

Determinanten eines Therapieabbruchs während der stationären qualifizierten Entgiftungsbehandlung bei Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit

Determinants of Unplanned Discharge from In-Patient Drug and Alcohol Detoxification: A Retrospective Analysis of 239 Admissions

Autoren

N. J. Braune^{1,2}, J. Schröder¹, P. Gruschka¹, K. Daecke¹, J. Pantel²

Institute

¹ Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg (Prof. Dr. med. Christoph Mundt)

² Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Frankfurt a. M. (Prof. Dr. med. Konrad Maurer)

Schlüsselwörter

- Stationäre Entgiftung
- Drogen
- Alkohol
- Determinanten
- Prädiktoren

Key words

- in-patient detoxification
- drug
- alcohol
- determinants
- predictors

Zusammenfassung

Der vorzeitige Behandlungsabbruch stellt ein häufiges und schwerwiegendes Problem der stationären Entgiftungsbehandlung dar, das bisher vorwiegend bei Drogenpatienten, in geringerem Umfang auch bei Alkoholpatienten untersucht wurde. In dieser klinischen Studie sollen Determinanten eines irregulären Behandlungsabschlusses bei beiden Patientengruppen vergleichend analysiert und untersucht werden, ob sich Prädiktoren für das Kriterium „Therapieabbruch“ während des Zeitraums der stationären qualifizierten Entgiftung finden lassen. Hierzu wurden Suchtpatienten der Diagnosegruppen Alkoholabhängigkeit und illegale Drogen, die in dem gleichen stationären Therapiesetting behandelt wurden, getrennt voneinander untersucht. Bei 239 Suchtpatienten (Alkohol: n = 90; illegale Drogen: n = 149), die im Laufe eines Jahres im Rahmen einer spezialisierten niederschweligen Behandlungseinheit der Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg eine qualifizierte Entgiftungsbehandlung aufgenommen haben, wurden neben soziodemografischen und psychosozialen Variablen, Daten zur Suchtanamnese, zum psychopathologischen Aufnahmebefund und zum Vorliegen psychiatrischer und/oder somatischer Komorbidität sowie die Ausprägung der Entzugssymptomatik (Fremdeinschätzung) retrospektiv aus den Patientenakten erhoben und in Hinsicht auf einen irregulären bzw. regulären Behandlungsabschluss analysiert. Die Häufigkeit der Therapieabbrüche sowohl bei den Alkohol- als auch bei den Drogenpatienten (43,3% bzw. 62,4%) bestätigt die bereits früher beschriebenen hohen Abbruchraten. Während bei Drogenpatienten eher soziodemografische und psychosoziale Faktoren wie Bildungsstatus, Delinquenz und Arbeitslosigkeit den Behandlungserfolg beeinflussten, waren bei Alkoholpatienten eher psychopathologische Faktoren wie

Abstract

Unplanned and premature discharge from in-patient alcohol or drug detoxification is a common and severe problem in the treatment of substance abuse. So far, most of the relevant studies focused on drug detoxification, whereas only few studies also investigated alcohol detoxification. The aim of the present study was to comparatively identify and analyse determinants of unplanned discharge during in-patient treatment in both diagnostic groups which simultaneously underwent detoxification under the same treatment setting. Subjects were 239 consecutive admissions (alcohol: n = 90; illegal drugs: n = 149) to a specialised qualified detoxification unit at the Psychiatric University Hospital of Heidelberg during the year 2000. Data on sociodemographical and psychosocial variables, medical history, psychopathological findings on admission and presence of psychiatric and/or somatic comorbidity as well as intensity level of withdrawal symptoms were collected retrospectively and analysed with respect to the prediction of planned/unplanned discharge. The high overall rates of unplanned discharge (alcohol: 43.3% and drugs 62.4%) confirm the previously reported figures. Treatment success of drug patients was rather affected by sociodemographical and psychosocial factors such as level of education, delinquency, unemployment and hepatitis C diagnosis. Relating to alcohol patients psychopathological findings on admission including orientation, affective state and cognition were most relevant for planned discharge. Furthermore, the results of this study underline the central role of motivation during in-patient treatment as well as the importance of a planned treatment continuation after discharge from the detoxification program.

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1038116
 Online-Publikation: 13.3.2008
 Fortschr Neurol Psychiat
 2008; 76: 217–224
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0720-4299

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. med.

Johannes Pantel

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt a. M.
 Heinrich-Hoffmann-Straße 10
 60528 Frankfurt a.M.
 johannes.pantel@kgu.de

Orientierung, Affektivität und kognitive Funktionen relevant für den regulären Abschluss der Behandlung. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung machen darüber hinaus die zentrale Rolle der Behandlungsmotivation, sowie die Bedeutung einer geplanten Anschlusstherapie für den erfolgreichen Abschluss der Entgiftungsbehandlung deutlich.

Einleitung

Der vorzeitige Behandlungsabbruch ist ein häufiges und schwerwiegendes Problem der stationären Entgiftungsbehandlung, das bisher vorwiegend bei Drogenabhängigen, in geringerem Maße auch bei Alkoholabhängigen untersucht wurde. Dieses Ereignis konfrontiert nicht nur den Patienten sowie das gesamte therapeutische Team mit hoher Frustration, sondern kann sich auch auf die Prognose künftiger Entgiftungsbehandlungen ungünstig auswirken. So kann bei methadonsubstituierten Patienten durch die Erfahrung eines Behandlungsabbruchs die Angst und Aversion vor weiteren Entgiftungsversuchen gesteigert werden (so genannte „Entgiftungsphobie“) [1]. Auch bei Alkoholpatienten werden vielfältige Ängste vor der Aufnahme einer Entgiftungsbehandlung beschrieben, die hauptsächlich Aspekte des Stationssettings, jedoch auch die physischen Konsequenzen eines Rückfalls, die medikamentöse Behandlung des Entzugsyndroms und die Erwartung, künftig ein Leben ohne Alkohol führen zu müssen [2], betreffen. Es kann daher angenommen werden, dass die negativen Erfahrungen eines Behandlungsabbruchs das ohnehin gering ausgeprägte Gefühl der Selbstwirksamkeit bei diesen Patienten verstärkt und damit die Schwelle für die Aufnahme erneuter Therapieversuche erhöht.

