

Tagesklinische Behandlung Alkoholabhängiger

Volker Kielstein 1997

*Tagesklinik für Abhängigkeitskrankheiten und psychosomatische Störungen Dr. Kielstein
GmbH Magdeburg (leitender Arzt: Dr. med. Volker Kielstein)*

Zusammenfassung

Das Konzept einer Tagesklinik (TK) für Abhängigkeitskrankheiten in Magdeburg wurde nach einer katamnestic Untersuchung zur Effektivität einer ambulanten Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen entwickelt. Die Einleitung der langfristig angelegten Gruppentermine durch eine 4 – 5-wöchige intensive tagesklinische Behandlung führte zu einer Verminderung der Therapieabbruchrate innerhalb von 3 Monaten von über 50 % auf 24 % und zu einem Anstieg der „globalen Besserungsrate“ nach einem Jahr von 31 % auf 59 %. Für die ambulant/tagesklinische Entgiftung wurden Indikations- und Kontraindikationskriterien festgelegt. Weiterhin wurden Patientenvariablen gefunden, die mit hoher Wahrscheinlichkeit Erfolg/Mißerfolg im tagesklinischen Setting voraussagen. Die TK zeichnet sich durch große Akzeptanz seitens der Patienten, Niedrigschwelligkeit, hohe Effektivität und Kostengünstigkeit aus.

Summary

After proving the efficacy of the outpatient treatment of alcohol and drug addicts in a katamnestic study, the concept of day clinic was developed. Due to an initial four to five weeks lasting, intensive treatment in the day clinic setting before starting the long-term group therapy, the drop out rate within the first three months decreased from over 50% to 24% and the „over all improvement rate“ after 12 months increased from 31 % to 59 %. Criteria for indication and contraindication of an outpatient/day clinic detoxification were developed. It was also demonstrated that there are patient-specific predictors allowing an estimation of the outcome of the day clinic setting. The major advantages of the day clinic concept are that it is well accepted by the patients, which have low threshold to begin therapy as well as high efficacy and cost effectiveness.

Wir haben in Deutschland ein gut funktionierendes Suchthilfesystem, so heißt es. Betrachtet man die Situation genauer, werden erhebliche Zweifel wach: Nur 1,5 – 2 % der Suchtkranken, so Griegoleit vom VdAK 1994 auf einer Fachtagung in Magdeburg (8), gelangen jährlich in eine zunehmend qualitätsgesicherte stationäre oder ambulante Rehabilitationsbehandlung, vorwiegend zu Lasten der Rentenversicherungen. Die verwaltungsmäßigen Zugangshürden bestehen aus regelmäßigem Besuch einer Beratungsstelle, Antrag des Klienten, Motivationsnachweis, Sozialbericht, ärztlichem Gutachten, Bearbeitungszeit und Wartezeit auf einen Therapieplatz. Es vergehen oft viele Monate, bis es soweit ist (22). Die Entgiftung erfolgt meist relativ problemlos für 14 Tage in den Akutkrankenhäusern. Danach sollen Beratungsstellen der freien Wohlfahrtspflege die Betreuung sicherstellen. Das ist problematisch, weil nur 6 % (31) der Suchtkranken eine Beratungsstelle aufsuchen.

70 % aller Suchtkranken sollen Kontakt zu niedergelassenen Ärzten haben (7). Die Möglichkeiten des niedergelassenen Arztes bei der Behandlung von Alkoholkranken werden

m. E. meist unterschätzt: Zugang über Angehörige oder Begleiterkrankungen, Krisenintervention, ambulante Entgiftung, ambulante Gruppenpsychotherapie, ambulante psychiatrische Gruppentherapie für Psychiater ohne Psychotherapieermächtigung. Moderne Anticraving-Medikamente erleichtern eine ausschließlich oder phasenweise ambulante Behandlung geeigneter Alkoholabhängiger.

Die breite Lücke zwischen stationärer Entgiftung und Entwöhnung kann/muss weiterhin durch kurzfristige 4- bis 6-wöchige stationäre oder teilstationäre Therapieangebote ausgefüllt werden (4, 8, 14, 17, 18, 28, 29). Gemeindenähe und rasche Zugänglichkeit sind entscheidende Vorteile. Im Zusammenwirken mit professionellen und nichtprofessionellen Nachsorgeangeboten kann bei einem großen Teil der Klienten eine mehrmonatige, kostenintensive und den Klienten zeitlich belastende Rehabilitation vermieden werden. In bestimmten Fällen kann durch eine solche Kurzbehandlung die Bereitschaft für notwendige längerfristige Rehabilitationsmaßnahmen entwickelt werden.

