

ORIGINALARBEIT

Titel:

Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker: Effekte einer qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung

Autoren: David Valentin Steffen^{1,2}, Lisa Steffen¹, Sonja Steffen¹

Institute: ¹Ianua Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH, 66740 Saarlouis, Germany

²Facharztpraxis Steffen, Psychiatrie und Psychotherapie, 66740 Saarlouis, Germany

Schlüsselwörter:

Integrierte Versorgung, ambulante qualifizierte Entzugsbehandlung, Alkoholabhängigkeit, Drogenabhängigkeit

Korrespondenzadresse:

Dr. med. David V. Steffen, Ianua G. P. S. mbH, Lisdorfer Straße 2, 66740 Saarlouis, Germany, +49-6831-460055, davidsteffen@ianua-gps.de

Erklärung konkurrierender Interessen

Die Studie wurde sowohl fachlich als auch finanziell durch die DAK - Unternehmen Leben, Vertragsgebiet Rheinland-Pfalz/Saarland und die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse unterstützt. Es besteht ein Integrierter Versorgungsvertrag zur stationersetzenden ambulanten Entzugsbehandlung mit obigen Krankenkassen.

Dr. David V. Steffen ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V. (DG Sucht), der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin e. V. (DGS) und über Ianua G. P. S. mbH Mitglied des Fachverbandes Sucht e. V. (FVS).

Zusammenfassung

Einleitung: Abhängigkeitserkrankungen stellen unter anderem durch eine unzureichende, späte Diagnostik und Behandlung ein großes gesundheitliches und ökonomisches Problem dar (Wienberg: „Die verlorene Mehrheit“). Diese Studie untersucht die Effekte unseres Integrierten Versorgungskonzeptes auf eine schnelle Abklärung, Diagnostik, Behandlungseinleitung mit Entzugsbehandlung, Vermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme und Abstinenz.

Methode: In dieser naturalistischen prospektiven Beobachtungsstudie wurden 293 Abhängigkeitskranke auf den Verlauf der qualifizierten Entzugsbehandlung, soziodemographische Daten und weitere wichtige suchtspezifische Variablen hin untersucht. Über ein 2-Jahres-Follow-Up wurden Abstinenz ($t_1=3$ Monate, $t_2=12$ Monate, $t_3=24$ Monate), Weitervermittlung und Antritt einer Suchtrehabilitationsmaßnahme gemessen.

Ergebnisse: Alle Patienten beendeten ohne Komplikationen die ambulante Entzugsbehandlung, davon 95,3% abstinent. 52,9% konnten in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme vermittelt werden. Die Abstinenz war über 24 Monate hinweg hoch, nahm im Verlauf jedoch signifikant ab ($t_1=59,4\%$, $t_2=50,5\%$, $t_3=38,6\%$, $p<0,001$). Die Vermittlung in eine Entwöhnung zeigte den größten Effekt auf die Abstinenz (β -Koeff.: $t_1=+0,83$, $t_2=+0,73$, $t_3=+0,45$, $p<0,001$), gefolgt von der Behandlungsdauer (β -Koeff.: $t_1=+0,32$, $t_3=+0,25$, $p<0,001$). Die Krankheitsschwere (Belastungsindex) hatte deutlich geringere negative Effekte (β -Koeff.: $t_1=-0,15$, $t_2=-0,22$, $p<0,001$, $t_3=-0,20$, $p<0,01$).

Diskussion: Die untersuchte Integrierte Versorgung zeigt trotz der methodischen Limitationen eine hoch effektive qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung. Sollbruchstellen des Suchthilfesystems werden suffizient stabilisiert und Patienten zielgerichtet behandelt. Die Ergebnisse sind unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Bundesärztekammer zumindest gleichwertig zur stationären qualifizierten Entzugsbehandlung.

Einleitung

Die Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker kann durch eine Vernetzung der vertragsärztlichen und rehabilitativen Bereiche eine effektive ambulante Versorgungsstruktur zur Diagnosestellung, Entzugsbehandlung und Rehabilitationsvorbereitung schaffen. Diese Studie untersucht die Ergebnisse und Prozesse in der Integrierten Versorgung.

Abhängigkeitserkrankungen stellen ein großes gesundheitliches und ökonomisches Problem dar. Das Suchthilfesystem in Deutschland gilt als hoch spezialisiert und umfasst Prävention, Selbsthilfegruppen, Suchtberatung, haus-/fachärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung, medizinische Rehabilitation und Nachsorge. Die Effektivität der einzelnen Partner - v. a. der Suchtrehabilitation und Entzugsbehandlung - im Suchthilfesystem ist unbestritten.

Die Suchtrehabilitationsbehandlung verbessert oder sichert soziale Fähigkeiten sowie die Erwerbsfähigkeit und führt effektiv zur Reduktion von Alkoholfolgeerkrankungen und zur Abstinenzsicherung. Routinekatamnesen nach stationärer Suchtrehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger mit großem Stichprobenumfang (n=10.961) konnten ein Jahr nach Beendigung 45,1% der Patienten als abstinent identifizieren (1). Einige Studien zur ambulanten Suchtrehabilitation konnten diese Ergebnisse noch übertreffen (Einjahresabstinenzquote: 57,5%-67,5%) (2-5).

Schwoon et al. (6) konnten in einer Studie zur qualifizierten Entzugsbehandlung (QE) für Alkoholabhängige 12,6% der Patienten in eine weiterführende Suchtbehandlung vermitteln und eine Abstinenzquote von 36,8% zwölf Monate nach Behandlungsende zeigen (n=198). Anderen Studien waren Abstinenzraten zwischen 32% (28 Monate nach QE) und 55,7% (2 Monate nach Ende der QE) zu entnehmen (6-15) (vgl. Tabelle 1). Studien aus dem deutschsprachigen Raum zur qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung sind selten. Soyka et al. (16, 17) berichteten über eine Abstinenz von 50% nach zehn Monaten. Hintz et al. (18) zeigten nach qualifizierter ambulanter Entzugsbehandlung durch den Hausarzt und Begleitung einer psychosozialen Beratungsstelle eine Abstinenz von 55,2% nach einem Jahr (Drop-Out-Rate 67,3%).