Sowohl für Alkohol- als auch für Drogenpatienten werden in der Literatur hohe Abbruchraten während der Entgiftungsbehandlung regelmäßig berichtet. Im Studienvergleich wird deutlich, dass insbesondere bei den Konsumenten illegaler Drogen zu meist weniger als 50% ihre Entgiftungsbehandlung regulär abschließen [3]. Frühere Untersuchungen zeigen jedoch auch, dass auf spezialisierten Entzugsstationen im Vergleich zu allgemeinpsychiatrischen Stationen signifikant höhere Raten regulär beendeter Entgiftungsbehandlungen erreicht werden [6]. Die publizierten Abbruch- bzw. Durchhalteraten auf einer hochschwelligeren, therapievorbereitenden Station liegen meist unter den Abbruchquoten in niederschwelligeren Bereichen. So brachen in einer Studie 41,9% der Drogenpatienten auf einer höherschwelligen und 60,6% auf einer niederschwelligen Station ihre Behandlung vorzeitig ab [3]. In einer europäischen Studie, die stationär entgiftende Alkoholpatienten bezüglich eines regulären versus eines nicht regulären Abschlusses untersucht, wird eine Abbruchquote von 32,8% beschrieben [5]. Bei der Bewertung dieser Zahlen sollte jedoch berücksichtigt werden, dass ein Therapieabbruch allein noch keine schlechte Prognose in Hinsicht auf den langfristigen Behandlungsverlauf begründet. Vielmehr wird auch der letztendlich erfolgreiche Drogenausstieg in der Literatur als ein langjähriges, prozesshaftes Geschehen mit einer Aneinanderreihung von halbwegs stabilen Phasen, zahlreichen Rückfällen und Therapieabbrüchen beschrieben [3, 7].

Gleichwohl kann es von Bedeutung sein, Risikofaktoren eines irregulären Behandlungsabschlusses schon zu Beginn der Therapie zu kennen und zu erfassen, um diese bei der individuellen Therapieplanung gezielt zu berücksichtigen. So konnte etwa in

früheren Untersuchungen gezeigt werden, dass bei Drogenpatienten ein weibliches Geschlecht, ein jüngeres Lebensalter und eine längere Dauer der längsten zurückliegenden Opiatabstinenzperiode seit Beginn der Drogenabhängigkeit Prädiktoren für einen Behandlungsabbruch darstellten [3]. Ebenso wurden der Einfluss von Bildungsstatus, Haftstrafen in der Vergangenheit, regelmäßiger Kontakt zu einem Drogenberater sowie einer bereits bei Aufnahme geplanten Anschlussbehandlung als aussagekräftige Prädiktoren identifiziert [4]. Bei der Entgiftung von Alkoholpatienten brachen Patienten mit einem jüngeren Lebensalter, einem jüngeren Alter bei Suchtbeginn, einem positiven Hepatitis C IgG-Antikörperstatus sowie mit einer komorbiden Borderline- bzw. Dissozialen Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger ab [5]. Außerdem wird auch auf die Rolle der subjektiven Einschätzung des therapeutischen Setting hingewiesen. So wurden von vorzeitig abbrechenden Drogenpatienten u. a. die angebotenen therapeutischen Aktivitäten kritischer und Kontakte zu Mitpatienten als weniger gut bewertet [3].

Da Patienten mit Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit in der Regel auf unterschiedlichen Stationen bzw. in unterschiedlichen Institutionen entgiftet werden, liegen bislang keine Untersuchungen vor, die die Abbruchraten sowie die Bedingungsfaktoren eines Behandlungsabbruchs zwischen beiden Patientengruppen vergleichend untersuchen. Unter Berücksichtigung der bisherigen Literatur kann daher nicht mit Sicherheit beantwortet werden, inwieweit die oben dargestellten Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen krankheitsspezifische Effekte darstellen oder aber (zumindest teilweise) auch auf Unterschiede im therapeutischen Setting zurückzuführen sind.

Vor diesem Hintergrund war es das Ziel der vorliegenden Untersuchung die Abbruchraten und die Determinanten eines irregulären Behandlungsabschlusses bei Patienten mit Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit, die unter gleichen stationären Bedingungen eine qualifizierte Entgiftungsbehandlung durchführten, vergleichend zu analysieren und zu untersuchen, ob sich Prädiktoren finden lassen, mit welchen das Kriterium Therapieabbruch während des Zeitraums der stationären Behandlung vorhergesagt werden kann.

Patienten und Methoden

Bei 239 Suchtpatienten (Alkohol: n=90; illegale Drogen: n=149), die im Laufe des Jahres 2000 im Rahmen einer spezialisierten niederschwelligen Behandlungseinheit der Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg eine qualifizierte Entgiftungsbehandlung aufgenommen haben, wurden neben soziodemografischen und psychosozialen Variablen, Daten zur Suchtanamnese, zum psychopathologischen Aufnahmebefund und zum Vorhandensein psychiatrischer und/oder somatischer Komorbidität sowie der Ausprägung der Entzugssymptomatik (Fremdeinschätzung) retrospektiv aus Patientenakten erhoben und in Hinsicht auf einen irregulären bzw. regulären Behandlungsabschluss untersucht. Als irregulär wurden dabei alle Behandlungen bewertet, bei denen bei Entlassung die Entgiftung nach ärztlicher Einschätzung nicht als abgeschlossen bewertet wurde. Dabei waren sowohl vorzeitige Therapieabbrüche auf Wunsch der Patienten, als auch disziplinarische Entlassungen aufgrund eines Verstoßes gegen die Therapieregeln (z. B. Alkohol oder Substanzkonsum) von Bedeutung.