Probleme bestehen bei der Kostenzuständigkeit. Nach der unglücklichen Suchtvereinbarung von 1978 ist alles, was über die 14-tägige Entgiftung hinausgeht, Rehabilitation. Die Rentenversicherungen finanzieren aber diese 6-Wochen-Therapien meist nicht. Um in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen zu fallen, wurde ein etwas umständliches Etikett gefunden: „Stationäre/teilstationäre qualifizierte Entgiftungs- und Motivationsbehandlung“.

Damit ist etwas möglich geworden, was z. B. in den USA bei der Behandlung unkomplizierter Verläufe als ausreichend erachtet wird (1, 2, 3, 6, 25, 26, 30). Verbreitet waren solche Behandlungen in Westdeutschland nicht. Im Osten existierten 11 Tageskliniken, die meisten wurden nach der Wende abgewickelt. In letzter Zeit zeichnet sich durch zunehmendes Interesse (29, 30) und einige Neugründungen von Tageskliniken für Suchtkranke eine Trendwende ab.

Entwicklung der tagesklinischen Behandlungsstrategie in Magdeburg

Meine eigene tagesklinische Behandlungsstrategie entwickelte sich aus mehrjährigen Erfahrungen mit ambulanter Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen (23) in einer nervenärztlich-poliklinischen Abteilung in Magdeburg (9). Von 1972 bis zum Mai 1978 wurden hier 194 Alkohol Kranke wie folgt behandelt: ambulante Entgiftung und anschließend einmal/Woche ambulante Gruppentherapie, Einzeltherapie bei Notwendigkeit. Das wöchentliche Gruppenangebot erstreckte sich über mehrere Jahre. 20 – 30 % der Patienten mussten anfangs zu einer stationären Behandlung, meist zu einer stationären Entgiftung, seltener zu einer 6-wöchigen Behandlung geschickt werden. Im Herbst 1978 wurden alle 194 Alkoholkranken katamnestisch untersucht. Die Dauer der „Besserung“ wurde als Survival function ermittelt und die Katamneseergebnisse nach drei Patientengruppen differenziert: „Gruppenteilnehmer“ (mehr als drei Monate in Therapie), „Therapieabbruch“ (weniger als drei Monate in Therapie), bei der Nachuntersuchung „nicht erreichte“ Patienten. Die Ausschöpfungsquote betrug bei dieser Katamnese 79,4 %.

Die wesentlichsten Ergebnisse zeigt die Tabelle (1).

1. Mehr als 50 % der Patienten verließen vor Ablauf von drei Monaten – meist schon nach wenigen Kontakten – die Therapie und hatten unbehandelt einen ungünstigen Verlauf:

knapp 90 % nach einem Jahr ungebessert, 8 % nach Therapieabbruch in Haft; 11 % verstorben im Durchschnittsalter von 38 Jahren. Der Anteil der Arbeiter und Hilfsarbeiter war mit 73 % in der Gruppe der dropouts erstaunlich hoch.

2. 65% der Patienten, die länger als drei Monate in der Therapie blieben, waren nach einem Jahr gebessert, der Anteil der Arbeiter und Hilfsarbeiter betrug in dieser Gruppe nur 33 %, die Besserungsrate bei den Patienten, die ein Jahr lang kontinuierlich die Nachsorgegruppe besuchten, lag über 90 %.

3. Die globale Besserungsrate nach einem Jahr (Gruppenteilnehmer, Therapieabbrecher, „Nichterreichte“) lag konservativ berechnet bei 31 %. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen besonders der erschreckend negative Verlauf der „Weggebliebenen“, führten zu Überlegungen, wie die Patienten dauerhafter an die Behandlungseinrichtung gebunden werden können.

