QE in der Inneren Medizin überprüft werden. Gerade hier besteht die Chance der Frühintervention in der medizinischen Basisversorgung und somit die Möglichkeit, durch eine erweiterte Entzugsbehandlung in der Inneren Medizin die Versorgung Suchtkranker zu verbessern. Es wäre zu wünschen, daß dieses Angebot Verbreitung findet.

7 LITERATUR

Abel MF (1992) Eine prospektive Untersuchung zur Reliabilität trinkanamnestischer Angaben von Alkoholpatienten. Med. Dissertation. Eberhard-Karls-Universität Tübingen

Arbeitsgruppe CMA (1999) Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch Mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen. Sucht 45: 6-13

Auerbach P, Melchertsen K (1981) Zur Häufigkeit des Alkoholismus stationär behandelter Patienten aus Lübeck. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 5: 223-227.

Aßfalg R, Schneider G, Alt C (1975) Aufbau einer Alkoholikerstation in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus. Ein Erfahrungsbericht. Nervenarzt 46: 404-407.

Böhme K, Kellermann B, Moßler A (1979) Zur psychiatrischen Therapie von Alkohol- und Medikamentenabhängigen in Hamburg. Hamburger Ärzteblatt 12: 467-469.

Bode JC (1993) Alkoholabusus als Krankheitsursache in einer Abteilung für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Hepatologie. Leber Magen Darm 23: 244-250.

Bonsels-Götz C, Bess R (Hrsg.) (1984) Alkoholismus, Behandlung in der Klinik. Eine empirische Untersuchung. Berlin-Verlag Spitz, Berlin.

Brenk-Schulte E (1987) Therapiemotivation unter besonderer Berücksichtigung der Alkoholismustherapie. Eine Analyse der einschlägigen wissenschaftlichen Literatur. In: Brenk-Schulte E; Pfeiffer W (Hrsg.) Therapiemotivation in der Behandlung des Alkoholismus. München, pp 1-57

Christ J (1996) Differentialdiagnostik bei Alkoholkranken anhand medizinischer Daten und psychologischer Leistungstests. Dissertation. Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Hamburg.

Deigner S, Reitze R, Horsch A (1995) Ergebnisse einer kombinierten Behandlung Alkoholabhängiger durch ein Akutkrankenhaus und eine externe Beratungsstelle. Sucht 41: 342-347.

Dilling H, John U, Hapke U, Rumpf HJ, Hill A (1996) Epidemiologische Untersuchungen zum Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus und der Praxis des Hausarztes. Nervenheilkunde 15: 482-485.

Feuerlein W, Ringer C, Küfner H, Antons K (1977) Diagnose des Alkoholismus. Der Münchner Alkoholismustest (MALT). Münch. Med. Wschr. 119: 1275-1282.

Fichter MM, Frick U (1992) Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit: Auswirkungen auf Patient und Angehörige. Springer, Berlin Heidelberg New York (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Bd 69)

Funke J, Funke W, Klein M, Scheller R (1998) Überprüfung der faktoriellen Struktur und teststatistischen Eigenschaften des "Trierer Alkoholismusinventars" (TAI). Sucht 44: 34-41

Funke W (1987) Differentielle Diagnostik bei Alkoholauffälligen. Suchtgefahren 39: 321-329

Gerke P (1995) Alkoholfolgekrankheiten im Patientengut des Allgemeinkrankenhauses. Med. Dissertation, Med. Hochschule Lübeck

Grohe G (1995) Entscheidungsdiagramm für die voraussichtlich erforderliche Dauer einer Alkoholentwöhnungsbehandlung. In: Fleischmann H, Klein HE (Hrsg.) Behandlungsmotivation. Motivationsbehandlung. Lambertus-Verlag, Freiburg pp 81-88

Geisler J (1992) Alkoholismusscreening im Allgemeinkrankenhaus. Med. Dissertation. Medizinische Hochschule Lübeck

Golks S (1995) Kognitive Störungen bei Alkoholkranken in Abhängigkeit von Suchtentwicklung, Trinkverhalten und Alkoholfolgeerkrankungen. Dissertation. Universität Hamburg

Grischke-Silber J, Kling U, Rave-Schwank M (1995) Zur Behandlung Suchtkrankender in einer psychiatrischen Abteilung. Psychiat. Prax. 22: 193-196

Hänsel D (1980) Gedanken zum Verlauf der Motivation bei suchtkranken Patienten. Suchtgefahren 26: 112-118.