Behandlungssetting

Der Substanzentzug wurde im Rahmen eines einheitlichen Therapiekonzepts im Sinne einer qualifizierten stationären Entgiftungsbehandlung durchgeführt. Die Entgiftungseinheit bietet zehn stationäre Behandlungsplätze und ist räumlich in eine all-gemeinpsychiatrische Aufnahmestation des Universitätsklinikums Heidelberg integriert. Zum multiprofessionellen Stations-team gehören Psychiater, Klinische Psychologen, Pflegepersonal und Sozialdienst. Das gruppentherapeutische Angebot besteht aus Motivationstherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie, Entspannungstherapie und kognitivem Training, ergänzt durch therapeutische Einzelgespräche. Entsprechend den individuellen Erfordernissen sowie nach ärztlich-therapeutischer Einschätzung wird eine symptomatische medikamentöse Behandlung der Entzugssymptome bzw. fraktionierte ausschleichende Detoxifikation durchgeführt. Gleichzeitig werden den Patienten jeweils auch nichtmedikamentöse Alternativen zur Linderung etwaiger Entzugssymptome angeboten (z.B. Ohrakupunktur, entspannungsfördernde Maßnahmen). Der Zugang zur stationären Behandlung ist relativ niederschwellig geregelt. Diejenigen Patienten, die eine freiwillige und geplante Entgiftungsbehandlung anstreben, müssen sich zu Therapiebeginn dazu bereit erklären, die Stationsregeln und, falls erforderlich, eine zeitbegrenzte Ausgangssperre, zu akzeptieren und werden ebenso über das Erfordernis einer Beendigung der Therapie bei Missachtung dieser Regeln informiert. Besuch kann zeitweise einige Tage nach Beginn der Behandlung genehmigt werden. Darüber hinaus wird ein kleinerer Teil von Patienten als Notfall- oder Zwangseinweisung per gesetzlicher Auflage auf der Station aufgenommen sowie Patienten, die aufgrund einer Therapieaufgabe entgiften müssen. Die Behandlungsdauer des einzelnen Patienten ist unterschiedlich lange und richtet sich nach den individuellen therapeutischen Erfordernissen.

Datenerhebung

Zur Datenerhebung wurde ausschließlich das anonymisierte Material der Krankenakten sämtlicher Patienten des Behandlungsjahrgangs 2000 verwendet, welche auf der Entgiftungsstation der Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg eine Entgiftungsbehandlung angetreten hatten. Die Extraktion der Daten wurde von einem Projektmitarbeiter (N. B.) durchgeführt, der selbst nicht in die Behandlung der Patienten involviert war. Er war gegenüber der Art des Behandlungsabschlusses nicht verblindet. Die Diagnosen einer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit bzw. etwaiger psychiatrischer Komorbidität wurden im Rahmen des stationären Aufenthaltes standardisiert auf Grundlage der ICD-10-Kriterien (World Health Organization, 1992) gestellt. Die Durchführung der Studie wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg genehmigt.

Datenanalyse

Die deskriptive Datenauswertung und inferenzstatistischen Analysen erfolgten unter Nutzung der Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows. Der Vierfelder- χ^2 -Test wurde für die Analyse kategorialer Daten eingesetzt. Fisher's Exakter Test wurde bei nominal dichotom verteilten Daten verwendet, wenn die Fallzahl zu gering war, um einen Vierfelder- χ^2 -Test durchzuführen. Der T-Test für unabhängige Stichproben wurde verwendet, um intervallskalierte normalverteilte Daten zu analysieren. Lagen intervallskalierte, nicht normalverteilte Daten vor, so kam der Mann-Whitney-Test zum Einsatz. Der

Kolmogorov-Smirnov-Test wurde zur Prüfung auf Normalverteilung verwendet. Die Prüfung auf signifikante Korrelationen vor Aufnahme von Variablen in ein logistisches Regressionsmodell erfolgte mithilfe des Phi-Koeffizienten beim Vergleich zweier dichotomer Einflussgrößen, des Spearmanschen und Kendallschen Rangkorrelationskoeffizienten beim Vergleich von intervallskalierten, nicht normalverteilten Daten untereinander und mit dichotomen Einflussgrößen. Das Signifikanzniveau wurde bei $p < 0,05$ angesetzt. Bei von den Stichprobengrößen abweichenden Zahlenangaben bei dichotomen Variablen in Tabelle 1 und 2 ist dies auf „missing values“ zurückzuführen.

Ergebnisse

Die Gruppe der Alkoholpatienten war durch ein signifikant höheres Alter bei Behandlungsbeginn (Alkoholpatienten: $45,32 \pm 11,27$ Jahre, Drogenpatienten: $31,65 \pm 11,71$ Jahre, $t = 8,87$, $p < 0,0001$) sowie einen signifikant höheren Anteil von Patienten mit somatischer ($\chi^2 = 18,45$, $df = 1$, $p < 0,0001$) und psychiatrischer Komorbidität ($\chi^2 = 10,83$, $df = 1$, $p < 0,001$) gekennzeichnet. Das Geschlechterverhältnis unterschied sich nicht signifikant zwischen den Behandlungsgruppen, mit einem deutlich höheren Männeranteil in beiden Gruppen (ca. 2,5 : 1).

Aus der gesamten analysierten Gruppe von 239 Patienten brachen die Drogenpatienten die Behandlung im Vergleich zu den Alkoholpatienten signifikant häufiger ab (Alkohol: regulärer Behandlungsabschluss: $n = 51$ bzw. 56,7%, irregulärer Behandlungsabschluss: $n = 39$ bzw. 43,3%; illegale Drogen: regulärer Behandlungsabschluss: $n = 56$ bzw. 37,6%, irregulärer Behandlungsabschluss: $n = 93$ bzw. 62,4%; $\chi^2 = 8,26$, $df = 1$, $p < 0,05$). Außerdem erfolgte der Behandlungsabbruch bei der Gruppe der Drogenpatienten im Vergleich zur Gruppe der Alkoholpatienten signifikant früher nach Behandlungsbeginn. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug bei den Alkoholpatienten mit regulärem Abschluss $14,78 \pm 6,44$ Tage, während Alkoholpatienten mit irregulärem Abschluss durchschnittlich $6,38 \pm 4,91$ Tage in Behandlung blieben ($t = -6,78$, $p < 0,0001$). Ein ähnliches Verhältnis fand sich bei den Drogenpatienten (regulärer Abschluss: $17,13 \pm 8,43$ Tage; irregulärer Abschluss: $7,71 \pm 6,0$; Mann-Whitney-Test, $p < 0,0001$). In beiden Gruppen brachen die Patienten die Behandlung überwiegend auf eigenen Wunsch ab. Bei den Drogenpatienten war der Abbruch im Vergleich zu den Alkoholpatienten signifikant häufiger disziplinarisch begründet (Fisher's Exakter Test, $p < 0,01$), zumeist infolge eines ausdrücklich verbotenen Drogenkonsums während der Behandlung. Bei den Alkoholpatienten waren die am häufigsten erfassten subjektiven Gründe für einen Behandlungsabbruch familiäre oder berufliche Gründe sowie unzureichende Behandlungsmotivation. Letztere wurde – neben ausgeprägtem Suchtmittel-Craving („Sucht-druck“) – auch bei den Drogenpatienten als häufigster subjektiver Abbruchgrund erfasst.

