

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

DISSERTATION

**Die Effekte der Implementierung von Behandlungspfaden
in der stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit
(ICD-10: F10)**

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité - Universitätsmedizin Berlin

von

Jolante Tuchman, geb. Jelen
aus Heydebreck Krs. Cosel / Polen

Datum der Promotion: 16.06.2018

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt	1
Abstract	3
1 Einleitung	5
1.1 Alkoholabhängigkeit - von Diagnose bis Behandlung	5
1.2 Der „Königsweg“ der Suchtbehandlung	12
1.3 Ziele der stationären Behandlung	13
1.4 Rolle der stationären Behandlung	17
1.5 Konzepte	18
1.6 Leitlinien	20
1.7 S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“	22
1.8 Vor- und Nachteile der Leitlinien	24
1.9 Behandlungspfade	25
2 Hypothesen	29
3 Methodik	31
3.1 Standort der Datenerfassung St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee	31
3.1.1 Therapieprogramm	33
3.1.2 Nachstationären Behandlungsangebote	33
3.2 Datenerhebung	34
3.2.1 Erfassungszeiträume	34
3.2.2 Patienten	34
3.2.3 Datenerfassung	36
3.3 Behandlungspfad	37
3.3.1 Pfadentwicklung	37
3.3.2 Pfaddarstellung	38
3.4 BADO	41
3.4.1 Erfassung der Inanspruchnahme ambulanter Angebote	42

3.5	Statistik	44
4	Ergebnisse.....	45
4.1	Darstellung der Studienpopulation	45
4.2	Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung	47
4.3	Kontakt zur ambulanten Suchtberatungsstelle nach der Entlassung aus der stationären Behandlung	52
4.4	Kontakte zur Selbsthilfegruppe während der stationären Behandlung	55
4.5	Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung während der stationären Behandlung.....	57
4.6	Anbindung an die Psychiatrische Institutsambulanz	60
4.7	Anzahl der Wiederaufnahmen und Aufnahmeumstände innerhalb von sechs Monaten.....	63
4.8	Zeitnahe Durchführung von diagnostischen Maßnahmen.....	67
4.8.1	Aufnahmelabor.....	68
4.8.2	Sinnvolle Verlaufskontrolle bei pathologischen Laborparametern.....	69
4.8.3	EKG.....	71
5	Diskussion	74
5.1	Der Einfluss des Behandlungspfades auf die Prozess- und Ergebnisqualität.75	
5.1.1	Der Einfluss anderer Faktoren auf die Prozess- und Ergebnisqualität .79	
5.1.1.1	Fallschwere	79
5.1.1.2	Behandlungsdauer	80
5.1.2	Grenzen der Studie	81
5.1.3	Resümee.....	82
Anhang	86
Anhang 1:	Therapiedokumentation.....	86
Anhang 2:	Therapieplan	87
Literaturverzeichnis	I
Abkürzungsverzeichnis	XI

Tabellenverzeichnis	XII
Abbildungsverzeichnis	XIII
Eidesstaatliche Erklärung.....	XIV
Lebenslauf.....	XVI
Publikation	XVII
Danksagung.....	XIX

Abstrakt

Hintergrund: Die Alkoholabhängigkeit ist der häufigste Grund stationärer psychiatrischer Behandlungen. Deren Ziel ist neben der körperlichen Entzugsbehandlung, die Therapie- und Abstinenzmotivation zu fördern. Eine leitlinienorientierte Behandlung gilt dabei als goldener Standard.

Hypothesen: Behandlungspfade haben einen positiven Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität einer stationären Behandlung alkoholbezogener Störungen.

Methoden: In einer naturalistischen Studie wurden während der Erfassungszeiträume vom 01.03.2009 bis zum 30.05.2009 - vor Implementierung eines Behandlungspfades - und vom 01.10.2009 bis zum 31.12.2009 - nach der Implementierung eines Behandlungspfades - auf einer Suchtstation insgesamt 318 Patienten mit der Diagnose einer Alkoholabhängigkeit erfasst. Zwischen den Erfassungszeiträumen wurde der Behandlungspfad implementiert und dessen Einfluss auf verschiedene Qualitätsindikatoren für eine erfolgreiche stationäre Behandlung untersucht. Als Qualitätsindikatoren wurden die Kontaktaufnahme zum ambulanten Suchthilfesystem (Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen) während der stationären Behandlung sowie nach der Entlassung, der Antrag auf eine stationäre Entwöhnungsbehandlung, die Anzahl stationärer Wiederaufnahmen und die Anzahl geplanter Aufnahmen innerhalb von sechs Monaten nach Entlassung, leitlinienorientierte diagnostische Maßnahmen, v.a. Labor und EKG sowie notwendige Laborkontrolluntersuchungen benannt.

Ergebnisse: Die Prozess- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung alkoholbezogener Störungen wird vorrangig durch die Schwere der Erkrankung und die Behandlungsdauer beeinflusst. Die Implementierung eines Behandlungspfades konnte diese nur in geringem Maße positiv beeinflussen.

Die Erkrankungsschwere, gemessen mit dem CGI, hatte einen negativen Einfluss auf die Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung, die Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfegruppe während der stationären Behandlung, die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen innerhalb von sechs Monaten nach der stationären Entlassung sowie die Durchführung eines Aufnahmelabors. Je länger die stationäre Behandlung war, desto häufiger kam es zu einer Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung wie auch nach der Entlassung und einer Selbsthilfegruppe, zum Antrag

einer Entwöhnungsbehandlung sowie einer Verlaufslaborkontrolle und zur Durchführung eines EKGs. Die Nutzung des Behandlungspfades konnte lediglich die Kontaktaufnahme zur Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung und nach der Entlassung positiv beeinflussen, dagegen konnten die übrigen Indikatoren nicht verbessert werden.

Schlussfolgerung: Insbesondere bei Patienten mit schwerer Alkoholabhängigkeit wird es notwendig sein, innovative Behandlungsansätze zu entwickeln, um die Ergebnis- und Prozessqualität zu verbessern. Die Studie unterstützt längere stationäre Behandlungen, wie sie in der qualifizierten Entzugsbehandlung umgesetzt sind. Behandlungspfade sind ein sinnvolles strukturierendes Instrument, können die stationäre Behandlung der Alkoholabhängigkeit unterstützen, auch wenn sie nur einen geringen Einfluss auf die Ergebnis- und Prozessqualität haben.

Abstract

Background: Addiction to alcohol is the leading cause for inpatient treatment. Treatment aims at increasing motivation for sobriety and therapy besides treating physical deprivation symptoms. Guideline-oriented treatment is considered gold standard in achieving these goals.

Hypothesis: Treatment pathways positively affect process and outcomes quality during inpatient treatment of alcohol related disorder.

Methodology: In a naturalistic study 318 patients diagnosed with addiction to alcohol were considered. It took place before the introduction of treatment pathways from March to May 2009 and after their introduction from October to December 2009. Between the time periods the treatment pathway was introduced and its effect on the quality criteria for successful inpatient treatment was analysed. The following quality criteria were defined: Initiation of contact to an outpatient addiction support system (support group, addiction support center) during and after inpatient treatment, application for an inpatient alcohol weaning treatment, number of inpatient re-admissions as well as the number of planned admissions within 6 months after discharge, diagnostic measures including laboratory testing and ECG including necessary laboratory testing for control reasons.

Results: Process and outcome quality of inpatient treatment of alcohol related disorders is primarily influenced by the severance of the disorder and by the duration of the treatment. The positive effect of the introduction of a treatment pathway was small.

The severance of the disorder (CGI) showed a negative influence on contacting an outpatient counsel during inpatient treatment, on contacting a support group during inpatient treatment, on the number of inpatient readmission within 6 months and on an admission laboratory test. The longer the inpatient treatment the more often outpatient counsel or a support group was contacted during and after inpatient treatment. Also, the probability for applying for withdrawal treatment, for conducting intermediate laboratory test and for conducting ECT increased. Introducing the treatment pathway solely increased contacts to an outpatient addiction counsel during and after inpatient treatment, no other indicator was affected positively.

Conclusion: Specifically, for cases with strong alcohol addiction it will be necessary to develop innovative treatment methods to improve process and outcome quality. This

study supports inpatient treatment with longer duration as they are in place for qualified addiction treatment today. Treatment pathways are a valuable instrument that support more structured inpatient treatment of alcohol addiction even though they only show a slight influence on outcome and process quality.

Vorbemerkung:

Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird jeweils nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

1 Einleitung

1.1 Alkoholabhängigkeit - von Diagnose bis Behandlung

In den westlich orientierten Industrieländern sind alkoholhaltige Getränke in vielfältigen Variationen - neben Tabak - als Genuss- und Rauschmittel trotz des Suchtpotentials weitgehend gesellschaftlich akzeptiert. Der Konsum von Alkohol ist zumeist gesellschaftlich integriert als Bestandteil des Sozialverhaltens (Fengler, 2002), dazugehörig zu vielfältigen Anlässen wie Familienfeiern, Jahreswechselln, Betriebsfesten sowie privaten Zusammenkünften. Daneben wird die Funktionalität von Alkoholkonsum diskutiert. Hurrelmann und Bündel (1997) erfassen in einem „Gesundheitsbalance-Modell“ den Einsatz der psychoaktiven Substanz Alkohol als ein Medium zur Herstellung einer individuellen Balance zwischen inneren, körperlichen und psychischen Bedingungen. Hierzu werden Veranlagung, Temperament, Anforderungen des Körpers, die psychische Bedürfnisse, das Selbstwertgefühl gezählt sowie äußere Lebensbedingungen der sozialen und natürlichen Umwelt, wie Familie, Peer-Gruppe, die Ausbildungs- und Berufssituation, die Wohnumwelt, ökologische Lebensbedingungen gegenübergestellt. Die Konsumsituation oder die intrapsychische Einstellung zum Alkoholkonsum und nicht die Konsummenge spiegeln in gesundheitlicher Hinsicht das Risiko wieder. *„Die Dynamiken und Mechanismen, die zum Übergang vom Gebrauch zum Missbrauch oder zur Abhängigkeit führen, sind bislang nicht bekannt. Wahrscheinlich sind sowohl anlagemäßige, wie psychische und soziale Auslösefaktoren beteiligt. Kein einzelner Faktor löst für sich allein die Suchtdynamik aus, sondern muss dazu mit den anderen zusammentreffen.“* (Hurrelmann & Bründel, 1997).

Nach Lindenmeyer (2005) trinken in Deutschland lediglich sieben bis zwölf Prozent der Bevölkerung keinen Alkohol, 25 Prozent täglich und über 50 Prozent mindestens einmal wöchentlich. Mehr als 95 Prozent der Männer und 90 Prozent der Frauen in Deutschland im Alter von 18 bis 59 Jahren trinken laut Heinz und Batra (2003) Alkoholika.

Der durchschnittliche Jahreskonsum reinen Alkohols pro Kopf lag 1950 unter 5 Litern, in den 1970er Jahren ist er auf über 12 Liter gestiegen (Lindenmeyer, 2005) und erreichte 1980 einen Spitzenwert von 12,9 Litern. Seitdem ist ein leichter Rückgang des Konsums zu verzeichnen (Küfner & Kraus, 2002; Meyer & John, 2003). Anhand der

Statistiken der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS, 2009) ist eine weiterhin rückläufige Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums an reinem Alkohol in Deutschland zu erkennen. Trotz dessen trinken laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009) über 10 Prozent der deutschen Bevölkerung solche Mengen an Alkohol, die ihre Gesundheit gefährden. Mit einem Pro-Kopf-Verbrauch von 10 Litern reinem Alkohol liegt Deutschland im internationalen Vergleich im oberen Zehntel (Dyckmans, 2011).

Nach den Richtlinien der WHO liegt die Harmlosigkeitsgrenze, definiert als risikoarmer Konsum, für den Mann bei 24g und für die Frau bei 16g reinem Alkohol pro Tag. Die Gefährdungsgrenze, definiert als riskanter Konsum/ gefährlicher Gebrauch, hingegen liegt bei dem Mann bei 60g und bei der Frau bei 40g reinem Alkohol pro Tag. 20g entsprechen dabei etwa 1/4l Wein oder 1/2l Bier oder 3 Schnäpse.

Trotz des in der Literatur abgegebenen unbedenklichen täglichen Alkoholkonsums im Bereich der Harmlosigkeitsgrenze befinden sich auch in diesem Bereich gefährdete Personen. Bei einem dauerhaften Konsum oberhalb der Gefährdungsgrenze ist bereits das Risiko alkoholbedingter körperlicher und/ oder psychischer Beeinträchtigungen erhöht (Funke & Garbe, 2002; Scheurich, 2002). Durch den Alkoholkonsum werden Leber, Bauchspeicheldrüse, Herz, Lunge, Magen, Haut, Knochen sowie das Gehirn und die Nerven beeinträchtigt (Lindenmeyer, 2005; Anderson & Baumberg, 2006). Das Risiko für diverse Karzinome und Stoffwechselstörungen ist mit dem Alkoholkonsum erhöht (Schneider, 1999). Die am häufigsten gestellten Diagnosen bei Alkoholabhängigen sind nach Singer und Teyssen (2001) das Delirium tremens (13%), der Krampfanfall (11,4%), eine Kopfverletzung (9%) und die Leberzirrhose (8%). In dem Zusammenhang ist das wesentlich höhere Unfallrisiko zu erwähnen. Dazu gehören Verletzungen und Stürze im privaten und beruflichen Bereich, insbesondere im Straßenverkehr.

In Deutschland gibt es nach dem Drogen- und Suchtbericht 2011 insgesamt 9,5 Millionen Menschen mit zumindest problematischem Alkoholkonsumverhalten, davon erfüllen etwa 1,3 Millionen die Kriterien einer Alkoholabhängigkeit. Etwa 5% der Männer und 3% der Frauen (Dyckmans, 2011).

Es sterben jährlich etwa 74.000 Menschen in Deutschland an den Folgen von regelmäßigem Alkoholkonsum, allein bzw. in Kombination mit Tabak (John & Hanke, 2002).

In Zusammenhang mit Alkohol gehen europaweit mehr als 10 Millionen Lebensjahre (disability adjusted lifeyears, DALY) durch Erkrankungen, Unfälle und Verletzungen verloren (Rehm, Taylor & Patra, 2006).

Zur Abgrenzung von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit stehen die gebräuchlichen Klassifikationssysteme zur Verfügung, die 10. Ausgabe der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (ICD-10=International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Dilling, Mambour & Schmidt, 1993) und das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen in der 4. Revision (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994; für den deutschen Sprachraum Saß, Wittchen & Zaudig, 1996). Beide Klassifikationssysteme unterscheiden zwischen schädlichen Gebrauch (ICD-10: F10.1) bzw. Alkoholmissbrauch (DSM-IV 303.90) und der Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2; DSM-IV 303.90).

Zu der diagnostischen Einteilung der ICD-10 sind folgende Syndrome zugehörig:

- F 10.0: Intoxikation (aktueller Rauschzustand),
- F 10.1: schädlicher Gebrauch (ehemals als Missbrauch bezeichnet),
- F 10.2: Abhängigkeitssyndrom (Alkohol),
- F 10.3: Entzugssyndrom,
- F 10.4: Entzugssyndrom mit Delir,
- F 10.5: Psychotische Störung (z. B. Alkoholhalluzinose),
- F 10.6: alkoholbedingtes amnestisches Syndrom (Korsakow-Syndrom),
- F 10.7: alkoholbedingter Restzustand,
- F 10.8: andere alkoholbedingte psychische Verhaltensstörungen und
- F 10.9: nicht näher bezeichnete alkoholbedingte psychische Störung.

Die Kriterien der für schädlichen Gebrauch/ Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit beider Klassifikationssysteme werden im Folgenden dargestellt.

Bei schädlichem Gebrauch muss nach ICD-10 (F10.1) eine tatsächliche psychische und/ oder körperliche Schädigung über einen Zeitraum von mindestens einem Monat oder mehrfach während zwölf Monaten vorliegen, eine Alkoholabhängigkeit muss ausgeschlossen werden. Hinweisend für schädlichen Alkoholgebrauch können u.a. Blackouts, chronische Bauchschmerzen, Leberfunktionsstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen sowie depressive Verstimmungen sein.

Nach ICD-10 müssen folgende drei oder mehr Kriterien über einem Zeitraum von mindestens einem Monat oder öfters im Jahr auftreten, um die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit zu erfüllen:

1. ein starker Wunsch die Substanz zu konsumieren (Craving)
2. verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums (Kontrollverlust)
3. ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
4. Toleranzentwicklung bezüglich der Wirkung von Alkohol, meist verbunden mit einer Steigerung der Konsummenge
5. fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand für die Beschaffung, Konsum des Alkohols und Erholung vom Rausch
6. anhaltender Substanzkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, körperlicher, psychischer und/ oder sozialer Art.

Ein Alkoholmissbrauch liegt nach DSM-IV dann vor, wenn in einem Zeitraum von zwölf Monaten eines der nachfolgenden vier Kriterien zutrifft:

1. wiederholter Substanzgebrauch, der zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause führt
2. wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3. wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch
4. fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer und interpersoneller Probleme, die durch die Auswirkung der psychotropen Substanz verursacht oder verstärkt werden.

Die Kriterien für eine Abhängigkeit sind noch nicht erfüllt.

Eine Alkoholabhängigkeit liegt nach dem DSM-IV vor, wenn ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden führt (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996). Dabei müssen drei der folgenden sieben Kriterien in einem Zeitraum von zwölf Monaten zutreffen:

1. Toleranzentwicklung, definiert durch eines der folgenden Kriterien:

- a. Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Rauschzustand oder anderweitigen erwünschten Effekt herbeizuführen
- b. deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis
2. Entzugssymptome, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern:
 - a. charakteristisches Entzugssyndrom
 - b. dieselbe (oder eine sehr ähnliche) Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden
3. die Substanz wird häufig in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen
4. anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren
5. viel Zeitaufwand für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sie zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen
6. wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt
7. fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt wurde.

Während die Missbrauchskriterien soziale Folgen des Konsumverhaltens betonen (Wetterling & Veltrup, 1997), engt die ICD-10 den schädlichen Gebrauch (Missbrauch) auf physische und psychische Gesundheitsstörungen ein. Im Gegensatz zu DSM-IV gibt die ICD-10 bei der Diagnose des schädlichen Gebrauchs keinen zeitlichen Rahmen vor.

Die Kriterien für eine Abhängigkeitsdiagnose sind dagegen nach DSM-IV und ICD-10 im Wesentlichen identisch. Sie erlauben eine klare Abgrenzung zwischen normalem Substanzgebrauch und Substanzabhängigkeit. Diese wird nach DSM-IV und ICD-10 dann diagnostiziert, wenn in einem Zeitraum von zwölf Monaten mindestens drei von sieben Kriterien zutreffen.

Die in der Medizin gebräuchlichste Klassifikation des Alkoholismus ist die Typologie nach Jellinek (1960). Es wird grob unterschieden zwischen:

- Alpha-Typ
gelegentliches Erleichterungstrinken/ Wirkungstrinker

- Beta-Typ
regelmäßiges Gewohnheitstrinken/ Gelegenheitstrinker
- Gamma-Typ
periodisches, meist sozial auffälliges Rausch- und Kontrollverlusttrinken mit primär psychischer, sich erst später entwickelnder physischer Abhängigkeit/ süchtiger Trinker
- Delta-Typ
über den Tag verteiltes, langjähriges rauscharmes Trinken mit Abstinenzverlust - überwiegend körperliche Abhängigkeit, später auch psychische Bindung/ Spiegeltrinker
- Epsilon-Typ
ein - bis zweiwöchige Trinkphasen mit Kontrollverlust bis monatelangen Karenzzeiten, überwiegend psychische Abhängigkeit, später auch physische Abhängigkeit/ "Quartalssäufer".

Die Risikofaktoren für schädlichen Alkoholgebrauch und Alkoholabhängigkeit konnten bis dato nicht eindeutig spezifiziert werden. Die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit wird bestimmt einerseits durch spezifische Wirkung des Suchtmittels (Suchtpotential), individuelle Faktoren (Genetik, Lerngeschichte) sowie andererseits durch Umweltbedingungen (peer group). Eine „Suchtpersönlichkeit“ oder gar ein einheitliches Risikoprofil als prädisponierender Auslöser für eine Abhängigkeitsentwicklung konnten bisher nicht identifiziert werden. Eine familiäre Häufung für schädlichen Gebrauch und Alkoholabhängigkeit ist zu verzeichnen (Kruse, Körkel & Schmalz, 2001; Schmidt et al., 2002; Soyka & Küfner 2008).

Neben den Folgeschäden des fortgesetzten Alkoholmissbrauchs und der Alkoholabhängigkeit in Form von gesundheitlichen und sozialen Störungen sind auch die gesamtgesellschaftlichen sowie volkswirtschaftlichen Aspekte wesentlich. In der gesundheitsökonomischen Schätzung laut Adams und Effertz (2011) liegen die Kosten für das Jahr 2007, die durch den direkten und indirekten Alkoholkonsum verursacht wurden, bei etwa 26,7 Milliarden Euro. Effertz (2015) beziffert die direkten und indirekten Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland für das Jahr 2015 bereits auf rund 40 Milliarden Euro.

Vermutlich nur unter 10% der betroffenen Menschen finden den Weg in eine spezifische suchtmedizinische Behandlung (Drogenbeauftragte, 2014), trotz des mittlerweile vorhandenen flächendeckenden Angebots ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Beratung und Behandlung. Die Dauer des Zugangs zu spezifischer und problemangepasster Behandlung beträgt nach einigen Erfassungsstudien 10 bis zu 12 Jahre (Drogenbeauftragte, 2014) nach Beginn der Erkrankung. Die Gründe hierfür sind vielfältig und individuell. In vielen Fällen liegt es an gering ausgeprägter Eigenmotivation und gestörtem Hilfesuchverhalten (Simon, Hartmann & Schulz, 2009). Rumpf et al. (2000) befragte bei 4075 Personen in einem persönlichen Interview mit den Diagnosen Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch mit standardisierten Fragen nach Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen sowie Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Hilfen. Bei Alkoholmißbrauchern ergaben sich sehr geringe Raten der Inanspruchnahme von Hilfen. Am häufigsten genannt wurde mit 5,4% die Beratung durch einen Arzt. 59,5% Personen mit Alkoholabhängigkeit gaben keinerlei Kontakt zu suchtspezifischen Hilfen an, bei 13,7% lagen geringfügige Kontakte und bei 26,8% weitergehende Hilfen vor. Mit 92,7% hatte ein großer Anteil Alkoholabhängiger mindestens einmal im letzten Jahr Kontakt zu Einrichtungen der medizinischen Versorgung.

Die Beratungs- und Behandlungsangebote erstrecken sich von niederschweligen Kontaktangeboten über spezialisierte stationäre Behandlungsangebote bis zum dichten Netz an Selbsthilfegruppen unterschiedlicher Ausrichtungen.