Tab. 1 Ausgewählte Katamneseergebnisse vor Einführung der Tagesklinik (1972-1978)

	Gruppenteilnehmer n = 80	Therapieabbruch n = 74	nicht erreicht n = 40
Arbeiter und Hilfsarbeiter	32,5 %	73 %	
Hoch- und Fachschulabsolventen	40 %	10,8 %	
Besserung nach 1 Jahr	65 %	10,8 %	0 % (konservative Berechnung)
Globale Besserungsrate nach 1 Jahr	31 %		

Gruppenteilnehmer: länger als drei Monate/Therapieaufnahme im Durchschnitt 17 Monate

Therapieabbruch: weniger als drei Monate Therapieaufnahme

Veränderungen der Behandlungsstrategie

Es wurden 1978 drei Neuerungen eingeführt:

1. tagesklinische Intensivbehandlung für 4 – 5 Wochen
2. sofortiger Behandlungsbeginn (0 bis 7 Tage nach Erstkonsultation)
3. wöchentliche Gruppentherapie (Nachsorge) in kleinen Gruppen über 1 – 2 Jahre

Die Auswirkungen dieser Maßnahmen wurden im Mai und Juni 1982 durch eine Katamnese überprüft (10, 11, 12, 15, 16). Es handelt sich dabei um einen Jahrgang (Nov. 1979 – Nov. 1980) unausgelesener tagesklinisch behandelter Patienten (n = 188). 15 % der Patienten wurden nach der Aufnahme kurzzeitig (1 – 2 Wochen Entgiftung) oder längerfristig (6 – 8 Wochen Entwöhnung) in eine stationäre Einrichtung verlegt. 5 % der Patienten wurden nach stationärer Therapie übernommen. 11 % mussten aus der tagesklinischen Behandlung heraus in eine stationäre Einrichtung verlegt werden. Als „Therapiezeit“ wurden die 4- bis 5-wöchige Tagesklinikbehandlung bzw. die 6 – 8 Wochen stationäre Therapie festgelegt, danach begann der Katamnesezeitraum (durchschn. 20 Monate). Bei der Nachuntersuchung konnten 183 von 188 Patienten erreicht werden (Ausschöpfungsquote 97,3 %).

Die wichtigsten Veränderungen nach Einführung der tagesklinischen Behandlungsstrategie zeigen die Tabellen 2 und 3.

Tab. 2 Ausgewählte Katamneseergebnisse nach Einführung der Tagesklinik (Nov. 1979 – Nov. 1980)

	Gruppenteilnehmer n = 139	Therapieabbruch n = 44	nicht erreicht n = 5
Arbeiter und Hilfsarbeiter	72,6 %	88,6 %	
Hoch- und Fachschulabsolventen	19,4 %	6,8 %	
Besserung nach 1 Jahr	67 %	39 %	0 % (konservative Berechnung)
Globale Besserungsrate nach 1 Jahr	58,5 %		

Tab. 3 Vergleich der Katamnese vor und nach Einführung der Tagesklinik

1. Rückgang der Therapieabbrüche innerhalb von drei Monaten von über 50 % auf 24 %
2. Zunahme der längerfristigen Therapieteilnehmer (mehr als drei Monate) von unter 50 % auf 76 %
3. Die Besserungsrate der längerfristigen Therapieteilnehmer blieb etwa gleich:
1978 = 65 %, 1982 = 67 %
4. Anstieg der Besserungsraten der Therapieabbrecher von 10,8 % 1978 auf 39 % 1982
5. Globale Besserungsrate 1978 31 % nach 1 Jahr
1982 58,5 % nach 20 Monaten
6. Prozentualer Anstieg der Arbeiter und Hilfsarbeiter in der Gruppe der längerfristigen
Gruppenteilnehmer von 32,5 % 1978 auf 72,6 % 1982

1. Die Therapieabbrüche innerhalb der ersten 3 Monate waren von über 50 % auf 24 % zurückgegangen. 39 % der Therapieabbrecher erwiesen sich nach durchschnittlich 20 Monaten als gebessert, 1978 waren es nur 10 % nach einem Jahr.

2. Der Anteil der Patienten, die länger als 3 Monate in der Therapie blieben, wuchs auf 76 % an. Ihre Besserungsrate (67 %) ist mit der von 1978 (65 %) zu vergleichen. 72,6 % der Gruppenteilnehmer waren Arbeiter und Hilfsarbeiter (1978: 32,5 %).