Der Einfluss soziodemografischer und psychosozialer Variablen

Die Drogenabhängigen waren durch ein höheres Maß an Delinquenz ($\chi^2 = 23,76$, $df = 1$, $p < 0,0001$) und einen tendenziell geringeren Bildungsstatus charakterisiert ($\chi^2 = 3,19$, $df = 1$, $p = 0,074$). Als bedeutsam hinsichtlich eines irregulären Behandlungsabschlusses erwiesen sich bei den Drogenpatienten – nicht jedoch bei den Alkoholpatienten – Arbeitslosigkeit ($\chi^2 = 5,37$, $df = 1$, $p < 0,05$), das Vorliegen einer Hepatitis C ($\chi^2 = 7,00$, $df = 1$,

$p < 0,01$), Delinquenz ($\chi^2 = 4,24$, $df = 1$, $p < 0,05$) und eine geringere Schulbildung ($\chi^2 = 9,81$, $df = 1$, $p < 0,005$). Das Geschlecht, das Lebensalter, die Dauer der Suchterkrankung und das Alter bei Suchtbeginn hatten bei beiden Gruppen keinen signifikanten Einfluss auf den Behandlungsabschluss. Drogenpatienten mit irregulärem Therapieabschluss besaßen signifikant häufiger keinen Schulabschluss oder einen Hauptschulabschluss, während Patienten mit regulärem Therapieabschluss häufiger über Mittlere Reife oder Fachhochschulreife verfügten.

Der Einfluss suchtanamnestischer Variablen

Bei den Drogenpatienten, nicht jedoch bei den Alkoholpatienten, hatte die Gesamtanzahl früherer Suchtbehandlungen (einschließlich ambulanter und stationärer Entgiftungen sowie Langzeittherapien) einen signifikanten Einfluss auf den Abschluss der aktuellen Behandlung (Mann-Whitney-Test, $p < 0,05$). Dabei zeigte sich, dass Drogenpatienten mit bis zu einem früheren ambulanten oder stationären Therapieversuch signifikant häufiger regulär, solche mit mehr als einem ambulanten oder stationären Therapieversuchen signifikant häufiger irregulär die Behandlung beendeten (s. **Tab. 1**). Betrachtete man lediglich die Anzahl und Erfolgsquote stationärer Entgiftungsbehandlungen (ohne ambulante und Langzeittherapien) bzw. die Tatsache, ob nach der früheren stationären Entgiftung eine Anschlussbehandlung durchgeführt wurde oder nicht, so besaß dies bei beiden Patientengruppen keinen Einfluss auf die Art des aktuellen Behandlungsabschlusses.

Diejenigen Drogenpatienten, die zu Behandlungsbeginn im Drogenscreening auf bis zu eine konsumierte Substanz positiv getestet wurden, schlossen signifikant häufiger regulär ab, als Drogenpatienten, die zwei oder mehr unterschiedliche Substanzen konsumiert hatten (Mann-Whitney-Test, $p < 0,05$). Alkoholpatienten wiesen im Vergleich zu den Drogenpatienten erwartungsgemäß einen signifikant höheren Alkoholspiegel bei Aufnahme auf ($M \pm sd$ in %, Alkoholpatienten: $1,98 \pm 1,05$, Drogenpatienten: $0,83 \pm 1,05$, Mann-Whitney-Test, $p < 0,0001$). Innerhalb der Gruppe der Drogenpatienten brachen diejenigen Patienten signifikant häufiger die Behandlung irregulär ab, die jemals in ihrem Leben Heroin ($\chi^2 = 10,29$, $df = 1$, $p < 0,001$), Methadon ($\chi^2 = 5,72$, $df = 1$, $p < 0,05$) oder andere Opiate ($\chi^2 = 7,81$, $df = 1$, $p < 0,005$) konsumiert hatten. Dagegen konnte für den Konsum von Benzodiazepinen, Amphetaminen, Kokain, Cannabis, LSD, Ecstasy, Analgetika, Antidepressiva und sonstigen Drogen kein Einfluss auf die Art des Behandlungsabschlusses nachgewiesen werden.

Einfluss der Psychopathologie, der Entzugssymptomatik sowie psychiatrischer und somatischer Komorbidität

Bei den Alkoholpatienten erwies sich ein unauffälliger psychopathologischer Aufnahmebefund hinsichtlich der Variablen „Orientierung“, „Affektivität“, „kognitive Funktionen“, „Gefährdung“ und „Behandlungseinsicht“ als günstig für einen regulären Behandlungsabschluss (s. **Tab. 2**). Ein Vergleich der Blutalkoholkonzentration bei Aufnahme zwischen denjenigen Alkoholpatienten, die eine unauffällige Psychopathologie aufwiesen und denjenigen, die Auffälligkeiten zeigten, erbrachte einen signifikant höheren Wert lediglich für die Variable „Gefährdung“. Das Vorliegen psychiatrischer oder somatischer Komorbidität (außer Hepatitis C) und die Dauer der Suchterkrankung hatten bei beiden Patientengruppen keinen signifikanten Einfluss auf einen irregulären Behandlungsabschluss, wobei sich lediglich somatische Komorbidität bei den Drogenpatienten, jedoch nicht bei den Alkoholpatienten, von tendenzieller Bedeutsamkeit erwies ($\chi^2 = 3,35$, $df = 1$, $p = 0,067$) und Alkoholpatienten mit pathologischen Auffälligkeiten im EKG im Vergleich zur Gruppe der Drogenpatienten die Behandlung eher irregulär abschlossen ($\chi^2 = 3,33$, $df = 1$, $p = 0,068$).