Hapke U, Rumpf HJ, John U (1996) Beratung von alkoholabhängigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus. In: Alkohol - Konsum und Mißbrauch. DHS (Hrsg.). Lambertus-Verlag Freiburg

Hilge T, Schwoon DR (1990) Trinkmotive und Therapiemotivation. Suchtgefahren 36: 151-165

Hilge T (1997) Entwicklung eines Meßinstrumentes zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker: Die Braunschweiger Merkmalsliste. Dissertation. Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig

Hilge T, Schulz W (1999) Entwicklung eines Meßinstrumentes zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholabhängiger: Die Braunschweiger Merkmalsliste (BML). Sucht 45: 55-68

Hoffmann M, Weithmann G, Rothenbacher H (1991) Persönlichkeit, soziale Integration und Therapieerfolg von Alkoholikern. Sucht 37: 20-25

Hoffmann M, Weithmann G, Rothenbacher H (1997) Bildung von therapierelevanten Teilgruppen bei Alkoholabhängigen in stationärer Entzugsbehandlung mit dem Trierer Alkoholismusinventar. Sucht 43: 104-112

Imber S, Schultz E, Funderburk F, Allen R, Flamer R (1976) The Fate of the Untreated Alcoholic. J Nerv Ment Dis 162: 238-247

John U (1982) Bessern auch unbehandelte Alkoholiker ihr Trinkverhalten? Ein Problem der Studien über Therapieerfolgskontrollen. Suchtgefahren 28: 273-283

John U (1985) Alkoholiker in Entzugsbehandlung - Alkoholiker in Therapie. Ein Vergleich. Suchtgefahren 31: 47-56

John U, Veltrup C, Driessen M (1995) Motivationsarbeit mit Alkoholabhängigen. Psychiat Prax 22: 186-188.

John U, Hapke U, Rumpf HJ, Hill A, Dilling H (1996) Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd 71)

John U (1996) Diagnostik und Klassifikation stoffgebundener Abhängigkeit. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg) Sucht. G.Fischer, Stuttgart pp 135-144

Jost A (1984) Die Informations- und Motivationsgruppe für Alkoholiker in der psychiatrischen Klinik der Medizinischen Hochschule Lübeck. Dissertation. Lübeck.

Kremer G, Dormann S, Pörksen N, Wessel T, Wienberg G (1997) Die Umsetzung sekundärpräventiver Strategien bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen pp 60-73

Kremer G, Wienberg G, Dormann S, Wessel T, Pörksen N (1999) Evaluation von Kurzinterventionen bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus. Sucht 45: 235-244

Krezdorn I (1988) Zur Zuverlässigkeit stationär erhobener Alkoholanamnesedaten - eine Untersuchung an ehemaligen Patienten der Universitäts-Nervenklinik Tübingen. Dissertation. Eberhard-Karls-Universität Tübingen

- Küfner H, Feuerlein W, Florschütz T (1986) Die stationäre Behandlung von Alkohol-abhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse. Suchtgefahren 32: 1-85
- Küfner H, Feuerlein W, Huber M (1988) Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren 34: 157-270
- Leiss D (1995) Katamnestische Untersuchung bei Alkoholabhängigen nach stationärer Entgiftungs- und Universität, Tübingen
- Lange W, Veltrup C, Driessen M (1999) Entgiftung und qualifizierte Entzugsbehandlung: Kurz-, mittel- und langfristige Katamnesen. Sucht 45: 235-244
- Manfield D, McLeod G, Hall P (1974) The Cage-questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. Am J Psychiat 131: 1121-1123
- Mann K, Stetter F, Günthner A, Buchkremer G (1995) Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Deutsches Ärzteblatt 92:B2217-B2221
- May F (1986) Stationäre Entgiftung des Alkoholkranken. Psychiat Prax 13: 128-133
- Maylath E, Seidel J (1997) Analyse der psychiatrischen Krankenhausfälle in Hamburg 1988-1994: Entwicklungstrends, Versorgungslücken und -perspektiven. Gesundheitswesen 59: 423-433
- Möller HJ, Angermund A, Mühlen B (1987) Prävalenzraten von Alkoholismus an einem chirurgischen Allgemeinkrankenhaus: Empirische Untersuchungen mit dem Münchner Alkoholismus-Test. Suchtgefahren 33: 199-202
- Nell M (1994) Die stationäre Entgiftung von Alkohol- und Opioidabhängigen im Vergleich. Dissertation. Georg-August-Universität Göttingen
- Nieder C (1985) Vergleichende Untersuchung über die Prävalenz und Diagnostik von Alkoholismus an drei Kliniken der Medizinischen Hochschule Lübeck. Dissertation. Lübeck
- Oberländer F (1993) Die lebensorientierte Motivationsstation. Spektrum 6: 207-212
- Pfaff H (1998) Ergebnisse einer prospektiven Katamnesestudie nach Entziehungstherapie gemäß § 64 StGB bei Alkoholkranken. Nervenarzt 69: 568-573