Trotz der hohen Effektivität der einzelnen Behandlungsmöglichkeiten greifen diese nicht nahtlos ineinander und führen zu Drehtürentgiftungen, Behandlungsabbrüchen und zur weiteren Chronifizierung der Abhängigkeit. Die Abhängigkeitsdiagnose wird oft erst nach jahrelanger Verzögerung gestellt. Wienberg (19) spiegelte 2001 mit seinem Beitrag „*Die vergessene Mehrheit*“ - *die Situation der Abhängigkeitserkrankten in Deutschland* wider. Er beschrieb den Missstand, dass Abhängigkeitskranke nur selten qualifiziert behandelt werden. Zwar sind 80% der Alkoholiker innerhalb eines Jahres mindestens einmal beim Hausarzt und stellen 25% der Patienten in internistischen und chirurgischen Kliniken, aber nur 3% der Alkoholiker sind in einer psychiatrischen Klinik, 7% in einer Suchtberatungsstelle und 1,7% in einer Suchtrehabilitationsmaßnahme zu finden (20).

Die hier untersuchte „Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker“ (IV) vernetzt die Strukturen der Krankenversorgung (Haus- und Facharzt) mit den qualifizierten Behandlungsstellen (Rehabilitationseinrichtung). So können Abhängigkeitserkrankte schneller identifiziert und gezielter behandelt werden. Ziel ist es, die „vergessene Mehrheit“ wieder in den Mittelpunkt zu stellen und effektive Versorgungsstrukturen zu etablieren.

Tab. 1: Abstinenzquoten nach qualifizierter stationärer/ambulanter Entzugsbehandlung aus der Literatur

Studie	Behandlungsdauer	Zeitpunkt der Nachuntersuchung	Abstinenzrate bezogen auf alle Patienten	Vermittlung
Krampen/Nispel (1981) (n=144)	6 Wochen Suchtstation	12 Monate	25,7%	/
Küfner et al. (1986) (n=1.118)	ca. 3 Wochen Suchtstation	18 Monate	42,2%	/
Veltrup (1995) (n=196)	6 Wochen Suchtstation	8 Monate	38%	4,1% Antritt einer stationären Rehabilitationsmaßnahme
Stetter/Mann (1997) (n=529)	3 Wochen Suchtstation	8 Monate	46%	46% 1x Kontakt zu irgendeiner Weiterbehandlungsstelle
Bauer/Hasenöhl (2000) (n=92)	4-8 Wochen Suchtstation	28 Monate	32%	/
Böning et al. (2001) (n=151)	6 Wochen Suchtstation	12 Monate	36%	/
Olbrich (2001) (n=102)	3 Wochen psych. Station	6 Monate	48%	/
Schwoon (2002) (n=198)	3 Wochen intern. Station	12 Monate	35,8%	12,6% Antritt einer Sucht-Rehabilitationsmaßnahme
Loeber (2009) (n=61)	3 Wochen Suchtstation	2 Monate	55,7%	60% Selbsthilfegruppe oder ambulante Psychotherapie
Hintz et al. (2005) (n=92)	Qual. ambul. Entzug	12 Monate (n=86)	55,2% bez. auf 33,3% der Gesamtstichprobe	43% Irgendeine Weiterbehandlung
Soyka et al. (2001) (n=127 "erfolgreich entgiftet")	Qual. ambul. Entzug	10 Monate	50%	100% „Alkoholtherapie“

Überprüft werden sollen folgende Hypothesen:

1. Die IV kann eine sichere und effektive qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung realisieren.
2. Die IV ist hoch effektiv bezüglich der Vermittlung in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnung) und der Schaffung von Abstinenz. Sie übertrifft etablierte Behandlungsangebote der Beratungsstellen und der Akutkrankenhäuser.
3. Der Erfolg bzgl. der Abstinenz ist abhängig von der Vermittlung in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme (Entwöhnung), der Krankheitsschwere (Belastungsindex) und der Behandlungsdauer. Die Vermittlung in eine Entwöhnung ist abhängig von der Effektivität der IV, den Patienten zu Abstinenz, Behandlung und Krankheitseinsicht zu motivieren und diese zu festigen.

Method

Studiendesign

In diese prospektive Beobachtungsstudie wurden alle Patienten eingeschlossen, bei denen eine Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10/DSM IV diagnostiziert wurde und die zwischen 2008 und 2011 im Rahmen der Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker behandelt wurden (mindestens zwei Kontakte: n=293, Drop-Out n=26). Ausschlusskriterien waren akute drogeninduzierte Psychosen oder medizinische Diagnosen, die eine akutstationäre Behandlung erforderten (z. B. dekompensierte Leberzirrhose).

Es wurden Untergruppen nach der Abhängigkeitsdiagnose gebildet. Erhoben wurden der „Deutsche Kerndatensatz Sucht“ (21) und der Katamnesefragebogen Sucht (22). Der Belastungsindex nach Schwoon (6) berücksichtigt zwölf prognosebestimmende Items und zeigt mit zunehmendem Wert (Cut-Off >4) eine ungünstigere Prognose an. Täglich wurden der Blutdruck (RR, [mmHg]), die Herzfrequenz [1/min] – beides standardisiert nach 5 min. Sitzen und normiert auf 120/80 mmHg, 60/min bei dreimalig unverändert niedrigstem Wert – und die Entzugssymptome (CIWA-Ar-Skala) (23, 24) gemessen. Laborchemische Untersuchungen (Elektrolyte, BB, Leberwerte, TSH, HbA1c, Virushepatitis-Suchtest und ggfs. PCR) erfolgten in Kooperation mit dem Hausarzt. Zu Beginn erfolgte ein Screening auf Suchtmittel und Medikamente durch Urinuntersuchung. Die Abstinenz wurde regelmäßig durch Atemalkoholtests (AAT), Urinscreening (Drogen, Medikamente), Ethylglucoronid (EtG) und Bestimmung des Carbohydrate-Deficient-Transferrin (CDT) kontrolliert.

Die Datensammlung erfolgte mit dem Programm Patfak light 4.19 (Redline-data, Ahrensböck, Deutschland) und die Auswertung mit dem Programm SPSS 17.0.3 (SPSS GmbH Software, München, Deutschland). Bei normal verteilten Variablen wurde der t-Test, bei parametrischen, nicht normal verteilten der Mann-Whitney-U-Test und bei nicht parametrischen der Chi-Quadrat-Test (Chi²) verwendet. Das Signifikanzniveau wurde auf p<0,05 festgelegt. Zur Zusammenhangsanalyse wurden (binär) logistische Regressionsanalysen durchgeführt bei einem Signifikanzniveau von p<0,01.