Die Gruppe der Alkoholpatienten unterschied sich von den Drogenpatienten signifikant bezüglich der Dauer der Entzugssymptomatik (Mann-Whitney-Test, $p < 0,05$). So waren bei der Gruppe der Alkoholpatienten Entzugssymptome durchschnittlich 3 Tage und bei den Drogenpatienten 5 Tage dokumentiert worden. Bezüglich der Ausprägung der Entzugssymptomatik ließ sich feststellen, dass die Drogenpatienten bei mittlerer bis starker Entzugssymptomatik eher irregulär abschlossen. In der Gruppe der Alkoholpatienten brachen diejenigen Patienten die Therapie signifikant häufiger ab, bei denen in der Pflegedokumentation Schlafstörungen festgehalten worden waren ($\chi^2 = 4,75$, $df = 1$, $p < 0,05$). In der Gruppe der Drogenpatienten hatte diese Variable keinen Einfluss auf den Behandlungsabschluss.

Des Weiteren unterschieden sich die beiden Gruppen signifikant bezüglich des Zeitraumes, in dem sie während der Behandlung laut ärztlicher bzw. pflegerischer Dokumentation über Abbruchgedanken klagten (Mann-Whitney-Test, $p < 0,05$). Jedoch konnte nur bei den Alkoholpatienten ein tendenzieller Einfluss der Dauer von Abbruchgedanken auf einen irregulären Behandlungsabschluss festgestellt werden (Mann-Whitney-Test, $p = 0,099$). Bei beiden Gruppen erwies sich das Vorliegen von Behandlungsmotivation (Fremdeinschätzung) sowie eine bereits vor Aufnahme der Entgiftungsbehandlung oder während der stationären Behandlung geplante Anschlusstherapie als günstig für das Durchhaltevermögen (s. **Tab. 2**). In der Gruppe der Alkohol- oder

Tab. 1 Alkohol- und Drogenpatienten im Vergleich

Variable	Alkoholpatienten (n = 90)	Drogenpatienten (n = 149)	signif. (p)
Art des Behandlungsabschlusses (irregulär/regulär)	39/51	93/56	< 0,005
Geschlecht (m/w)	65/25	110/39	NS ¹
Lebensalter bei Behandlungsbeginn (Jahre)	45,32 (\pm 11,27)	31,65 (\pm 11,71)	< 0,001
somatische Komorbidität (außer Hepatitis C) (j/n)	37/53	24/125	< 0,0001
psychiatrische Komorbidität (j/n)	38/52	33/116	< 0,001
Bildungsstatus (niedrig/hoch) ²	29/22	70/28	= 0,074
Delinquenz (j/n)	6/34	60/39	< 0,0001

Werte in n oder $M \pm sd$

¹ NS = nicht signifikant

² niedrig = kein Abschluss/Hauptschulabschluss, hoch = Mittlere Reife/Abitur

Tab. 2 Determinanten für einen regulären/irregulären Behandlungsabschluss bei Alkohol- und Drogenpatienten

Prädiktor-Variablen	Alkoholpatienten Art der Entlassung			Drogenpatienten Art der Entlassung		
	irregulär	regulär	signif. (p)	irregulär	regulär	signif. (p)
soziodemografische, psychosoziale und suchtanamnestiche Daten						
Geschlecht (m/w)	30/9	35/16	NS	68/25	42/14	NS ¹
Lebensalter bei Behandlungsbeginn (Jahre)	44,87 ± 12,49	45,67 ± 10,36	NS	29,43 ± 7,38	35,34 ± 15,98	NS
Lebensalter bei Suchtbeginn (Jahre)	25,39 ± 10,62	26,15 ± 10,97	NS	18,04 ± 5,87	21,52 ± 11,25	NS
Dauer der Suchterkrankung (Jahre)	20,28 ± 11,96	17,30 ± 12,09	NS	10,93 ± 8,02	10,83 ± 7,40	NS
Bildungsstatus (niedrig/hoch) ²	10/7	19/15	NS	49/10	21/18	< 0,005
Delinquenz (j/n)	1/9	5/25	NS	43/20	17/19	< 0,05
Arbeitslosigkeit (j/n)	11/15	10/27	NS	46/27	19/27	< 0,05
Hepatitis C (j/n)	–	–	–	40/7	11/9	< 0,01
Anzahl zurückliegender suchtspezifischer Therapien (ambulant, stationär)	3,00 ± 4,98	3,63 ± 5,29	NS	3,62 ± 6,58	1,18 ± 1,91	< 0,05
psychopathologischer Aufnahmebefund						
Orientierung (allseits orientiert/nicht allseits orientiert)	26/11	48/2	< 0,005	86/5	54/2	NS
Affektivität (unauffällig/auffällig)	1/36	12/36	< 0,01	21/61	14/42	NS
kognitive Fähigkeiten – Gedankengang (unauffällig/auffällig)	12/12	33/11	< 0,05	59/19	37/11	NS
kognitive Fähigkeiten – Aufmerksamkeit und Konzentration (unauffällig/vermindert)	10/15	24/11	< 0,05	44/21	31/8	NS
Gefährdung (unauffällig/Eigen- o. Fremd- o. Eigen- u. Fremdgefährdung)	21/17	38/12	< 0,05	82/11	48/8	NS
Behandlungsmotivation (vorhanden/teilweise- o. nicht vorhanden)	6/20	15/4	< 0,0005	27/26	15/3	< 0,05
Behandlungseinsicht (vorhanden/teilweise o. nicht vorhanden)	12/16	19/3	< 0,005	39/12	12/4	NS
Komorbidität						
psychiatrische Komorbidität (vorhanden/nicht vorhanden)	16/23	22/29	NS	18/75	15/41	NS
körperliche Komorbidität (vorhanden/nicht vorhanden)	15/24	22/29	NS	11/82	13/43	= 0,067
EKG-Befund (unauffällig/auffällig)	7/13	29/20	= 0,068	48/25	35/20	NS
Kontakte und Pflegepersonal						
Kontakt zu Pflegepersonal (ohne Probleme/problematisch)	8/19	25/21	< 0,05	20/56	24/29	< 0,05
Kontakt zu Mitpatienten (ohne Probleme/problematisch)	8/4	26/8	NS	35/12	33/9	NS
Pflegediagnosen – Entzugssyndrom (j/n)	24/10	37/6	= 0,097	66/19	37/9	NS
Pflegediagnosen – Schlafstörungen (j/n)	7/28	19/25	< 0,05	40/46	17/27	NS
Pharmakotherapie						
Art der Entgiftung (warm/kalt)	–	–	–	52/20	37/13	NS
Polamidon – verabreichte Gesamtmenge (mg)	–	–	–	77,28 ± 74,24	56,25 ± 47,95	NS
Distraneruin – verabreichte Gesamtmenge (ml)	118,14 ± 71,42	177,04 ± 84,70	< 0,05	–	–	–
Anzahl psychotroper Medikamente	0,87 ± 1,08	1,49 ± 1,26	< 0,05	1,06 ± 1,12	1,38 ± 1,09	< 0,05
Bedarfsmedikamente (erhalten/nicht erhalten)	13/25	22/29	NS	56/36	26/30	= 0,087
Häufigkeit der Nutzung von Bedarfsmedikamenten	1,13 ± 3,44	1,12 ± 1,95	NS	2,06 ± 4,97	1,93 ± 3,56	NS
Anzahl positiv getesteter Substanzen bei Aufnahme	0,58 ± 0,69	0,43 ± 0,74	NS	1,86 ± 0,94	1,47 ± 1,03	< 0,05
Entzugssymptomatik (Fremdbeurteilung) (keine – leicht/mittel – stark)	16/12	35/14	NS	55/24	43/9	= 0,092
Anschluss therapie (geplant o. beabsichtigt/nicht geplant o. beabsichtigt)	15/18	32/15	< 0,05	30/53	47/8	< 0,0001