3. Die globale Besserungsrate nach durchschnittlich 20 Monaten betrug 58,5 % (1978: 31 % nach einem Jahr). Ein interessanter Nebebefund: Die Besserungsquote bei den Patienten, die sich an der „gegenseitigen Hilfe“ (persönliche Unterstützung von anderen Patienten) beteiligten (n = 73), war 81 %, bei den Patienten, die dazu nicht bereit waren (n = 110), lag sie bei 47 %.

Komplikationen während der tagesklinischen Behandlung

Man kann immer wieder die Befürchtung hören, dass die Therapie von Alkohol- und Medikamentenabhängigen unter den relativ ungeschützten tagesklinischen Bedingungen gefährlich ist. In einer 1984 begonnenen prospektiven Studie an 105 tagesklinisch behandelten Patienten sind wir u. a. diesem Einwand nachgegangen und haben die Komplikationen während der tagesklinischen Behandlung erfasst (11, 15).

Ein- bis zweimaliges Trinken (siehe Tab. 4) während der tagesklinischen Behandlungszeit wurde zum Anlass genommen, auslösende Faktoren, mangelhafte Krankheitseinsicht, unzureichende Motivation, Schwierigkeiten beim Erfüllen der Abstinenzforderung oder auch Verleugnungstendenzen zu besprechen. Eine Änderung der Behandlungsstrategie (Überweisung in stationäre Behandlung, zusätzliche Einzeltherapie, verstärkte Einbeziehung der Angehörigen, auch Therapieabbruch) kam meist nach dem 3. Rezidiv in Frage.

Wir haben die Therapieabbrüche innerhalb der 4- bis 6-wöchigen tagesklinischen Behandlung ermittelt (Tab. 5). Interessant ist, dass die Therapieabbrüche sowohl 1984 als auch 1994 um 12 % liegen. In einer amerikanischen Studie wird eine Abbruchrate von 30 % angegeben (6).

Tab. 4 Komplikationen im Verlauf der tagesklinischen Behandlung (n = 105, 1984)

Schwere körperliche Komplikationen		3 %
(ein zerebraler Krampfanfall, ein bedrohliches Entzugssyndrom, ein Suizidversuch)		
Rückfalltrinken	einmal	24 %
	zweimal und mehr	14,5 %

Tab. 5 Therapieabbruchrate

Therapieabbrüche innerhalb 4 – 5 Wochen (1984)	
Abbruch durch Patienten	9,5 %
Abbruch durch Einrichtung	2,5 %

insgesamt	12,4 %
Therapieabbrüche innerhalb von 4 – 6 Wochen (Okt. 1994 bis März 1995) n = 77	11,7 %

Ambulante tagesklinische Entgiftung

Die Entgiftung kann bei 60 % der Alkoholkranken ambulant/tagesklinisch durchgeführt werden (15, 21). Bei leichten Entzugserscheinungen genügen tägliche Wiedervorstellungen für eine Woche. Unter Carbamazepin (1-1-2 Tbl. = 800 mg) kommt es zu einer genügenden Dämpfung der Entzugserscheinungen. Die in der Entzugsphase erhöhte Krampfbereitschaft wird ausreichend reduziert. Es ist erforderlich, Bezugspersonen in die Entzugsbehandlung einzubeziehen (Aufklärung über mögliche Komplikationen), der Patient sollte nachts nicht allein gelassen werden. Die schnelle medizinische Hilfe muss erreichbar sein (Telefonnummer mitgeben!). Der Patient ist während der Entgiftungsbehandlung fahruntauglich. Die ambulante Entgiftung sollte bei Kontraindikationen nicht versucht werden (Tab. 6).

In der Tabelle 7 sind Kriterien für die Entgiftung im ambulanten, tagesklinischen und stationären Bereich zusammengefasst. Es ist klar, dass das tagesklinische Setting in der Entgiftungsphase im Vergleich zur ausschließlich ambulanten Behandlung mehr Halt, Verhaltenskontrolle und Sicherheit bietet.

