

Akutbehandlung Alkoholabhängiger in psychiatrischen Kliniken

Die Fachabteilungen und Fachkliniken für qualifizierte differentielle Akutbehandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen sind nicht einfach „Durchlauferhitzer“ für die Langzeittherapieeinrichtungen, sondern haben ein eigenes Profil.

*von Markus Banger, Peter Summa-Lehmann und Robert Schäfer**

Die bei weitem am häufigsten auftretende Suchterkrankung in Europa ist die Alkoholabhängigkeit. In Deutschland geht man allein von 3 Mio. alkoholabhängigen Patienten und 6 Mio. Personen mit Alkoholmißbrauch aus sowie von 1 Mio. Menschen mit einer Medikamentenabhängigkeit und mindestens 100.000 Drogenabhängigen (DGPPN-Positionspapier 1997).

Bei einer Reihe von psychischen Erkrankungen gehört eine qualifizierte Rückfallprophylaxe bereits zum psychiatrischen Standardrepertoire (Helmchen u. Pietzcker 1983). Obwohl die chronische Alkoholabhängigkeit eine schwerwiegende psychische Erkrankung mit Neigung zur Progredienz und zum Rezidiv ist, sieht dies bei ihr anders aus. Die allgemeine Meinung der Bevölkerung zur Behandlung von Abhängigen ist, daß diese Behandlungsformen ineffektiv sind (O'Brien 1994).

Im Kontrast hierzu kennen die meisten aus der Bevölkerung Personen, die an Diabetes, koronarer Herzerkrankung oder Arthritis leiden, Krankheiten, die ebenfalls persistieren, mit Folgeerkrankungen und Rezidiven verbunden sind und im eigentlichen Sinne nicht geheilt

werden können. In der öffentlichen Meinung ist die Behandlung dieser Erkrankungen dagegen nicht ineffektiv.

Vermutlich haben die Alkoholismusforscher in der Vergangenheit diese Sichtweise dadurch unterstützt, daß sie sich auf das Konzept der völligen Abstinenz konzentriert haben. Damit ist jeder Rückfall als Behandlungsversagen zu werten. Neben der klassischen, „hochschwelligem“, mehrmonatigen stationären Entwöhnungsbehandlung gibt es wenig allgemein akzeptierte Verfahren zur Rückfallprophylaxe in der Bundesrepublik Deutschland. Insbesondere Betroffene mit ungünstiger Prognose, d.h. mit wenig Eigenmotivation, Mehrfachabhängigkeit, Chronifizierung, psychiatrischer Komorbidität, Multimorbidität und Folgeschäden wurden und werden durch dieses System nicht erreicht.

Die Weiterentwicklung des Wissens über die biologischen, psychologischen und psychosozialen Entstehungsbedingungen der Abhängigkeit hat zur Notwendigkeit geführt, das Hilfesystem für alkoholabhängige Patienten zu reformieren. Dabei hat sich auch ein Paradigmawechsel vollzogen. Rückfälle während einer laufenden Therapie

führen nicht mehr automatisch zur Behandlungsbeendigung oder zur Rückversetzung an den Behandlungsbeginn, sondern zu einer intensiven therapeutischen Bearbeitung der intrapsychischen Situation vor und nach dem Rückfall unter Berücksichtigung moderner sog. Cravingkonzepte.

Aus dem bisher Dargelegten wird deutlich, daß die chronische Alkoholabhängigkeit eine somatopsychosoziale Erkrankung ist mit gravierenden Folgeschäden auf der psychischen Ebene (Alkoholentzugssyndrom, Alkoholentzugsdelir, Alkoholhalluzinosen, Persönlichkeitsveränderungen, Eifersuchtswahn, etc.), auf der somatischen Ebene (Entzugskrämpfe, Wernicke-Enzephalopathie, Korsakow-Syndrom, Polyneuropathie, Gastritis; Pankreatitis, Leberzirrhose, Blutbildveränderungen, Tumoren im HNO-Bereich, etc.) und auf der sozialen Ebene (Arbeitsverlust, Partnerverlust, Wohnungsverlust, Krankenversicherungsschutzverlust, etc.).