Behandlung

Die qualifizierte Entzugsbehandlung setzt sich aus einem medizinischen („Entzug“) und psychotherapeutischen sowie einem sozialtherapeutischen Teil („qualifiziert“) zusammen. Nach Eingangsscreening und anamnestischer Bewertung von Entzugssymptomen erfolgte die ambulante Entzugsbehandlung nach den „Empfehlungen zur qualifizierten ambulanten Alkoholentzugsbehandlung“ der Bundesärztekammer. Die Entzugssymptome wurden durch den CIWA-Score (24, 25) gemessen und nach definiertem Schema eine „loading dose“ Diazepam verabreicht (26-30), welche im weiteren Verlauf symptomadaptiert ausgeschlichen wurde (31). Während der „Entgiftungsphase“ fand täglich eine ärztliche Visite statt, im Anschluss daran mindestens einmal wöchentlich. Ergänzende wöchentliche 50-minütige Einzel- und 90-minütige Gruppengespräche komplettierten das Behandlungsangebot in der ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtung. Neben der soziobiographischen und Suchtanamnese standen sozialtherapeutische Interventionen, Motivationsförderung, Rückfallmanagement und Krisenintervention im Vordergrund. Das gruppentherapeutische Angebot war überwiegend psychoedukativ und psychodynamisch-psychotherapeutisch ausgerichtet.

Ergebnisse

Patientenmerkmale

Es wurden 293 Abhängigkeitserkrankte untersucht, 26 Patienten wurden ausgeschlossen. Die Abhängigkeitsdiagnosen verteilten sich auf die Substanzen Alkohol mit 52,6%, Cannabinoide mit 7,5%, Benzodiazepine mit 6,5%, auf polyvalenten Konsum mit 27,3% und andere mit 6,1%.

Das mittlere Alter betrug 41,4±13,3 Jahre, die Abhängigkeitsdauer zum Behandlungsbeginn 13,3±9,8 Jahre. Alkoholabhängige waren mit 46,4 Jahren signifikant älter als Polytoxikomane mit 31,4 Jahren ($p < 0,001$, vgl. Tab. 2). Weiterhin bestand die Abhängigkeitsdiagnose bei Alkoholabhängigen signifikant länger (16,7 vs. 9,3 Jahre, $p < 0,001$) bei später eingetretenem Störungsbeginn (29,6 vs. 22,3 Jahre, $p < 0,001$) im Vergleich zur Polytoxikomanie.

Den größten Anteil Alleinlebender ohne feste Partnerschaft stellten männliche Alkoholabhängige ($p < 0,001$). Der Arbeitslosenanteil lag bei 36,9%, 23,8% gaben problematische Schulden über 10.000€ an; dabei waren Frauen und Alkoholabhängige jeweils signifikant seltener vertreten („arbeitslos“ $p < 0,001$, „Schulden“ $p < 0,05$, vgl. Tab. 2).

Der Belastungsindex als Maß für die Krankheitsschwere lag im Mittel bei 4,4±2,3 Punkten und war bei Patienten mit einer polyvalenten Substanzabhängigkeit signifikant höher ($p < 0,001$). Für 51,4% der Patienten sagte der Behandlungsindex eine ungünstige Prognose voraus (Index > 4). 51,6% hatten vor der Integrierten Versorgung (IV) keine suchtspezifische Behandlung in Anspruch genommen. Die Behandlungsdauer bis zum Beginn der Suchtrehabilitationsbehandlung oder bis zum Abbruch durch den Patienten betrug 53,6±33,2 Tage. Signifikante Unterschiede bzgl. Geschlecht und Diagnose fanden sich nicht.