Prien A (1997) Differentialdiagnostik bei Alkoholkranken: Subgruppenbildung anhand von Trinkverhalten und Persönlichkeitsmerkmalen. Dissertation. Universität Hamburg

Prochaska JO, Diclemente CC (1983) Stages and process of Self-change of smoking. J Consult Clin Psychol 51: 390-395

Riedesel HW (1996) Konzept der qualifizierten Entgiftungsbehandlung im Diakonie-Krankenhaus Georgsmarienhütte, Abteilung für innere Medizin. Internes Papier. Diakonie-Krankenhaus Georgsmarienhütte

Richter G, Stoiber I (1994) Qualifizierte Entgiftung und Motivationstherapie im Allgemeinkrankenhaus. In: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg) Kongreß 1994, Abstractband. DGPPN, Darmstadt, pp V22-4

Rohde M (1996) Soziale Unterstützung und Inanspruchnahme von weiterführender Behandlung bei Alkoholabhängigen nach einer umfassenden stationären Entzugsbehandlung. Dissertation. Lübeck

Schlanstedt G, Schu M (1999) Empirische Überprüfung eines Vorschlags zur Definition "chronisch mehrfachbeeinträchtigter Abhängiger". Sucht 45: 22-33

Schneider J (1992) Die Behandlung Abhängigkeitskranker im Allgemeinkrankenhaus: Ein Blick in die Dunkelzone. In: Die vergessene Mehrheit (Wienberg G, Hrsg.) Psychiatrie-Verlag, Bonn

Schranner B (1982) Zur Häufigkeit von Alkoholkranken in einer internistischen Klinik. Dissertation. München

Schulz W, Rienas S, Samel G, Schneider W (1992) Empirische Studie zur Häufigkeit, Charakteristik und Behandlung prognostisch ungünstiger Alkoholiker in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus. Sucht 38: 386-397

Schwoon DR, Krausz M (1989) Probleme in der Therapie von Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Hamburger Ärzteblatt 10: 393- 397

Schwoon DR, Veltrup C, Gehlen A (1989) Ein mehrstufiges Behandlungsangebot für Alkoholranke: Inanspruchnahme und Behandlungsergebnisse. Psychiatr Prax 16: 161-170

Selzer ML (1971) The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. Am J Psychiat 127: 1653-1658

Sieber E (1991) Alkoholbezogene Diagnosen in der Krankenblattstatistik der ehemaligen DDR. Sucht 37: 152-157

- Steingass HP (1944) Determinanten des Therapieverlaufs bei Suchtkranken. In: Kognitive Funktionen Alkoholabhängiger, pp 97-108
- Stetter F, Mann K (1997) Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Nervenarzt* 68: 574-581
- Stetter F, Axmann-Krcmar D: Psychotherapeutische Motivationsarbeit bei Alkoholkranken in der Entzugsphase. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.) *Sucht*. G. Fischer, Stuttgart, pp 225-264
- Stetter F, Zähres S, Batra A (1995) Ergebnisse integrierter stationärer Entzugs- und Motivationsbehandlung alkoholabhängiger Patienten. *Psychiat Prax* 22: 189-192
- Süß HM (1988) Entwicklung eines statistischen Prognoseindex. In: *Evaluation von Alkoholismustherapie*. Huber, Berlin
- Talmon-Gros S, Dilling H, Jost A, Kok HG (1989) Katamnestische Ergebnisse der stationären Motivationsgruppen-Behandlung von Alkoholabhängigen. *Suchtgefahren* 35: 110-114.
- Trojan A (1980) Epidemiologie des Alkoholkonsums und der Alkoholkrankheit in der Bundesrepublik Deutschland. *Suchtgefahren* 26: 1-17
- Vaillant GE, Hiller-Sturmhöfel S (1996) The Natural History of Alcoholism. *Alcohol Health Res World* 20: 152- 161
- Veltrup C, Driessen M (1993) Erweiterte Entzugsbehandlung für alkoholabhängige Patienten in einer psychiatrischen Klinik. *Sucht* 3: 168-172
- Veltrup C (1995) Abstinenzgefährdung und Abstinenzbeendigung bei Alkoholabhängigen nach einer umfassenden stationären Entzugsbehandlung. Waxmann, Münster (*Internationale Hochschulschriften* Bd. 180)
- Watzl H (1979) Überlegungen zur Bewertung von Abstinenzraten. *Suchtgefahren* 25: 37-38
- Weirich S (1995) Laborchemische Indikatoren der Alkoholkrankheit während einer stationären Entgiftungstherapie. Dissertation, Rostock
- Weithmann G, Hoffmann M, Rothenbacher H (1996) Einmal- und Mehrfachaufnahmen in Entzugsbehandlung: Ein Vergleich. *Sucht* 42: 30-38
- Weithmann G, Hoffmann M, Rothenbacher H (1998) Abstinenz, Rückfall und Wiederaufnahme nach Alkoholentzugsbehandlung. *Krankenhauspsychiatrie* 9: 104-108