Tab. 6 Kontraindikationen der ambulanten Entgiftung

- schwere Entzugserscheinungen
- flüchtige Halluzinationen
- epileptische Anfälle und Delirien in der Vorgeschichte
- gleichzeitig bestehende ernsthafte körperliche Krankheiten (z. B. Knochenfraktur, Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten)
- täglich große Mengen Alkohol (z. B. mehr als 200 g Reinalkohol, mehr als 10 Schlaftabletten)
- Überforderung durch Abstinenz
- gescheiterte ambulante Entgiftungsversuche
- alleinstehend (wegen unvorhersehbaren Komplikationen – schweren Entzugserscheinungen, Halluzinationen, Suizidtendenzen)

Tab. 7 Indikationskriterien für verschiedene Formen der Entgiftung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen

Ambulante Therapie	Tagesklinik	Stationäre Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • soziale Stabilität • Fähigkeit, Behandlungsvertrag einzuhalten 		<ul style="list-style-type: none"> • soziale Instabilität • Vertragsschwierigkeiten

<ul style="list-style-type: none"> • starke Motivation • relativ geringe Trink bzw. Substanzmengen • körperlich/psychiatrisch relativ ungestört • vorhandene oder zu erwartende Entzugserscheinung gering 	60 %	<ul style="list-style-type: none"> • schwache Motivation • große Trink bzw. Substanzmengen • körperlich/psychiatrisch stark gestört • schwere vorhandene oder zu erwartenden Entzugserscheinungen
---	------	---

Vorteile der tagesklinischen Behandlung (17,18)

1. Die Tagesklinik wird von Patienten bevorzugt, die gute Gründe haben, nicht mehrere Monate ihre Umgebung zu verlassen: weil Kinder oder Angehörige versorgt werden müssen, weil sich gerade eine Partnerschaft anbahnt, weil sie es sich nicht leisten können, längere Zeit der Arbeit fernzubleiben, aus Angst um den Arbeitsplatz.
2. Die Tagesklinik ist leicht erreichbar (Gemeindenähe, geringe psychiatrische Stigmatisierung, keine Wartezeiten),
3. tägliche Arbeit mit lebensnahen Konflikten,
4. gute Einflussmöglichkeiten des Patienten und des therapeutischen Teams auf das soziale Umfeld. Die therapeutischen Veränderungen setzen sich kontinuierlich in der häuslichen Situation fort,
5. bessere Möglichkeiten für soziale Rehabilitationsmaßnahmen,
6. kostengünstiges Behandlungsangebot (etwa 40 % der vollstationären Kosten).

Die Patienten schätzen die Kombination von Therapie, Stützung am Tage und Rehalitätsbewältigung am Abend. Von Anfang an haben sie das Gefühl, dass sie am Therapieerfolg durch eigene Leistung beteiligt sind. Sie verschaffen sich die narzißtische Gratifikation, dass sie noch nicht zu denen gehören, die ins Krankenhaus müssen.

Von therapeutischer Seite setzt die Tagesklinik die Bereitschaft voraus, sich ohne den Schutz von Klinikmauern mit den Patienten einzulassen. Gefordert sind Flexibilität, die Fähigkeit, Konflikte bis zum Ende auszutragen, Grenzen zu setzen und die Hilfen nach den wirklichen Bedürfnissen der Klienten auszurichten. Am Ende eines jeden Behandlungstages muss die Situation so sein, dass der Patient am nächsten Morgen wiederkommen kann und will (13, 20).

Indikationskriterien für tagesklinische Behandlung

Ausgehend von einer fast 20-jährigen Erfahrung mit tagesklinischer Behandlung habe ich Hypothesen über Indikationskriterien entwickelt (5, 12, 15) (s. Tab. 8). Ambulante Therapie setzt ein hohes Maß an günstigen Merkmalen voraus. Die Tagesklinik ist da erforderlich, wo eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht und eine vollstationäre Therapie noch nicht notwendig ist.

Tab. 8 Indikationskriterien für verschiedene Formen der Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen

Ambulante Therapie	Tagesklinik	Stationäre Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • soziale Stabilität • Fähigkeit, Behandlungsvertrag einzuhalten • Abstinenzfähigkeit • Bewährung in außerstationärer Therapie • mittelschwere Gesundheitsstörungen • hoher sozioökon. Status 	80 %	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Instabilität • Vertragsschwierigkeiten • Abstinenzunfähigkeit • Versagen in außerstationärer Therapie • schwere Gesundheitsstörungen • niedriger sozioökon. Status

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Therapieforschung in München (19, 24) entwickelte ich einen Prognoseindex für Patienten, die im ambulant/tagesklinischen Therapieverbund misserfolgsgefährdet sind. Einschränkend muss dazu gesagt werden, dass der Prognoseindex auf eine prospektive Studie von 1984 unter DDR-Verhältnissen zurückgeht. Das Item »häufiger Arbeitsplatzwechsel« muss nach der Wende in einem neuen Licht gesehen werden. Der mögliche Einfluss der Arbeitslosigkeit ist nicht abgebildet.