Tab. 2: Patientenmerkmale

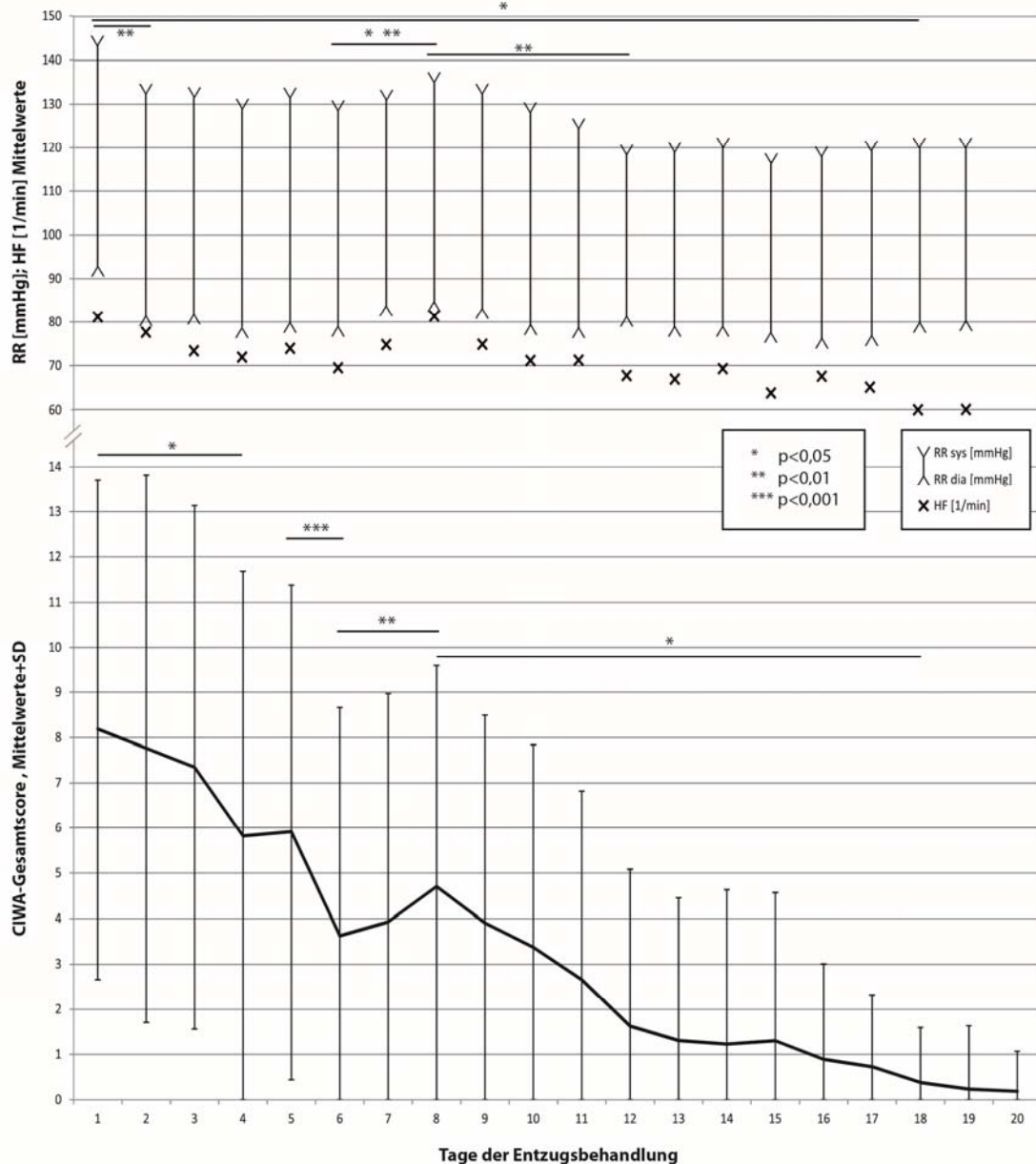
	Gesamt n=293	Männlich n=192	Weiblich n=101	F10.2 n=154	F19.2 n=80	
Alter (Jahre)	41,4±13,3	40,7±12,8	42,7±14,1	46,4±10,5	31,4±10,3	$p > 0,05$ vs. Geschlecht $p < 0,001$ vs. Diagnose
Alleinlebend	34,8%	39,7%	25,7%	40,4%	23,8%	$p > 0,05$
Keine Partnerschaft	49,7%	51,3%	46,5%	47,7%	36,6%	Chi2 71,2; $p < 0,001$
Arbeitslos	36,9%	39,2%	32,7%	32,2%	45,4%	Chi2 110,2; $p < 0,001$
Schulden >10.000€	23,8%	29,0%	14,9%	23,1%	33,1%	$p < 0,05$
Belastungsindex (MW, STD)	4,4±2,3	4,9±1,3	4,5±2,1	4,3±2,2	5,3±1,8	$p > 0,05$ vs. Geschlecht $p < 0,001$ vs. Diagnose
Ungünstige Prognose lt. Index (>4)	51,4%	49,5%	50,9%	45,4%	67,7%	$p > 0,05$ vs. Geschlecht Chi2 10,3; $p < 0,01$ vs. Diagnose
Alter bei Störungsbeginn (Jahre)	28,2±12,2	26,8±11,8	30,8±12,6	29,6±10,9	22,3±8,9	$p > 0,05$ vs. Geschlecht $p < 0,001$ vs. Diagnose
Abhängigkeitsdauer (Jahre)	13,3±9,8	13,9±10,1	12,1±9,1	16,7±10,7	9,3±6,1	$p > 0,05$ vs. Geschlecht $p < 0,001$ vs. Diagnose
Bisher keine Suchthilfe in Anspruch genommen	51,6%	44,2%	68,4%	44,4%	48,8%	$p > 0,05$
Behandlungsdauer (Tage)	53,6±33,2	54,6±31,6	51,2±33,4	51,5±34,9	45,1±26,7	$p > 0,05$ vs. Geschlecht $p > 0,05$ vs. Diagnose

Entzugsbehandlung

Das Erreichen der Suchtmittelfreiheit und das Abklingen der vegetativen und psychischen Entzugssymptome sind die Hauptmerkmale für eine erfolgreiche Entzugsbehandlung. Alle 293 Patienten erreichten die Abstinenz. Rückfälle, die zu einem Behandlungsabbruch führten, ereigneten sich erst nach erfolgreicher initialer Entzugsbehandlung.

Blutdruck und Herzfrequenz lassen Rückschlüsse auf das Ausmaß des vegetativen Entzugssyndroms zu. Zu Beginn lagen die normierten systolischen Werte bei $143 \pm 19,5$ mmHg, die diastolischen Werte bei $93 \pm 18,5$ mmHg und die Herzfrequenz bei 81 ± 18 /min. Die Werte reduzierten sich schrittweise signifikant ($p < 0,05-0,01$) und stabilisierten sich am 13.-15. Tag bei normierten 120/80 mmHg und einer Herzfrequenz von 60/min. Es zeigte sich am Tag 8 der Entzugsbehandlung (vgl. Abb. 1) eine signifikante Erhöhung der Werte ($p < 0,01$), die mit positivem Atemalkoholtest, Ethylglucuronid oder Urinscreening assoziiert war.

Abb. 1: Vegetative und psychische Entzugssymptome (CIWA-Score, RR, HF) im Verlauf der qualifizierten Entzugsbehandlung



Der CIWA-Score zur Beurteilung des psychovegetativen Entzugssyndroms zeigte zu Beginn mit $8,2 \pm 5,5$ Punkten ein deutliches und medikamentös behandlungsbedürftiges Entzugssyndrom. In den ersten sechs Tagen konnten die Entzugssymptome signifikant auf $3,9 \pm 5,0$ Punkte reduziert werden ($p < 0,05$). Der ebenfalls signifikante Anstieg auf bis zu $4,7 \pm 4,8$ Punkte ($p < 0,01$) am achten Tag ist mit Rückfälligkeit am ersten Wochenende assoziiert (vgl. Abb. 1).

Das durch Hypertonie, Tachykardie und CIWA-Score definierte vegetative und psychische Entzugssyndrom sistierte innerhalb von drei Wochen vollständig. Es waren keine Komplikationen wie unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen, Entzugskrampfanfälle, Elektrolytentgleisungen, Delire etc. festzustellen.

Identifikation unbekannter Erkrankungen

Abhängigkeitserkrankte stellen ein besonders morbides (hier: 9,7% ethyltoxische Leberzirrhose) und auch komorbides Patientenkollektiv dar. Ziel war es, bisher unentdeckte Komorbidität zu identifizieren und zur Morbi-RSA-relevanten Vergütung zu verschlüsseln. Vollständige Laboranalysen lagen für 215 Patienten (73,4%) vor.