Dabei ist es bereits heute tägliche Praxis in den Fachkliniken, daß ressourcen-ökonomisch vorgegangen wird. Es werden in der qualifizierten Akutbehandlung nur relevante Störungen diagnostiziert und therapiert unter Berücksichtigung von

* PD Dr. M. Banger ist Oberarzt an den Rheinischen Kliniken Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie; Dr. P. Summa-Lehmann ist Chefarzt der Abteilung Allgemeine Psychiatrie/Suchtkrankheiten an den Rheinischen Kliniken Düren und Stellvertretender Leitender Arzt der Kliniken; Dr. R. Schäfer ist Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein

Behandlungsdauer, Behandlungskosten und Patient compliance. Dabei wird teleologisch vorgegangen. Daraus ergeben sich folgende Differenzierungsmöglichkeiten:

Fernziele einer stationären qualifizierten Akutbehandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen sind vor allem länger dauernde Abstinenz bzw. eine Reduktion der Trinkmenge und Trinkexzesse sowie ein höheres Maß an Lebensqualität.

Hauptziele der qualifizierten Akutbehandlung sind:

- a) Bewältigung der körperlichen Beschwerden einschließlich somatischer Diagnostik
- b) Betrachtung und Bearbeitung der psychosozialen Problemsituation einschließlich psychischer Diagnostik
- c) Motivationsentwicklung für eine weitergehende Behandlung

Teilziele

Zu a):

- körperlicher Entzug
- Diagnostik und Behandlung körperlicher Folgeschäden

Zu b):

- Diagnostik und Behandlung psychischer Zusatzerkrankungen
- Stützung des Selbstwertgefühls
- Anleitung zu Aktivität und Alltagsplanung
- Förderung sozialer Kontakte (übende Maßnahmen durch Aktivitäten und Erstellen von Alltagsplanungen in Gruppen- und Einzelgesprächen)
- Suchen nach adäquatem Wohnraum
- Ansätze zur Entwicklung einer beruflichen Wiedereingliederung
- Hilfe bei finanziellen und rechtlichen Problemen

Zu c):

- Informationen zum Alkoholismus als Krankheit
- Förderung der Selbstwahrnehmung
- Konfrontation mit der eigenen Suchtproblematik

- Konkrete Planung der weiterführenden Behandlung

In den qualifizierten Akutbehandlungen der Fachkliniken werden diese Möglichkeiten differenziert durchgeführt und erarbeitet.

Therapiekonzept

Die Patienten kommen zur stationären Behandlung des akuten Alkoholentzugssyndroms. Diese ist charakterisiert durch unterschiedliche Schweregrade und Komplikationen mit Folge- und Begleiterkrankungen sowie verschiedenen Rechtsgrundlagen. Außerdem befinden sich die Patienten in einem unterschiedlichen Stadium ihrer jeweiligen, bereits chronifizierten Abhängigkeitserkrankung und ihrer Motivierbarkeit. Damit zusammenhängend sind auch die Behandlungsaufträge unterschiedlich und die entsprechenden Behandlungsmittel und -zeiten.

Als Anhalt für die Behandlungsdauer gilt die Regelbehandlung gemäß Psychiatrie-Personalverordnung (1992). Die PsychPV geht von einer Behandlungsdauer von bis zu 21 Tagen (Kategorie S1) aus. Bei Hinzutreten schwerer psychischer oder somatischer Komplikationen (akute Suizidalität, schweres Alkoholentzugssyndrom) liegen die Voraussetzungen der Kategorie S2 vor, damit kann die Regelbehandlungsdauer um 7 weitere Behandlungstage ergänzt werden.

Den behandelnden Ärzten obliegt die Verantwortung in der qualifizierten Akutbehandlung – nach der Sicherstellung einer möglichst komplikationsfreien Entgiftung – mit dem Patienten zusammen ein weitergehendes, individualisiertes Behandlungskonzept unter Berücksichtigung der Ressourcen des Patienten und ambulanter Therapieoptionen vor Ort zu entwickeln. So wird der durch die PsychPV gesetzte zeitliche Rahmen im Einzelfall unterschritten oder auch überschritten werden können.

Behandlungsrahmen

In den ersten 8 Tagen (Phase 1) der stationären Akutbehandlung ist häufig besondere Überwachung notwendig und eine Zentrierung auf die körperliche Entzugssymptomatik. Danach kann langsam die psychophysiologische Modulierung einsetzen und die Motivation des Patienten abgeklärt und gefördert werden.

In der Phase 2 können die Patienten dann ausreichend konzentriert und im allgemeinen ohne starke kognitive Störungen an den stationären Angeboten wie zum Beispiel Gesprächsgruppe, Ergotherapie, Entspannungstraining, Belastungserprobung, soziales Kompetenztraining sowie an einer Selbsthilfegruppe auf der Station selbst teilnehmen.