Tab. 9 Misserfolgsindex bei tagesklinisch behandelten Alkoholabhängigen

Diskriminanzanalyse prognostisch ungünstiger Patientenmerkmale (Herbst K.IFT):	
schlechter Allgemeinzustand	5
häufiger Arbeitsplatzwechsel	3
morgentliches Trinken länger als zwei Jahre	3
Trinken der Kollegen während der Arbeit	2
geschieden	2
frühere Verurteilung	2
BENTON unterdurchschnittlich	2
Beruf unterhalb Facharbeiterniveau	1

Grenzwert 10 Punkte (wer mehr als 10 Punkte erreicht, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit nach einem Jahr nicht erfolgreich); Fehlerquote bei Prädikation des Mißerfolgs 15 %

Nachsorge bzw. weiterführende ambulante Behandlung

Aus den Untersuchungen über ambulante und tagesklinische Behandlung folgt, dass die Therapie im Regelfall 5 bis 6 Wochen lang intensiv beginnen muss. Bei Beginn mit vereinzelten ambulanten Terminen ist der Einstellungswandel der Klienten zu gering und zu

wenig dauerhaft, die Drop-out-Rate ist zu hoch. Genauso wichtig ist m. E. eine Nachsorgebehandlung über ein Jahr. Damit wird der tagesklinische Therapieerfolg stabilisiert. Tabelle 10 zeigt den statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Dauer der Nachsorge und Therapieerfolg (19).

Es gibt zwar eine Gruppe von Tagesklinikabsolventen, die ohne nennenswerte Nachsorge erfolgreich bleiben, mit zunehmender Nachsorgezeit steigt aber die Sicherheit des Erfolges deutlich an.

Tab. 10 Zusammenhang zwischen Therapieergebnis und Dauer der Nachsorge

Dauer Nachsorge (in Monaten)	Erfolg (Anzahl Patienten)	Misserfolg (Anzahl Patienten)
0-2	13	14
-6	10	2
-12	20	-

Standort der Tagesklinik im Versorgungssystem

Die Tagesklinik Magdeburg mit ihren 35 Therapieplätzen ist geeignet für etwa 80 % der im ambulanten Bereich anfallenden Alkoholkranken, auch für Drogenabhängige im Frühstadium und mit ausreichender sozialer Einbindung. Sie steht in enger Kooperation mit den Akutkrankenhäusern, den niedergelassenen Ärzten, Beratungsstellen und Rehabilitationseinrichtungen. Die Zusammenarbeit mit Betrieben erfolgt über Managementschulungen und Unterstützung der Betriebe bei der Etablierung betrieblicher Suchthilfeprogramme. Nach den bisherigen Erfahrungen sind nach Abschluss der 5- bis 6-wöchigen tagesklinischen Behandlung

2/5 der Betreuten in der Lage, ihr Problem allein, in einer Selbsthilfegruppe oder mit Unterstützung einer Beratungsstelle zu bewältigen

2/5 benötigen weitere ambulante ärztliche Hilfe

1/5 kann zu einer ambulanten oder stationären Entwöhnung motiviert werden

Interessant ist ein aus der neueren amerikanischen Literatur (6) stammender Vergleich der therapeutischen 2-Jahres-Effekte nach einer 6-wöchigen stationären bzw. teilstationären Behandlung. Dabei waren die tagesklinischen Effekte den stationären nicht nur ebenbürtig, sondern in den Bereichen Beschäftigungsstatus und soziale Aktivität sogar überlegen. Die Rehospitalisierungsrate nach tagesklinischer Behandlung war nicht höher, so dass der Kostenvorteil der tagesklinischen Behandlung, nämlich weniger als 50 % der stationären Kosten, im weiteren Verlauf voll erhalten blieb.