Werte in n oder M ± sd

¹ NS = nicht signifikant² niedrig = kein Abschluss/Hauptschulabschluss, hoch = Mittlere Reife/Abitur

Tab. 3 Schrittweise logistische Regression zur Vorhersage des Zielkriteriums eines regulären, bzw. irregulären Behandlungsabschlusses

Variable	B	SE	odds ratio (95 % KI ¹)
Modell 1 ² : Alkoholpatienten			
psychopathologischer Aufnahmebefund – Orientierung ³	2,79	1,09	16,32 (1,93, 137,77)
psychopathologischer Aufnahmebefund – Affektivität ⁴	2,00	1,08	7,35 (0,88, 61,17)
Modell 2 ⁵ : Drogenpatienten			
Anschluss therapie ⁶	- 1,39	0,60	0,25 (0,08, 0,81)
Arbeitslosigkeit ⁶	1,52	0,63	4,55 (1,33, 15,52)

¹ NS = nicht signifikant² niedrig = kein Abschluss/Hauptschulabschluss, hoch = Mittlere Reife/Abitur³ KI = Konfidenzintervall⁴ Modell 1: $\chi^2 = 19,76$, $p < 0,0001$, $n = 74$ ⁵ $p < 0,01$ ⁶ $p = 0,065$ ⁷ Modell 2: $\chi^2 = 13,27$, $p < 0,001$, $n = 62$ ⁸ $p < 0,05$

Drogenpatienten, welche eine Anschluss therapie geplant oder beabsichtigt hatten, spielte die Art der geplanten Anschluss therapie (ambulant oder stationär) keine Rolle hinsichtlich des Zielkriteriums eines irregulären Behandlungsabschlusses.

Einfluss der medikamentösen Therapie

Drogenpatienten, bei denen während der Entgiftung eine (ausschleichende) Substitution mit Polamidon durchgeführt wurde (so genannte „warme“ Entgiftung), wiesen hinsichtlich der Art des Behandlungsabschlusses keinen Unterschied zu Drogenpatienten ohne medikamentöse Substitution auf (so genannte „kalte“ Entgiftung). Jedoch unterschieden sich beide Gruppen signifikant hinsichtlich der Behandlungsdauer ($p < 0,0001$, Mann-Whitney-Test) ($M \pm s.d.$ in Tagen, „kalte“ Entgiftung: $6,85 \pm 3,65$, „warme“ Entgiftung: $13,79 \pm 8,42$). Alkoholpatienten, welche während der Entgiftungsbehandlung über einen längeren Zeitraum Clomethiazol (Distranneurin) erhalten hatten, schlossen tendenziell mit größerer Wahrscheinlichkeit regulär ab ($t = -1,87$, $p = 0,074$). Die kumulative Gesamtmenge des während der Entgiftung verabreichten Clomethiazol übte einen signifikanten Einfluss auf das Erreichen eines regulären Therapieabschlusses aus ($t = -2,21$, $p < 0,05$). Bei der Gruppe der Drogenpatienten entfaltete weder die Dauer der Verabreichung von Polamidon noch dessen kumulative Gesamtmenge einen statistisch bedeutsamen Einfluss auf die Art des Behandlungsabschlusses. Drogenpatienten, welche während ihrer Behandlung keine Bedarfsmedikamente erhalten, bzw. in Anspruch genommen hatten, schlossen jedoch tendenziell eher regulär ab im Vergleich zu Patienten, die während der Behandlung Bedarfsmedikamente beanspruchten. Die Häufigkeit, mit der Patienten während der Behandlung auf Bedarfsmedikamente zurückgriffen, hatte allerdings bei beiden Gruppen keinen Einfluss auf die Art des Abschlusses. Innerhalb der Gruppe der Alkoholpatienten brachen diejenigen Patienten ihre Therapie signifikant häufiger vorzeitig ab, die während der Entgiftungsbehandlung eine geringere Gesamtanzahl fest angesetzter psychotroper Medikamente aufwiesen (Mann-Whitney-Test, $p < 0,05$; $M \pm s.d.$ in Anzahl: regulärer Abschluss: $1,49 \pm 1,26$; irregulärer Abschluss: $0,87 \pm 1,08$). In der Gruppe der Drogenpatienten zeigte sich ein analoger Zusammenhang, (Mann-Whitney-Test, $p < 0,05$; $M \pm s.d.$ in Anzahl: regulärer Abschluss: $1,38 \pm 1,09$, irregulärer Abschluss: $1,06 \pm 1,12$).