Jetzt kann der Sozialdienst im Sinne der Einzelfallhilfe einbezogen werden, es können Angehörigengespräche durchgeführt, und es kann mit den Patienten ein individuelles Konzept zur Abstinenzhaltung und Rückfallprophylaxe erarbeitet werden. Darin enthalten ist auch die konkrete Planung für die Weiterbehandlung und Betreuung durch Hausarzt, Selbsthilfegruppe, Beratungsstelle und Gesundheitsamt. Die Antragstellung auf Entwöhnungsbehandlung sowie Aktivierung von weiteren Unterstützersystemen schließt sich in Einzelfällen nahtlos an.

Da die Alkoholabhängigkeit eine schwere chronische Erkrankung mit Neigung zum Rezidiv und zur Progredienz ist, sind entsprechende Bewältigungsstrategien mit den Patienten durchzusprechen und bereits einzuüben. Dennoch kann es immer wieder zu Rückfällen und erneuten stationären Behandlungen kommen.

Wie bereits aufgezeigt, stehen in den ersten 8 Tagen beim Alkoholentzugssyndrom die medizinische Diagnostik und somatische Behandlung im Vordergrund mit der Erhebung des internistischen, neurologischen und psychiatrischen Befundes, der allgemeinen und

speziellen Anamnese, der Abklärung der Komplikationen wie Entzugskrämpfanfälle, Delirien, weiteren Abhängigkeiten von Suchtstoffen, zusätzlichen somatischen und psychiatrischen Erkrankungen, Suizidalität, Traumatisierungen u.a.m.

Zusammenhängend mit der Basis-Symptomatik ergeben sich unterschiedliche Ausprägungsgrade:

Das unkomplizierte Alkoholentzugssyndrom

Dieses ist gekennzeichnet durch Tremor, Tachykardie, Tachypnoe, psychomotorische Unruhe, Juckreiz, Schwitzen, Temperatur- und Blutdruckanstieg, Angst, Reizbarkeit, Schlafstörung, Übelkeit, evtl. Erbrechen und andere gastrointestinale Störungen, dazu Gier nach Alkohol (Craving).

Das komplizierte Alkoholentzugssyndrom

Das komplizierte Alkoholentzugssyndrom ist zusätzlich charakterisiert durch zeitliche und/oder örtliche Desorientiertheit, kurzfristig wechselnde Bewußtseinsstörungen bis zu Bewußtseinsstrübungen und optisch-akustischen Halluzinationen, Illusionen, Wahnbildungen, psychomotorische Unruhe verbunden mit ausgeprägten Angstzuständen. Vereinzelt treten auch cerebrale Krampfanfälle auf.

Entsprechend dieser Grade werden unterschiedliche medikamentöse Behandlungsstrategien notwendig. Hinzu treten die Behandlungen der häufig vorkommenden Folge- und Begleiterkrankungen sowie depressiver und anderweitiger psychopathologisch relevanter Krisen.

Dokumentation

Der Verlauf des akuten Alkoholentzugssyndroms wird mittels eines speziellen Überwachungsbogens und darüber hinaus in den Krankenblattunterlagen dokumentiert.

Zusätzliche Skalierungen des Alkoholentzugssyndroms und Fragebö-

gen zur Alkoholabhängigkeit können eingesetzt werden (Banger et al., 1992).

Für die traditionelle Langzeittherapie konnte Wienberg (1995) zeigen, daß in Deutschland pro Jahr nur 1 % Alkoholabhängige eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch nehmen, etwa 2,5 % der Abhängigen werden ein- oder mehrmals im Jahr körperlich entgiftet, ca. 25 % werden aus unterschiedlichen Gründen in Allgemeinkrankenhäusern behandelt. Der größte Teil der Alkoholabhängigen (70 %) wird von den Allgemeinärzten zumindest einmal pro Jahr gesehen. Somit sind Behandlungsprogramme, wie Mann und Mundle (1996) schließen, zwar effizient, erreichen aber nur wenig Betroffene.

Notwendig ist eine Zusammenarbeit von ambulanten, teilstationären, vollstationären und komplementären Einrichtungen. Nur so ist es möglich, einmal den weiteren Verlauf der Patienten konkret mitzuplanen, wesentliche behandlungsrelevante Informationen zu erhalten und ein fallbezogenes differenziertes Behandlungskonzept erarbeiten zu können.

Die Patienten sind besonders in den ersten Monaten nach der Behandlung vulnerabel für einen Alkoholrückfall. Weithmann et al. (1996) berichteten, daß der Anteil von Patienten, die innerhalb von 10 Monaten mehrfach entzugsbehandelt wurden, z. B. im psychiatrischen Landeskrankenhaus Weißenau, bei 51,8 % lag.