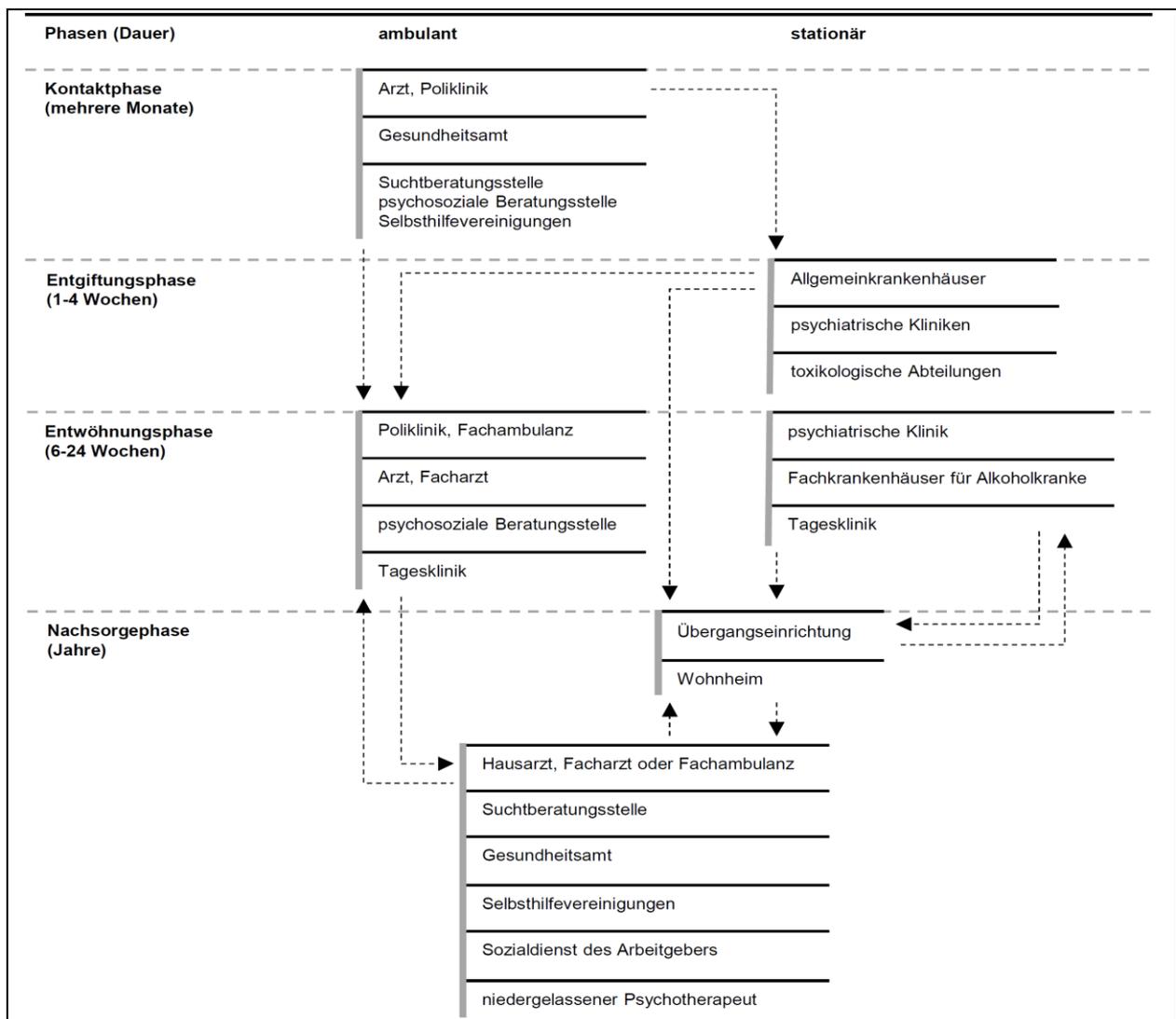
Die Mehrzahl Alkoholabhängiger findet man in den Praxen der niedergelassenen Ärzte oder in den Allgemeinkrankenhäusern. Dort werden sie eher aufgrund der alkoholbedingten Folgeschäden als an der zugrundeliegenden Suchterkrankung behandelt (Simon, Hartmann & Schulz, 2009). Lediglich 2,5% alkoholabhängiger Menschen werden jährlich in den psychiatrischen Kliniken behandelt (Wienberg, 1992), die primär die Pflichtversorgung für definierte Einzugsbereiche sichern. Der weniger stigmatisierende Zugang sowie die Möglichkeit der frühzeitigen Intervention innerhalb der medizinischen Basisversorgung in den Allgemeinkrankenhäusern scheint vom Vorteil zu sein (Schulz, 2000; Poppele et al., 2005). Seit der Einführung des DRG-Systems ergeben sich hierbei Grenzen durch Einschränkungen der Kostenübernahme seitens der Krankenkassen (Croissant & Mann, 2003).

1.2 Der „Königsweg“ der Suchtbehandlung

In vielen Kreisen der Suchthilfe vertritt man die Auffassung, dass der „Königsweg“ der Behandlung der Menschen mit Suchtproblemen aus vier verschiedenen, aufeinander aufbauenden Behandlungsabschnitten zu erfolgen habe, nämlich Kontakt-, Entgiftungs-, Entwöhnungs- und Nachsorgephase.

Wie in der nachfolgenden Abbildung 1 ersichtlich, unterteilen sich die jeweiligen Behandlungsphasen in den ambulanten und stationären Behandlungsbereich.

**Abbildung 1: Mehrstufige Behandlungskette in der Suchthilfe
(nach Feuerlein, Kufner & Soyka, 1998)**



In dieser Arbeit ist die Entgiftungsphase von Bedeutung, auf die nunmehr näher eingegangen werden soll.

Ein Delirium tremens in der Vorgeschichte, Schädelhirntrauma, Grand mal Epilepsie, abhängig wie auch unabhängig vom Entzug sind terminierende Ausschlusskriterien für einen ambulanten Entzug. Die Einschlusskriterien für eine ambulante Behandlung sind zumeist milde vegetative Entzugssymptomatik in Form von Übelkeit, Erbrechen, dezenter Tremor, kaum wahrnehmbare Hyperhidrosis, diskret erhöhte Aktivität und Ängstlichkeit sowie keine Hinweise auf Halluzinationen und Orientierungsstörungen.

Die Entgiftungsdauer während der ambulanten Behandlung beträgt 5 bis 7 Tage, zumeist mit Beginn der Woche zur Gewährleistung täglicher Arzt- und Pflegepersonalkontakte. Neben der vegetativen Überwachung finden sozialarbeiterische wie auch psychologische Einzelgespräche statt. Einerseits zur Unterstützung bei psychosozialen Problemen und andererseits zur Nachsorge und Vermittlung in eine weiterführende Therapie. Falls erforderlich können die Patienten in einen stationären Entzug vermittelt werden.

Vor allem in den ambulanten Einrichtungen gilt als generelles Ziel, den Alkoholmissbrauch bzw. schädlichen und abhängigen Konsum möglichst zu verhindern, zu vermindern und zu helfen, die schädlichen Auswirkungen des Konsums zu behandeln und zu reduzieren. Die ambulante Behandlung setzt eine relativ hohe Selbstkompetenz der Betroffenen voraus.

Nicht zu vergessen ist die Wirksamkeit der Kurzinterventionen in den Allgemeinarztpraxen oder auch somatischen Krankenhäusern, die die Inanspruchnahme weiterführender Behandlungsangebote fördern (Miller & Rollnick, 1991; Heather et al., 1996).

Dagegen steht die stationäre Behandlung in psychiatrischen Kliniken, auf deren Ziele und Rolle im nachfolgenden Kapitel erörtert werden.

1.3 Ziele der stationären Behandlung

Die Indikationen für eine stationäre Entzugsbehandlung sind vielfältig, die Zugangswege sehr unterschiedlich.

Zu den Indikatoren für eine stationäre Entzugsbehandlung gehören:

1. Wunsch des Patienten
2. kein abstinentztragbares, -förderndes soziales Umfeld

3. bekannte Entzugsanfälle wie auch Delirien in der Vorgeschichte
4. Mehrfachabhängigkeit
5. schweres vegetatives Entzugssyndrom
6. Suizidversuch in der Anamnese, akute Suizidalität
7. bereits bestehende, zum Teil behandlungsbedürftige Folgeschäden
8. andere bedeutsame somatische Erkrankungen
9. Verwahrlosungstendenzen/ Unterernährung
10. mehrmals gescheiterte ambulante Entzugsversuche.

Die stationären wie auch ambulanten Behandlungsziele sind in den Ansätzen ähnlich, unterscheiden sich auch allerdings wesentlich in strukturellen und zeitlichen Behandlungsangeboten.

In der Entgiftungsphase kann als wesentliches Ziel das Einleiten einer vorläufigen Abstinenz und Behandlung der körperlichen sowie psychischen Auswirkungen des Alkoholentzugs mit ggf. geeigneten Medikamenten unter ärztlicher Aufsicht benannt werden (Mann, 1999; Soyka et al., 2001).

Wesentlich und wissenschaftlich belegt, erscheint im Zuge der stationären Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern die Förderung der Therapie- und Abstinenzbereitschaft im Rahmen der qualifizierten stationären Alkoholentzugsbehandlung (QE).

Während nach konventioneller Entgiftung Abstinenzraten von 0% bis 15% nach einem Jahr angegeben werden (Stetter & Mann, 1997; Veltrup & Driesen, 1993), liegen die Abstinenzraten nach Qualifizierter Entzugsbehandlung mit 21% bis 56% nach zwölf Monaten (Veltrup & Driesen, 1993; Olbrich, 2001) deutlich höher.

Bereits im Kapitel 1.2 sind die jeweiligen Therapiephasen der Alkoholabhängigkeit erwähnt worden. Je nach dem in welcher Phase sich der Patient befindet, sollte als nächstmögliches Ziel das Erreichen/ die Vermittlung in die nachfolgende Phase angestrebt werden. Orientiert an dem transtheoretischen Modell nach Prochaska und DiClemente (1982, 1983), in dem die Bereitschaft zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung in Hinblick auf ein konkret definiertes Problemverhalten beschrieben wird, kann eine an Patienten bedarfsgerechte Intervention: „*die richtige Strategie zum richtigen Zeitpunkt*“ empfohlen werden (Prochaska & DiClemente, 1992). In dem Modell mit den „stages of change“ werden auf einer Zeitdimension sechs

Veränderungsphasen unterschieden, die auf dem Weg zu einer dauerhaften Verhaltensänderung durchschritten werden. In Abhängigkeit von diesen Phasen werden insgesamt zehn Veränderungsstrategien („processes of change“) postuliert, die Menschen in Abhängigkeit von den Stadien benutzen, um ihre Erfahrungen, sich selbst oder ihre Umwelt zu modifizieren.

Dementsprechend ist nicht für jeden Alkoholabhängigen das Ziel der Abstinenz zu erreichen. Eine Individualisierung des Therapiezieles und dessen Hierarchisierung ist erforderlich. Bei vielen der Betroffenen stellt bereits eine Trinkunterbrechung ein Behandlungserfolg dar.

Die Hierarchie der Therapieziele bei Alkoholabhängigen (Körkel & Lauer, 1988) beinhaltet im Folgenden:

- die Sicherung des Überlebens
- die Behandlung von Folge- und Begleitkrankheiten
- die Förderung von Krankheitseinsicht und Motivation zur Veränderung
- den Aufbau alkoholfreier Phasen
- die Verbesserung der psychosozialen Situation
- die dauerhafte Abstinenz
- die angemessene Lebensqualität

Grundsätzlich sollte laut den Behandlungsalgorithmus der S3-Leitlinie „Alkohol“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) von 2016 eine nahtlose Postakutbehandlung nach der Entzugsphase angeboten werden. Dabei ist als primäres Therapieziel die Abstinenz und als sekundäres Therapieziel die Konsumreduktion formuliert.

Der Qualifizierte Entzug wird definiert als eine strukturierte interdisziplinäre Motivationsbehandlung Abhängigkeitserkrankter, die über den reinen (medikamentenunterstützten) körperlichen Entzug hinausgeht.

In der DG Sucht- und DGPPN-Leitlinie (2003) ist als Ziel *„das Erreichen von Krankheitseinsicht des Patienten, die Vermittlung erster Techniken im Umgang mit der Abhängigkeitserkrankung, die Motivierung zur Inanspruchnahme weiterführender*

Behandlung der Abhängigkeit (Entwöhnung) und deren Planung und damit langfristig das Erzielen von Dauerabstinenz“ definiert.

Die S3-Leitlinie beschreibt in ihrer Kurzfassung die Besonderheit des Qualifizierten Entzuges in Abgrenzung zur körperlichen Entgiftung wie folgt: *"Essentiell für eine qualifizierte Entzugsbehandlung sind psycho- und soziotherapeutische sowie psychosoziale Interventionen zur Förderung der Änderungsbereitschaft, der Änderungskompetenz und der Stabilisierung der Abstinenz. Im Rahmen der QE soll die Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen gesteigert und entsprechende Kontakte in das regionale Hilfesystem gebahnt werden (z.B. Selbsthilfe, Psychotherapie, Soziale Arbeit)"*(AMWF, 2016)

Nach Poppele et al. (2005) gilt als Standardelement des QE ein strukturiertes Wochenprogramm mit

- Gruppensitzungen und Einzelgesprächen
- psychoedukativen Gruppen zu Krankheitsverständnis und -akzeptanz
- Informationsgruppen zu medizinischen Themen und zum Suchthilfesystem
- Körperbezogene Therapien wie Physiotherapie und Entspannungsübungen
- Kreativtherapie wie Beschäftigungs- oder Kunsttherapie
- Rückfallvermeidungstraining
- Sozialberatung
- enge Anbindung an das Suchthilfesystem wie Beratungsstellen, Fachkliniken und Selbsthilfegruppen
- Angehörigeninformation
- Nachsorgegruppe
- Interprofessionelle Patientenbetreuung mit Bezugstherapeutensystem (Arzt, Suchttherapeuten, Psychologen, Pflegepersonal)
- Suchtspezifische Fortbildung des Mitarbeiterstabes
- externe Teamsupervision.

Die Behandlungsdauer sollte in der Regel drei Wochen umfassen.

Die Entscheidung über den Behandlungsort sollte wenig restriktiv bei größtmöglicher Sicherheit und Effektivität sein (APA 2002). Dabei sollte der Patient in die Entscheidung mit einbezogen und nach seiner Einschätzung bestmöglich davon profitieren.

Voraussetzung ist die Entscheidungsfähigkeit des Patienten unter Berücksichtigung seiner körperlichen und psychischen/ kognitiven Kompetenzen und Ressourcen.

Der Vorteil einer stationären Behandlung ist die Bündelung von qualifizierten, multiprofessionellen Behandlungsangebot verbunden mit variabler Behandlungsdauer, angepasst an die individuellen Bedürfnisse und körperlichen Gegebenheiten, auch mit Berücksichtigung von multimorbiden Abhängigkeitskranken.

Dementsprechend wurden für eine erfolgreiche Suchtbehandlung nachfolgend aufgeführten Qualitätsindikatoren zusammengetragen, die den Weg in die Abstinenz begünstigen können und in der S3-Leitlinie sich wiederfinden. Unter anderem gehören hierzu der Kontakt zur Suchtberatungsstelle und Selbsthilfegruppe, bereits während, aber insbesondere auch nach der stationären Behandlung, Antragstellung und Inanspruchnahme einer Alkoholentwöhnungsbehandlung wie auch die Häufigkeit der stationären Wiederaufnahmen und der Aufnahmeumstände in einem definierten Zeitraum.

Nach Bauer und Hasenöhr (2000) und Löber et al. (2009) konnte mit der Qualifizierten Entzugsbehandlung gegenüber der traditionellen Entzugsbehandlung die Abstinenzrate verbessert und somit auch die Behandlungskosten um 50% reduziert werden.

Eine verkürzte Behandlungszeit von unter 3 Wochen führt laut Schmidt et al. (2002) zu einer schnellen Rückfälligkeit, über längeren Zeitraum zu häufigeren Behandlungen und somit auch zu höheren Kosten.

1.4 Rolle der stationären Behandlung

In den letzten Jahren hat sich das stationäre Behandlungsangebot, vor allem unter Druck der Kostenträger, hier der Krankenkassen v.a. durch Verkürzung der Liegedauer, erheblich gewandelt (Driesen et al., 1999; Spießl et al., 2006). Die stationäre Behandlung tendiert zu immer kürzeren Verweildauern und schwankt innerhalb Deutschlands zwischen 5 Tagen und 3 Wochen. Die Wiederaufnahmequote ist dagegen gestiegen (Richter 2001). In dem Zusammenhang fällt der Ausdruck des „Drehtürpatienten“ (Kruse et al., 2001). Ein positiver Effekt einer längeren und umfassenden stationären Behandlung in Sinne einer qualifizierten Entzugsbehandlung konnte allerdings in einigen Studien belegt werden (Bauer & Hasenöhr, 2001). In der Regel beträgt die Dauer der qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung 2 bis 3 Wochen

mit Möglichkeit bei Indikation nachfolgender teilstationärer Behandlungsphase. Bei Komplikationen, wie z.B. Delirien, Entzugskrampfanfällen oder psychischer und/ oder Komorbidität kann eine längere Behandlungsdauer erforderlich sein.

Der positive und anhaltende Einfluss der ambulanten Behandlungskonzepte, der steigende Bedarf sowie Ausweitung des Angebots im ambulanten Sektor kann hierbei nicht vernachlässigt werden (Soyka & Horak, 2004; Hintz et al., 2005). Nichts desto trotz gehört die Alkoholentzugsbehandlung zu den häufigsten Behandlungen in den psychiatrischen und somatischen Kliniken (Grube, Dörning & Schwartz, 2004; Hübner-Liebermann, Spießl & Cording, 2005). Deren Effekte sind erstaunlicherweise bisher empirisch im nationalen wie auch internationalen Raum wenig untersucht und evaluiert worden (Reker et al., 2004). Vor allem die motivationsfördernden Interventionen im Rahmen der stationären Entzugsbehandlung, der mittlerweile entscheidende Bedeutung im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung zugeschrieben wird, fanden nur zögerlich Eingang in die Konzeptionsentwicklung und schließlich Evaluation. Dabei wird *„Motivation nun als Gegenstand und nicht länger als Voraussetzung der Therapie Abhängiger angesehen“* (Stetter & Mann, 1997).

Vor allem aufgrund von sozioökonomischen Gründen (2% bis 4% aller Krankenhauskosten in Deutschland sind auf Alkoholismus zurückzuführen) nimmt die Bedeutung ambulanter Therapiemaßnahmen aus Kostengründen zu. Dagegen allerdings ist die wachsende Anzahl stationär behandlungsbedürftiger Suchtkranker entgegengesetzt.

1.5 Konzepte

Dem aktuellen Stand nach verfügt jede Klinik über ein eigenes Behandlungskonzept, in Abhängigkeit von der psychotherapeutischen Ausrichtung, der qualifizierten, multiprofessionellen Therapeutenanzahl mit Weiterbildungsmöglichkeiten sowie der ambulanten suchspezifischen Vernetzung. Unterschiede bestehen ebenso in den abweichenden Zugangswegen und Aufnahmeregelungen, die sich in der Anzahl der geplanten Aufnahmen widerspiegeln. Während in einigen Kliniken die notfallmäßigen Aufnahmen, resultierend aus der Pflichtversorgung, dominieren, finden in anderen dagegen lediglich geplante Aufnahmen statt, die durchaus als Überleitung in eine

Entwöhnungsbehandlung dienen. Das konzeptionelle Therapieangebot unterscheidet sich jeweils vor allem aufgrund der durch den Kostenträger vorgegebenen Liegezeiten.

Es bestehen regionale Unterschiede bezüglich der eingesetzten Medikation zur Kupierung der Entzugssymptomatik, Verhinderung sowie Behandlung von bedrohlichen Komplikationen wie Alkoholentzugsdelir oder Entzugskrampfanfällen.

In Abhängigkeit von der Zusammenarbeit mit den ambulanten Vernetzungsstrukturen (Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen) variiert das Kontaktaufnahmeangebot wie die Art der Kontaktaufnahme sowie die Vermittlung/ Einbettung in weiterführende Behandlungsangebote. Während in einigen Kliniken die persönliche Beratung und Kontaktaufnahme zum festen Bestandteil des Therapieplans gehören und im stationären Behandlungssetting stattfinden, ziehen einige Kliniken die Kontaktaufnahme außerhalb des therapeutischen Settings ohne Verbindlichkeiten/ Kontrollmechanismen vor.

Nicht zu vernachlässigen sind auch die örtlichen und klinischen Vor- und Nachsorgemöglichkeiten innerhalb der Krankenhausstruktur. Konkret können hierbei die Angebote der Psychiatrischen Institutsambulanz mit speziell konzipierten Suchtsprechstunden, nachstationäre Behandlungsangebote, Angehörigengruppen, Entwöhnungsstation, Informations- und Austauschveranstaltungen benannt werden.

Diese Behandlungsangebote setzen die Präsenz eines multiprofessionellen, qualifizierten Teams voraus.

Der für die Entzugsbehandlung fachlich präferierte Qualifizierte Entzug (Mann et al., 1995) findet überwiegend in spezialisierten Entzugsabteilungen psychiatrischer Kliniken oder Allgemeinkrankenhäuser statt. Hierbei bearbeiten multiprofessionelle Teams die verschiedenen Aspekte der Abhängigkeit schon während der Entzugsphase. Bestandteil dieser intensiven medizinischen, psychosozialen und therapeutischen Begleitung sind auch gruppentherapeutische Informations- und Motivationseinheiten. Damit wird die Motivationsarbeit der Kontaktphase auch während der Entgiftung fortgesetzt. Zum Qualifizierten Entzug gehören darüber hinaus eine umfassende Diagnostik und die entsprechende Feststellung und Planung des weiteren Therapiebedarfs. In diesem Zusammenhang gebührt Begleiterkrankungen und deren medikamentösen sowie sozialtherapeutischen Erfordernissen entscheidende Bedeutung. Daneben ist in der Akutbehandlung der Alkoholabhängigkeit, das Sichern

des Überlebens und Stabilisierung des Allgemeinzustands, v.a. bei notfallmäßigen Aufnahmen, vordergründig.

Neben der qualifizierten stationären Entgiftung wurden innovative Modelle der professionell betreuten ambulanten und teilstationären Entgiftung entwickelt (Wittfoot, 1997; Schmidt et al., 1999; Kielstein, 1993).

Der größte Teil stationärer Alkoholentzüge wird, so ist zu vermuten, nach wie vor anlässlich der Behandlung anderer Erkrankungen - meist Alkoholfolgeerkrankungen - in Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt, die nicht auf Entgiftungen spezialisiert sind. Laut John et al. (1996) erhalten lediglich neun Prozent suchtspezifische Hilfe, 91% werden wegen der körperlichen Folgeerkrankungen behandelt.

1.6 Leitlinien

Leitlinien sind definiert als „*systemisch entwickelte Entscheidungshilfen für Leistungserbringer und Patienten über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen*“ (AWMF, 2001). Die Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Sie sind Instrumente, mit deren Hilfe Entscheidungen in der medizinischen Versorgung auf eine rationale Basis gestellt werden können.

Sie zielen darauf ab, gute klinische Praxis zu fördern und die Öffentlichkeit darüber zu informieren, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Stellung des Patienten zu stärken (AWMF, ÄZQ, 2001; Bundesärztekammer, 1997).

Medizingeschichtlich war für die Leitlinienentwicklung, mit Beginn der zweiten Hälfte der 1980er Jahre, der immer schnellere medizinische Fortschritt/ Wissenszuwachs und die damit verbundenen Veränderungen in der Patientenbehandlung ursächlich. Gleichzeitig bestand die Notwendigkeit das umfangreiche Wissen zu systematisieren sowie nach methodischen und klinischen Aspekten zu bewerten, gegensätzliche Standpunkte zu klären und unter Abwägung von Nutzen und Schaden das Vorgehen der Wahl zu definieren. Im Sinne eines multidisziplinären Expertenkonsenses sind an der Entwicklung der jeweiligen Leitlinien Experten verschiedener Berufsgruppen beteiligt. Die Experten kommen dabei aus unterschiedlichen Fachgesellschaften und Organisationen.

Die Empfehlungsgraduierung, dargestellt in Tabelle 1, soll dabei schnell und transparent informieren, wie eindeutig eine Vorgehensweise empfohlen werden kann (Lelgemann & Ollenschläger, 2006). Grundlage hierfür ist die systematische Recherche und Analyse der Literatur sowie die Berücksichtigung der Erfahrungen der klinischen Praxis.

Die Sorgfalt und kritische Prüfung der Analysen sowie der Evidenzgrad der verfügbaren Maßnahmen bestimmen die Güte und Wirksamkeit der Leitlinien.

Tabelle 1: Empfehlungsgraduierung im Programm für „Nationale Versorgungsleitlinien“ (NVL)

Empfehlungsgrad NVL	Beschreibung
A	starke Empfehlung
B	moderate Empfehlung
O	Empfehlung offen
KKP	klinischer Konsenspunkt

Die Entwicklung der Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) findet in einem dreistufigen Prozess statt:

S1: Repräsentativ zusammengesetzte Expertengruppe erstellt die Leitlinie, die einen informellen Konsens zu einem gewählten Themengebiet erarbeitet. Der Konsens muss nachfolgend vom Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet werden.

S2: Aus formal bewerteten Aussagen der wissenschaftlichen Literatur werden Leitlinien entwickelt, die anschließend in einem formalen Konsensusverfahren beraten und verabschiedet werden.

Zu dem Konsensusverfahren gehören die anonyme Delphikonferenz, die Konsensuskonferenz sowie der nominale Gruppenprozess.

In der Delphikonferenz werden durch eine Expertengruppe formulierte Fragen an andere Experten und Gebietsärzte verschickt, deren Antworten in die Leitlinienentwicklung integriert werden. Die jeweiligen Experten sind somit füreinander anonym.