Es konnten 2% mit Hepatitis B und 7,5% mit Hepatitis C mit aktueller Viruslast identifiziert werden. Lediglich 28,5% aller Patienten mit einer neu diagnostizierten Viruserkrankung gaben als anamnestischen Risikofaktor den i.v.-Konsum an.

Bei 10,6% diagnostizierten wir eine behandlungsbedürftige Schilddrüsenerkrankung (Hypo-/Hyperthyreose, Autonomie, Thyreoiditis), bei 9,6% eine arterielle Hypertonie und bei 5,5% einen manifesten Diabetes mellitus Typ II.

Weitervermittlung und Abstinenz

Die Herstellung der Abstinenz, deren Aufrechterhaltung und die Vermittlung in eine medizinische Rehabilitationsbehandlung ohne „Drehtürentgiftungen“ oder gar Therapieabbrüche waren primäres Ziel der Integrierten Versorgung.

Zum Zeitpunkt des Behandlungsendes (Vermittlung in med. Rehabilitation oder Abbruch durch den Patienten) waren 95,3% der Patienten abstinent. Für 52,9% der Patienten wurde ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gestellt. Dieser wurde in allen Fällen bewilligt, 97,9% der Patienten traten diese Rehabilitation an. Bzgl. der Abhängigkeitsdiagnosen zeigten sich signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Vermittlung in Rehabilitation ($p < 0,05$), nicht aber bzgl. der Bewilligung oder der Antrittsquote (vgl. Tabelle 3).

Die Abstinenz wurde primär durch eine katamnestische Befragung gemessen, konnte in einem zweiten Schritt jedoch zu allen drei Untersuchungszeitpunkten per Zufallsauswahl anhand von 150 Patienten (51%) zu 98,7% bestätigt werden (Urinscreening, gGT, MCV, EtG); zwei anamnestisch rückfällige Patienten zeigten keine laborchemischen Auffälligkeiten. Im Folgenden werden Patienten, die in der katamnestischen Befragung nicht geantwortet oder widersprüchliche Angaben gemacht haben, als rückfällig gewertet (DGSS4-Berechnungsform (22)). Als abstinent galten auch Patienten, die nach einem Rückfall wieder mindestens drei Monate lang durchgehend abstinent waren. Die Abstinenz nach 24 Monaten wird lediglich für 242 Patienten angegeben, da sich 51 Patienten noch in der Nachbeobachtungszeit befinden.

Tab. 3: Vermittlung in Weiterbehandlung und Abstinenz in Abhängigkeit von der Diagnose (Abstinenz nach DGSS4: abstinent und mindestens 3 Monate abstinent nach Rückfall; Nicht-Antworter werden als rückfällig gewertet)

	Gesamt n=293	F10.2 n=154	F11.2 n=5	F12.2 n=22	F13.2 n=19	F19.2 Medikamente n=12	F19.2 n=80
Vermittlung in med. Rehabilitation	52,9%	63,6%	40,0%	31,8%	36,8%	41,7%	43,8%
Antrittsquote der Reha	97,9%	97,3%	100%	94,6%	100%	100%	97,7%
Rücklaufquote (3M)	61,4%	75,3%	60%	36,4%	36,8%	41,7%	50%
Abstinenzquote (3M)	59,4%	72,1%	60%	36,4%	36,8%	41,7%	48,8%
n (3 Monate)	293	154	5	22	19	12	80
Rücklaufquote (12M)	56,0%	69,5%	60%	31,8%	31,6%	41,7%	45,0%
Abstinenzquote (12M)	50,5%	61,3%	40,0%	27,3%	31,6%	41,7%	43,8%
n (12 Monate)	293	154	5	22	19	12	80
Rücklaufquote (24M)	47,1%	59,7%	75%	35,7%	6,3%	33,3%	33,8%
Abstinenzquote (24M)	38,6%	46,6%	25%	28,6%	6,3%	33,3%	33,8%
n (24 Monate)	242	134	4	14	16	9	65
		p<0,05 (Zeit)			p<0,05 (Zeit und Diagnosen)		

Die Abstinenz wurde primär durch eine katamnestische Befragung gemessen, konnte in einem zweiten Schritt jedoch zu allen drei Untersuchungszeitpunkten per Zufallsauswahl anhand von 150 Patienten (51%) zu 98,7% bestätigt werden (Urinscreening, gGT, MCV, EtG); zwei anamnestisch rückfällige Patienten zeigten keine laborchemischen Auffälligkeiten. Im Folgenden werden Patienten, die in der katamnestischen Befragung nicht geantwortet oder widersprüchliche Angaben gemacht haben, als rückfällig gewertet (DGSS4-Berechnungsform (22)). Als abstinent galten auch Patienten, die nach einem Rückfall wieder mindestens drei Monate lang durchgehend abstinent waren. Die Abstinenz nach 24 Monaten wird lediglich für 242 Patienten angegeben, da sich 51 Patienten noch in der Nachbeobachtungszeit befinden.

Drei Monate nach Ende der Integrierten Versorgung waren 59,4% der Patienten als abstinent einzustufen, nach zwölf Monaten 50,5% und nach 24 Monaten 38,6%. Die Reduktion der Abstinenzquote im Zweijahresverlauf ist signifikant ($p < 0,05$) bei gleichzeitigem Rückgang der Rücklaufquote der Katamnese von 61,4% auf 47,1% (vgl. Tab. 3). Von allen erreichten Patienten waren nach 24 Monaten 56,6% durchgehend und 24,8% mindestens drei Monate nach einem Rückfall abstinent. Bei keinem dieser Patienten wurde eine erneute Entzugsbehandlung notwendig.

Die Abstinenzquoten sind abhängig von der Hauptdiagnose ($p < 0,05$), in Tabelle 3 sind die jeweiligen Abstinenzraten dargestellt. In der Rangfolge von höchster Abstinenzquote zu niedrigster sind die Diagnosen wie folgt einzuordnen: Alkoholabhängigkeit (F10.2, $n=154$), Polytoxikomanie (F19.2, $n=80$), Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (F19.2, $n=12$), Opiatabhängigkeit (F11.2, $n=5$), Cannabisabhängigkeit (F12.2, $n=14$) und Benzodiazepinabhängigkeit (F13.2, $n=19$). Zu beachten sind hierbei jedoch die signifikant unterschiedlichen Fallzahlen.