Diese schwierigen, zum Teil wenig motivierbaren Patienten stellen nicht nur unter dem Aspekt der Behandlungskosten eine problematische Teilpopulation dar. Die komplizierte Ausgangslage und die unzureichenden Langzeitergebnisse unter Berücksichtigung aller alkoholabhängigen Menschen in der Bevölkerung führen dazu, daß neue Standards formuliert werden müssen.

Die hohe Komorbiditätsrate ist bei chronisch alkoholabhängigen

Patienten zu berücksichtigen. In einer Untersuchung der Rheinischen Kliniken Essen (Rösinger und Banger, 1994) konnte gezeigt werden, daß bei 70 % aller Patienten mit Alkoholabhängigkeit eine weitere psychische Störung vorlag. Schwerwiegende Persönlichkeitsstörungen oder alkoholinduzierte dementielle Prozesse wirken sich deutlich verschlechternd auf den Verlauf aus, so daß eine Entgiftungsbehandlung, die sich nur auf anschließende Entwöhnung bezieht, sowohl am aktuellen Stand der psychiatrischen Wissenschaft vorbeigeht als auch am Anspruch der Patienten auf Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V.

Rechtliche Aspekte

Rechtswirksame Urteile des BSG bestätigen, daß die chronische Alkoholabhängigkeit als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne anzusehen ist. „1. Trunksucht ist auch dann als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne anzusehen, wenn eine organische Geistesstörung noch nicht eingetreten ist. 2. Hat die ambulante Behandlung der Trunksucht keinen Erfolg, so ist die Krankenkasse zur Gewährung von Krankenhauspflege verpflichtet. 3. Die Leistungspflicht der Krankenkasse entfällt nicht deshalb, weil auch Gründe der öffentlichen Sicherheit und Ordnung für die Unterbringung in einem Landeskrankenhaus maßgeblich gewesen sind.“ (BSG, Urteil vom 18.6.1967 - RK 63/66).

Ein weiteres Urteil des BSG vom 17.10.1969 (-3RK 80/66 und 3RK 82/66) ergänzt: „Trunksucht ist auch dann als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne anzusehen, wenn ein organischer Schaden noch nicht eingetreten ist; es genügt vielmehr, daß die Sucht, die sich im Verlust der Selbstkontrolle und in der zwanghaften Abhängigkeit von dem Suchtmittel äußert, ohne ärztliche Behandlung mit Aussicht auf Erfolg nicht geheilt, gebessert oder auch nur vor Verschlimmerung bewahrt werden kann. Die Annahme, daß eine Trunksucht häufig

in einer 'Charakterschwäche' wurzeln, schließt eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht aus, sofern die Sucht selbst einer ärztlichen Behandlung bzw. Krankenhausbehandlung zugänglich und bedürftig ist; dabei gehören zur ärztlichen Behandlung bzw. Krankenhausbehandlung auch psychotherapeutische Maßnahmen und der Einsatz von „natürlichen“ Heilmitteln und -methoden wie einer ärztlich angeordneten und geleisteten Beschäftigungs- oder Arbeitsbehandlung. Die Leistungspflicht der Krankenkassen entfällt nicht deshalb, weil der Versicherte aus polizeilichen Gründen – gegenwärtiger Gefährdung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung – zwangsweise in eine Krankenhaus eingewiesen wurde.“

Eine Ausgrenzung bestimmter, chronisch alkoholabhängiger Patienten von Akutbehandlungen widerspricht von daher nicht nur dem Stand der medizinischen Wissenschaft, sondern auch der Rechtslage.

Eigenes Profil der qualifizierten Akutbehandlung

Beim Vergleich mit anderen Krankenhäusern und Abteilungen (z. B. Innere Abteilung, Chirurgie, Neurochirurgie), die ebenfalls häufig alkoholabhängige Patienten aufnehmen und behandeln, ist bei katanestischen Untersuchungen jeweils auch das Behandlungskonzept und die Patientencharakteristik (psychosoziale Situation, Multimorbidität etc.) zu berücksichtigen, ein einfacher Vergleich von Durchschnittsverweildauern jedoch wird der komplexen Situation nicht gerecht.

Neuere Untersuchungen (Banger und Mirzaian, 1998) zeigen, daß in einem ausgelesenen Aufnahmeklientel von chronisch alkoholabhängigen Patienten bei ca. 20 % zusätzlich Benzodiazepine im Drogenscreening bei Aufnahme nachweisbar sind, so daß zumindest bei einem Fünftel dieser Patienten neben dem Alkoholentzugssyndrom auch mit ei-

nerem protrahierten Benzodiazepinentzugssyndrom zu rechnen ist.