S3: Leitlinien beinhalten alle Elemente der systematischen Entwicklung unter Berücksichtigung aller Interessengruppen sowie redaktioneller Unabhängigkeit.

Alle Formen jeglicher Unterstützung, auch finanzieller, müssen benannt werden, einschließlich der Versicherung, dass dadurch keine Beeinflussung der Empfehlungen erfolgte.

Ergänzende Grundlagen für die S3-Leitlinienentwicklung sind Evidence - based Medicine, Entscheidungsanalyse, logische Struktur sowie Outcome - Analyse.

Zur Überprüfung der Qualität einer Leitlinie existieren Kontrollinstrumente wie DELBI (Deutsches Instrument zur methodischen Bewertung von Leitlinien) sowie die europäische AGREE - Collaboration (Appraisal Guideline Research and Evaluation Europe), auf die in dieser Arbeit nicht näher eingegangen wird.

Die Leitlinien sind kostenlos über die AWMF-Homepage öffentlich einzusehen.

Auch für die Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen existiert eine Behandlungsleitlinie, die in Zusammenarbeit mit DG-Sucht und der DGPPN von Experten aus insgesamt 17 Fachgesellschaften erarbeitet wurde (AWMF online).

1.7 S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“

Unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim sowie der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen entstand die S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. Die Leitlinie wurde nach beinahe vierjähriger Entwicklungszeit am 30.01.2015 vorgestellt und ist in ihrer aktuellen Form bis Juli 2019 gültig.

Der Screening- und Diagnostik-Teil beinhaltet primär laborchemische und psychometrische Verfahren zur Erkennung alkoholbezogener Störungen.

Zum Screening steht mit einer klaren Empfehlung (A-Empfehlung) der aus zehn Selbstbeurteilungsfragen bestehende AUDIT-Test (Alcohol Use Disorder Identification Test) zur Verfügung, der in Deutschland bereits weit verbreitet ist. Bei Verdacht auf alkoholbezogene Störungen sollten sich weiterführende ICD-10 orientierte Diagnostiken anschließen.

Auf die in der Leitlinie aufgenommenen laborchemischen Methoden zum Nachweis von akuten, chronischen/ vermehrten oder indirekten Zustandsmarkern für Alkoholkonsum wird im Rahmen dieser Arbeit aus Relevanzgründen nicht näher eingegangen.

Mit dem Ziel der Konsumreduktion sind in die Leitlinie Kurzinterventionen aufgenommen, therapeutische Interventionen mit einer Dauer von bis zu 60 Minuten und maximal 5 Sitzungen. Allerdings gilt eine A-Empfehlung für den Einsatz von Kurzinterventionen bei riskantem Konsum, nicht bei bestehender Alkoholabhängigkeit.

Die S3-Leitlinie alkoholbezogener Störungen unterscheidet zwischen körperlicher Entgiftung, die die Behandlung von Alkoholintoxikation und Alkoholentzug beinhaltet sowie Qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung, die spezifische psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen umfasst zur Förderung der Änderungsbereitschaft, Stabilisierung der Abstinenz sowie Vermittlung in weiterführende Therapieangebote. Um dieses optimal erreichen zu können, sollten die entsprechenden Einrichtungen, in denen qualifizierte Alkoholentzugsbehandlungen durchgeführt werden, im regelmäßigen Austausch mit Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Rehabilitationseinrichtungen, Sozialpsychiatrischen Dienst, niedergelassenen Ärzten und Suchtambulanzen sowie komplementären Einrichtungen des Versorgungssystems (z.B. therapeutischen Wohngemeinschaften, Arbeitsprojekten) stehen. Zur Erhöhung der Effektivität ist eine Behandlungsdauer von 21 Tagen (KKP-Empfehlung) empfohlen, individuell kann eine längere Behandlungsdauer notwendig werden.

Die Kriterien für eine ambulante Entgiftung sind bereits in der Einleitung erörtert.

Nach der akuten Entzugsbehandlung sollte den Patienten in der sogenannten Postakutbehandlung eine nahtlose Weiterbehandlung angeboten werden. Die Abstinenz bleibt das übergeordnete und primäre Therapieziel. Als intermediäres Therapieziel ist in der Leitlinie nun auch die Reduktion des Alkoholkonsums aufgenommen, um die Hürde, sich in eine Behandlung zu begeben, zu senken.

Die pharmakologische Behandlung sollte nach den Empfehlungen der Leitlinie generell symptomorientiert als nach festen Schema erfolgen. In Mono- oder als Kombinationstherapie kommen u.a. Benzodiazepine, Clomethiazol, Antikonvulsiva, Tiaprid, Antipsychotika, Thiamin zum Einsatz.

1.8 Vor- und Nachteile der Leitlinien

Die Entwicklung und Etablierung der Leitlinien gewinnt zunehmend für die multiprofessionelle Arbeit an Bedeutung. Vor allem wenn positive Effekte für Patienten, Therapeuten, Behandler sowie Kostenträger zu erwarten sind.

Als mögliche Vorteile der Leitlinie für den Patienten können folgende Aspekte benannt werden: Verringerung der Behandlungsrisiken, Vermeidung von unnötigen Maßnahmen, Möglichkeit der Beurteilung und Auswahl der Behandlung, Unterstützung des Rechtsanspruchs auf Anwendung methodisch gesicherter Behandlungsverfahren, Information und Aufklärung.

Für Therapeuten und Behandler können Leitlinien Hilfe bei schwierigen Entscheidungen, Erhöhung der fachlichen Kompetenz, Verbesserung der Compliance, rechtliche Absicherung von Therapieentscheidungen sowie finanzielle Vorteile aufgrund positiver Bewertungen von Bedeutung sein. Zudem können sie klare Handlungsempfehlungen für den pharmakologischen Einsatz sowie psychotherapeutischen Interventionen beinhalten.

Schließlich können auch für den Kostenträger durch die Leitlinien Vorteile entstehen, die sich in der optimalen Nutzung von Ressourcen auf wissenschaftlicher Grundlage, aber auch der Einsparung von Ressourcen sowie Möglichkeit der Kontroll- und Einflussausübung widerspiegeln (Buchborn, 1997).

Als Nachteil kann sich unter Umständen die „Rückwärtsgewandtheit“ der Leitlinien erweisen, d.h. die evidenzgeprüften Verfahren werden erst nach Jahren in die Leitlinie aufgenommen und sollen für mehrere Jahre gelten. Dabei kann die Leitlinie selbst bereits veraltet sein. Dieser Umstand kann zu einer Verhinderung der Entwicklung innovativer Ansätze und Methoden führen.

Wesentlich ist auch gemäß der Diskussion von Linden (2004) die Überprüfung der Leitlinien selbst auf ihre Evidenzbasierung.

In die klinischen Studien, die die Grundlage für die S3-Leitlinie bilden, werden hochselektierte Patienten aufgenommen.

Nicht zu vernachlässigen sind auch die hohen Kosten der Leitlinienentwicklung.

Das alleinige Erstellen und die Verfügbarkeit der Leitlinien bedeuten nicht, dass die Inhalte sogleich im klinischen Alltag angewendet und umgesetzt werden (Grimshaw at

al., 2004a). Die Leitlinie an sich kann sowohl als Einengung in der therapeutischen Freiheit oder als Orientierung und Hilfe bei bestimmten therapeutischen Fragestellungen angesehen werden.

Um der Effektivität der Verbreitung der Leitlinie zu erhöhen, sind neben Fort- und Weiterbildungen aktive Implementierungsverfahren erforderlich. Passive Verbreitung der Leitlinieninhalte ist weitgehend ineffektiv (Grimshaw et al., 2004b). Unter Implementierung versteht man, die theoretischen Leitlinienempfehlungen in praktische Handlungen im klinischen Alltag umzusetzen. Neben der flächendeckenden Verbreitung der Leitlinieninhalte müssen somit Voraussetzungen für deren aktive Umsetzung geschaffen werden (Lelgemann & Ollenschläger, 2006). Bislang existieren dafür keine systematischen Programme. Die Bundesärztekammer, die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bemühen sich mit dem Programm für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm) das Defizit auszugleichen. Nach Grol und Grimshaw (2003) sollten hierzu unterschiedliche Strategien kombiniert werden, edukativer, finanzieller, organisatorischer und regulativer Art.

Die klinischen Behandlungspfade können zu den aktiven Implementierungsverfahren gezählt werden. Umgekehrt können auch Leitlinien als „aufbereitete Evidenz“ für die Erstellung der Behandlungspfade von Bedeutung sein.

1.9 Behandlungspfade

Behandlungspfade findet man sowohl in der deutschen wie auch englischen Literatur unter unterschiedlichen Begriffen, die weitgehend synonym verwendet werden, z.B. Patientenpfade, geplante Behandlungsabläufe, Clinical Pathways, abweichend voneinander in den jeweiligen Definitionen. Eine Gemeinsamkeit aller Definitionen ist die Beschreibung von Abfolge, Terminierung, Inhalten und Verantwortlichkeiten in der Versorgung definierter Patientengruppe, angeordnet auf einer Zeitachse, gegliedert in einzelne Versorgungsschritte von Aufnahme bis hin zur Entlassung.

Bei dem Behandlungspfad handelt es sich lediglich um eine Hilfestellung und Unterstützung in der klinischen Entscheidungsfindung, individuelle Anpassung sowie eigenständige Beurteilung sind von den jeweiligen Behandlern falls erforderlich, vorzunehmen. Die ärztliche Entscheidungsfreiheit und Autonomie soll durch die

Behandlungspfade in keinerlei Hinsicht eingeengt werden, weswegen bei der Pfadentwicklung die Möglichkeit der Abweichung und Ergänzung bei hinreichender Begründung berücksichtigt wird.

Behandlungspfade können dabei als Instrumente der Kostenerfassung und Kostenkontrolle, der Prozessoptimierung und des Schnittstellenmanagements, der integrierten Versorgung sowie des Risikomanagements dienen.

Trotz dieser unterschiedlichen Hintergründe und Zielsetzungen für die Behandlungspfade ergeben sich in der jeweiligen Entwicklung der Behandlungspfade gemeinsame Schritte bzw. Elemente, die im Folgenden aufgeführt werden (Dykes & Wheeler, 2002):

- Unternehmensentscheidung
- Themenwahl
- Zusammenstellung einer multiprofessionellen, multidisziplinären Projektgruppe
- Entwicklung von Behandlungszielen und Teilzielen in definierten Kategorien
- Definition der notwendigen Maßnahmen
- Abgleich mit dem medizinischen Standard (mit evidenzbasierten Konsensusleitlinien)
- Festlegung der Qualitätsindikatoren
- Entwicklung der Dokumentationen bzw. Einbeziehung in bereits existierende Dokumentationssysteme

Die lokalen Gegebenheiten, „hausinterne Standards“ wie bereits existierende Pflegestandards und interne Leitlinien und Optimierungspotentiale müssen berücksichtigt werden (Müller, Schmid & Conen, 2001; Murphy et al., 1998).

Bei der Erstellung des Behandlungspfades werden keine einheitliche sowie den spezifischen Bereich qualitative Mindestanforderungen definiert. Dementsprechend sind die Vorgehensweisen, insbesondere bei der Festlegung der zu treffenden medizinischen Maßnahmen, sehr heterogen (Becker-Schwarze & Lelgemann, 2005). Um sicherzustellen, dass das in einem Behandlungspfad festgeschriebene Vorgehen richtig und angemessen ist und dem medizinischen Standard entspricht, müssen Mindestanforderungen festgelegt werden. Diese sollen den rechtlichen Aspekt wahren und die Gefahr ökonomischer Zwänge bei der medizinischen Versorgung nach

Möglichkeit verhindern, falls die Behandlungspfade als Instrumente der Kostenkontrolle genutzt werden.

Die Leitlinien, entsprechend den S3-Leitlinien, geben den medizinischen Standard wieder und dienen somit als Referenz für die Entwicklung der Behandlungspfade, indem sie systematisch in deren Entwicklung einbezogen werden.

Problematisch wird es für die Entwickler der Behandlungspfade, wenn keine methodisch hochwertigen Leitlinien zu dem Thema verfügbar sind. Eine systematische Recherche und Bewertung von Primärstudien würden die Entwicklung eines Behandlungspfades aufgrund des damit verbundenen Aufwands kaum möglich machen.

Die Disseminierung und Implementierung erfolgt im Rahmen eines Fortbildungskurrikulums. Unter Disseminierung versteht man die effektive Verbreitung der Leitlinien.

Eine regelmäßige Überprüfung und Überarbeitung mit Anpassung an mögliche strukturelle, ggf. inhaltliche Veränderungen ist durchgehend erforderlich.

Besonders erwähnenswert ist hierbei die Wichtigkeit der Fortbildungen, die sich an die individuellen Bedingungen und Schwierigkeiten einzelner Ärzte orientieren und zu einer erhöhten Leitlinienkonformität führen.

Durch leitlinienbasierten Behandlungspfade kann auch die Wirksamkeit der Leitlinie bezüglich des Implementierungserfolges sowie der Verbesserung der Versorgung evaluiert werden. Hierzu sollten wie bereits oben erwähnt Qualitätsindikatoren bestimmt werden, die sowohl der Erfassung der Struktur-, Prozess- als auch der Ergebnisqualität dienen. Mit Hilfe der Indikatoren kann primär die Ist-Analyse wie auch die spätere Evaluation erfolgen. Nützlich dabei ist die Einbindung in einem Qualitätszyklus, der nicht nur eine Maßnahme der Implementierung darstellt, sondern auch eine Möglichkeit der Leitlinienergebnisevaluation und der kontinuierlichen bedarfsgerechten Verbesserung und Zielorientierung der Leitlinie eröffnet (Lelgemann & Ollenschläger, 2006). Ein wichtiger Aspekt der Ergänzung zwischen Leitlinien und Behandlungspfaden ist die Rückkopplung der auftretenden Fragen zu medizinischen Inhalten der Leitlinie unter dem Gesichtspunkt der möglichst nutzerorientierten Empfehlungen in der Entwicklung von Behandlungspfaden.

Zusammenfassend kann man sagen, dass mit Hilfe eines Behandlungspfades nicht nur die Behandlungsprozesse, sondern auch rechtliche, sozioökonomische Inhalte Berücksichtigung finden können, mit denen die Outcome-Orientierung verstärkt werden kann.

2 Hypothesen

In den vorherigen Kapiteln wurde bereits der hohe Stellenwert einer Qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung zur Förderung der Auseinandersetzung mit der Alkoholkrankung und somit der Abstinenzmotivation mit Einleitung und Inanspruchnahme entsprechender Behandlungsmöglichkeiten in dem breitgefächerten ambulanten, stationären und teilstationären Sektor erörtert. Als höchstes Ziel ist die Abstinenz formuliert (Krause et al., 2001), die nicht für jeden Alkoholabhängigen erreichbar ist. Eine individuelle Hierarchisierung der Behandlungsziele ist erforderlich.

Im Rahmen der stationären Behandlung können diagnostische und therapeutische Indikatoren definiert werden, die auf eine gute Prozessqualität hinweisen. Die Förderung einer langfristigen Abstinenz oder zumindest einer Trinkphasenunterbrechung, unterstützt durch etablierte Rahmenbedingungen definiert einen erfolgreichen Behandlungsverlauf.

Diese Arbeit befasst sich mit der Frage, inwieweit Behandlungspfade einen positiven Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität einer stationären Behandlung alkoholbezogener Störungen haben.

In Bezug auf die Prozess- und Ergebnisqualität durch Implementierung eines Behandlungspfades wurden folgende Hypothesen formuliert:

Prozessqualität:

- die Kontaktaufnahme zum ambulanten Suchthilfesystem (Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen) während der stationären Behandlung sowie nach Entlassung findet häufiger statt
- ein Antrag auf eine stationäre Entwöhnungsbehandlung bereits im stationären Rahmen und/ oder im Zuge der ambulanten Weiterbehandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz wird häufiger gestellt
- die diagnostischen Maßnahmen, v.a. Labor und EKG werden zeitnaher nach Aufnahme angemeldet und durchgeführt
- notwendige Laborkontrolluntersuchungen im Verlauf des Aufenthaltes erfolgen vollständiger
- höhere Anzahl geplanter Aufnahmen innerhalb von sechs Monaten nach Entlassung

Ergebnisqualität:

- geringere Anzahl stationärer Wiederaufnahmen

Die Qualitätskriterien zur Leitlinienkonformität stützen sich primär auf die S2-Leitlinie zur Akutbehandlung alkoholbedingter Störungen. Maßgebend für die Auswahl der Kriterien waren die Erfassungsmöglichkeiten über die elektronische Krankenakte, die schriftlichen Verlegungs- und Konsilberichte, die Durchführbarkeit und Nachvollziehbarkeit ambulanter Kontaktaufnahmen.

In der Einleitung erfolgte die Darstellung der aktuellen S3-Leitlinie zur Behandlung alkoholbezogener Störungen, die wesentlich in Bezug auf die gewählten Qualitätsindikatoren mit der S2-Leitlinie übereinstimmt und zum Zeitpunkt der Studie noch nicht erschienen war.

3 Methodik

3.1 Standort der Datenerfassung St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee

Das St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee ist ein psychiatrisch-neurologisches Fachkrankenhaus. Es verfügt über insgesamt 290 Betten mit stationären und tagesklinischen Behandlungsplätze für die psychiatrische Pflichtversorgung des Stadtbezirkes Pankow (Versorgungsbereiche Weißensee, Prenzlauer Berg und Pankow) mit ca. 361.000 Einwohnern (Bettenmessziffer 0,69‰).

In dem Krankenhaus der Regionalversorgung werden Patienten mit psychischen inklusive Abhängigkeitserkrankungen und neurologischen Erkrankungen behandelt. Hierfür hat die Klinik vier allgemeinspsychiatrische Stationen, zwei Suchtstationen, zwei neurologische Stationen sowie eine gerontopsychiatrische Station. Ferner verfügt das Krankenhaus über drei Tageskliniken in den jeweiligen Versorgungsgebieten. Zudem besteht die Möglichkeit einer stationären Entwöhnungsbehandlung für Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit.

Die zwei Suchtstationen (Station 8 mit 17 Betten und Station 9 mit 18 Betten) haben die Schwerpunkte einer Qualifizierten Alkoholentzugsbehandlung, Entzugsbehandlung aller stoffabhängigen Süchte und Behandlung von Doppeldiagnosen.

Neben dem stationären Behandlungsangebot wird in der Klinikstruktur bei entsprechender Indikation die überleitende ambulante Weiterbehandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz in einer der Suchtsprechstunden mit einem multiprofessionellen Team (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Krankenschwestern) angeboten.

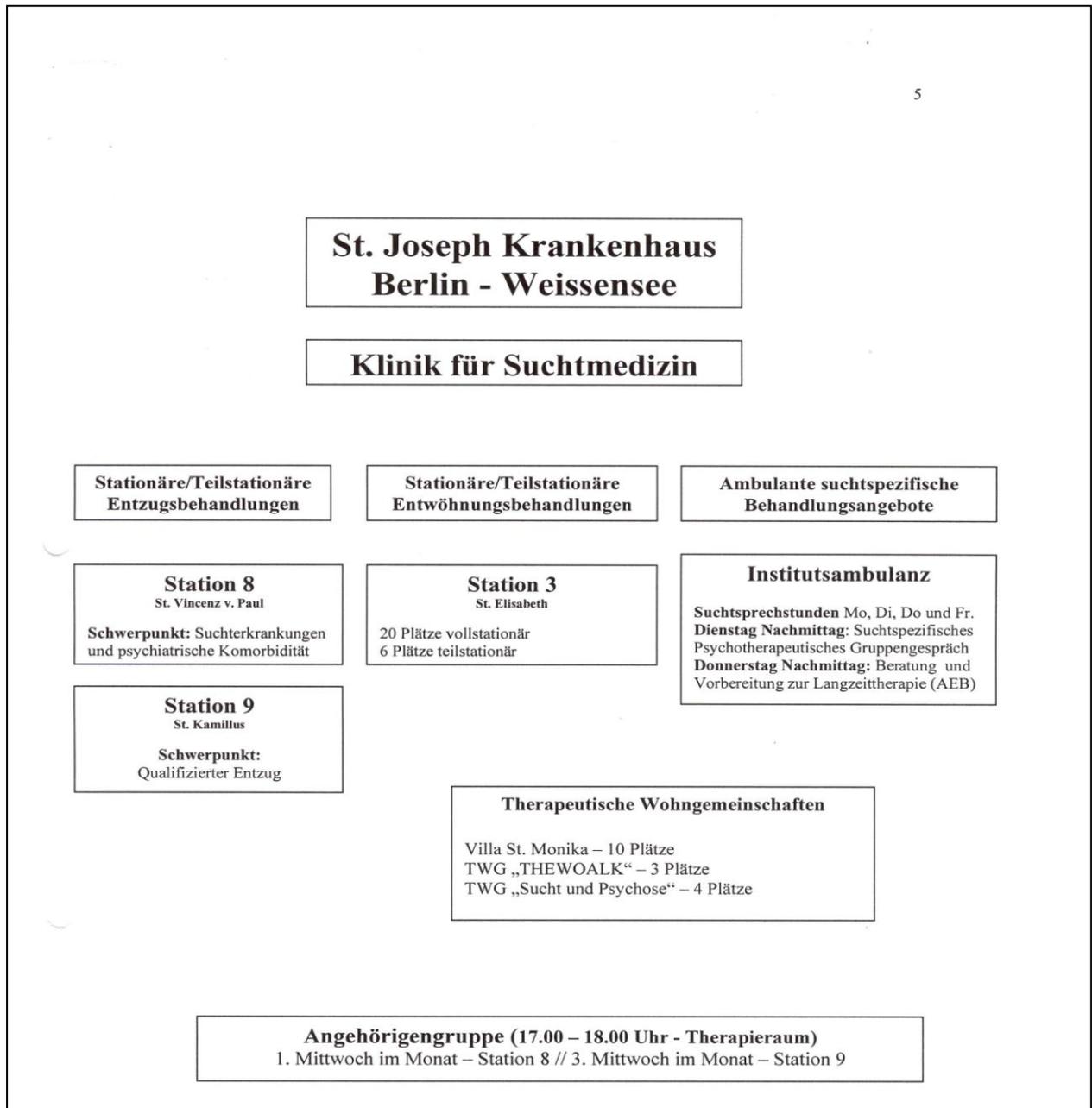
Des Weiteren verfügt das Krankenhaus über drei Therapeutische Wohngemeinschaften mit insgesamt 17 Wohnplätzen. Mittlerweile hat sich die Anzahl der Wohnplätze in den Therapeutischen Wohngemeinschaften bei steigender Nachfrage beinahe verdoppelt unter diagnosespezifischer Aufteilung.

Eine der Suchtstationen (Station 8) ist unmittelbar nach der zweiten Erfassungszeit geschlossen worden.

Die stationäre Entwöhnungsbehandlung ist 2016 aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen worden.

Die Abbildung 2 zeigt die detaillierte Aufstellung der Klinik für Suchtmedizin im St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee (2007).

Abbildung 2: Klinik für Suchtmedizin



3.1.1 Therapieprogramm

Die Datenerfassung im Rahmen dieser Arbeit fand auf der Station 8 statt. Diese Station wurde für die Studie ausgewählt, weil dort im Gegensatz zu der Station 9 der Behandlungspfad noch nicht eingeführt worden war. Die Station verfügt über ein multimodales Therapiekonzept mit multiprofessionellen Behandlungsangeboten, die in wöchentlichem Therapieprogramm aufgegliedert waren.

Die jeweiligen Therapiemodule umfassten Ergotherapie, Sporttherapie/ Hockergymnastik, Gesprächsgruppen, Medizinische Information. Einmal in der Woche stellten sich abends unterschiedliche Alkoholselbsthilfegruppen, die bezirklichen Suchtberatungen (Stiftung SPI-Suchthilfe Pankow/ Stab, Drogenberatung Prenzlauer Berg - Vista e.V.) mit der Möglichkeit eines nachfolgenden Einzelgesprächs sowie diverse Suchthilfeeinrichtungen vor. Die Teilnahme an den Therapiemodulen war verpflichtend, konnte über geleistete Unterschriften durch die referierenden Mitarbeiter nachvollzogen werden. Der Therapieplan sowie die Therapiedokumentation befinden sich im Anhang. In der Woche fanden jeweils eine ärztliche und eine oberärztliche Einzelvisite mit Beisein der Teammitarbeiter (Pflegepersonal, Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologin) statt.