Einfluss von Beziehungsaspekten (Bewertung durch das Pflegepersonal)

Sowohl in der Gruppe der Alkoholpatienten, als auch in der Gruppe der Drogenpatienten war ein regulärer Behandlungsabschluss signifikant mit einem vom Pflegepersonal wahrgenommenen und dokumentierten konfliktfreien Umgang im Stationsalltag assoziiert (Alkoholpatienten: $\chi^2 = 4,20$, $df = 1$, $p < 0,05$, Drogenpatienten: $\chi^2 = 5,00$, $df = 1$, $p < 0,05$). Bezüglich der vom Pflegepersonal eingeschätzten und dokumentierten Qualität der sozialen Kontakte eines Patienten zu seinen Mitpatienten zeigte sich bei beiden Gruppen kein Einfluss auf die Art des Behandlungsabschlusses.

Logistische Regressionsanalyse

Um ein geeignetes Modell einer logistischen Regression hinsichtlich der abhängigen Variable regulärer versus irregulärer Behandlungsabschluss sowohl bei der Gruppe der Alkohol- als auch bei der Gruppe der Drogenpatienten erstellen zu können, wurden Variablen, welche vorher als signifikant hinsichtlich des Zielkriteriums identifiziert wurden, untereinander auf signifikante Korrelationen hin überprüft und somit nur Variablen in ein logistisches Regressionsmodell aufgenommen, welche keine signifikante Korrelation aufwiesen. Aufgrund fehlender Angaben zu einzelnen Variablen konnten bei den Alkoholpatienten 74 Personen und bei den Drogenpatienten 62 Personen in das jeweils geeignetste Modell mit einbezogen werden.

Bei den Alkoholpatienten zeigte sich, dass sich mit den voneinander unabhängigen Variablen „Orientierung“ und „Affektivität“ des psychopathologischen Aufnahmebefundes das Kriterium eines regulären Abschlusses zu 97,7%, das eines irregulären Abschlusses zu 33,3% vorhersagen lässt. Bei den Drogenpatienten hingegen konnten die voneinander unabhängigen Variablen „geplante/beabsichtigte Anschluss therapie“ und „Arbeitslosigkeit“ in ein Modell aufgenommen werden, welches einen irregulären Abschluss zu 77,8% und einen regulären Abschluss zu 61,5% vorhersagt (s. [Tab. 3](#)).

Diskussion

Das Hauptziel der vorliegenden Untersuchung war die Identifizierung von Faktoren, die bei Alkohol- bzw. Drogenpatienten einen Einfluss auf die Abbruchrate im Rahmen einer niederschweligen, qualifizierten, stationären Entgiftungsbehandlung ausüben. Aufgrund des für beide Patientengruppen einheitli-

chen Stationssettings (inkl. der Aufnahmevoraussetzungen) konnten diesbezügliche Einflüsse auf die beschriebenen Unterschiede im Gegensatz zu früheren Untersuchungen weitgehend ausgeschlossen werden.

Die von uns gefundenen Abbruchraten von 43,3% bei den Alkoholpatienten und 62,4% bei den Drogenpatienten bestätigen zunächst die bereits in der Literatur beschriebenen hohen Abbruchraten, die insbesondere für niederschwellig konzipierte Behandlungseinrichtungen typisch sind [3,5]. Unsere Ergebnisse weisen jedoch auch darauf hin, dass Drogenpatienten im Vergleich zu Alkoholabhängigen tatsächlich, unabhängig vom Stationssetting, einem höherem Risiko eines irregulären Behandlungsabschlusses unterliegen [9]. Im Falle eines Behandlungsabbruchs trat dieser bei den von uns untersuchten Drogenabhängigen rascher nach Therapieantritt auf als bei den irregulär abschließenden Alkoholpatienten und war häufiger als bei diesen durch einen unerlaubten Substanzkonsum während der Behandlung bedingt. Diese Beobachtung steht nur scheinbar im Widerspruch zu dem Befund, dass bei den Drogenpatienten trotz höherer Abbruchraten mittelgradig oder stark ausgeprägte Entzugssymptome im Verlauf der Behandlung nicht häufiger – tendenziell sogar seltener – beobachtet wurden als bei den Alkoholpatienten. Vielmehr führen diese Befunde zu der Hypothese, dass Drogenpatienten über eine insgesamt geringer ausgeprägte Impulskontrolle und Frustrationstoleranz verfügen und dass es ihnen schlechter als den Alkoholpatienten gelingt, die während der Entgiftung auftretenden aversiven Affektzustände zu tolerieren bzw. zu kompensieren. Ein direkter Einfluss psychiatrischer Komorbidität auf diesen Effekt (insbesondere im Bereich der Persönlichkeitsstörungen) wird durch unsere Befunde nicht nahegelegt [5,10,11]. Einschränkend muss hierbei jedoch berücksichtigt werden, dass die psychiatrische Komorbidität in der vorliegenden Untersuchung lediglich retrospektiv und nicht standardisiert erhoben wurde. Die dargestellte Hypothese sollte daher in prospektiven Studien gezielter untersucht werden.