Medizinisch nicht begründete Verkürzungen der individuell nötigen Aufenthaltsdauer erhöhen den sog. „Drehtüreffekt“ und verkennen die in ca. 70 % vorhandene psychiatrische Komorbidität. Somit wird die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung schwerwiegender Komplikationen auf der somatischen, psychischen und sozialen Ebene erhöht. Dies trägt zur Fixierung einer chronifizierten Abhängigkeitsentwicklung bei. Zu beachten ist, daß die pathogenen Einflüsse sich systematisch im engeren und weiteren Umfeld wie der Familie oder dem Arbeitsplatz auswirken werden.

Die Fachabteilungen und Fachkliniken für qualifizierte differentielle Akutbehandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen sind nicht einfach „Durchlauferhitzer“ (Banger, 1996) für die Langzeittherapieeinrichtungen, sondern haben ein eigenes Profil. Zusammen mit den Patienten werden auf dem Boden gesicherter medizinischer Erkenntnisse individuelle Behandlungskonzepte durchgeführt. Unabdingbare Voraussetzung hierfür sind ausreichende sachliche und personelle Mittel.

Insbesondere der von der PsychPV vorgegebene Standard darf nicht unterschritten werden. Für die Regelbehandlungen im qualifizierten Setting sind 21 Behandlungstage (PsychPV Kategorie S 1) als Standard zu sehen, bei komplizierten Entzügen oder schweren psychischen oder somatischen komorbiden Störungen ist die Behandlungsdauer durch die PsychPV Kategorie S 2 um bis zu 7 Behandlungstage zu ergänzen.

Die Verweildauerangaben bilden somit einen medizinisch angemessenen Rahmen, der keinesfalls aus kostentechnischen Gründen zu Lasten dieser Krankheitsgruppe unterschritten werden kann.

Daneben ist es eine wesentliche Aufgabe der nächsten Jahre, die Al-

ternative ambulanter oder stationärer Behandlung und die Entwicklung von Differentialindikationen für die unterschiedlichen Rückfallpräventionsformen wissenschaftlich zu bearbeiten. Aktuell liegen hier national wie international noch keine ausreichenden validen Daten vor. Die Klärung dieser Frage dürfte zu ausgesprochen versorgungsrelevanten Konsequenzen führen und sollte in die Entwicklung von Leitlinien zur Suchtbehandlung eingehen.

Literatur:

Banger M., Philipp M., Herth T., Hebenstreit M., Aldenhoff J.B. (1992) Development of a rating scale for quantitative measurement of the alcohol withdrawal syndrome. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 241:241-246

Banger, M. (1996), Pädagogische Aspekte in der stationären Behandlung Alkoholabhängiger. Nervenheilkunde 15:151-153.

Banger, M., Mirzaian, E. (1998), Aufnahme-screening auf Drogen im Rahmen einer qualifizierten Entgiftung von Alkohol (eingereicht)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (1997): Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York

Helmchen, A., Pietzcker, A. (1983): Die psychische und soziale Dimension der neuroleptischen Langzeitmedikation. In: Hippins, H., Klein, H.E. (Hrsg.), Therapie mit Neuroleptika. Perimed Fachbuch, Erlangen

Mann, K., Mundle, G. (1996): Die pharmakologische Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigen - Bedarf und Möglichkeiten: In: Mann, K., Buchkremer, G. (Hrsg.), Sucht - Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Fischer, Stuttgart, Jena, New York, S. 317 - 321

O'Brien, C.P. (1994): Treatment of alcoholism as a chronic disorder. Alcohol 7:433-437

Rösinger, C., Banger, M. (1994): Alkoholismus und psychische Krankheit. Münch. med. Wschr. 136:28

Weithmann, G., Hoffmann, H., Rothenbacher, H. (1996): Einmal- und Mehrfachaufnahmen in Entzugsbehandlung: ein Vergleich. Sucht 42:30-38

Wienberg, G. (1995): Das Alkoholproblem in der medizinischen Primärvorsorge. In: Mann, K., Buchkremer, G. (Hrsg.): Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Sonderheft der Zeitschrift Sucht. Neuland, Hamm, S. 13 - 17

*Anschrift für die Verfasser:
Rheinische Kliniken Essen
Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
PD Dr. Markus Banger
Virchowstr. 174
45147 Essen*