Die Patienten haben zudem die Möglichkeit gehabt, neben der allgemeinen Vorstellung auf Station, nach Terminvereinbarung zwecks Beratung die Selbsthilfegruppen sowie die Suchtberatungsstellen vor Ort persönlich aufzusuchen nach hinreichender körperlicher Stabilisierung.

3.1.2 Nachstationären Behandlungsangebote

Je nach Indikation bestand für die Patienten das Angebot der tagesklinischen und nachstationären Weiterbehandlung auf der Station.

Während der tagesklinischen Behandlung war der Patient montags bis freitags in der Zeit von 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr und samstags von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr auf der Station und nahm an dem Therapieprogramm teil. Am Sonntag kam er bis spätestens 10.00 Uhr zur Atemalkoholkontrolle auf die Station. Die tagesklinische Behandlung dauerte in der Regel zwei Wochen.

In der poststationären Behandlung wurden mit dem Patienten 7 Termine innerhalb von 2 Wochen vereinbart. In diesen wurden Atemalkoholkontrollen sowie Einzelgespräche durchgeführt.

Falls die Patienten die Kriterien für eine Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz erfüllten, wurden sie verbindlich über einen hierfür konzipierten Anmeldungsbogen angemeldet.

Patienten, die an einer Entwöhnungsbehandlung auf der Entwöhnungsstation des Krankenhauses interessiert waren, erhielten ebenso das Angebot der ambulanten Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz bis zum Beginn der Entwöhnungsbehandlung in einer speziellen Sprechstunde. Im Rahmen der Behandlung wurden die Patienten unter anderem in der Antragstellung der Entwöhnungsbehandlung, falls nicht bereits während der stationären Behandlung erfolgt, unterstützt und stabilisierend begleitet.

3.2 Datenerhebung

3.2.1 Erfassungszeiträume

Die Erfassungszeiträume wurden in zwei Abschnitte gegliedert. Der erste Erfassungszeitraum lag von 01.03.2009 bis 30.05.2009, vor der Einführung der Behandlungspfade. Der zweite Erfassungszeitraum lag von 01.10.2009 bis 31.12.2009, nach der Implementierung des Behandlungspfades.

In der Zeit zwischen den beiden Erfassungszeiträumen fanden die Schulungen der Stationsmitarbeiter, der Ärzte, des Pflegepersonals und der Sozialarbeiterin statt.

Jeweils nach Ablauf eines halben Jahres wurden die Kontakte, bei erfolgter Anbindung in der Psychiatrischen Institutsambulanz sowie die Wiederaufnahmen in dem definierten Zeitraum erfasst.

3.2.2 Patienten

In den definierten Zeiträumen wurden alle stationären Patienten mit den Aufnahmediagnosen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (ICD-10: F10) in die Studie aufgenommen.

Dazu gehören

- Alkoholintoxikation (ICD-10: F10.0),
- schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1),
- die Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2),
- das Alkoholentzugssyndrom (ICD-10: F10.3),
- Alkoholentzugsdelir (ICD-10: F10.4) und
- Alkoholhalluzinose (ICD-10: F10.5).

Anderweitige psychiatrische Diagnosen wurden nicht als Ausschlusskriterium benannt.

Die Erfassung der Patienten war unabhängig von der Liegedauer, des Wiederaufnahmezeitpunkts und der -häufigkeit.

Die stationäre Aufnahme der Patienten erfolgte notfallmäßig über die Rettungsstelle des Krankenhauses, als Verlegung aus anderen Krankenhäusern, vor allem somatischen sowie nach Terminvereinbarung mit Einweisungsschein und Kostenübernahme der Krankenkasse.

Dabei wurden in dem ersten Erfassungszeitraum (01.03.2009 - 30.05.2009) insgesamt 173 Patienten in die Studie aufgenommen.

In dem zweiten Erfassungszeitraum (01.10.2009 - 31.12.2009) wurden 145 Patienten erfasst. Für den Zeitraum ist erwähnenswert, dass die Station zum 01.01.2010 wegen Umbaumaßnahmen des Krankenhauses geschlossen wurde und somit zum Ende der Erfassungszeit nur vereinzelt stationäre Aufnahmen auf die Station stattfanden.

Die erfassten Daten wurden anonymisiert, eine gesonderte Schweigepflichtentbindung oder Einverständniserklärung zur Teilnahme wurde nicht eingeführt.

Bei der Besprechung und Aushändigung der in der Studie eingeführten Instrumentes (Vermittlungsbogen) wurde den Patienten die Freiwilligkeit der Teilnahme ausführlich erklärt und dargestellt, dass im Falle der Ablehnung keine nachhaltigen Konsequenzen für die aktuelle stationäre Behandlung oder auch zukünftige stationäre Aufnahmen besteht. Jeder Teilnehmer wurde über die Anonymisierung der Daten aufgeklärt. Zur Wahrung der Schweigepflicht wurde in dem Vermittlungsboden, den jeder entlassene Patient ausgehändigt bekommen hat, der Punkt der Schweigepflichtentbindung gegenüber der jeweiligen Weiterbehandlungsstelle aufgeführt.

3.2.3 Datenerfassung

Die Erfassung der Patientendaten während und nach der stationären Behandlung, untergliedert in stationäre Wiederaufnahmen und nachfolgende ambulante Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz erfolgte über das Krankenhausdokumentationssystem anhand der Patientenbehandlungsnummer. Die wesentlichen Bestandteile des Dokumentationssystems sind die allgemeine Patientenverwaltung, der Behandlungspfad, BADO (Basisdokumentationssystem), die im folgenden Kapiteln näher erläutert werden.

Nach Ablauf des definierten Zeitraums von einem halben Jahr wurden in dem Dokumentationssystem erneute stationäre Aufnahmen, unabhängig von der Erfassungsstation ersichtlich. Die fortführende ambulante Behandlung, begrenzt auf die Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz konnte, mit Anzahl der Kontakte mittels der geführten Strichliste ebenso nachvollzogen werden, nicht differenziert nach den Kontakten mit unterschiedlichen Berufsgruppen wie Pflege, Arzt, Sozialarbeiter, Psychologen.

Da bereits bei der Studienkonzeption auf eine Schweigepflichtentbindung verzichtet worden ist, konnten keine Daten zu dem psychischen und körperlichen Zustand sowie Konsumverhalten des jeweiligen Patienten im ambulanten Setting ermittelt werden.

Eventuelle stationäre Behandlungen in anderen psychiatrischen Krankenhäusern oder Allgemeinkrankenhäusern sind nicht bekannt und konnten somit nicht erfasst werden. Gleichmaßen auch ambulante Behandlungen, inbegriffen ambulante Entzugsbehandlungen außerhalb der Psychiatrischen Institutsambulanz.

In Abhängigkeit von der Mitarbeit des Patienten sowie der Mitarbeiter des ambulanten Helfersystems flossen in die Datenerfassung Informationen zu Kontaktaufnahmen zu den ambulanten Suchthilfesystemen (Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen, Reha-Kliniken) ein. Hierfür wurde der im späteren Kapitel eingeführte Vermittlungsbogen verwendet.

3.3 Behandlungspfad

3.3.1 Pfadentwicklung

Nach erfolgreicher Implementierung des Behandlungspfades für die Diagnosen Schizophrenie und wahnhafte Störung im Jahr 2007 in den psychiatrischen Abteilungen der 5 Standorte St. Joseph-Krankenhaus Berlin–Weißensee, Psychiatrische Universitätskliniken in den Hedwigskliniken, Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik Bosse Wittenberg und St. Joseph Krankenhaus Dessau wurde seitens der Geschäftsführung des Unternehmensverbundes der Alexianerbrüder der Auftrag erteilt, Behandlungspfade für die Diagnose F1 (Alkoholabhängigkeit und alkoholbezogene Störungen) zu entwickeln.

Unter der Leitung von Oberarzt PD Dr. Godemann (Psychiatrie St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee) traf sich eine definierte Expertenrunde der ansässigen Klinik für Suchtmedizin mit Vertretern aller beteiligten Berufsgruppen, zu denen neben den Ärzten, Mitarbeiter der Pflege, Psychologen, Sozialarbeiter sowie Ergotherapeuten gehörten, um wichtige Anforderungen für die Behandlungspfade zu diskutieren und nachfolgend festzulegen.

Besondere Berücksichtigung fanden, anlehnend an die zum Erhebungszeitraum gültige S2- Leitlinie der Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen, nicht nur die diagnostischen Merkmale, unterteilt in die Diagnosestellung und Erfassung umfassender körperlicher Befunde (körperliche Untersuchung, Labor, EKG, ggf. ergänzende apparative Diagnostik), sondern auch medikamentöse Behandlungsoptionen, Kontaktherstellung zu dem Suchthilfesystem im Rahmen der stationären Therapieangebote.

Infolge der im Rahmen der Suchtbehandlung kürzeren Behandlungsdauer und höherer Patientenfluktuation, mit höherer Anzahl von Behandlungsabbrüchen wurde zur Vermeidung von hohen Arbeitsaufkommen in der Bearbeitung des Behandlungspfades die Möglichkeit der Pfadverkürzung installiert.

Innerhalb der Arbeitsgruppe wurden folgende Ziele für den Behandlungspfad definiert:

- Orientierung des Behandlungspfades an den Therapieempfehlungen der S2-Leitlinie für Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen zur Steigerung der Leitlinienkonformität.
- Darstellung und Optimierung bestehender Behandlungsprozesse als Instrument der Qualitätssicherung.
- Erhöhung der Rechtssicherheit im Behandlungsprozess durch erhöhte Transparenz und Nachvollziehbarkeit der therapeutischen Maßnahmen und Empfehlungen.

Die ökonomischen Zielsetzungen im Sinne von Kostentransparenz und Einsparung von Ressourcen wurden dabei nachrangig behandelt.

Als allgemeine Zielsetzungen wurden nachfolgende Vorgaben formuliert:

- Alle Patienten mit der Diagnose F1 sollten auf den Behandlungspfad gesetzt werden. Dazu gehören F10.0 Alkoholintoxikation, F10.1 schädlicher Gebrauch von Alkohol, F10.2 Alkoholabhängigkeit, F10.3 Alkoholentzugssyndrom, F10.4 Alkoholentzugsdelir, F10.5 Alkoholhalluzinose.
- Inhaltliche Grundlage bildete die S2-Leitlinie Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen.
- Der Behandlungspfad sollte in das bestehende Krankenhausinformationssystem integriert werden.

Nach der Fertigstellung des Behandlungspfades erfolgte eine viermonatige Erprobungsphase an zwei Standorten (St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee und Krankenhaus Hedwigshöhe). In dieser Phase bestand für jeden Mitarbeiter die Möglichkeit, Probleme bei der Anwendung des Behandlungspfades zu melden sowie Verbesserungsvorschläge anzubringen, die zeitnah umgesetzt worden sind.

3.3.2 Pfaddarstellung

Der Behandlungspfad ist tief in ein bestehendes Krankenhausinformationssystem integriert.

Bei Öffnung der Startseite eines Patienten wird der Behandlungspfad in Form eines Stammbaums mit verschiedenen Untermodulen dargestellt, über die man in die

Patientenakte, in die gesamte Patientendokumentation sowie zu den jeweiligen Untersuchungsanforderungen gelangen kann.

Über eine dynamische, prozessoral geprägte Vollständigkeitsprüfung werden die sinnvollen und notwendigen diagnostischen und therapeutischen Behandlungsschritte abgebildet und abgefragt. Die Behandlungspfade sind dabei syndromspezifisch aufgebaut und beinhalten neben den „alkoholbezogenen Störungen“ auch „Schizophrenie“, „organische Störungen“ sowie „affektive Störungen“. Es besteht die Möglichkeit die Diagnosekriterien der jeweiligen Störungen abzurufen.

Auch die jeweils für den Behandlungsprozess relevanten apparativen und laborchemischen Untersuchungen wurden in den Behandlungspfad aufgenommen, unterteilt nach obligaten und fakultativen Untersuchungen, wie in Abbildung 3 ersichtlich. Zu den obligaten Untersuchungen gehören Labor und EKG. Zu den fakultativen Untersuchungen Drogenscreening, Sonographie Abdomen, zerebrale Bildgebung und weitere, bei denen eine Indikation gegeben sein sollte.

Abbildung 3: Ausschnitt Behandlungspfad Diagnostik

Behandlungspfade_psychoiatrische_Krankheitsbilder

Alkoholbezogene Störungen (F10.0 - F10.4)

Diagnostik

Verlaufsprüfungen

Überprüfung der Diagnose: ja nein keine Indikation ICD-Erfassung

Labor: durchgeführt Pat. lehnt ab abgesetzt keine Indikation [Anforderungsstatus Funktionsstellen](#)

Fakultative Untersuchungen

Drogenscreening:	Labor	<input type="radio"/> durchgeführt <input type="radio"/> Vorbefunde vorliegend	<input type="radio"/> Pat. lehnt ab	<input type="radio"/> sonstige Gründe für eine Wiedervorlage	<input type="radio"/> keine Indikation
Sonographie Abdomen:	Sono	<input type="radio"/> durchgeführt <input type="radio"/> Vorbefunde vorliegend	<input type="radio"/> Pat. lehnt ab	<input type="radio"/> sonstige Gründe für eine Wiedervorlage	<input type="radio"/> keine Indikation
Cerebrale Bildgebung:	MRT Radiologie CT einschließlich KM Untersuchungen	<input type="radio"/> durchgeführt <input type="radio"/> Vorbefunde vorliegend	<input type="radio"/> Pat. lehnt ab	<input type="radio"/> sonstige Gründe für eine Wiedervorlage	<input type="radio"/> keine Indikation
EEG:	EEG	<input type="radio"/> durchgeführt <input type="radio"/> Vorbefunde vorliegend	<input type="radio"/> Pat. lehnt ab	<input type="radio"/> sonstige Gründe für eine Wiedervorlage	<input type="radio"/> keine Indikation
Neuropsychologische Untersuchung:	Psychologie	<input type="radio"/> durchgeführt <input type="radio"/> Vorbefunde vorliegend	<input type="radio"/> Pat. lehnt ab	<input type="radio"/> sonstige Gründe für eine Wiedervorlage	<input type="radio"/> keine Indikation
HIV-Test; Liquordiagnostik; Schwangerschaftstest:	Speziallabor	<input type="radio"/> durchgeführt <input type="radio"/> Vorbefunde vorliegend	<input type="radio"/> Pat. lehnt ab	<input type="radio"/> sonstige Gründe für eine Wiedervorlage	<input type="radio"/> keine Indikation
Röntgen-Thorax:	Röntgen	<input type="radio"/> durchgeführt <input type="radio"/> Vorbefunde vorliegend	<input type="radio"/> Pat. lehnt ab	<input type="radio"/> sonstige Gründe für eine Wiedervorlage	<input type="radio"/> keine Indikation
Diverse diagnostische Untersuchungen (ohne Einbindung als Funktionsstelle):	Formular Anforderungen				

Diagnostische Einschätzungen von Alkoholabhängigkeit und Delir
Diagnostische Kriterien Alkoholabhängigkeit
Diagnostische Kriterien Delir
 ja nein keine Angabe / VE

Seitenanfang

Behandlung

Schizophrenie (F2)

Affektive Störungen (F3)

Wiedervorlagen

Fertig Behandlungspfade_psychoiatrische_Krank

Innerhalb des Behandlungspfades gibt es keine zwingenden Zeitvorgaben. Einzelne Aufforderungen erfolgen aber zeitgebunden, z.B. Laborkontrolluntersuchungen. Außerdem gibt es Vorgaben, dass z.B. der Aufnahmeprozess innerhalb der ersten drei stationären Behandlungstage zu bearbeiten ist.

Alle Patienten der untersuchten Station wurden nach den Vorgaben des Behandlungspfades behandelt. Im Rahmen der Vollständigkeitsprüfung wurde u.a. an die nachfolgenden Punkte erinnert und eine Stellungnahme erwirkt:

- Differenzierte diagnostische Einschätzung
- Durchführung diagnostischer Verfahren (Labor, EKG, körperliche Untersuchung)
- Förderung der Kontaktaufnahme zu ambulanten Behandlungsangeboten (z.B. Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen)

Zur Optimierung der Arbeitsabläufe sowie der therapeutischen Prozesse wurden Kriterien für eine Qualifizierte Alkoholentzugsbehandlung (Abbildung 4) unterlegt, die um Behandlungsverlauf angelehnt an die Leitlinie abgefragt wurden.

Abbildung 4: Ausschnitt Behandlungspfad Kriterien für den Qualifizierten Entzug

Kriterien für den Qualifizierten Entzug

Information und Aufklärung über Abhängigkeitskrankungen nicht durchgeführt

Förderung von Veränderungsbereitschaft nicht durchgeführt

soziale Stabilisierung nicht durchgeführt

Motivierung zur problemspezifischen Weiterbehandlung nicht durchgeführt

Suchtspezifische Nachsorge	Detaillierte Beschreibung Nachsorge Sucht
Beratungsstelle: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine Angabe / VE	
Selbsthilfegruppe (SHG): <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine Angabe / VE	
Entwöhnungsbehandlung (ambulant/stationär): <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine Angabe / VE	
Komplementärer Träger <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> keine Angabe / VE	

Planung der Kontakte vor Entlassung: Planung erfolgte Keine Planung keine Angabe / VE

Kontaktaufnahme zu Weiterbehandlern und Angehörigen:
Relevante Kontaktaufnahmen sind erforderlich:

Niedergelassener Arzt Kontakt erfolgte: ja nein

PIA Kontakt erfolgte: ja nein

Komplementärer Träger Kontakt erfolgte: ja nein

Angehörige Kontakt erfolgte: ja nein

Betreuer Kontakt erfolgte: ja nein

SpD Kontakt erfolgte: ja nein

Sozialstation Kontakt erfolgte: ja nein

Pflegeheim Kontakt erfolgte: ja nein

Therapievereinbarung sinnvoll Prozedere besprochen: ja nein

Einstufung von Pflegebedürftigkeit und Entlassungsaufwand:
(nur Sozialarbeiter) Einstufung erfolgte Keine Einstufung keine Angabe / VE

Zwangsmaßnahmen und Unterbringung besprochen
 ja nein keine Zwangsmaßnahmen während des Aufenthaltes keine Angabe / VE

[Infoblatt Behandlungsvereinbarung](#)

Einstufung nach OPS

Fertig Behandlungspfade_psychiatrische_Krank

Die jeweiligen Punkte müssen gewissenhaft von den Mitarbeitern bearbeitet werden. Bei Ablehnung der Untersuchung seitens des Patienten oder Nichtbearbeitung des Punktes durch den Mitarbeiter bleiben die nicht bearbeiteten Punkte bis zum Entlassungszeitpunkt präsent. Dabei genügt es z.B. nicht, ein MRT anzumelden oder nur durchzuführen, um diesen Punkt aus der Vollständigkeitsliste zu entfernen. Entscheidend ist immer, dass ein Mitarbeiter aktiv bestätigt, dass das Ergebnis der Untersuchung wahrgenommen und ggf. die notwendigen Konsequenzen gezogen wurden.

Der Behandlungspfad dient nicht nur dem ärztlichen Personal als Diagnose- und Behandlungsleitfaden, sondern auch den mitbeteiligten Berufsgruppen des Pflegepersonals und Sozialarbeiter. Die Anfragen beschränken sich nicht nur auf syndromale Einschätzung sowie notwendigen Untersuchungen während der stationären Behandlung, sondern auch Erfassung wichtiger Daten und Informationsweitergabe im Zuge der stationären Aufnahme und des Entlassmanagements aller in der Behandlung involvierter Berufsgruppen.

3.4 BADO

BADO als Basisdokumentation wurde 1995 von der DGPPN als bundeseinheitliches Instrument zur Datenerhebung und Qualitätssicherung in psychiatrischen und psychotherapeutischen Krankenhäusern eingeführt. 2004 fand BADO auf allen Stationen des St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee Einzug. Die Erfassung findet zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt durch den behandelnden Arzt statt.

In der BADO werden neben epidemiologischen Stammdaten auch Daten zum laufenden Aufenthalt (Aufnahmemodus, Therapiemaßnahmen, rechtliche und soziale Situation, ggf. Gefährdungsmomente, Entlassungsmodus) erfasst, insgesamt über 70 soziodemographische und krankheitsbezogene Variablen, auf die zurückgegriffen werden kann.

Lebensgeschichtliche Stammdaten können gespeichert werden und werden bei den Folgebehandlungen übernommen. Zu jeweiligen, sich veränderbaren Unterpunkten wie GAF (Global Assessment of Functioning) und CGI (Clinical Global Impression Scale) sind Erklärungen hinzugefügt.

Die Skala zur Beurteilung des klinischen Gesamteindrucks (Clinical Global Impression, CGI) leistet einen wichtigen Beitrag zur Objektivierung und Dokumentation der Befunderhebung in der internationalen psychiatrischen und psychopharmakologischen Forschung. Eine einheitliche Skalenbeschreibung ermöglicht hierbei einen schnellen Zugang zu den wichtigsten Informationen. Die Skala dient im Besonderen der Nutzen-Risiko Bewertung bei medikamentöser Behandlung psychisch Kranker und besteht eigentlich aus drei Items: 1. Schweregrad der Erkrankung, 2. Heilungsverlauf und 3. therapeutische Wirksamkeit. Jedes Item wird getrennt ausgewertet, eine Berechnung des Summenscores entfällt somit. In der vorliegenden Untersuchung wurde nur das erste Item, Schweregrad der Erkrankung, genutzt. Die CGI Skala kann mit maximal 7 Punkten geratet werden. Ein höherer Wert bedeutet ein schlechteres Ergebnis (1 = überhaupt nicht krank, 7 = extrem schwer krank) (Weyer, 2005).

Die Skala zur Erfassung des sozialen Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning, GAF) ist eine international validierte Skala und dient der Bestimmung der Funktionsfähigkeit durch den behandelnden Arzt unter Bezugnahme des aktuellen klinischen Zustands sowie der Alltagsfunktionsfähigkeit. Die GAF ist ein eindimensionales Messverfahren, mit der sich die psychischen, physischen und sozialen Funktionsbereiche auf einer Skala von 0-100, jedoch nicht die körperlichen oder umweltbedingten Einschränkungen, beurteilen lassen. Die Skalierung läuft in 10 Clustern von null (keine Angabe möglich) über 10 (ständige Gefahr, sich selbst oder andere zu verletzen oder anhaltenden Unfähigkeit, minimale Hygiene aufrecht zu erhalten oder ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht) bis 100 (keine Symptome, hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten). Ein Wert von 61-70 klassifiziert dabei eine relative Gesundheit, die ein normales Funktionieren in der Gesellschaft mit leichten Schwierigkeiten ermöglicht (Wittchen et al., 1989).

Es besteht die Möglichkeit über den Behandlungspfad auch direkt zu BADO zu gelangen.

3.4.1 Erfassung der Inanspruchnahme ambulanter Angebote

Die Inanspruchnahme ambulanter Angebote wurde in folgenden Kriterien untergliedert.

- Kontaktaufnahme zum ambulanten Suchthilfesystem
- Anbindung PIA, falls erfolgt/ Anzahl der Kontakte im Verlauf eines halben Jahres
- Anzahl der Wiederaufnahmen sowie die Aufnahmeumstände im Verlauf eines halben Jahres.

Die Kontaktaufnahme zum ambulanten Suchthilfesystem beinhaltet sowohl den Besuch von den im Erfassungsort zahlreich vorhanden Selbsthilfegruppen wie auch den Suchtberatungsstellen. Im Versorgungsgebiet der Klinik arbeiten zwei Suchtberatungsstellen, die beide Kontakt- und Behandlungsangebote für Menschen mit schädlichen Gebrauch und Abhängigkeitserkrankung vom Alkohol haben, untergliedert in Einzel- und Gruppenangebote mit der Option der Weitervermittlung in eine Alkoholentwöhnungsbehandlung und anschließender Nachsorgemöglichkeit. Bereits vor der Zeit der Datenerhebung für die Studie erfolgten Überlegungen die Nachvollziehbarkeit der Kontaktaufnahme zwischen stationären und ambulanten Behandlungsangeboten auch für die stationären Therapeuten und ambulanten Beratungsstellenmitarbeiter zu optimieren und gegenseitige fortführende Behandlungsanliegen sowie -ziele mitzuteilen.