Wienberg G (Hrsg) (1992) Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Psychiatrie-Verlag, Bonn

Wienberg G (1992) Abhängigkeitskranke in psychiatrischer Krankenhausbehandlung: Ergebnisse einer Erhebung in 14 Kliniken der Bundesrepublik. Sucht 39: 264-275

Widmann G (1997) Inanspruchnahme und Trinkverhalten nach einem QE. Dissertation. Eberhard-Karls-Universität. Tübingen

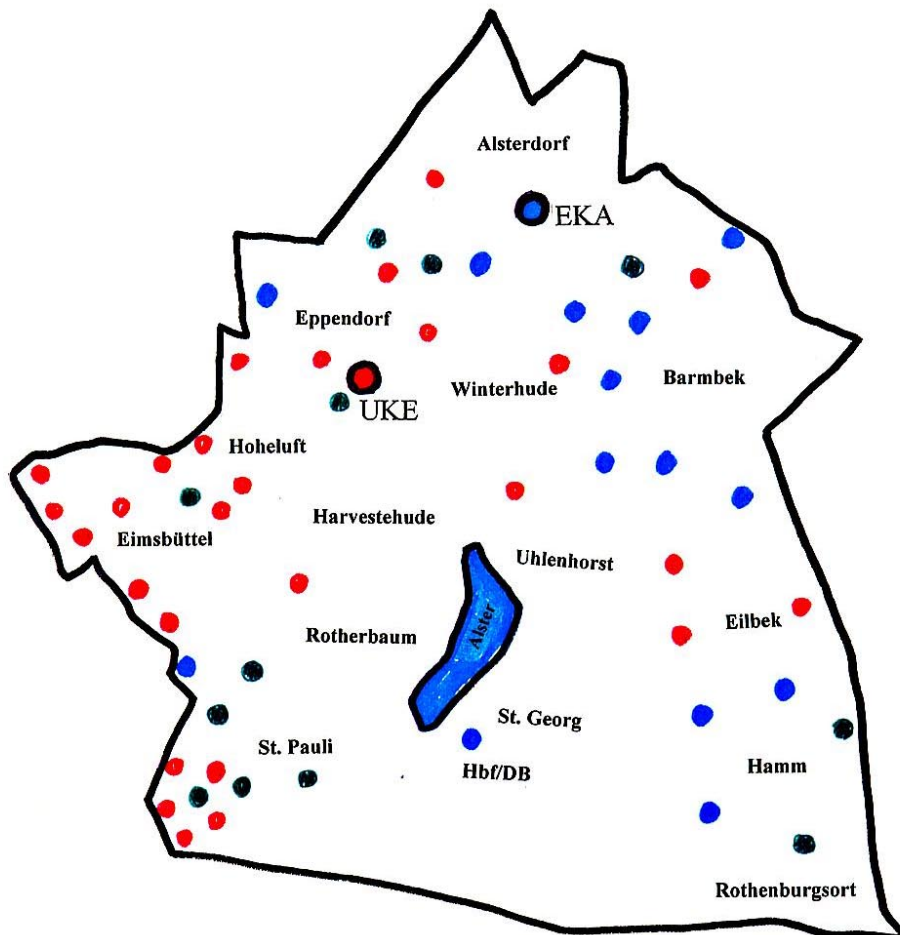
Wieser S, Kunad E (1965) Katamnestiche Studien beim chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern. Nervenarzt 36: 477-483

Wolber G, Carne W, Alexander R (1990) The Validity of Self-Reported Abstinence and Quality Sobriety Following Chemical Dependency Treatment. Int J Addict 25: 495-513