Finanzierung der tagesklinischen Behandlung

Obwohl die rechtlichen und strukturellen Voraussetzungen für die teilstationäre Rehabilitation seit längerer Zeit bestehen (4), wird Rehabilitation in teilstationärer Form noch nicht häufig durchgeführt. In den neuen Ländern kenne ich keine Einrichtung. Unter der Bezeichnung „Teilstationäre qualifizierte Entgiftungs- und Motivationsbehandlung“ können Tageskliniken in den Krankenhausplan aufgenommen und von den Krankenkassen belegt werden. Die

Krankenkassen sind auch in der Lage, eine Tagesklinik für Suchtkranke unabhängig vom Krankenhausplan zu belegen.

In Hamburg fand erstmals 1994 ein Symposium zur tagesklinischen Behandlung von Suchtkranken statt (21, 29,30). Auf diesem Symposium wurden internationale Erfahrungen, der Stellenwert der Tagesklinik innerhalb der regionalen Versorgung, verschiedene inhaltliche Aspekte sowie die Standpunkte der Krankenkassen, des medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der Gesundheitsbehörde diskutiert. Tageskliniken sind, wie meine Untersuchungen belegen, die konsequente Fortsetzung ausgereifter ambulanter Betreuungsmodelle. Sie sind effektiv, kostengünstig und in der Lage, breite Versorgungslücken zu schließen.

Literatur

1. Altermann AI, Drobs M, Mc Lellan AT.

Response to Day Hospital treatment by Patients with Cocaine and Alcohol Dependence.

Hospital and community Psychiatry 1992; 43: 930 – 2.

2. Altermann AI, Mc Lellan AT. Inpatient and Day Hospital Service for Cocaine and Alcohol

Dependence. Journal for Substance Abuse Treatment 1993; 10: 269 – 75.

3. Altermann AI et al. Effectiveness and Costs of Inpatient versus Day Hospital Cocaine Rehabilitation. J Nerv Ment Dis 1994; 182: 157 – 63.

4. Beyer H. Neuere Vorstellungen der Rentenversicherung bei der Rehabilitation Suchtkranker. Vortrag Jahrestagung der Gesellschaft gegen Alkohol und Drogengefahren, 6. – 8. Oktober 1994 in Magdeburg.

5. Feuerlein W. Indikationskriterien für die Behandlung Alkoholkranker. In: Knischewski E (Hrsg). Alkoholismus-Therapie. Kassel: Nicol 1981; 71 – 80.

6. Fink EB et al. Effectiveness of Alcoholism Treatment in Partial versus Inpatient Settings.

Twenty-Four Month Outcomes-Addiction Behavior 1985; 10: 235 – 48.

7. Gartmann H. Management von Alkoholproblemen in der allgemeinärztlichen Sprechstunde. Vortrag Jahrestagung der Gesellschaft gegen Alkohol und Drogengefahren, 6. – 8. Oktober 1994 in Magdeburg.

8. Griegoleit H. Qualifizierung der Entzugsbehandlung einschließlich Motivation aus der Sicht der Krankenversicherung. Vortrag Jahrestagung der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren. 6. – 8. Oktober 1994 in Magdeburg

9. Kielstein V. Results in group therapy of alcoholics in neuropsychiatric outpatient service.

In: International Congress on alcoholism and drug dependence. Instytut Wydawnicy Zawodowych (ed). Warschau: 1982; Vol. III: 89 – 94.

10. Kielstein V. Über die Bedeutung der Tagesklinik innerhalb eines ambulanten Behandlungskonzeptes für Alkoholiker. In: Neurobiologische Aspekte in der Psychiatrie.

Kühne GH, Klepel H, Molcan J (Hrsg). Bratislava 1984; 246 – 7.

11. Kielstein V. Analyse von Patientendaten am Beginn und Ende einer tagesklinischen Behandlung von Alkoholkranken. In: Psychiatrie und Neurologie in der medizinischen Grundbetreuung. Rabending G, Schulze HAF, Ernst K et al. (Hrsg). Leipzig: S. Hirzel Verlag 1988; 102.

12. Kielstein V. Indikationskriterien und Prinzipien der ambulanten Therapie von Alkoholkranken. Z Klin Med 1990; 45: 69 – 72.