Bezüglich der Trinkmenge rückfälliger Patienten liegen keine ausreichend validen Daten vor, um eine allgemeine Aussage treffen zu können (Datenrücklauf: 15% der Rückfälligen, $n=26$).

Die vorhandenen Daten zeigen signifikante Reduktionen der Heavy-Drinking-Days (>5 Standarddrinks) von 84% auf 26% ($p<0,01$), der Drinking-Days von 78% auf 26% ($p<0,05$) und der Drinks-per-Day von $4,9\pm 4,1$ auf $2,1\pm 3,4$ ($p<0,05$). Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt nach einem Rückfall mindestens drei Monate abstinent waren ($n=23$, $t=12$ Monate; $n=28$, $t=24$ Monate), zeigten höchstens drei Heavy-Drinking-Days und eine Rückfalldauer von $11,7\pm 24,1$ Tagen.

Einflussfaktoren auf die Abstinenz

In der stationären medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Entwöhnung) wurden die Arbeitslosigkeit, der Familienstand „alleinstehend“ und die Abhängigkeitsdiagnose als Risikofaktoren für die Rückfälligkeit identifiziert (8, 32). Aus eigenen Untersuchungen zur ambulanten Suchtrehabilitation konnten wir lediglich kleine Effekte identifizieren. Die positiven Effekte einer regulär beendeten und längeren (>80 Leistungseinheiten) Rehabilitationsbehandlung in Verbindung mit dem kontinuierlichen Besuch einer Selbsthilfegruppe zeigten die größten Effekte (2, 3).

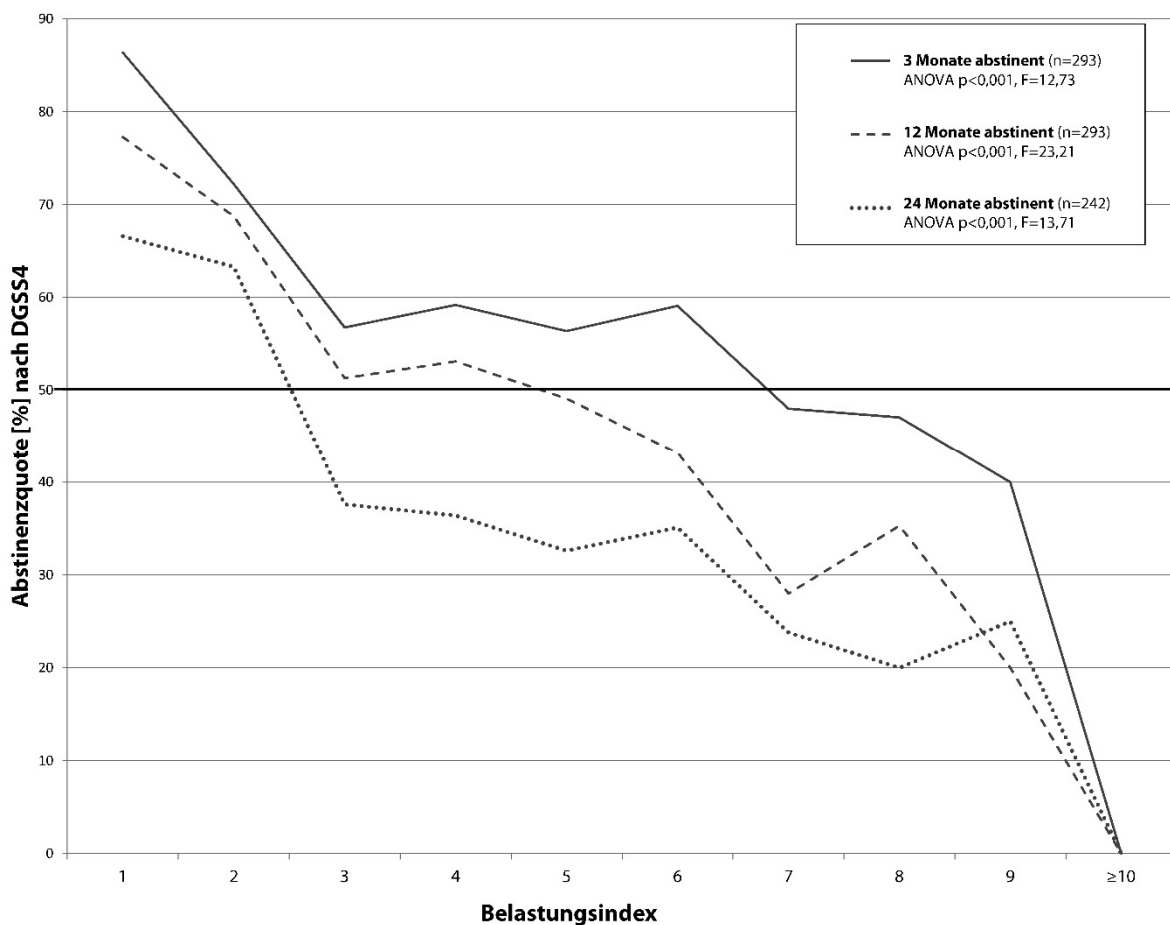
Tab. 4: Einflussfaktoren auf die Abstinenz (3-24 Monate nach der Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker, IV)

	3 Monate nach IV		12 Monate nach IV		24 Monate nach IV	
	β -Koeffizient	Signifikanz	β -Koeffizient	Signifikanz	β -Koeffizient	Signifikanz
Vermittlung in Entwöhnung	+0,828	p<0,001	+0,730	p<0,001	+0,451	p<0,001
Behandlungsdauer IV	+0,324	p<0,001	+0,171	p<0,01	+0,248	p<0,001
Belastungsindex	-0,150	p<0,001	-0,220	p<0,001	-0,197	p<0,01
Arbeitslosigkeit	-0,169	p<0,01	-0,135	p<0,05	-0,102	$p>0,05$
Abhängigkeitsdiagnose	-0,071	$p>0,05$	-0,620	$p>0,05$	-0,320	$p>0,05$
Problematische Schulden	+0,001	$p>0,05$	-0,310	$p>0,05$	-0,360	$p>0,05$
Familienstand	+0,006	$p>0,05$	-0,140	$p>0,05$	-0,004	$p>0,05$
Abhängigkeitsdauer	+0,036	$p>0,05$	-0,110	$p>0,05$	-0,065	$p>0,05$
Statistik	ANOVA $p<0,001$		ANOVA $p<0,001$		ANOVA $p<0,001$	
	F = 8,778		F = 5,959		F = 8,778	
	R ² =0,755		R ² =0,576		R ² =0,351	