Hierzu wurde ein Vermittlungsformular, dargestellt in der Abbildung 5, ausgearbeitet, das zunächst aus vielfältigen Gründen nicht erfolgreich eingesetzt werden konnte. In einem gemeinsamen Treffen der Therapeuten der Station 8 wie auch der Suchtberatungen wurde der Stellenwert des Vermittlungsbogens und damit die in Zusammenhang stehende Behandlungsoptimierung thematisiert und als Resultat die Einführung des Formulars beschlossen.

Im nachfolgenden erhielt jeder auf der Station behandelte Patient zum Entlassungszeitpunkt das Vermittlungsformular ausgehändigt. Umgekehrt wurden Patienten mit dem Formular in die stationäre Behandlung vermittelt. Die Rückmeldung erfolgte entweder schriftlich über das Vermittlungsformular per Fax/ Brief oder telefonisch. Voraussetzung hierfür war das Einverständnis des Patienten sowie seine Mitarbeit bei den einzelnen Schritten. Aufgrund des breitflächigen Angebots der Suchthilfe innerhalb Berlins sahen wir von einer aktiven telefonischen oder brieflichen Nachfrage, falls keine Rückmeldung erfolgte, ab.

Abbildung 5: Vermittlungsformular

Verbund Sucht Pankow

**Vermittlung
in eine suchtspezifische Beratung/Behandlung
(Adressen siehe Rückseite)**

Adresse _____ **Datum** _____

_____ Stempel

Betr:
Name: _____
Adresse: _____

1. Erstkontakt
Mit Wem: _____

Woher vermittelt: _____

Aktuelle Situation:

Vereinbarungen/Absprachen: _____
Unterschrift des Mitarbeiters: _____

2. Weitervermittlung
Wohin: _____

Zielvereinbarung: _____

3. Rückmeldung erbeten: **ja** **an wen:** Name: _____
Tel.-Nr: _____
 Nein

Hiermit entbinde ich die unter 1. angegebenen Mitarbeiter von der Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern von 2. zur Weitergabe der unter 1. und 2. gemachten Angaben.

_____ Unterschrift des Klienten

Die Erfassung der fortführenden ambulanten Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz sowie der Anzahl der stationären Wiederaufnahmen im Verlauf eines halben Jahres erfolgte über das Krankenhausdokumentationssystem.

3.5 Statistik

Die Daten wurden mittels PASW STATISTICS 18.0™ aufbereitet und ausgewertet.

Auf bivariater Ebene wurden die Daten auf der Grundlage von χ^2 -Tests analysiert und ausgewertet, Mittelwertvergleiche erfolgten durch Varianzanalysen.

Die Differenzierung der Ergebnisse wurde entlang der üblichen Signifikanzschwellen von $p < 0.05$, $p < 0.01$ und $p < 0.001$ überprüft.

Um die Varianz des Outcomes zu erklären, wurden Regressionsanalysen durchgeführt.

4 Ergebnisse

4.1 Darstellung der Studienpopulation

Innerhalb der Studie wurden insgesamt 318 Patienten, 173 (54,40%) unternaturalistischen und 145 (45,60%) unter den Bedingungen des Behandlungspfades behandelt.

Tabelle 2: Population

	Behandlungspfad nein	Behandlungspfad ja	Gesamt
Anzahl Behandlungsfälle	173 (54,40%)	145 (45,60%)	318 (100%)

Von den 318 Patienten wurden 228 (71,7%) männliche und 90 (28,3%) weibliche Patienten eingeschlossen. Davon waren vor der Einführung des Behandlungspfades 121 (69,9%) Patienten männlich und 52 (30,1%) weiblich, unter dem Behandlungspfad waren 107 (73,8%) männlich und 38 (26,2%) weiblich.

Tabelle 3: Geschlecht

Geschlecht	männlich	weiblich	Gesamt
Behandlungspfad nein	121 (69,9%)	52 (30,1%)	173 (54,40%)
Behandlungspfad ja	107 (73,8%)	38 (26,2%)	145 (45,60%)
Gesamt	228 (71,7%)	90 (28,3%)	318 (100%)

Das Durchschnittsalter aller Patienten lag bei 44,33 Jahren bei einer Standardabweichung von 10,16 Jahren. Der Altersdurchschnitt der Patienten vor Einführung des Behandlungspfades lag bei 44,45 Jahren ($\pm 10,092$), nach der Einführung bei 44,19 ($\pm 10,268$) Jahren. Der jüngste Patient war zum Zeitpunkt der Erfassung 19 Jahre und der älteste 74 Jahre alt.

Tabelle 4: Alter

Alter	Anzahl	Durchschnitt	Standardabweichung
Behandlungspfad nein	173	44,45	10,092
Behandlungspfad ja	145	44,19	10,268
Gesamt	318	44,33	10,16

Durchschnittlich wiesen die Patienten 13,51 ($\pm 19,116$) Voraufenthalte auf. In die Summe der Aufenthalte flossen nicht nur die stationären Behandlungen im St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee ein, sondern auch ambulante Vorstellungen in der Akutaufnahme oder auch die jeweiligen Behandlungen in der Psychiatrischen Institutsambulanz ein. Vor Einführung des Behandlungspfades lag die Anzahl der Voraufenthalte bei 14,21 ($\pm 20,11$) und nach Einführung des Behandlungspfades bei 12,68 ($\pm 17,89$).

Tabelle 5: Tabelle Stationäre Voraufenthalte

Stationäre Voraufenthalte	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
Behandlungspfad nein	173	14,21	20,11
Behandlungspfad ja	145	12,68	17,89
Gesamt	318	13,51	19,116

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der stationären Behandlungen belief sich auf 7,12 ($\pm 4,9$) Tage. Der längste Aufenthalt dauerte 37 Tage.

Aus eigenanamnestischen Angaben sowie den Krankenhausakten konnte eine durchschnittliche Erkrankungsdauer von 7,4 ($\pm 6,9$) Jahren ermittelt werden. Das geschätzte globale Funktionsniveau (GAF) lag im letzten Jahr bei 59,9 ($\pm 9,3$).

Der CGI-Wert lag bei Aufnahme bei 6,04 ($\pm 0,537$). Das geschätzte globale Funktionsniveau (GAF) lag im letzten Jahr bei 59,9 ($\pm 9,3$).

Der Grad der körperlichen Beeinträchtigung zu den jeweiligen Aufnahmezeitpunkten lag durchschnittlich bei 28,7 ($\pm 7,3$), 20 entspricht dem Beeinträchtigungsgrad von mittelschwer bis schwer, 30 von leichter.

309 Patienten waren deutscher Herkunft. Die meisten Patienten verfügten über einen Haupt- (158) oder Realschulabschluss (79) bzw. einem vergleichbaren Schulabschluss. Über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügten von den 318 erfassten Patienten 65%, noch arbeitstätig waren während des Erfassungszeitraums 14%.

Die Differenz der Patientenzahl in der Schul- und Berufsausbildung ergibt sich aus dem nicht erfassten oder nicht bekannten Bildungsniveau.

Im nachfolgenden werden die Erfassungsdaten in den definierten Behandlungszeiträumen dargelegt, die wesentlich als Qualitätsindikatoren (Tabelle 6) für eine erfolgreiche Suchtbehandlung erachtet werden. Insbesondere inwieweit sich die Implementierung der Behandlungspfade auf diese günstig auswirken kann.

Tabelle 6: Darstellung der Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikator	Ja	Nein	Gesamt
Erstkontakt zur Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung	105	155	260
Erneuter Kontakt zur Suchtberatungsstelle nach der Entlassung	93	100	193
Kontakt zur Selbsthilfegruppe	74	181	255
Antragstellung AEB	17	300	317
Stationäre Wiederaufnahme innerhalb von 6 Monaten	163	155	318
Aufnahmelabor	269	49	318
EKG	186	132	318
Kontrolllabor	77	240	317

Die Erläuterung der Gesamtzahlen erfolgt in den folgenden Kapiteln.

4.2 Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung

Während der stationären Behandlung stellten sich auf der Station im Rahmen des multimodalen Therapieangebots die zwei im Versorgungsbezirk zuständigen

Beratungsstellen (Stab und Vista e.V.) vor. Jeder Patient hatte die Möglichkeit in den Stationsräumen zur Teilnahme und wurde vom Pflegepersonal vor Beginn zur Teilnahme motiviert. Es bestand die Möglichkeit nach der Gruppenvorstellung ein Einzelgespräch mit dem Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle zu führen. Körperlich stabilisierte Patienten hatten auch die Möglichkeit die Suchtberatungsstellen an ihren Standorten selbständig aufzusuchen.

Über einen bei Aufnahme ausgehändigten Therapieplan, mit auf der Rückseite ausgearbeiteten Unterschriftenteil bei Therapieteilnahme, konnte die Kontaktaufnahme/ Teilnahme an der Vorstellung der ambulanten Suchtberatungsstelle nachvollzogen werden. Insgesamt konnte bei 260 Patienten in beiden Erfassungsgruppen die Kontaktaufnahme nachvollzogen werden. Davon nahmen 105 Patienten die Möglichkeit wahr, 155 haben nicht teilgenommen.

Die verbleibenden 58 Patienten, bei denen die Kontaktaufnahme unklar blieb, haben zumeist den Unterschriftenteil des Therapieplans bei Entlassung nicht abgegeben oder verloren.

Im Folgenden wird geprüft welche erfassten Variablen einen Einfluss auf die Kontaktaufnahme zu Suchtberatungsstellen während des stationären Aufenthaltes haben.

Tabelle 7: Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung

	Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle		F	Sign.
	ja	nein		
Behandlungspfad				
Ja	50	55		
Nein	99	56	6,76	0.009**
Geschlecht				
Weiblich	27	44		
Männlich	78	111	0,225	0.635
Aufenthaltsdauer				

	Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle		F	Sign.
	ja	nein		
< 7 Tage	48	119		
> 7 Tage	57	36	26,28	0.000**
GAF				
kleiner/ gleich 60	51	109		
größer 60	54	46	12,51	0.000**
Alter				
jünger/ gleich 39	26	48		
jünger/ gleich 59	74	100		
jünger/ gleich 79	5	7	1,19	0.552
CGI bei Aufnahme				
5	16	9		
6	80	116		
7	9	30	10,66	0.005**
Schwere der körperlichen Beeinträchtigung bei Aufnahme				
mittelschwer/ schwer (20)	36	69		
leicht (30)	29	126	8,1	0.004**
Erkrankungsdauer				
kleiner/ gleich 6 Jahre	46	50		
größer 6 Jahre	35	51	1,65	0.437
Schulabschluss				
kein Abschluss	3	3		
Sonderschule	2	3		
Hauptschule	26	39		
Mittlere Reife	60	70		
Abitur	11	23	3,29	0.914

	Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle		F	Sign.
	ja	nein		
Berufsabschluss				
Kein	18	37		
Lehre abgeschlossen	71	85		
Fach-/ Meisterschule	3	7		
Fachhochschule/ Universität	10	12	4,80	0.570
Psychosoziale Belastungsfaktoren				
Leicht	16	20		
Mittel	71	90		
Schwer	18	45	4,82	0.090
Anzahl der stationären Wiederaufnahmen				
1	56	76		
größer/ gleich1	49	79	0,463	0.290

Signifikanz: * ≤ 0.05 , ** ≤ 0.01

In der statistischen Analyse konnte festgestellt werden, dass der Behandlungspfad, die Aufenthaltsdauer, der GAF, der CGI und die Schwere der körperlichen Beeinträchtigung die Wahrscheinlichkeit der Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung erhöhten.

Zum einen kam es bei schwerer erkrankten Patienten seltener zu einer Kontaktaufnahme. Der höchste GAF-Wert im letzten Jahr vor der stationären Aufnahme lag durchschnittlich bei 59,9 ($\pm 9,3$). Der Unterschied zwischen der Patientengruppe, die an der Vorstellung der Suchtberatungsstelle, und denen die nicht teilgenommen haben, war signifikant ($F=5,28$; $p=0.006$).

Zum anderen fand die Kontaktaufnahme während der stationären Behandlung umso seltener statt, je körperlich vorgeschädigter die Patienten zum Aufnahmezeitpunkt waren ($F=8,1$; $p=0.04$). Die Aufenthaltsdauer beeinflusste die Kontaktaufnahme positiv.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 7,12 ($\pm 4,961$) Tage. Je länger der stationäre Aufenthalt war, desto wahrscheinlicher wurde die Kontaktaufnahme ($F=26,28$; $p=0.000$).

Ein weiterer Faktor, der die Kontaktaufnahme günstig beeinflusste, war der Einbezug in den Behandlungspfad ($F=6,76$; $p=0,009$).

Alle weiteren analysierten Faktoren, das Alter, das Geschlecht, die Anzahl der Voraufenthalte sowie der stationären Wiederaufnahmen, der Schul- oder Berufsschulabschluss, die Schwere der psychosozialen Belastungsfaktoren trugen nicht dazu bei, die Kontaktaufnahme wahrscheinlicher zu machen.

In einem multivariaten Regressionsmodell zeigen der Behandlungspfad, der CGI, der GAF und die Aufenthaltsdauer einen signifikanten Einfluss darauf, ob Patienten den Kontakt zur Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung suchen oder nicht.

Die geschätzte Varianzerklärung liegt bei 31,3%. Mit dem Modell werden 72,7% korrekt klassifiziert.

Daraus lässt sich ableiten, dass sich der Behandlungspfad, der maximale GAF im letzten Jahr und die Aufenthaltsdauer positiv und der CGI bei Aufnahme negativ auf die Wahrscheinlichkeit die ambulante Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung aufzusuchen, auswirken.

In der folgenden Tabelle 8 wird die multiple Regression zur Kontaktaufnahme zu einer Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung dargestellt.

Tabelle 8: Multiple Regression Kontakt zur Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung

Variable	Wert	Sign.	
Behandlungspfad ja / nein	6,758	0.009**	
CGI bei Aufnahme	10,079	0.001**	
GAF letztes Jahr	10,417	0.001**	
Aufenthaltsdauer	39,602	0.000**	
Psychosoziale Belastung	2,951	0.086	
Anzahl stationärer Wiederaufnahmen	2,983	0.084	

Variable	Wert	Sign.	
Körperliche Beeinträchtigung	13,085	0.000**	
Varianzaufklärung		R ²	0,313
Korrekte Klassifikation			72,7%

4.3 Kontakt zur ambulanten Suchtberatungsstelle nach der Entlassung aus der stationären Behandlung

Von insgesamt 193 Patienten erhielten wir die Rückmeldung via den eingeführten Vermittlungsbogen über die Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle nach der Entlassung aus der stationären Behandlung. Davon waren aus dem Erfassungszeitraum vor der Einführung des Behandlungspfades 108 Patienten und 85 Patienten nach der Einführung des Behandlungspfades. Eine gesonderte telefonische oder briefliche Nachfrage, falls kein Rücklauf des Vermittlungsbogens erfolgte, fand nicht statt.

In den erhobenen Daten zeigte eine längere stationäre Aufenthaltsdauer ($F=13,436$; $p=0.000$) einen hochsignifikanten Einfluss auf die Häufigkeit der Kontaktaufnahme auf.

Auch der Behandlungspfad ($F=5,445$, $p=0.014$) führte zu einer primär häufigeren Kontaktaufnahme oder gar Fortführung der im stationären Rahmen angebahnten Kontakte zur ambulanten Suchtberatungsstelle.

Die Erkrankungsdauer ($F=3,621$; $p=0.041$), der GAF ($F=4,736$; $p=0.021$) sowie die körperliche Beeinträchtigung ($F=4,546$; $p=0.025$) einen negativen Einfluss auf die Kontaktaufnahme.

Das Geschlecht, das Alter, der CGI bei Aufnahme, der Schul- und Berufsabschluss, die psychosozialen Belastungsfaktoren sowie die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen ergaben keinen Einfluss auf die Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle nach der Entlassung aus der stationären Behandlung.

Die Ergebnisse sind in der Tabelle 9 zusammengefasst.

Tabelle 9: Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle nach der Entlassung aus der stationären Behandlung

	Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle		F	Sign.
	ja	nein		
Behandlungspfad				
ja	49	36		
nein	44	64	5,445	0.014*
Aufenthaltsdauer				
< 7 Tage	46	75		
> 7 Tage	47	25	13,436	0.000**
Geschlecht				
weiblich	34	27		
männlich	59	73	2,037	0.102
Alter				
jünger/ gleich 39	24	27		
jünger/ gleich 59	65	63		
jünger/ gleich 79	4	10	2,529	0.282
Erkrankungsdauer				
kleiner/ gleich 6 Jahre	40	30		
größer 6 Jahre	31	44	3,621	0.041*
CGI bei Aufnahme				
5	11	6		
6	71	74		
7	11	20	3,897	0.143
GAF				
kleiner/ gleich 60	51	70		

	Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle		F	Sign.
	ja	nein		
größer 60	42	30	4,736	0.021*
Körperliche Beeinträchtigung bei Aufnahme				
mittelschwer/ schwer (20)	29	18		
schwer (30)	64	82	4,546	0.025*
Schulabschluss				
Kein Abschluss	1	6		
Hauptschule	23	22		
Mittlere Reife	53	53		
Abitur	13	4	5,372	0.147
Berufsabschluss				
kein	11	20		
Lehre abgeschlossen	68	67		
Fach-Meisterschule	10	4	5,170	0.075
Psychosoziale Belastungsfaktoren				
leicht	10	14		
mittel	61	63		
schwer	22	23	0,468	0.791
Anzahl der stationären Wiederaufnahmen				
1	45	51		
größer/gleich1	48	49	0,132	0.413

Signifikanz: * ≤ 0.05 , ** ≤ 0.01

31 Patienten wurden nach der stationären Behandlung in eine Therapeutische Wohngemeinschaft entlassen.

4.4 Kontakte zur Selbsthilfegruppe während der stationären Behandlung

Ähnlich der Beratungsstellen stellten sich einmal wöchentlich auf der Station unterschiedliche Selbsthilfegruppen des Versorgungsbezirks vor. Ferner hatten die Patienten die Möglichkeit, noch während der stationären Behandlung nach hinreichender körperlicher Stabilisierung ihnen bekannte Selbsthilfegruppen außerhalb der stationären Rahmenbedingungen aufzusuchen. Die Erfassung der Kontaktaufnahme erfolgte ebenfalls auf der Rückseite des bei Aufnahme ausgehändigten Therapieplans.

Bei insgesamt 255 Patienten konnte eine Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfegruppe nachvollzogen werden. Insgesamt nahmen von 255 erfassten Patienten 74 Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe während der stationären Behandlung auf, 181 nicht.

Dabei begünstigte neben der Aufenthaltsdauer ($F=22,84$; $p=0.000$), der geringere GAF ($F=9,51$; $p=0.002$), der CGI ($F=12,86$; $p=0.002$) sowie die bessere körperliche Verfassung ($F=7,78$; $p=0.005$) die Kontaktaufnahme zur Selbsthilfegruppe während der stationären Behandlung.

Andere untersuchten Faktoren wie Alter, Geschlecht, Erkrankungsdauer, Schul- und Berufsausbildung sowie psychosoziale Belastungsfaktoren hatten keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Kontaktaufnahme zur Selbsthilfegruppe während der stationären Behandlung.

Auch der Behandlungspfad begünstigte die Kontaktaufnahme nicht.

Die jeweiligen Parameter sind in der Tabelle 10 dargestellt.

Der GAF-Wert und die Aufenthaltsdauer zeigten auch in einem multivariaten, logistischen Regressionsmodell einen signifikanten Einfluss auf die Häufigkeit der Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfegruppe. Die geschätzte Varianzerklärung lag bei 18,2%. Mit dem Modell konnten 71,5% korrekt klassifiziert werden.

Tabelle 10: Kontaktaufnahme zur Selbsthilfegruppe während der stationären Behandlung

	Kontaktaufnahme zur Selbsthilfegruppe		F	Sign.
	ja	nein		
Behandlungspfad				
ja	35	74		
nein	39	107	8,88	0.212
Geschlecht				
weiblich	24	46		
männlich	50	135	1,29	0.162
Aufenthaltsdauer				
< 7 Tage	31	133		
> 7 Tage	43	48	22,84	0.000**
GAF				
kleiner/ gleich 60	35	123		
größer 60	39	58	9,51	0.002**
Alter				
jünger/ gleich 39	21	51		
jünger/ gleich 59	50	121		
jünger/ gleich 79	3	9	0,099	0.952
CGI bei Aufnahme				
5	9	16		
6	63	128		
7	2	37	12,86	0.002**
Schwere der körperlichen Beeinträchtigung bei Aufnahme				
mittelschwer/ schwer (20)	27	36		
leicht (30)	47	145	7,78	0.005**
Erkrankungsdauer				

	Kontaktaufnahme zur Selbsthilfegruppe		F	Sign.
	ja	nein		
kleiner/ gleich 6 Jahre	34	59		
größer 6 Jahre	23	71	3,23	0.051
Schulabschluss				
kein Abschluss	3	8		
Hauptschule	15	49		
Mittlere Reife	39	87		
Abitur	11	23	1,39	0.706
Berufsabschluss				
kein	14	39		
Lehre abgeschlossen	47	116		
Fach-/ Meisterschule	7	15	0,240	0.887
Psychosoziale Belastungsfaktoren				
leicht	16	20		
mittel	71	90		
schwer	18	45	4,82	0.090
Anzahl der stationären Wiederaufnahmen				
1	35	74		
größer/ gleich 1	39	107	8,88	0.212

Signifikanz: * ≤ 0.05 , ** ≤ 0.01

4.5 Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung während der stationären Behandlung

Der Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung erfordert einen ärztlichen Bericht und einen Sozialbericht. Der Sozialbericht wird von einem Sozialarbeiter in Zusammenarbeit mit dem Patienten ausgefüllt und ist inhaltlich wesentlich zeitlich aufwendiger als der

ärztliche Bericht. Dementsprechend ist für die Antragstellung sowohl die körperliche Stabilität des Patienten wie auch eine hinreichende Motivation ein voraussetzender Faktor.

Von den 318 in der Studie aufgenommenen Patienten wurde bei 17 bereits während der stationären Behandlung ein Antrag auf eine Alkoholentwöhnungsbehandlung gestellt.

Lediglich eine längere Aufenthaltsdauer beeinflusste die Wahrscheinlichkeit einer Antragstellung positiv ($F=15,55$; $p=0.000$). Die Erkrankungsdauer machte die Antragstellung auf eine Alkoholentwöhnungsbehandlung unwahrscheinlicher. Je länger der Patient erkrankt war, desto seltener wurde der Antrag auf eine Alkoholentwöhnungsbehandlung gestellt ($F=6,112$; $p=0.012$).

Andere untersuchten Parameter wie der Behandlungspfad, die körperliche Beeinträchtigung bei Aufnahme, CGI bei Aufnahme, das Alter, das Geschlecht, die psychosoziale Belastungsfaktoren, der GAF-Wert, die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen sowie der Schul- und Berufsabschluss trugen nicht zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit der Antragstellung während der stationären Behandlung bei (Tabelle 11).

Die Gründe hierfür könnten einerseits mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 7,1 Tagen, andererseits in der Vermittlung in die dafür konzipierte Sprechstunde in der Psychiatrischen Institutsambulanz, wo die entsprechenden Anträge gestellt werden konnten, in Zusammenhang stehen.

Inwieweit tatsächlich von den in die Psychiatrische Institutsambulanz vermittelten Patienten, einen Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung gestellt und letztendlich auch angetreten haben, konnte nicht nachvollzogen werden.

Von der konzeptionellen Seite der stationären Behandlung, nachfolgend auch in der fortführenden Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz wurde zudem die geeignete Anbindung an das ambulante Suchthilfesystem vordergründig erachtet, um entsprechende Vor- und Nachsorge zu gewährleisten im Rahmen der Gesamtbehandlung, wo auch eine entsprechende Antragstellung forciert wird.