13. Kielstein V. Psychotherapeutische Behandlung von Alkoholkranken. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1990; 13: 11 – 8.

14. Kielstein V. Alkoholismus – Folgen, Schäden, Lösungswege. Berlin: Verlag Tribüne 1990.

15. Kielstein V. Indikationskriterien und Prinzipien der ambulanten/tagesklinischen Therapie von Alkoholkranken. Sucht 1991; 37: 114 – 20.

16. Kielstein V. Suchtkrankenhilfe in der ehemaligen DDR – Strukturen, Methoden, Ergebnisse. Schriftenreihe des Badischen Landesverbandes gegen die Suchtgefahren e. V. 1991; 2: 3 – 13.

17. Kielstein V. Die Tagesklinik – eine zeitgemäße Therapieeinrichtung für Suchtkranke. Fachverband Sucht intern, Sonderheft mit Beiträgen zum 6. Heidelberger Kongreß »Therapie im Wandel?« 1993; 11 –2.

18. Kielstein V. Tagesklinische Behandlung von Suchtkranken – eine längst überfällige Notwendigkeit. Sucht 1993; 39: 45 – 8.

19. Kielstein V. Kapelle G, Herbst K. Prädiktorendes Therapieerfolges bei ambulanten/tagesklinisch behandelten Alkoholabhängigen. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1995; 18: 49 – 53.

20. Kielstein V. Besonderheiten der ambulanten/tagesklinischen Psychotherapie von Alkoholkranken. In: Sucht – Grundlagen, Diagnostik – Therapie. Mann K, Buckremer G (Hrsg). Stuttgart: Gustav Fischer 1996.

21. Kielstein V. Alkoholentzug unter tagesklinischen Bedingungen. In: Wagner H-B, Krausz M, Schwoon DR (Hrsg). Tagesklinik für Suchtkranke. Freiburg/Br.: Lambertus 1996.

22. Kielstein V. Das Suchthilfesystem unter dem Diktat neuer Machtstrukturen. Vortrag Jahrestagung der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren. 6. – 8. Oktober 1994 in Magdeburg.

23. Kufner H. Ambulante Therapie von Alkoholabhängigen: Empirische Ergebnisse und Indikation. In: Keup W (Hrsg). Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe. Wiss. Symposium der DHS. Stuttgart New York: Georg Thieme 1981; 73-83.

24. Kűfner H. Prognosefaktoren bei stationärer Therapie Alkoholabhängiger pers. Mitteilung 1985.
25. Mc Lachlan JF, Stein RT. Evaluation of a Day Clinic for Alcoholics. Journal of Studies on Alcohol 1982; 43: 261-72.
26. Penk WE, Charles HL, Van House TA. Comparative Effectiveness of Day Hospital and Inpatient Psychiatric Treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1978; 46: 94 – 101.
27. Ribbschlaeger M, Wahlstab A. Die Tagesklinik als Basisbehandlung in der ambulanten Therapie von Alkoholkranken. In: Psychiatrie und Neurologie in der medizinischen Grundbetreuung. Rabending G, Schulze AF, Ernst K et al. (Hrsg). Leipzig: Hirzel 1988; 100 – 102.
28. Rommetsch W. Stationäre Behandlung Drogenabhängiger (Modell-)Projekt »Therapie sofort«. In: Konzeptionen der Sucht. Stoiber 1 (Hrsg). Vorträge der Jahrestagung der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD) e.V. Dresden 14.-17. Oktober 1992 in Dresden; 45 – 7.
29. Schwoon DR. Tagesklinische Behandlungsansätze für Suchtkranke z'wischen Kooperation und Konkurrenz mit den tradierten Angeboten. In: Wagner H-B, Krausz M, Schwoon DR (Hrsg). Tagesklinik für Suchtkranke. Freiburg/Br.: Lambertus 1996.
30. Wagner HB. Internationale Erfahrungen und Voraussetzungen für die tageskimische Suchtbehandlung in Deutschland. In: Wag ner H-B, Krausz M, Schwoon DR (Hrsg). Tagesklinik für Suchtkranke. Freiburg/Br.: Lambertus 1996.
31. Wienberg G (Hrsg). Die vergessene Mehrheit. Neuburg: Psychiatrie 1992.