Durch binär logistische und lineare Regressionsanalysen sollen die Effekte einzelner Variablen auf die Abstinenz nach der IV untersucht werden. Es zeigten sich zwei Variablen: die Vermittlung in die Suchtrehabilitation und die Behandlungsdauer, für die über alle drei Nachuntersuchungszeitpunkte eine mittlere bis hohe Effektstärke auf die Abstinenz gezeigt werden konnte (vgl. Tab. 4). Die Effektstärke für die Vermittlung in eine Entwöhnung sank in der Nachbeobachtungszeit (β -Koeff.: $t_1=+0,83$, $t_2=+0,73$, $t_3=+0,45$, $p<0,001$), wobei die Effektstärke der Behandlungsdauer deutlich stabiler blieb (β -Koeff.: $t_1=+0,32$, $t_3=+0,25$, $p<0,001$). Signifikante negative Effekte konnten für einen steigenden Belastungsindex und die Arbeitslosigkeit gezeigt werden. Der negative Effekt der Krankheitsschwere (Belastungsindex) war über den Nachuntersuchungszeitraum stabil (β -Koeff.: $t_1=-0,15$, $t_2=-0,22$, $p<0,001$, $t_3=-$

0,20, $p < 0,01$) und als kleiner Effekt zu beschreiben. Die Abstinenzquoten in Abhängigkeit vom Belastungsindex und von der Nachuntersuchungszeit sind in Abbildung 2 dargestellt. Der ebenfalls kleine negative Effekt der Arbeitslosigkeit war nach drei und zwölf Monaten (β -Koeff.: $t_1 = -0,17$, $t_2 = -0,14$, $p < 0,01$) vorhanden, erreichte nach 24 Monaten aber nicht mehr das Signifikanzniveau. Abhängigkeitsdiagnose, problematische Schulden, Abhängigkeitsdauer und Familienstand hatten keinen signifikanten Effekt auf die Abstinenz im Beobachtungszeitraum.

Abb. 2: Abstinenzquoten in Abhängigkeit vom Belastungsindex (Abstinenz nach DGSS4: abstinent und mindestens 3 Monate abstinent nach Rückfall; Nicht-Antworter werden als rückfällig gewertet)



Diskussion

Wir sehen die Ergebnisse unter Berücksichtigung des Studiendesigns als ausreichend valide, um alle drei formulierten Hypothesen bestätigen zu können. Die Integrierte Versorgung mit der ambulanten qualifizierten Entzugsbehandlung ist hoch effektiv und ist eine sichere Behandlungsmethode unter Berücksichtigung der „Empfehlungen zur qualifizierten ambulanten Alkoholentzugsbehandlung“ der Bundesärztekammer. Ebenfalls konnten sehr gute Ergebnisse in Bezug auf die Haltequote in der Behandlung, die nahtlose Vermittlung in

eine Suchtrehabilitationsmaßnahme und die Abstinenz über 24 Monate nachgewiesen werden. Wir sehen den Erfolg dieser Behandlung in Bezug auf die Vermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme abhängig von der Krankheitsschwere (Belastungsindex) und der Behandlungsdauer. Die Durchführung einer Suchtrehabilitationsmaßnahme im Anschluss an die qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung bestimmt den Abstinenzserfolg. Durch die Vernetzung der qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung über die Versorgungssektoren kann die „vergessene Mehrheit“ einer effektiven Behandlung zugeführt werden.

Die alleinige Entzugsbehandlung ohne einen qualifizierten Anteil mit Motivationsförderung, Rehabilitationsvorbereitung und Weitervermittlung in eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme scheint nicht ausreichend effektstark zu sein, um eine dauerhafte Abstinenz sicherzustellen. Daher sollte die Rehabilitation immer Ziel der Entzugsbehandlung sein.

Die Ergebnisse dieser Studie erreichen zumindest die Effekte bisher publizierter Abstinenz- und Vermittlungsquoten nach qualifizierter Entzugsbehandlung (vgl. Tabelle 1).

Die Evidenz der Studie wird durch eine fehlende Vergleichsgruppe, Randomisierung oder Verblindung gemindert. Die katamnestische Rücklaufquote rückfälliger Patienten ist zu gering, um sichere Aussagen oder eine Generalisierung z. B. bzgl. der Trinkmengenreduktion zu treffen. Eine Untersuchung im Sinne einer Nicht-Antworter-Studie könnte mögliche Effekte klären. Durch die Operationalisierung, alle nicht erreichten Patienten als rückfällig zu klassifizieren (DGSS4-Berechnungsform), wird der Behandlungserfolg unterschätzt. Jedoch ist es aus unserer Sicht notwendig, diese Berechnungsform zu wählen, um eine bessere Generalisierbarkeit zu gewährleisten. Der ambulante Behandlungsansatz führt per se zu einem Selektionsbias durch Ausschluss von Patienten nach einem Delir oder Entzugskrampfanfall.

Da es sich bei der IV dieser Studie um eine „Regelversorgung“ mit regionalem Bezug (städtisch und ländlich gemischt) handelt und sich die Patientenmerkmale nicht von anderen Studien und dem Suchtsurvey unterscheiden, kann von einer ausreichenden Generalisierbarkeit ausgegangen werden.

Wir halten diese Studie trotz der Einschränkungen für die Versorgungslandschaft in Deutschland für bedeutend. Die Integrierte Versorgung Abhängigkeitskranker mit der ambulanten qualifizierten Entzugsbehandlung kann bestehende Behandlungsangebote sinnvoll und effektiv ergänzen.