Tabelle 11: Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung während der stationären Behandlung

	Antrag auf Entwöhnungsbehandlung		F	Sign.
	ja	nein		
Behandlungspfad				
Ja	10	135		
Nein	7	165	0,321	0.194
Geschlecht				
Weiblich	2	88		
Männlich	15	212	2,443	0.093
Aufenthaltsdauer				
< 7 Tage	3	196		
> 7 Tage	17	104	15,656	0.000**
GAF				
kleiner/ gleich 60	8	188		
größer 60	9	112	1,661	0.151
Alter				
jünger/ gleich 39	4	88		
jünger/ gleich 59	12	193		
jünger/ gleich 79	1	19	0,289	0.865
CGI bei Aufnahme				
5	2	30		
6	14	224		
7	1	46	1,145	0.564
Schwere der körperlichen Beeinträchtigung bei Aufnahme				
mittelschwer/ schwer (20)	8	80		
leicht (30)	9	220	3,336	0.065
Erkrankungsdauer				

	Antrag auf Entwöhnungsbehandlung		F	Sign.
	ja	nein		
kleiner/ gleich 6 Jahre	11	109		
größer 6 Jahre	2	112	6,112	0.012*
Schulabschluss				
kein Abschluss	0	15		
Hauptschule	6	73		
Mittlere Reife	6	152		
Abitur	4	36	3.994	0.262
Berufsabschluss				
Kein	3	65		
Lehre abgeschlossen	11	191		
Fach-/ Meisterschule	2	23	0.459	0.795
Psychosoziale Belastungsfaktoren				
Leicht	4	41		
Mittel	10	186		
Schwer	3	73	1,429	0.490

Signifikanz: * ≤ 0.05 , ** ≤ 0.01

4.6 Anbindung an die Psychiatrische Institutsambulanz

Von 317 erfassten Patienten war bekannt inwieweit eine Anbindung an die Psychiatrische Institutsambulanz erfolgte. Davon führten 58 Patienten die Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz fort, 259 nicht.

In der Fallzahl wurde nicht differenziert zwischen Erstaufnahme in die speziell konzipierte Sprechstunde zur Anbahnung einer Entwöhnungsbehandlung oder psychiatrischen Behandlung bei Komorbidität im Sinne einer Doppeldiagnose und/ oder Fortsetzung einer bereits im Vorfeld der stationären Aufnahme bestehenden ambulanten Behandlung. Ein Ausschlusskriterium für die Aufnahme in die

Psychiatrische Institutsambulanz ist eine bereits etablierte ambulante psychiatrische Behandlung bei niedergelassenen Psychiaterin/ Psychiater oder gegebenenfalls eine ambulante Psychotherapie.

Die Anbindung an die Psychiatrische Institutsambulanz zum Zwecke der Anbahnung einer Entwöhnungsbehandlung ist gemeint als eine Übergangsbehandlung, während derer unter dem multidisziplinären Behandlungsangebot (Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Psychologen) die erforderlichen Anträge gestellt werden konnten. Inwieweit nach Beendigung der Entwöhnungsbehandlung eine weitere Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz erfolgte, wurde nicht im Rahmen der Studie aufgeschlüsselt.

Eine höhere Anzahl stationärer Aufenthalte ($F=24,83$; $p=0.000$), der GAF ($F=5,923$; $p=0.010$) sowie niedrigerer Berufsabschluss ($F=8,644$; $p=0.013$) machten eine Behandlung alkoholabhängiger Patienten in der Psychiatrischen Institutsambulanz wahrscheinlicher.

Der Behandlungspfad, das Geschlecht, das Alter, die Aufenthaltsdauer, CGI bei Aufnahme, die körperliche Beeinträchtigung bei Aufnahme, die Erkrankungsdauer, der Schulabschluss sowie die psychosozialen Belastungsfaktoren trugen nicht zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit der Anbindung an die Psychiatrische Institutsambulanz nach der stationären Entlassung bei (Tabelle 12).

Tabelle 12: Anbindung an die Psychiatrische Institutsambulanz

	Anbindung an die Psychiatrische Institutsambulanz		F	Sign.
	ja	nein		
Behandlungspfad				
Ja	27	117		
Nein	31	142	0,036	0.481
Geschlecht				
Weiblich	20	70		
Männlich	38	186	1,296	0.164
Aufenthaltsdauer				

	Anbindung an die Psychiatrische Institutsambulanz		F	Sign.
	ja	nein		
< 7 Tage	31	168		
> 7 Tage	27	91	2,643	0.071
GAF				
kleiner/ gleich 60	44	152		
größer 60	14	107	5,923	0.010**
Alter				
jünger/ gleich 39	19	73		
jünger/ gleich 59	37	168		
jünger/ gleich 79	2	18	1,271	0.312
CGI bei Aufnahme				
5	5	27		
6	46	191		
7	7	41	0,792	0.673
Schwere der körperlichen Beeinträchtigung bei Aufnahme				
mittelschwer/ schwer (20)	21	67		
leicht (30)	37	192	2,526	0.079
Erkrankungsdauer				
kleiner/ gleich 6 Jahre	18	102		
größer 6 Jahre	23	92	1,019	0.201
Schulabschluss				
kein Abschluss	2	9		
Hauptschule	8	55		
Mittlere Reife	21	105		
Abitur	11	23	6,110	0.106
Berufsabschluss				

	Anbindung an die Psychiatrische Institutsambulanz		F	Sign.
	ja	nein		
kein	13	40		
Lehre abgeschlossen	22	140		
Fach-/Meisterschule	8	14	8,644	0.013*
Psychosoziale Belastungsfaktoren				
leicht	8	36		
mittel	33	164		
schwer	17	59	1,158	0.560
Anzahl der stationären Wiederaufnahmen				
1	14	156		
größer/ gleich1	44	103	24,83	0.000**

Signifikanz: * ≤ 0.05 , ** ≤ 0.01

4.7 Anzahl der Wiederaufnahmen und Aufnahmeumstände innerhalb von sechs Monaten

Im Folgenden wurde untersucht welche Faktoren die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen innerhalb von sechs Monaten beeinflussten. Hierbei wurden die primär dokumentierten Fallnummern in dem Krankenhausdokumentationssystem nach Wiederaufnahmen innerhalb des definierten Zeitraums von 6 Monaten durchsucht und dokumentiert. Es wurde sowohl die Häufigkeit der Wiederaufnahme (Tabelle 13) sowie die Art, Notfall versus geplante Aufnahme oder Verlegung aus anderem Krankenhaus, erfasst.

Tabelle 13: Anzahl der stationären Wiederaufnahmen

Anzahl der stationären Wiederaufnahmen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	14	Gesamt
Patientenanzahl	155	112	23	12	7	3	1	3	1	1	318
Prozent (%)	48,7	35,2	7,2	3,8	2,2	0,9	0,3	0,9	0,3	0,3	100

Von den 318 in beiden Erfassungszeiträumen erfassten Patienten wurden 163 innerhalb von sechs Monaten nach der letzten stationären Entlassung wieder aufgenommen. Von 153 Patienten brauchten 84 Patienten vor Einführung des Behandlungspfades, davon 9 als geplante Aufnahme und 75 als Notfall, 69 nach der Einführung, davon 7 geplant und 62 notfallmäßig erneut eine stationäre Behandlung. Von 10 erfassten Aufnahmen war die Aufnahmeart nicht eindeutig oder gar nicht dokumentiert. In der Berechnung sind die Verlegungen aus anderen Krankenhäusern in die notfallmäßigen Aufnahmen eingeflossen. Der Mittelwert lag bei 1,75 Aufnahmen innerhalb des definierten Zeitraums mit einer Standardabweichung von 1,42. Die minimale Wiederaufnahmeanzahl lag bei 0, die maximale bei 14.

Nachfolgend wurde mittels des multiplen Regressionsmodells der Einfluss gewählter Korrelationskriterien auf die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen innerhalb eines halben Jahres (Tabelle 14) berechnet.

Tabelle 14: Multiple Regression Anzahl der stationären Wiederaufnahmen

Korrelationskriterium	Beta-Wert	T-Wert	Signifikanz
CGI bei Aufnahme	0,202	3,639	0.000**
Anzahl stationärer Vorbehandlungen	0,161	2,887	0.004**
Alter	-0,145	-2,690	0.008**
GAF	-0,058	-1,027	0,305
Körperliche Beeinträchtigung	-0,040	-0,634	0.527
Psychosoziale Belastung	-0,012	-0,216	0.829
Aufenthaltsdauer	-0,094	-1,755	0,080

Korrelationskriterium	Beta-Wert	T-Wert	Signifikanz
Antrag AEB	-0,009	0,108	0,915
Kontakt Beratungsstelle stationär	-0,027	0,319	0,750
Kontakt Beratungsstelle ambulant	-0,036	-0,463	0,644
Kontakt Selbsthilfegruppe stationär	0,004	0,049	0,961

Signifikanz: * ≤ 0.05 , ** ≤ 0.01

Die Schwere der Erkrankung (CGI-Wert) ($p=0.000$), die Anzahl der stationären Vorbehandlungen ($p=0.004$) führten signifikant zu einer Erhöhung der Anzahl der stationären Wiederaufnahmen innerhalb eines halben Jahres nach der letzten stationären Behandlung. Durch den negativen Beta-Wert und T-Wert verringerte das Alter dagegen signifikant ($p=0.008$) die Wiederaufnahmeanzahl. Die anderweitigen untersuchten Parameter zeigten keinen signifikanten Einfluss.

Die multiple Regressionsanalyse mit den drei signifikanten Parametern war insgesamt höchst signifikant und wies eine Varianzerklärung von 6,6% auf, erklärt durch das niedrigere Alter und CGI bei Aufnahme.

Tabelle 15: Wiederaufnahmeumstände bei Aufnahmen innerhalb von sechs Monaten

	Wiederaufnahmeumstände bei Aufnahmen innerhalb von sechs Monaten		F	Sign.
	Geplant	Notfall		
Behandlungspfad				
Ja	7	62		
Nein	9	75	0,013	0.562
Geschlecht				
Weiblich	6	49		
Männlich	10	88	0,019	0.547
Aufenthaltsdauer				
< 7 Tage	8	85		

	Wiederaufnahmeumstände bei Aufnahmen innerhalb von sechs Monaten		F	Sign.
	Geplant	Notfall		
> 7 Tage	8	52	0,872	0.251
GAF				
kleiner/ gleich 60	4	100		
größer 60	12	37	15,158	0.000**
Alter				
jünger/ gleich 39	7	32		
jünger/ gleich 59	8	98		
jünger/ gleich 79	1	7	3,332	0.189
CGI bei Aufnahme				
5	1	6		
6	13	100		
7	2	31	0,923	0.630
Schwere der körperlichen Beeinträchtigung bei Aufnahme				
mittelschwer/ schwer (20)	6	32		
leicht (30)	10	105	1,535	0.174
Erkrankungsdauer				
kleiner/ gleich 6 Jahre	5	39		
größer 6 Jahre	6	59	0,132	0.478
Schulabschluss				
kein Abschluss	0	5		
Hauptschule	6	30		
Mittlere Reife	8	75		
Abitur	2	16	1,905	0.592
Berufsabschluss				
Kein	4	25		

	Wiederaufnahmeumstände bei Aufnahmen innerhalb von sechs Monaten		F	Sign.
	Geplant	Notfall		
Lehre abgeschlossen	11	94		
Fach-/Meisterschule	1	9	0,267	0.875
Psychosoziale Belastungsfaktoren				
Leicht	1	16		
Mittel	13	84		
Schwer	2	37	2,461	0.292
Anzahl der stationären Wiederaufnahmen				
1	11	46		
größer/ gleich1	5	91	7,583	0.007**

Signifikanz: * ≤ 0.05 , ** ≤ 0.01

Von den untersuchten Parametern erhöhten lediglich der GAF-Wert ($F=15,158$; $p=0.000$) sowie die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen ($F=7,583$; $p=0.007$) die Wahrscheinlichkeit einer notfallmäßigen statt geplanten Aufnahme (Tabelle 15).

Der Behandlungspfad, das Geschlecht, die Aufenthaltsdauer, das Alter, der CGI bei Aufnahme, die körperliche Beeinträchtigung, die Erkrankungsdauer, der Schul- sowie Berufsabschluss sowie die psychosozialen Belastungsfaktoren zeigten keinen Einfluss auf die Aufnahmeumstände stationärer Wiederaufnahmen.

4.8 Zeitnahe Durchführung von diagnostischen Maßnahmen

Von 318 Patienten lagen Angaben vor, ob diagnostische Maßnahmen in Form von Labor und EKG während der stationären Behandlung durchgeführt wurden. Bei 269 Patienten wurde während der stationären Behandlung ein Aufnahmelabor durchgeführt, 186 Patienten wurden bereits mit einem aktuellen EKG aufgenommen oder erhielten es während des stationären Aufenthaltes. Die Inhalte des Aufnahmelabors waren bereits festgelegt und beinhalteten folgende Parameter: großes Blutbild, Nierenretentionswerte

(Kreatinin), Leberwerte (Gamma-GT, ALAT), Schilddrüse (TSH), Elektrolyte (Natrium, Kalium) sowie Gerinnungswerte (Quick, INR). Vor dem Zeitraum des Erfassungsbeginns definierten wir den Parameter Laborverlaufskontrolle, bei dem wir die Notwendigkeit der Kontrolle bei dreifach erhöhten Leberwerten (Gamma-GT, ALAT) festlegten.

4.8.1 Aufnahmelabor

Die Durchführung des Aufnahmelabors wird durch die Schwere der Erkrankung bei Aufnahme sowie den GAF-Wert leicht beeinflusst. Je kränker der Patient ist, gemessen mit dem CGI ($F=7,107$; $p=0.29$) und niedrigerer der GAF- Wert ($F=4,519$; $p=0.023$), desto seltener wurde das Aufnahmelabor vergessen. Die Teilnahme am Behandlungspfad zeigte keinen signifikanten Trend in Richtung Unterstützung bei der Durchführung des Aufnahmelabors ($F=2,776$; $p=0.065$).

Die Aufenthaltsdauer, das Alter und die körperliche Beeinträchtigung bei Aufnahme zeigten keinen Effekt auf die Durchführung des Aufnahmelabors (Tabelle 16).

Die multivariante Varianzaufklärung von GAF und CGI beträgt 28,3%, die korrekte Klassifikation 88,2%. Wenn das Aufnahmelabor erfolgte, fand es nahezu immer am ersten Tag statt, so dass statistische Analysen nicht sinnvoll waren.

Tabelle 16: Aufnahmelabor

	Aufnahmelabor		F	Sign.
	ja	nein		
Behandlungspfad				
Ja	128	32		
Nein	141	17	2,776	0.065
Aufenthaltsdauer				
< 7 Tage	159	41		
> 7 Tage	110	8	2,277	0.251
GAF				
kleiner/ gleich 60	160	37		
größer 60	109	12	4,519	0.023*

	Aufnahmelabor		F	Sign.
	ja	nein		
Alter				
jünger/ gleich 39	76	16		
jünger/ gleich 59	174	32		
jünger/ gleich 79	19	1	1,942	0.379
CGI bei Aufnahme				
5	31	1		
6	202	36		
7	36	12	7,107	0.029*
Schwere der körperlichen Beeinträchtigung bei Aufnahme				
mittelschwer/ schwer (20)	79	9		
leicht (30)	190	40	2,506	0.076

Signifikanz: * ≤ 0.05 , ** ≤ 0.01

4.8.2 Sinnvolle Verlaufskontrolle bei pathologischen Laborparametern

Von 318 Patientenaufenthalten kam es bei 260 Aufenthalten zu Aufenthaltszeiten von mehr als drei Tagen. In 93 Fällen war es sinnvoll, Laborverlaufskontrollen durchzuführen, da die Werte der Leber- oder Pankreasenzyme mehr als dreifach erhöht waren. Bei 52 Aufenthalten fand eine Wiederholung der Verlaufslaborkontrollen statt, bei 41 nicht. Dies wurde vor allem von der Dauer des Aufenthaltes bestimmt ($F=7,88$; $p=0.004$), dargestellt in Tabelle 17. Auch das männliche Geschlecht erhöhte die Wahrscheinlichkeit der Laborkontrolle ($F=4,468$; $p=0.031$).

Tabelle 17: Verlaufslaborkontrolle

	Verlaufslaborkontrolle		F	Sign.
	ja	nein		
Behandlungspfad				
Ja	23	16		
Nein	29	25	2,574	0.081

	Verlaufslaborkontrolle		F	Sign.
	ja	nein		
Geschlecht				
Weiblich	8	14		
Männlich	44	27	4,468	0.031*
Aufenthaltsdauer				
< 7 Tage	19	27		
> 7 Tage	33	14	7,881	0.004**
GAF				
kleiner/ gleich 60	32	22		
größer 60	20	19	0.585	0.290
Alter				
jünger/ gleich 39	9	9		
jünger/ gleich 59	42	30		
jünger/ gleich 79	1	2	1,047	0.592
CGI bei Aufnahme				
5	4	6		
6	39	28		
7	9	7	1,171	0.557
Schwere der körperlichen Beeinträchtigung bei Aufnahme				
mittelschwer/ schwer (20)	9	8		
leicht (30)	43	33	0,075	0.496
Erkrankungsdauer				
kleiner/ gleich 6 Jahre	22	17		
größer 6 Jahre	17	15	0,077	0.485
Psychosoziale Belastungsfaktoren				
leicht	10	9		

	Verlaufslaborkontrolle		F	Sign.
	ja	nein		
mittel	35	25		
schwer	7	7	0,424	0.809
Anzahl der stationären Wiederaufnahmen				
1	26	19		
größer/ gleich1	26	22	0,123	0.444

Signifikanz: * ≤ 0.05 , ** ≤ 0.01

4.8.3 EKG

Wie in der Tabelle 18 dargestellt, beeinflusste die Aufenthaltsdauer ($F=24,431$; $p=0.000$) signifikant die Wahrscheinlichkeit der Durchführung eines EKGs.

Je niedriger der GAF-Wert ($F=9,612$; $p=0.001$) und höher die psychosoziale Belastung ($F= 6,364$; $p=0.042$) war, desto häufiger wurde ein EKG durchgeführt.

Tabelle 18: EKG

	EKG		F	Sign.
	ja	nein		
Behandlungspfad				
Ja	80	65		
Nein	106	67	1,209	0.162
Geschlecht				
Weiblich	48	42		
Männlich	138	90	1,375	0.148
Aufenthaltsdauer				
< 7 Tage	96	104		
> 7 Tage	90	28	24,431	0.000**
GAF				

	EKG		F	Sign.
	ja	nein		
kleiner/ gleich 60	102	95		
größer 60	84	37	9,612	0.001**
Alter				
jünger/ gleich 39	48	44		
jünger/ gleich 59	126	80		
jünger/ gleich 79	12	8	2,138	0.343
CGI bei Aufnahme				
5	1	6		
6	13	100		
7	2	31	0,923	0.630
Erkrankungsdauer				
kleiner/ gleich 6 Jahre	70	50		
größer 6 Jahre	78	37	2,270	0.085
Psychosoziale Belastungsfaktoren				
Leicht	28	17		
Mittel	123	74		
Schwer	35	41	6,364	0.042*
Anzahl der stationären Wiederaufnahmen				
1	104	67		
größer/ gleich 1	82	65	0,826	0.213

Signifikanz: * ≤ 0.05 , ** ≤ 0.01

Der Behandlungspfad, der CGI-Wert, die Erkrankungsdauer sowie die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen führten nicht zu einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit der Durchführung eines EKGs.

In einer multivariaten Analyse trugen die Variablen der GAF-Wert und die Aufenthaltsdauer dazu bei, ein EKG durchzuführen. Die Varianzaufklärung lag bei 30,1%, die korrekte Klassifikation bei 76,7%. Die Schnelligkeit, in der das EKG durchgeführt wurde, betrug 0,8 ($\pm 1,6$) Tage, wurde zu 17,2% durch die Variablen die Aufenthaltsdauer und das Alter erklärt.

Der verfügbare Personal-Ressourcenumfang blieb in allen Funktionsstellen in beiden Erfassungszeiträumen unverändert.

5 Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde untersucht, welche ausgewählten Parameter aus dem Bereich der Diagnostik und der Therapie der Alkoholabhängigkeit, angelehnt an die Leitlinien der DG Sucht und der DGPPN (Leitlinien DG Sucht und DGPPN, 2016), die Ergebnisse einer stationären Alkoholentzugsbehandlung günstig beeinflussen können. Als Instrument der Unterstützung einer leitlinienorientierten Prozessoptimierung wurde ein Behandlungspfad in das bestehende Krankenhausdokumentationssystem implementiert.

Als Indikatoren für eine erfolgreiche Behandlung der Alkoholabhängigkeit wurden Kontakte zur Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen während der stationären Behandlung, der Kontakt zu Suchtberatungsstellen nach der Entlassung, die Antragstellung auf eine Alkoholentwöhnungsbehandlung und die stationäre Wiederaufnahme nach der Entlassung aus der stationären Behandlung sowie die Wiederaufnahmeart benannt. Als Indikatoren der Prozessqualität wurde die Durchführung eines sinnvollen Aufnahmelabors, die Kontrolle des Labors bei dreifach erhöhten Leberwerten und die Kontrolle der Herzfunktion mittels EKG erhoben. Als unabhängige Variablen wurde die Teilnahme am Behandlungspfad, das Geschlecht, die Aufenthaltsdauer, der GAF-Wert, das Alter, der CGI-Wert bei Aufnahme, die körperliche Beeinträchtigung bei Aufnahme, die Erkrankungsdauer, der Schul- und Berufsabschluss, die psychosoziale Belastung, die Anzahl der stationären Wiederaufnahmen und die Aufnahmeumstände nach der letzten stationären Behandlung definiert.

Die naturalistische Studie fand in zwei Zeiträumen statt. Im ersten Erfassungszeitraum vom 01.03.2009 bis 30.05.2009 wurden 173 Patienten und im zweiten Zeitraum vom 01.10.2009 bis 31.12.2009 145 Patienten in die Studie aufgenommen. Alle erfassten Patienten befanden sich in stationärer Behandlung mit der Aufnahmediagnose ICD-10: F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) mit allen dazugehörigen Syndromen von ICD-10: F10.0 (Alkoholintoxikation) bis ICD-10: F 10.5 (Alkoholhalluzinose). Es wurden keine Ausschlusskriterien benannt.

Während des ersten Erfassungszeitraums war noch kein Behandlungspfad in das Krankenhausdokumentationssystem aufgenommen. Vor Einführung des Behandlungspfades wurden alle Stationsmitarbeiter bezüglich der Anwendung des

Behandlungspfades theoretisch wie auch praktisch durch ausgebildete Mitarbeiter geschult. Alle Mitarbeiter waren dementsprechend während des zweiten Erfassungszeitraums in der Arbeit mit dem Behandlungspfad vertraut. Anwendungsschwierigkeiten, Ergänzungen und mögliche Veränderungsvorschläge konnten durch jeden Anwender unterschiedlicher Berufsgruppen an die zuständigen Mitarbeiter unmittelbar mitgeteilt werden. Der Behandlungspfad wurde durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit - Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal, Sozialarbeit - bei Bedarf überarbeitet und aktualisiert.

Die meisten Erfahrungen mit der Entwicklung und Anwendung von Behandlungspfaden in der Behandlung affektiver Störungen (Major Depression, Manie), Schizophrenie, Nikotinabhängigkeit, Demenz und Delir kommen aus USA, Kanada, Dänemark und England (Weinmann, Koesters & Becker, 2007). Im deutschsprachigen Raum existieren auf dem Fachgebiet der Psychiatrie lediglich wenige Untersuchungen, begrenzt auf Depressionen und schizophrene Erkrankungen, die Behandlungspfade auf einen größeren Therapieerfolg, bezogen auf Behandlungsqualität und Effektivität prüfen (Juckel, Stahl & Norra, 2015).

5.1 Der Einfluss des Behandlungspfades auf die Prozess- und Ergebnisqualität

Patienten mit Alkoholabhängigkeit sind die größte Patientengruppe in der stationären psychiatrischen Versorgung (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2016; Grobe et al., 2004). Aufgrund dessen ist es von großer Bedeutung, sich stetig um eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität in der Behandlung zu bemühen. Als zentrale Parameter der Ergebnisqualität werden in einigen Publikationen (Kruse et al., 2001; Mann et al., 1995) die Wiederaufnahmerate, die Vermittlung in weiterführende Behandlung (Entwöhnung) und Rückfallquote benannt. Obwohl die stationäre Behandlung alkoholabhängiger Patienten gesundheitsökonomisch von großer Bedeutung ist (Effertz, 2015), ist erstaunlich, wie wenig darüber bekannt ist, wie das kurz- und langfristige Outcome positiv beeinflusst werden kann.

Diese Arbeit untersuchte, ob durch die Implementierung von Behandlungspfaden ein positiver Einfluss zu erzielen ist. Die Literatur zeigte bezüglich der Effekte von Behandlungspfaden widersprüchliche Ergebnisse. Während im somatischen Bereich

eine Vielzahl von positiven Berichten zu finden sind, konnten Untersuchungen im psychiatrischen Bereich – unter Verwendung von Paper-Pencil-Versionen – keine positiven Ergebnisse berichten (Steinacher et al., 2012). Die Implementierung von Behandlungsfaden im Bereich der Schizophrenie im eigenen Haus deutete aber an, dass Potential vorhanden ist, eventuell die bisherigen Ergebnisse gerade deshalb negativ ausfielen, weil die Umsetzung nicht benutzerfreundlich erfolgte (Godemann et al., 2010).