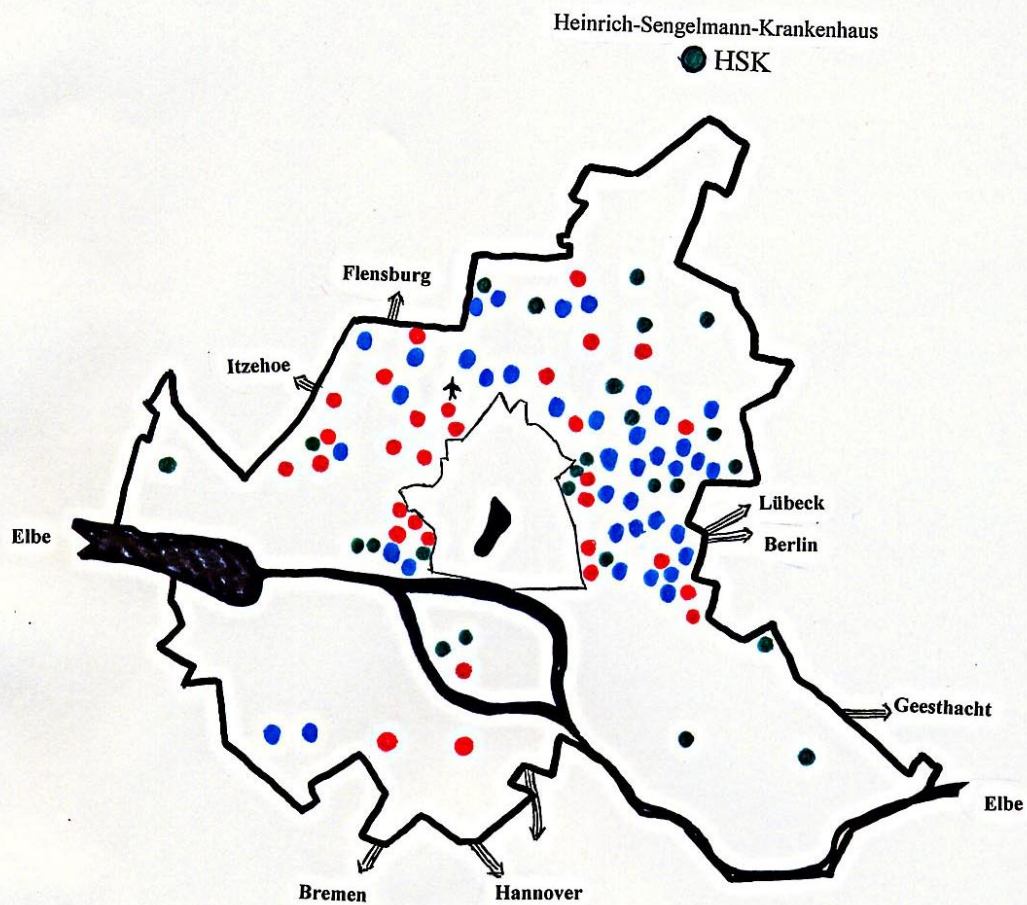
Zähres S, Stetter F, Mann K (1993) Behandlungskomponenten einer Entgiftungs- und Motivationstherapie aus der Sicht der Alkoholkranken. Sucht 39: 332-342

8 ANHANG

Einzugsgebiete der drei Kliniken nach Postleitzahlen



- UKE
- EKA
- HSK (nächste Seite: Großraum Hamburg)



10 LEBENSLAUF

Persönliche Daten

Name	Petra Schulz
Geburtsdatum	19.08.1955
Geburtsort	Hamburg
Familienstand	ledig
Konfession	katholisch

Schulbildung

1961-1965	Grundschule Pfaffenstieg, Hildesheim
1965-1974	Gymnasium Marienschule, Hildesheim
1974	Abitur

Studium

1974-1981	Humanmedizin, Medizinische Hochschule Hannover
1981	Dritte Ärztliche Prüfung und Approbation

Beruflicher Werdegang

1981-1982	Assistenzärztin in der Psychiatrisch-Neurologischen Abteilung der Alsterdorfer Anstalten, Hamburg
1982-1988	Assistenzärztin in der Inneren Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf, Hamburg
1988	Dreimonatiger Tropenkurs am Bernard-Nocht-Institut, Hamburg und dreimonatige Arbeit in einem Ambulatorium, Kathmandu, Nepal
1988-1990	Assistenzärztin in der Inneren Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf, Hamburg
1990-1992	Assistenzärztin in der Inneren Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Bethesda, Hamburg
1992	Facharztanerkennung als Ärztin für Innere Medizin
seit 1992	Ärztin für Innere Medizin in der Inneren Abteilung des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf, Hamburg

ERKLÄRUNG

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, den

.....

Unterschrift