Ausblick

Eine bundesweit flächendeckende Umsetzung könnte die Behandlung Abhängigkeitskranker deutlich effektiver und effizienter gestalten sowie bisher unbehandelte Abhängige einer Behandlung zuführen. Weitere Auswertungen sollen die Hypothese der hohen Effektivität und Effizienz durch eine Kosten-Nutzen-Analyse bestätigen.

5 klinische Kernaussagen:

- Die qualifizierte ambulante Entzugsbehandlung ist sicher und stellt eine stabile Abstinenz her.
- Die Vernetzung der haus- und fachärztlichen Stellen mit der Rehabilitationseinrichtung in der Integrierten Versorgung (IV) verhindert Behandlungsabbrüche und Drehtürentgiftungen.
- Die Abstinenz wird maßgeblich von der Weitervermittlung in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme bestimmt.
- Die IV identifiziert komorbide Erkrankungen und ist für die Krankenkassen zur Morbi-RSA-relevanten Vergütung wichtig.
- Die IV kann die SuchthilfELandschaft in Deutschland entscheidend verbessern.

Literaturverzeichnis

1. Missel P, Schneider B, Bachmeier R, et al.: Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Alkohol und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 2012; 1: 16-27.
2. Steffen DV, Werle L, Steffen R, Steffen M, Steffen S: [Long-term effectiveness of psychodynamic outpatient treatment of addiction]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2012; 80: 394-401.
3. Steffen DV, Werle L, Steffen R, Steffen M, Steffen S: [Outpatient Long-Term Treatment of Addiction in Higher Age.]. *Die Rehabilitation* 2012.
4. Bottlender M, Bottlender R, Scharfenberg CD, Soyka M: [Effectiveness of outpatient treatment for alcoholism - impact of personality disorders on course of treatment]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2003; 53: 384-9.
5. Bottlender M, Soyka M: [Catamnestic study on the efficacy of an intensive outpatient treatment programme for alcohol-dependent patients: impact of participation in AA on the abstinence rates]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005; 73: 150-5.
6. Schwoon DR, Schulz P, Höppner H: Qualifizierte Entzugsbehandlung für Alkohol Kranke in der Innere Medizin. *Suchtthreapie* 2002; 3: 6.
7. Veltrup C: Abstinenzgefährdung und Abstinenzbeendigung bei Alkoholabhängigen nach einer umfassenden stationären Entzugsbehandlung. Münster u.a.: Waxmann 1995; p. 229 S., 16 Bl. graph. Darst.
8. Kufner H, Feuerlein W, Flohrschütz T: Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestiche Ergebnisse. *Suchtgefahren* 1986; 32: 1-86.
9. Mann K, Stetter F: Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Der Nervenarzt* 1997; 68: 7.
10. Bauer U, Hasenöhr A: Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung u. konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *Sucht* 2000; 46: 9.
11. Olbrich R: Die qualifizierte Entzugsbehandlung in der stationären Alkoholismustherapie. In: Olbrich R, (ed.): *Suchtbehandlung Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen*. Regensburg: Roderer 2001.
12. Loeber S, Kiefer F, Wagner F, Mann K, Croissant B: [Treatment outcome after inpatient alcohol withdrawal: impact of motivational interventions: a comparative study]. *Nervenarzt* 2009; 80: 1085-92.
13. John U, Veltrup C, Driessen M: [Motivational work with alcohol dependent patients]. *Psychiatr Prax* 1995; 22: 186-8.
14. Bauer U, Hasenöhr A: Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung u. konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *Sucht* 2000; 46: 250-9.
15. Krampen G, Nispel L: Ein Jahr danach - Selbst- und fremdkatamnestiche Befunde zur Situation von Patienten einer 6wöchigen Alkohol-Entziehungskur. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 1981; 10: 13-26.
16. Soyka M: Efficacy of outpatient alcoholism treatment. *Addiction* 1999; 94: 48-50.
17. Soyka M, Horak M, Morhart V, Moller HJ: [The "qualified outpatient detoxification" model project]. *Nervenarzt* 2001; 72: 565-9.
18. Hintz T, Schmidt G, Reuter-Merklein A, Nakovics H, Mann K: Qualifizierter ambulanter Alkoholentzug: Enge Kooperation zwischen Hausarzt und psychosozialer Beratungsstelle – Ergebnisse eines Modellprojektes. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 102: 7.
19. Wienberg G: Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. Originalausg. ed. Bonn: Psychiatrie-Verl.; 2001.
20. John U, Rumpf HJ, Hapke U: Estimating prevalence of alcohol abuse and dependence in one general hospital: an approach to reduce sample selection bias. *Alcohol Alcohol* 1999; 34: 786-94.

21. DHS: Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. 2006.
22. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e. V.: Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research and Practice 2001; 47: 3-94.
23. Ebbets J: Applicability of the CIWA-A scale. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol. J Nurs Care Qual 1994; 8: ix-x.
24. Nuss MA, Elnicki DM, Dunsworth TS, Makela EH: Utilizing CIWA-Ar to assess use of benzodiazepines in patients vulnerable to alcohol withdrawal syndrome. W V Med J 2004; 100: 21-5.
25. Stuppaeck C, Barnas C, Falk M, et al.: Eine modifizierte und ins Deutsche übersetzte Form der Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-A). Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1995; 18: 9.
26. Devenyi P, Harrison ML: Prevention of alcohol withdrawal seizures with oral diazepam loading. Can Med Assoc J 1985; 132: 798-800.
27. van Sweden B: Diazepam loading for alcohol withdrawal: seizure risk in epileptics. Biol Psychiatry 1989; 26: 853-4.
28. Heinala P, Piepponen T, Heikkinen H: Diazepam loading in alcohol withdrawal: clinical pharmacokinetics. Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol 1990; 28: 211-7.
29. Manikant S, Tripathi BM, Chavan BS: Loading dose diazepam therapy for alcohol withdrawal state. Indian J Med Res 1993; 98: 170-3.
30. Salloum IM, Cornelius JR, Daley DC, Thase ME: The utility of diazepam loading in the treatment of alcohol withdrawal among psychiatric inpatients. Psychopharmacol Bull 1995; 31: 305-10.
31. Jauhar P, Anderson J: Is daily single dosage of diazepam as effective as chlordiazepoxide in divided doses in alcohol withdrawal--a pilot study. Alcohol Alcohol 2000; 35: 212-4.
32. Kufner H, Feuerlein W, Huber M: Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren 1988; 34: 115.