Die Suche nach Möglichkeiten, Behandlungen im stationären Bereich positiv zu beeinflussen, ist umso wichtiger, weil Faktoren, die offensichtlich einen negativen Einfluss haben, wie zum Beispiel die Krankheitsschwere kaum durch die kurzfristige medizinische Versorgung zu beeinflussen sind.

Insgesamt konnte nach Implementierung eines leitliniengestützten Behandlungspfades leichte Verbesserung in der Kontaktaufnahme zur Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung sowie nach der Entlassung erreicht werden. Dies ist günstig, weil die Suchtberatungsstellen über ein umfangreiches Leistungsangebot verfügen, sich erstreckend über Kontaktaufnahme, Beratung, Betreuung, Nachsorge, Unterstützung der Selbsthilfe, Prävention und Vernetzung der Kooperation. Die S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ führt diesen Parameter als klinischen Konsenspunkt auf (KKP). Es besteht unter den Experten kein Zweifel darüber, dass nach der stationären Behandlung ambulant die Therapie- und Abstinenzmotivation weiter gefördert werden soll.

Andererseits gab es einige wichtige Parameter, die nicht günstig durch den Behandlungspfad beeinflusst werden konnten. Hierzu gehörten der Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe während der stationären Behandlung, der Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung, die Anzahl der Wiederaufnahmen und geplanter Aufnahmen sowie die diagnostischen Maßnahmen. Die Gründe könnten einerseits in dem konzeptionellen andererseits strukturellen Aufbau der Studienstation sein.

Bereits vor Einführung des Behandlungspfades bestand auf der Station ein sehr hoher Behandlungsstandard, der bereits viele Leitlinienempfehlungen berücksichtigte und im Stationsalltag umsetzte. Die meisten Aufnahmelabore wurden bereits vor wie nach Einführung des Behandlungspfades spätestens einen Tag nach der Aufnahme durchgeführt. Ähnlich verhielt es sich bei dem EKG, wobei hier ein limitierender Faktor

der Abstand zwischen der Anmeldung und der Ausführung durch die entsprechende Funktionsstelle sich ergeben könnte.

Die Antragstellung auf Entwöhnungsbehandlung ist einerseits aufgrund des Umfangs des Antragberichts, aufgeteilt auf ärztlichen Bericht und Sozialbericht durch den Sozialarbeiter der Station oder die Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle zeitlich beanspruchend, andererseits bestehen bürokratische Hürden aufgrund unterschiedlicher Kostenträger der Entzugs- (Krankenkasse) und der Entwöhnungsbehandlung (Rentenversicherung), die zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen eines Therapieantritts führen können. Inwieweit die Patienten im Rahmen der Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz die Entwöhnungsbehandlung beantragt und auch anschließend antraten, ist in der vorliegenden Studie nicht erfasst worden. Die kurze Behandlungsdauer, auf die nachfolgend eingegangen wird, reicht nicht aus, um den umfangreichen und zeitlichen Prozess von der Antragstellung bis zum Therapieantritt gerecht zu werden.

In der vorliegenden Studie lag der mittlere CGI-Wert bei Aufnahme bei 6,04, was einer schweren Erkrankung entspricht, die mittlere Behandlungsdauer lag bei 7,12 Tagen. Somit könnten die Gründe unter anderem auch in der Schwere der Erkrankung sowie der Behandlungsdauer zu vermuten sein, die nicht nachhaltig durch die Einführung des Behandlungspfades beeinflusst werden konnten.

Die Erkrankungsdauer und die Anzahl der stationären Vorbehandlungen der erfassten Patienten könnten auch einen negativen Einfluss auf die Effekte des Behandlungspfades haben, denn schwerer erkrankte Patienten sind häufig kaum für eine Therapie empfänglich (Bottlender, Köhler & Soyka, 2006).

Auch wenn es nicht gelungen ist, diese Parameter günstig zu beeinflussen, ist es per se begrüßenswert, sie überhaupt in den Fokus zu nehmen. Es ist auffällig, dass es eine große Diskrepanz zwischen den Expertenmeinungen gibt, welche Kriterien für den Erfolg einer Entzugsbehandlung sprechen und leitliniengetreu im Rahmen der stationären Behandlung umgesetzt werden sollen. Neben der konsumbezogenen Outcome - Parameter, die im international gebräuchlichen Standard etabliert sind – durchgängige Abstinenz sowie Prozentsatz abstinenter Tage, Konsummenge an Trinktagen für einen bestimmten Katamnesezeitraum – ist das Kriterium der Vermittlungsquote in eine Entwöhnung weniger klar definiert, vor allem unter

Berücksichtigung der für Deutschland spezifischen Trennung der Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung. Nach Weithmann und Hoffmann (2006) sollte für die Evaluation von Entzugsbehandlung eine einheitliche Definition der Vermittlungsquote vorliegen, die in einer standardisierten Entzugsbehandlung mit Unterstützung des Behandlungspfades umgesetzt werden könnte.

Da nur geringe Effekte des Behandlungspfades zu verzeichnen waren, wurden dem Team der Station angeboten, die Nutzung des Behandlungspfades wieder zu beenden. Trotz unterschiedlicher Meinungen innerhalb der beteiligten Berufsgruppen, wurde es von der Mehrzahl der Mitarbeiter ausdrücklich nicht gewünscht. Der Behandlungspfad wurde als hilfreiches Instrument zur Klärung und Transparenz der Verantwortlichkeiten der Schnittstellenfunktion bewertet. Das Verständnis für die Arbeit der jeweiligen anderen Berufsgruppe wurde gefördert. Auch wenn der Behandlungspfad mehr von ärztlichen und therapeutischen Mitarbeitern als vom Pflegepersonal genutzt zu sein schien. Vor allem sich neu auf Station einarbeitenden Ärzte und Pflegepersonal fanden den leitlinienorientierten Behandlungsprozess, dargestellt im Behandlungspfad, als hilfreiche Unterstützung, auch wenn primär die Einarbeitung zeitliche Ressourcen beanspruchte. Zudem war der Zeitraum seit Einführung des Behandlungspfades noch zu kurz, um langfristige Effekte erkennen zu können.

Allerdings gab es auch einige Kritikpunkte, die sich vor allem auf die Form der Visualisierung und des Zeitaufwands der Bearbeitung bezogen, weswegen oft eine Integration in den Stationsalltag scheiterte.

Es stellt sich die Frage, ob die Effekte des Behandlungspfades deutlicher ausfallen könnten, wenn der Behandlungspfad Optimierungen erfahren würde. Dabei könnten regelmäßige Fallbesprechungen im Team sowie die Implementierung eines Qualitätszirkels, der nach weiteren Optimierungen sucht, sinnvoll sein.

Während der Studie wurde darauf verzichtet, um zunächst die Akzeptanz und effiziente Arbeit mit dem Behandlungspfad zu fördern.

5.1.1 Der Einfluss anderer Faktoren auf die Prozess- und Ergebnisqualität

5.1.1.1 Fallschwere

Die Fallschwere kann durch den GAF und CGI, zudem durch den Grad der körperlichen Beeinträchtigung abgebildet werden.

Auf der GAF-Skala wird das allgemeine Funktionsniveau (psychisch, sozial, beruflich) des Patienten abgebildet. Sie umfasst zehn Beurteilungsstufen mit Punktwerten zwischen 0 und 100. Dabei gilt, je höher der Wert, desto besser das Funktionsniveau.

In der vorliegenden Studie lag der GAF- Wert bei 59,9 ($\pm 9,3$). Der Wert entspricht mäßig ausgeprägten Symptomen oder mäßig ausgeprägten Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit.

Der CGI ist ein klinisches Fremdbeurteilungsverfahren, bei dem der Untersucher den Schweregrad der Erkrankung, in der vorliegenden Studie, bei der Aufnahme beurteilen kann. In der Literatur wird der CGI unterschiedlich in Bezug beurteilt und auf seine Validität in Frage gestellt (Beneke & Rasmus, 1992), die nicht von allen geteilt wird.

Nach Spießl et al. (2006) ist eine zunehmend verkürzte Verweildauer assoziiert mit einer erhöhten Wiederaufnahmerate, so dass letztendlich die kumulierte Verweildauer sich nicht reduziert, dagegen werden die Patienten in immer kränkeren Zustand entlassen.

In der vorliegenden Studie liegt der mittlere CGI- Wert bei 6,04 ($\pm 0,537$). Der Wert entspricht einer schweren Erkrankung.

Die Schwere der Erkrankung beeinflusste beinahe alle untersuchten Parameter negativ und scheint somit für den Erfolg der stationären Behandlung ein einflussgebender Faktor zu sein. Schwer erkrankte Patienten sind auch häufig kaum für eine Therapie empfänglich (Bottlender, Köhler & Soyka, 2006). Hierbei ist auch die verzögerte Rückbildung biologischer und kognitiver Defizite von entscheidender Bedeutung (Horak & Soyka, 1999; Jungkunz, Arnold & Gsell, 2002; Mann & Stetter, 1991).

Umgekehrt kann man auch feststellen, je gesünder der Patient bei Aufnahme oder ein Jahr vor der Aufnahme ist, desto besser sind die Behandlungsergebnisse. Gleichzeitig scheinen schwerer erkrankte Patienten mit Alkoholabhängigkeit kaum von den

strukturierten Bedingungen, vor allem unter den Behandlungsbedingungen des Behandlungspfades zu profitieren.

5.1.1.2 Behandlungsdauer

Gerade die Behandlungsdauer ist ein umstrittenes Thema zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern, hier den Krankenkassen (Richter, 2001), die auf eine kürzere Behandlungsdauer einwirken (Richter & Eikermann, 2000). In einigen Studien wurde der positive Effekt sowohl auf die Outcomeparameter wie auch bessere ambulante Anbindung bei längerer Behandlungsdauer beschrieben (Gottheil et al., 1992; Moos et al., 1995; Driesen et al., 1999).

Bei allen in der vorliegenden Studie untersuchten Indikatoren für eine erfolgreiche stationäre Behandlung der Alkoholabhängigkeit spielte eine längere Behandlungsdauer eine Rolle. In der Übersichtsarbeit von Sonntag und Künzel (2000) konnte trotz methodischer Probleme der Vergleichbarkeit (Stichprobenselektion und Generalisierung der Patientenselektion, unterschiedliche Erfolgsdefinitionen, unterschiedliche Berechnungsformen der Erfolgsquoten, unterschiedliche Katamnesedauer) ein positiver Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg hergestellt werden. In der Leitlinie ist die Fragestellung formuliert, inwieweit die Behandlungsdauer an sich, bereits eine der relevanten wirksamen Behandlungskomponenten darstellt. Nach Schmidt et al. (2002) sollte die notwendige Behandlungsdauer nicht drei Wochen unterschreiten. Andernfalls sei mit einer raschen Rückfälligkeit und dadurch langfristig mit häufigeren Behandlungen und höheren Kosten zu rechnen. Folglich verschlechtert eine zu kurze Behandlungsdauer auch das Outcome.

Die Umsetzung der Leitlinie erfolgt unterschiedlich, sie variiert sowohl in der strukturellen Vernetzung des ambulanten Hilfesystems, der Zugangswege wie auch der Behandlungsdauer. In verschiedenen Bundesländern variiert die Umsetzung des Qualifizierten Entzugs erheblich (Schmidt & Gastpar, 2002). Die Behandlungsdauer beträgt je nach Klinik zwischen 10 Tagen und 6 Wochen (Bauer & Hasenöhr, 2000; Braune et al., 2008; Diehl & Mann, 2004; Mann & Stetter, 2002; Olbrich, 2001; Reymann & Preising, 2003; Simon, Hartmann & Schulz, 2009; Stetter & Mann, 1997; Veltrup, 2001).

In der vorliegenden Studie betrug die durchschnittliche Behandlungsdauer 7,12 Tage, liegt sogar unter der Verweildauer von 8,7 Tagen im bundesdeutschen Durchschnitt für das Jahr 2015 (Diagnosedaten der Krankenhäuser, 2016).

In Anbetracht der kurzen Behandlungsdauer wird zwar entsprechend der Therapiehierarchisierung das Überleben des Patienten gesichert (Mann, 2002), die Therapie- und Abstinenzmotivation nicht systematisch gefördert. Folglich finden gehäuft stationäre Wiederaufnahmen statt. Dabei ist es mittlerweile belegt, dass gehäufte Alkoholentzugsbehandlungen zu Folgeschäden führen (oxzitotoxische Schädigungen von Neuronen) (Gonzalez et al., 2001) und somit im Umkehrschluss gegebenenfalls die empfohlenen Therapiemaßnahmen während und nach der stationären Behandlung nicht wahrgenommen werden können.

Umso erstaunlicher ist der positive Effekt des Behandlungspfades auf die für die weiterführende Förderung der Abstinenz- und Therapiemotivation wichtige Kontaktaufnahme zu einer Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung wie auch nach der Entlassung. Der größte Teil der Patienten, die eine Entwöhnungsbehandlung antreten, wird nicht durch stationäre Einrichtungen, sondern Suchtberatungsstellen vermittelt (Sonntag, Bauer & Welsch, 2005). Es ist aus dem Grund besonders wichtig, da im deutschen Suchthilfesystem die stationäre Entwöhnungsbehandlung die intensivste und wahrscheinlich erfolgreichste Therapiemaßnahme darstellt (Süß, 1995; Sonntag & Künzel, 2000).

5.1.2 Grenzen der Studie

In der vorliegenden Studie muss in Anbetracht der vielzählig erhobenen Parameter kritisch auf die Methodik eingegangen werden. In die naturalistische Studie wurden alle im Erfassungszeitraum stationär behandelten Patienten mit der Diagnose ICD-10: F10 aufgenommen. Explizite Ausschlusskriterien bezüglich der Diagnose und soziodemographischer Angaben wurden nicht benannt. Vor allem die Patienten mit Alkoholintoxikationen bei vorliegender Alkoholabhängigkeit könnten die Ergebnisse, vor allem in der Behandlungsdauer und der Inanspruchnahme der stationären Behandlungsangebote negativ verzerren. Zudem wurden keine Kriterien der Schwere der Alkoholabhängigkeit mit Atemalkoholwert bei Aufnahme, Konsummuster und Konsummenge, erfasst. Es fand keine Berücksichtigung der Komorbidität statt. Zur

Untermauerung der Effekte auf das Behandlungsergebnis wäre ein erneutes, postalisches oder telefonisches Nachfragen der Abstinenz und/oder der Inanspruchnahme des ambulanten Suchthilfesystems oder einer weiterführenden Behandlung nach 3 oder 6 Monaten nach Entlassung zur Validierung möglicher Langzeitindikatoren für eine erfolgreiche stationäre Behandlung und der nachhaltigen Effekte des Behandlungspfades interessant. Hierfür müsste die Studie für einen längeren Zeitraum ausgelegt werden. Um die Effekte des Behandlungspfades validieren zu können, wäre ein Vergleich mit anderen Krankenhäusern unter Randomisierung und Verblindung erforderlich.

Zu diskutieren wäre auch, inwieweit die Behandlungsergebnisse mit der Einführung der Leitlinien und des Behandlungspfades nicht im positiven Zusammenhang mit den Behandlungsergebnissen stehen (Roeder und Küttner, 2006) durch die ständige Beschäftigung mit theoretischem Wissen. Im Stationsalltag waren die behandelnden Ärzte ständig mit dem Behandlungspfad konfrontiert.

In der vorliegenden Studie können lediglich vorsichtig kurzwirksame Indikatoren für die Prozess- und Ergebnisqualität nach Einführung des Behandlungspfades benannt werden.

5.1.3 Resümee

Trotz des hohen Wissensstands in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit, existieren kaum kontrollierte Studien auf hohem Evidenzniveau, so dass die S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ an vielen Stellen auf die klinische Erfahrung der beteiligten Experten (KKP) zurückgreift. Die S3-Leitlinien stellen einen übergeordneten Rahmen für Behandlungsstandards dar. Es sind systematisch entwickelte Hilfen, die den Behandler als Entscheidungshilfen dienen sollen. Sie sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher keine haftungsbegründende oder haftungsbefreiende Wirkung. Das Erstellen und zur Verfügung stellen einer Leitlinie reicht nicht aus, um deren Anwendung und Umsetzung zu erreichen. Hierzu sind aktive Implementierungsverfahren erforderlich, zu denen die Behandlungspfade zählen.

Unter dem zunehmenden ökonomischen Druck des DRG-Fallpauschalsystems werden mittlerweile in den operativen und nichtoperativen Fachgebieten mit dem Instrument Leitlinie und klinischer Behandlungspfad die Prozessabläufe und Leistungsprozesse

standardisiert und somit die Nutzung eigener Ressourcen optimiert (Stiefelhagen, 2007; Schilling et al., 2006).

In der Psychiatrie gibt es nur wenige Untersuchungen, inwieweit die Behandlungspfade die Prozess- und Ergebnisqualität beeinflussen, vorrangig in der Versorgung von Patienten mit Schizophrenie und Depression. Die Ergebnisse fallen unterschiedlich aus. In der Untersuchung von Steinacher et al. (2012) über Einführung des Behandlungspfades für Schizophrenie zeigten sich eher schlechtere Ergebnisse für die gewählten Outcomeparameter, abgebildet in CGI und der Verweildauer. Auch Emmerson et al. (2006) stellte in seiner prospektiven Studie zu Effekten des Behandlungspfades in der Behandlung von Depression und akuten Psychosen negative Behandlungsergebnisse in Bezug auf die Liegezeit und demzufolge der Behandlungskosten fest, was letztendlich zur Abschaffung des Behandlungspfades nach einem Jahr führte.

In der Arbeit von Godemann et al. (2010) wurden in einer Fall-Kontroll-Studie die Effekte eines leitlinienorientierten, IT-gestützten Behandlungspfades für Schizophrenie auf die stationären Behandlungsergebnisse untersucht. Bezüglich des CGI-Wertes und des PANSS-Score zeigten sich signifikante Ergebnisse zugunsten des Behandlungspfades trotz gleichzeitiger Reduktion der Liegezeit.

Auch in dem ersten Prä - Post - Vergleich einer randomisierten Zuweisungsstudie in der Behandlung der Schizophrenie von Juckel, Stahl und Norra (2015) konnte ein signifikant günstigeres Behandlungsergebnis in der Pfadgruppe in den Kategorien Positiv- und Negativsymptomatik, PANSS und CGI erzielt werden.

Im Bereich der Alkoholentzugsbehandlung gibt es bisher keine Studien, die Auskunft darüber geben, ob die Behandlungspfade zu einer Optimierung der Prozess- und Ergebnisqualität führen. Dabei wäre zunächst vorstellbar, dass die Alkoholentzugsbehandlung besonders gut geeignet ist, vor allem aufgrund der gut definierbaren diagnostischen und therapeutischen Prozesse (Mann et al., 2006). Gleichzeitig ist denkbar, dass bei gerade dieser klar vorgegebenen Struktur der Behandlung mit geringer Varianz, die Implementierung von Behandlungspfaden keine Verbesserung der Behandlung herbeiführen kann.

Die Behandlungspfade sollen dabei die Anforderungen der evidenzbasierten Leitlinien spezifizieren, unter Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten und

Optimierungspotenziale (Mueller et al., 2001; Murphy et al., 1998). In Anbetracht der individuellen gesundheitlichen und sozialen Störungen, verursacht durch fortgesetzten Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit, sind die gesamtgesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Aspekte nicht zu vernachlässigen. Umso größeren Stellenwert könnten Strukturierungsmaßnahmen wie die Behandlungspfade zur Optimierung des leitlinienkonformen diagnostischen und therapeutischen Prozesses haben.

In der stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit und darin definierten Qualitätsindikatoren zur Förderung der Therapie- und Abstinenzbereitschaft sowie Erkennung, Behandlung und Prävention möglicher Folgeerkrankungen zeigen die Behandlungspfade einen leichten Effekt, vor allem in der Anbahnung der Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung und nach der Entlassung.

Allerdings scheinen die Behandlungsergebnisse durch patientenbezogene Variablen und formale Rahmenbedingungen beeinflusst zu werden. Denn je gesünder der Patient bei Aufnahme oder ein Jahr vor der Aufnahme ist, desto besser sind die Behandlungsergebnisse. Gleichzeitig scheinen schwerer erkrankte Patienten mit Alkoholabhängigkeit kaum von den strukturierten Bedingungen, vor allem unter den Behandlungsbedingungen des Behandlungspfades zu profitieren. Eine längere Behandlungsdauer ist ein wesentlicher, bedeutender Faktor (Wodarz et al., 2007), der bei beinahe allen untersuchten Qualitätsindikatoren einen erheblichen Einfluss hat. Dies ist zugleich die Voraussetzung, um intensivere Behandlungsansätze, auch im Rahmen von ambulanten Suchtberatungsstellen und/oder Selbsthilfegruppen oder einer stationären Rehabilitationsbehandlung wahrscheinlicher zu machen.

Es scheint aufgrund der wenigen Effekte des Behandlungspfades in dem Krankenhaus, in denen die Studie durchgeführt wurde, bestimmte Alltagsroutine - geprägt von kurzen Behandlungszeiten und auch unter dem hohen Aufnahmedruck eines großen pflichtversorgenden Bezirks wie Pankow im St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee, Schließung einer Entzugsstation - bereits auch ohne Implementierung der Behandlungspfade etabliert zu sein.

Ferner bestand bereits vor Einführung des Behandlungspfades eine enge Kooperation zwischen dem Krankenhaus und dem ambulanten Suchthilfesystem. Die jeweiligen Suchtberatungsstellen wie auch Selbsthilfegruppen stellten sich einmal wöchentlich auf

der Station vor, die Patienten haben die Möglichkeit des Einzelgesprächs auf Station oder den Räumlichkeiten der Beratungsstelle.

Umso positiver kann das Ergebnis der Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung wie auch nach der Entlassung durch die Implementierung des Behandlungspfades gewertet werden.

Unter der Berücksichtigung der wissenschaftlichen Ergebnisse, insbesondere des leichten Effektes eines Behandlungspfades in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit ist der Behandlungspfad als Instrument des stationären Behandlungsprozesses beibehalten worden. Von beinahe allen Mitarbeitern der Station ist er als sinnvolles Instrument der Dokumentation, der Koordination der Behandlungsschnittstellen unterschiedlichen Berufsgruppen und Effizienz positiv in den Arbeitsalltag integriert worden.

Die an die vorliegende Studie geknüpfte Hoffnung durch Behandlungspfade die Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung nachhaltig verbessern zu können, ist nicht erfüllt worden. Allerdings ist eine ständige Entwicklung in der Forschung der Behandlungspfade, ausgehend von dem Berliner- Algorithmus- Modell, erkennbar. Vor allem in Anbetracht des pauschalisierten Entgeltsystems (PEPP) für psychiatrischen- psychotherapeutischen und psychosomatischen Krankenhäuser könnten Behandlungspfade ein nützliches Instrument sein, um die Umsetzung der grundlegenden Veränderungen in den Organisationsstrukturen eines Krankenhauses zu erleichtern.

Anhang

Anhang 1: Therapiedokumentation

Therapiedokumentation Station 8

Wochentag	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So	Mo	Di	Mi	Do	Fr	
Datum																				
Gruppentherapie																				
Medizinische Informationsgruppe																				
Ergotherapie																				
Projektgruppe																				
Morgenspaziergang																				
Bewegungstherapie / Hockergymnastik																				
Vorstellung Station 3																				
Progressive Muskelentspannung (PMR)																				
Ohrakupunktur																				
therap. Gruppenaktivität																				
Kognitives Training																				
Gesprächsgruppe für Frauen																				
Suchtihilfeeinrichtungen stellen sich vor																				
Selbsthilfegruppen stellen sich vor																				
STAB																				
VISTA																				
Vorstellung einer Selbsthilfegruppe																				

Bitte geben Sie die Liste zur Entlassung beim Pflegepersonal ab. Vielen Dank !

Anhang 2: Therapieplan

Therapieplan Station 8

Name:
 Gruppe:
 Arzt:
 Bezugspflegerperson:

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonnabend
	7.00 - 7.20 Uhr Morgenspaziergang	7.00 - 7.20 Uhr Morgenspaziergang		7.00 - 7.20 Uhr Morgenspaziergang	
		7.30 Uhr Frühstück			8.00 Uhr Frühstück
8.15 Uhr Morgenrunde		8.15 Uhr Morgenrunde		8.15 Uhr Morgenrunde/ Wochenendplanung	
8.15 - 9.45 Uhr Ergotherapie 2 (ET-Raum)	8.45 - 10.15 Uhr Ergotherapie 1 (Ergotherapie)	08.45 - 09.30 Uhr kognitives Training (Et Raum)	08.30 Uhr Oberarztvisite (Wintergarten)	9.15 - 10.15 Uhr Ergotherapie 2 (ET-Raum)	
09.45 Uhr Visite <i>(bitte Therapiezeitel bereit halten)</i>	10.30 - 11.30 Uhr Bewegungstherapie (Sporthalle)	09.30 - 10.45 Uhr Ergotherapie 1 (ET Raum)		10.30-12.00Uhr Gartenherapie 1	
				11.00-11.45Uhr Gruppentherapie2	
<i>12.00 Uhr Mittagspause</i>					
12.30-13.15 Uhr Suchhilfeeinrichtungen stellen sich vor	12.30- 13.15Uhr Gruppenthera- piel	13.15Uhr STAB	12.30-13.13Uhr kognitives Training 1	12.30-13-15Uhr VISTA	
13.15-14.00Uhr Angebot Ohrakupunktur	13.15 bis 14.00Uhr Angebot Ohrakupunktur		13.15-15.15Uhr Ergotherapie 2	13.15-14.30Uhr Angebot Einzelgespräche mit Vista	
14.00-15.30Uhr Ergotherapie 1	14.30 - 15.00Uhr Progressive Muskelentspannung 2	13.15-14.00Uhr Angebot Ohrakupunktur	14.30-15.15Uhr Medizinische Informationsgruppe		
15.00-17.00 Uhr Angebot Fußball		14.00-15.00Uhr Gartenherapie	15.00 - 17.00Uhr Angebot Volleyball	13.15-14.00Uhr Angebot Ohrakupunktur	
<i>kognitives Training nach Absprache</i>					
<i>15.00 Uhr Kaffee & Kuchen</i>					
15.45Uhr Vorstellung Station 3	15.00Uhr therapeutische Gruppenaktivität	15.00-17.00Uhr Angebot Badminton		14.30 -15.00Uhr Progressive Muskelentspannung 1	

Literaturverzeichnis

1. Fengler J (Hrsg.) (2002). Handbuch der Suchtbehandlung, Beratung-Therapie-Prävention. Landsberg/Lech: ecomed verlagsgesellschaft AG&Co.KG.
2. Hurrelmann K, Bründel H (1997). Drogengebrauch — Drogenmißbrauch. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
3. Lindenmeyer J (2005). Lieber schlau als blau. Weinheim: PVU.
4. Heinz A, Batra A (2003). Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.
5. Kufner H, Kraus L (2002). Epidemiologische und ökonomische Aspekte des Alkoholismus. Deutsches Ärzteblatt, 14, S. 936–945.
6. Meyer C, John U (2003). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2003. Geesthacht: Neuland.
7. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2009). Leitfaden zur Selbsthilfeförderung. Abgerufen am 10. Februar 2013 unter: <http://www.dhs.de/arbeitsfelder/selbsthilfe.html.pdf>.
8. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009). Suchtprävention – Medien und Materialien. Meckenheim: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
9. Dyckmans M (2011). Drogen- und Suchtbericht, Mai 2011. Abgerufen am 22. Mai 2011 unter: <http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Service/Publicationen/Drogen>.
10. Funke W, Garbe D (2002). Alkohol. In: Fengler, J. (Hrsg.), Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung – Therapie – Prävention. (S. 11–18). Landsberg/Lech: ecomed.
11. Scheurich A (2002). Die Auswirkungen der Leistungsmotivation und der Stressverarbeitung auf die kognitive Leistung alkoholabhängiger Patienten. Eine experimentelle Untersuchung. Dissertation. Eberhard-Karls-Universität Tübingen. Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften.
12. Anderson P, Baumberg B (2006). Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. London: Institut for Alcoholic Studies.
13. Schneider U (1999). Zur Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit. Frankfurt am Main: Lang.

14. Singer M, Teysse S (2001). Alkoholassoziierte Organschäden. Deutsches Ärzteblatt, 33, S. 2109–2120.
15. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Drogen- und Suchtbericht. Berlin 2011, S. 21.
16. John U, Hanke M (2002). Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country - Germany. In: Alcohol and Alcoholism, 37 (6), S. 581-585.
17. Rehm J, Taylor B, Patra J (2006). Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European region 2002. In: Addiction, 101, S.1086-1095.
18. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg.) (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (2. Auflage). Bern: Huber.
19. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.
20. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
21. Wetterling T, Veltrup C (1997). Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Heidelberg: Springer.
22. Jellinek EM (1960). Alcoholism, a genus and some of its species. Canad. Med. Ass. Journal, 83, 1341–1349.
23. Kruse G, Körkel J, Schmalz U. Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln, 2. Auflage, Bonn, Psychiatrie Verlag 2001.
24. Schmidt LG, Mundle G, Banger M, Stetter F, Soyka M, Veltrup C, Mann K (2002). Die „Qualifizierte Entgiftung Alkoholkranker“ – Im Lichte der Entwicklung von Behandlungsleitlinien für substanzbezogene Störungen. Z ärztl Fortbild Qual sich (ZaeFQ) 2002; 96 (5): 295-300.
25. Soyka M, Küfner H. Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung – Folgen – Therapie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2008.
26. Adams M, Effertz T (2011). Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In: Singer, M.V.; Batra, A.; Mann, K. (Hrsg.): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme-Verlag, Stuttgart, S. 57-61.

27. Effertz T (2015). Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums. Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Frankfurt a.M.: Lang.
28. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Drogen- und Suchtbericht. Berlin 2014.
29. Simon A, Hartmann U, Schulz W (2009). Therapiemotivation alkoholabhängiger Patienten in qualifizierter Entzugsbehandlung. In: Suchttherapie, 10 (3), Georg Thieme Verlag Stuttgart.
30. Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, Bischof G, John U (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und –Mißbrauchern: Ergebnisse der TACOS Bevölkerungsstudie. Sucht 2000; 46:9-17.
31. Wienberg G (1992). Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik – ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In: Wienberg G (Hrsg) Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Psychiatrie- Verlag, Berlin, S.12-60.
32. Schulz P (2000). Der Qualifizierte Alkoholentzug in der Inneren Medizin: Vergleich mit zwei psychiatrischen Abteilungen; Dissertation am UKE, Hamburg
33. Poppele G, Schwoon DR, Maylath E, Schulz, P (2005). Qualifizierter Entzug bei Alkoholabhängigen in internistischen Abteilungen – notwendiges Angebot vor dem Aus? In: Hamburger Ärzteblatt 12/05, S. 590-592.
34. Croissant B, Mann K (2003). Qualifizierter Entzug - Die stationäre Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen und ihre ambulante Fortführung. In: Klinikarzt - Medizin im Krankenhaus, 32(9), S. 306-312.
35. Feuerlein W, Kufner H, Soyka M (1998). Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie, Thieme-Verlag, Stuttgart, 5. Auflage.
36. Miller WR, Rollnick S: Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press 1991.
37. Heather N, Rollnick S, Bell A, Richmond R (1996). Effects of brief counseling among male heavy drinker identified on general hospital wards. Drug and Alcohol Review 1996; 15:29-38.
38. Mann K, Alkohol. In: Gastpar M, Mann K, Rommelspacher H, eds., Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart, New York: Thieme 1999: 183–201.

39. Soyka M, Horak M, Morhart V, Möller HJ (2001). Modellprojekt „Qualifizierte ambulante Entgiftung“. *Nervenarzt* 2001; 72: 565–569.
40. Stetter F, Mann K (1997). Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Nervenarzt* 1997; 68: 574-581.
41. Veltrup C, Driessen M. Erweiterte Entzugsbehandlung für alkoholabhängige Patienten in einer psychiatrischen Klinik. *Sucht* 1993; 3: 168-172.
42. Olbrich R. Die qualifizierte Entzugsbehandlung in der stationären Alkoholismustherapie. In: Olbrich R (Hrsg): *Suchtbehandlung - Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen*. Roderer, Regensburg 2001; 95-108.
43. Prochaska JO, DiClemente CC (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 267-288.
44. Prochaska JO, DiClemente CC (1983). Stages and process of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 5, 390-395.
45. Prochaska JO, DiClemente CC (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler & P. Miller (Eds.), *Progress on behavior modification* (184-214). Sycamore: Sycamore Press.
46. Körkel J, Lauer G (1988). Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In: J. Körkel (Hrsg.) *Der Rückfall des Suchtkranken*. Springer Verlag, Berlin, S. 3-122.
47. AWMF: S3-Leitlinie - Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, Kurzversion, AWMF-Register 076-001, Stand: 30.01.2016.
48. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (2003): Leitlinie, Entwicklungsstufe 2. In: *Sucht* 49(3), S. 147-167.
49. American Psychiatric Association (APA, 2002). Quick Reference to the American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. *Compendium* 2002 S. 57-82.
50. Bauer U, Hasenöhr A (2000). Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). In: *Sucht*, 46 (4), S. 250-259.

51. Loeber S, Kiefer F, Wagner F, Mann K, Croissant B (2009). Behandlungserfolg nach qualifiziertem Alkoholentzug. Vergleichsstudie zum Einfluss motivationaler Interventionen. In: Der Nervenarzt, 80(9), S. 1085-1092.
52. Driessen M, Veltrup C, Junghans K, Przywara A, Dilling H (1999). Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluiertes Behandlungsprogramme, Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. Nervenarzt, 70, 463 – 470.
53. Spießl H, Binder H, Cording C, Klein HE, Hajak G (2006). Klinikpsychiatrie unter ökonomischen Druck. Deutsches Ärzteblatt, 103(39), A 2549-A 2552.
54. Richter D (2001). Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung. Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie, 69, 19 -31.
55. Kruse G, Körkel J, Schmalz U. Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln, 2. Auflage, Bonn, Psychiatrie Verlag 2001.
56. Soyka M, Horak M. (2004). Outpatient Alcohol Detoxification: Implementation Efficacy and Outcome Effectiveness of a Model Project. European Addiction Research, 10,180-187.
57. Hintz T, Schmidt G, Reuter-Merklein A, Nakovics H, Mann K (2005). Qualifizierter ambulanter Alkoholentzug. Deutsches Ärztebl, 6, 272-277 .
58. Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (2004). Stationäre Behandlungen wegen Alkoholmißbrauch in Akutkrankenhäusern: Trends, Risikofaktoren, Rehospitalisierungsraten, Assoziationen zu anderen Erkrankungen, Mortalität. Sucht Aktuell, 2, 5-10.
59. Hübner-Liebermann, Spießl H, Cording, C (2005). Wer kommt woher, wer geht wohin. Nervenarzt, T6, 856 - 864.
60. Reker T, Richter D, Bätz B, Luedtke U, Koritsch HD, Reymann G (2004). Kurzfristige Effekte der stationären Akutbehandlung alkoholkranker Patienten: eine prospektive Studie über 3 Monate. Nervenarzt, 75, 234-241.
61. Stetter F, Mann K. Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. Nervenarzt 1997; 68: 574-581.
62. Mann K, Stetter F, Günthner A, Buchkremer G (1995). Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. In: Deutsches Ärzteblatt, 45B, S.2217-2221.

63. John U, Hapke U, Rumpf HJ, Hill A, Dilling H. Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos 1996.
64. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) (2001) das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. Ärztliche Fortbildung Qualitätssicherung 95 (Suppl 1):1-84.
65. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997). Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung – Beschlüsse der Vorstände der Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997, Dtsch Arztebl 94: A-2154-2155.
66. Lelgemann M, Ollenschläger G (2006). Evidenzbasierte Leitlinien und Behandlungspfade. Ergänzung oder Widerspruch? Internist;47:690-698.
67. AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). www.awmf.org.
68. Buchborn E, Leitlinien - Richtlinien-Standards: Risiko oder Chance für Arzt und Patient, In: Bayerisches Ärzteblatt (1997) 52, S. 412-416.
69. Linden M, (2004). Einfluss von Leitlinien, Standards und ökonomischen Vorgaben auf medizinische Entscheidungsprozesse, in: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung, Qualität im Gesundheitswesen (2004) 98, S. 200-205.
70. a Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, Whitty P, Eccles MP, Matowe L, Shirran L, Wensing M, Dijkstra R, Donaldson C (2004). Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technology Assessment 8 (6) 1-84.
71. b Grimshaw J, Eccles M, Tetroe J (2004). Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications. J Contin Educ Health Prof 24(Suppl 1):S31-37.
72. Grol L, Grishmaw J (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients` care. Lancet 362 : 1225-1230.
73. Dykes PC, Wheeler K (2002). Critical Pathways–Interdisziplinäre Versorgungspfade. Huber, Bern, S 23-121.
74. Müller HP, Schmid K, Conen D (2001). Qualitätsmanagement: Interne Leitlinien und Patientenpfade. Med Klein 96:692-697.

75. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CF, Askham J, Marteau T (1998). Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess* 2:1-88.
76. Becker-Schwarze K, Lelgemann M (2005). 4. Abschnitt: Behandlungspfade. In Hart D. (Hrsg) *Ärztliche Leitlinien im Medizin- und Gesundheitsrecht . Recht und Empirie professioneller Normbindung* , Nomos , Baden-Baden , S 303-353.
77. Klinik für Suchtmedizin im St. Joseph-Krankenhaus, Berlin Weissensee (Konzept), Juni 2007.
78. Weyer G. *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Göttingen: Beltz-Test; 2005.
79. Wittchen HU et al. (Hrsg). *Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III-R*. Weinheim: Beltz; 1989.
80. AWMF: S3-Leitlinie - Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen, Kurzversion, AWMF-Register 076-001, Stand: 30.01.2016; http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001k_S3_Alkohol_2016-02_01.pdf (zuletzt aufgerufen am 25.03.2016).
81. Weinmann S, Koesters M, Becker T. Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115: 420–33.
82. Juckel G, Stahl K, Norra C (2015). EDV-gestützter Behandlungspfad für Schizophrenie. *Nervenarzt* 2015 86:51-59.
83. Steinacher B, Mausloff L, Gusy B (2012). The Effects of a Clinical Care Pathway for Schizophrenia: A Before and After Study in 114 Patients. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(46), 788.
84. Godemann F, Blittersdorf K, Poschenrieder M, Klimitz H, Hauth I, Gutzmann H (2010). Leitlinienkonformität in der Behandlung schizophrener Patienten. *Der Nervenarzt*, 81(5), 584-593.
85. Bottlender M, Köhler J, Soyka M. Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006; 74: 19-31.
86. Weithmann G, Hoffmann M. Vermittlung in Entwöhnung nach Alkoholentzugsbehandlung. *Sucht* (2006) 52 (5) 297-304.

87. Beneke M, Rasmus W (1992). Clinical Global Impressions (EDCEU): Some critical comments. *Pharmacopsychiatry* 25, 172-176.
88. Horak M, Soyka M. Restitution neuropsychologischer Defizite von Alkoholkranken in der Phase der frühen Abstinenz: Ergebnisse einer neuropsychologischen Studie. *Sucht* 1999; 45 (6): 376-389
89. Jungkunz G, Arnold D, Gsell. Wandel der Einstellung alkoholkranker Patienten zu einer rehabilitativen Entwöhnungsbehandlung während einer Entgiftungsbehandlung: Gesundheitspolitische Konsequenzen. *Kr Psy* 2002; 13: 20-26.
90. Mann K, Stetter F. Keine Entgiftung ohne psychotherapeutische Begleitung. *Psycho* 1991; 5: 296-304.
91. Richter D (2001). Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung. *Fortschr Neurol Psychiat* 2001; 69:19-31.
92. Richter D, Eikelmann B. Verweildauerrückgang bei stationären Behandlungen in der Psychiatrie: Positive oder negative Konsequenzen? *Spektrum* 2000; 29:67-72.
93. Gottheil E, McLellan AT, Druley KA. Length of stay, patient severity and treatment outcome: Sample data from the field of alcoholism. *J Stud Alcohol* 1992; 53:63-75.
94. Moos R, Pettit B, Gruber V. Longer episodes of community residential care reduce substance abuse patients readmission rates. *J Stud Alcohol* 1995; 46:433-443.
95. Driessen M, Veltrup C, Junghanns K, Przywara A, Dilling H. Kosten-Nutzen-Analyse klinisch-evaluierter Behandlungsprogramme: Erweiterte Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Nervenarzt* 1999; 70: 463-470
96. Sonntag D, Künzel J (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht*, 46 (Sonderheft 2), S. 88–176.
97. Schmidt LG, Gastpar M. Die Behandlung substanzbezogener Störungen im Rahmen des AWMF-Leitlinien- Prozesses. *Suchttherapie* 2002; Supplement 2, 3: 107-111.
98. Braune NJ, Schröder J, Gruschka P, Daecke K, Pantel J (2008). Determinanten eines Therapieabbruchs während der stationären qualifizierten

- Entgiftungsbehandlung bei Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit. Fortschr Neurol Psychiatr 2008; 76: 217-224.
99. Diehl A, Mann K. Qualifizierte Entzugsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. Psychoneuro 2004; 30 (1): 37-41.
100. Mann K, Stetter F. Die qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen: Entwicklung und Evaluation. In: Mann K (Hrsg): Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Pabst-Verlag, Lengerich 2002; 59-72.
101. Reyman G, Preising M. Rahmenkonzept für die stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen in Nordrhein-Westfalen. Versicherungsmedizin 2003; 27: 1-8.
102. Simon A, Hartmann U, Schulz W. Therapiemotivation alkoholabhängiger Patienten in qualifizierter Entzugsbehandlung. Suchttherapie 2009; 10: 131-135
103. Veltrup C. Behandlung von Alkoholabhängigen: Hilfen für selektive Indikationsentscheidungen. Sucht aktuell 2001; 1: 4-12.
104. Diagnosedaten der Krankenhäuser (Zahlen für 2015). <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=544:21719469D>.
105. Mann K (2002). Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. In: Deutsches Ärzteblatt, 99 (10), S. 632-644.
106. Gonzalez L, Veatch L, Ticku M, Becker H. Alcohol withdrawal kindling: mechanisms and implications for treatment. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2001: 197–201.
107. Sonntag D, Bauer K, Welsch C (2005). Deutsche Suchthilfestatistik 2004 für stationäre Einrichtungen. Sucht, 51(Sonderheft 2), S39-63.
108. Süß H (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnis einer Metaanalyse. Psychologische Rundschau, 46, 248-266.
109. Sonntag D, Künzel J (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? Sucht, 46 (Sonderheft 2), 92-176.
110. Roeder N, Küttner T (2006). Behandlungspfade im Licht von Kosteneffekten im Rahmen des DRG- Systems. Internist 2006;47:684-689.
111. Stiefelhagen P. Behandlungspfade in der Viszeralmedizin. Internist 2007 (48):93-98.

112. Schilling MK, Richter S, Jakop P, Lindemann W. Klinische Behandlungspfade- Erste Ergebnisse des systematischen IT- gestützten Einsatzes an einer chirurgischen Universitätsklinik. *Deutsch med. Wochenschrift*, 2006 (131): 962-967.
113. Emmerson B, Frost A, Fawcett L, Ballantyne E, Ward W, Catts S (2006). Do clinical pathways really improve clinical performance in mental health settings? *Australian Psychiatry*, 2006;14:395-398.
114. Wodarz N, Binder H, Johann M, Spießl H. (2007). Verkürzung der akutstationären Verweildauer alkoholabhängiger Patienten und Anstieg der Wiederaufnahmerate - eine empirische Analyse der Zusammenhänge. *Psychiatrische Praxis*, (Supplement 1), S 55-S 56.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BADO	Basisdokumentation
CGI	Clinical Global Impression
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DG Sucht	Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.
DRG-System	Diagnosis Related Groups - System
DSM	Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen
EKG	Elektrokardiographie
GAF	Global Assessment of Functioning
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MRT	Magnetresonanztomographie
NVL	Nationale Versorgungsleitlinien
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
QE	Qualifizierte Alkoholentzugsbehandlung
Sign.	Signifikanz
WHO	World Health Organization

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Empfehlungsgraduierung im Programm für „Nationale Versorgungsleitlinien“ (NVL).....	21
Tabelle 2:	Population	45
Tabelle 3:	Geschlecht	45
Tabelle 4:	Alter	46
Tabelle 5:	Tabelle Stationäre Voraufenthalte	46
Tabelle 6:	Darstellung der Qualitätsindikatoren	47
Tabelle 7:	Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung	48
Tabelle 8:	Multiple Regression Kontakt zur Suchtberatungsstelle während der stationären Behandlung	51
Tabelle 9:	Kontaktaufnahme zur ambulanten Suchtberatungsstelle nach der Entlassung aus der stationären Behandlung	53
Tabelle 10:	Kontaktaufnahme zur Selbsthilfegruppe während der stationären Behandlung	56
Tabelle 11:	Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung während der stationären Behandlung	59
Tabelle 12:	Anbindung an die Psychiatrische Institutsambulanz.....	61
Tabelle 13:	Anzahl der stationären Wiederaufnahmen	64
Tabelle 14:	Multiple Regression Anzahl der stationären Wiederaufnahmen	64
Tabelle 15:	Wiederaufnahmeumstände bei Aufnahmen innerhalb..... von sechs Monaten	65
Tabelle 16:	Aufnahmelabor	68
Tabelle 17:	Verlaufslaborkontrolle.....	69
Tabelle 18:	EKG.....	71

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Mehrstufige Behandlungskette in der Suchthilfe (nach Feuerlein, Kufner & Soyka, 1998)	12
Abbildung 2: Klinik für Suchtmedizin	32
Abbildung 3: Ausschnitt Behandlungspfad Diagnostik	39
Abbildung 4: Ausschnitt Behandlungspfad - Kriterien für den Qualifizierten Entzug ...	40
Abbildung 5: Vermittlungsformular	44

Eidesstaatliche Erklärung

„Ich, Jolante Tuchman, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Die Effekte der Implementierung von Behandlungspfaden in der stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit (ICD-10:F10)“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

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

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

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

Datum

Unterschrift

Anteilserklärung an etwaigen erfolgten Publikationen

Frau Jolante Tuchman hatte folgenden Anteil an der folgenden Publikation:

Publikation 1: Godemann F, Tuchman J, Keller U, Mathar D, Hauth I (2013). Behandlungspfade in der stationären Alkoholentzugsbehandlung – Effekte auf die Prozess- und Ergebnisqualität. Sucht 59 (2),1-9.

Beitrag im Einzelnen: Frau Tuchman hat hier die genannte, veröffentlichte Studie mit konzeptual

isiert, durchgeführt, organisiert und Daten erhoben. Sie hat die Dateneingabe und -management vorgenommen und war an der Datenanalyse beteiligt. Darüber hinaus war sie an dem Entwurf des Manuskripts beteiligt.

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers

Unterschrift der Doktorandin

Lebenslauf

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

Jolante Tuchman

Lebenslauf

Publikation

Godemann F, Tuchman J, Keller U, Mathar D, Hauth I (2013). Behandlungspfade in der stationären Alkoholentzugsbehandlung – Effekte auf die Prozess- und Ergebnisqualität. Sucht 59 (2),1-9

Danksagung

Mein besonderer Dank im Rahmen dieser Arbeit gilt Herrn Prof. Dr. Frank Godemann, dem Betreuer meiner Dissertation. Prof. Dr. Godemann zeigte sich trotz großer Verzögerungen und Zweifel meinerseits immer optimistisch und unermüdlich in seiner Geduld. Ich bin ihm zu großem Dank verpflichtet.

Mein Dank gilt ebenbürtig auch meinem Ehemann Jaroslaw Tuchman, der mich stets animierte weiterzumachen, in jeder Hinsicht unterstützte und somit erst die Fertigstellung der Arbeit ermöglichte. In diesem Zusammenhang sollten auch meine geliebten Kinder, Lena und Marie nicht unerwähnt bleiben, die in der anstrengenden Zeit Verständnis und Liebe zeigten.

Außerdem danke ich all denen, die mich bei der Erstellung meiner Dissertation begleitet haben, insbesondere meinen Geschwistern Andreas Jelen und Margarete Jelen samt ihrer Lebenspartner, die immer ansprechbar waren, mir stets mit Rat und Tat zur Seite standen.