Als eines unserer Hauptergebnisse kann weiterhin festgehalten werden, dass bei Drogenpatienten eher soziodemografische und psychosoziale Faktoren den Behandlungserfolg beeinflussten, während bei den Alkoholpatienten eher psychopathologische Faktoren relevant für den regulären Abschluss der Behandlung waren. Demnach handelte es sich bei dem typischen abbruchgefährdeten Drogenpatienten um einen gering qualifizierten, arbeitslosen, Hepatitis-C-infizierten und vorbestraften polytoxikomanen Abhängigen, der in der Vergangenheit bereits mehrere Therapieversuche erfolglos absolviert hat. Die Ausprägung der akuten Entzugssymptomatik (Fremdeinschätzung) spielte hier für den Behandlungsausgang eher eine untergeordnete Rolle. Dagegen fiel der typische abbruchgefährdete Alkoholpatient bereits in der Aufnahmeuntersuchung durch kognitive und/oder affektive Veränderungen auf, ohne dass diese eindeutig einer stärkeren Ausprägung der akuten Intoxikation hätten zugeordnet werden können. Psychosoziale Faktoren waren hier in Hinsicht auf den Behandlungsabschluss weniger relevant, während jedoch das Vorhandensein von Entzugssymptomen während der Behandlung eine größere Rolle zu spielen schien, als bei den abbruchgefährdeten Drogenpatienten.

Vergleicht man diese unter einheitlichem stationären Behandlungssetting identifizierten prädiktiven Variablen beider Gruppen miteinander, so zeigt sich, dass sich bei den Alkoholpatienten mit Teilaspekten des psychopathologischen Aufnahmebefundes (z.B. Affektive Veränderungen) und entzugsbedingten Befindlichkeitsstörungen (z.B. Schlafstörungen) vorrangig sol-

che Merkmale von Relevanz erweisen, deren Ausprägung einer relativ kurzfristigen therapeutischen Beeinflussung im Rahmen der aktuellen Behandlung unterliegt. Diese Feststellung steht auch in Übereinstimmung mit unserem Befund, dass bei den Alkoholpatienten eine höhere verabreichte Gesamtmenge Clomethiazol einen signifikanten Einfluss auf die Art des Behandlungsabschlusses im Sinne des erwünschten Ergebnisses ausübte.

Dagegen wiesen bei den Drogenpatienten mit den o.g. psychosozialen Faktoren eher diejenigen Variablen ein prädiktives Potenzial auf, welche Folge einer z.T. längeren Entwicklung des Patienten darstellen und in der kurzfristigen Steuerbarkeit durch den Patienten größtenteils limitiert sind (Bildungsstatus, Delinquenz, Arbeitslosigkeit, chronische Hepatitis-C-Infektion). Vor dem Hintergrund dieser Befunde ist der Aussage von Gößling u. Mitarb. [3] vorbehaltlos zuzustimmen, die darauf hinweisen, dass die Effektivität therapeutischer Interventionen bei abbruchgefährdeten Entzugspatienten im Wesentlichen davon abzuhängen scheint, ob es gelingt, dem Patienten eine optimistisch getönte, an noch verbliebenen Möglichkeiten und positiven Erwartungen bzw. Zielvorstellungen orientierte Selbsteinschätzung zu vermitteln. Dagegen scheint die Art der medikamentösen Begleitbehandlung während der Entgiftung („warme“ vs. „kalte“ Entgiftung) bei den Drogenabhängigen nur einen unwesentlichen Einfluss auf den Behandlungsausgang zu nehmen. Zwar schlossen Drogenpatienten, welche während ihrer Behandlung keine Bedarfsmedikamente erhalten hatten, tendenziell eher regulär und jene, welche eine höhere Anzahl psychotroper Festmedikation erhielten – analog zu den Alkoholpatienten – signifikant häufiger regulär ab. Die Tatsache jedoch, dass sich Drogenpatienten, welche eine polamidongestützte „warme“ Entgiftung durchführten, im Vergleich zu den „kalt“ entgiftenden trotz einer um ca. 7 Tage längeren Behandlungsdauer in der Art des Behandlungsabschlusses nicht wesentlich unterschieden, bestätigt die in der Literatur beschriebene Beobachtung, dass der Einsatz von Methadon/Polamidon in der Entgiftung den Zeitpunkt eines Abbruchs im Vergleich zum kalten Entzug bei ansonsten unverändertem Behandlungssetting hinauszögert, ohne aber eine Verringerung der Gesamtabbruchrate zu bewirken [3,8]. Entsprechend zeigte auch die verordnete Gesamtmenge Polamidon bei den Drogenpatienten keinen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit regulärem und irregulärem Therapieabschluss. Inwieweit der längere Verbleib der polamidongestützten Patienten in der stationären Behandlung tatsächlich als „therapeutisches Fenster“ zum gezielten Einsatz der o.g. motivationsstärkenden Interventionen genutzt werden kann, sollte ebenfalls in prospektiven Studien weiter geklärt werden. Die Variablen „Behandlungsmotivation“, „Verfügbarkeit einer Anschlusstherapie“ und „Kontakt zum Pflegepersonal“ erwiesen sich in unserer Studie sowohl bei Alkohol- als auch bei Drogenpatienten als prädiktive Variablen. So war ein vom Pflegepersonal wahrgenommener und in der Pflegedokumentation festgehaltener konfliktfreier Umgang im Stationsalltag bei beiden Gruppen signifikant mit einem regulären Behandlungsabschluss assoziiert. Soziale Konflikte im Stationsalltag gehören sicherlich zum „Normalfall“ auf einer Entgiftungsstation. Je ausgeprägter und nachhaltiger sie jedoch auf den Stationsalltag einwirken, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie auch in der Pflegedokumentation ihren Niederschlag finden. Außerdem können auch primär eher belanglose Konflikte unter ungünstigen Umständen eskalieren und dann zu einem vorzeitigen Behandlungsabbruch führen. Wertfrei betrachtet können derartige Konflikte durch unterschiedliche Faktoren begünstigt werden: Aus Sicht des Pa-

tienten können sie Ausdruck einer unzureichend kompensierten entzugsbedingten Affektstabilität bzw. eines dysfunktionalen Interaktionsstils bei komorbider Persönlichkeitsstörung sein. Aus Sicht des Pflegepersonals bzw. des therapeutischen Teams müssen psychodynamisch (insbesondere aggressive) Gegenübertragungsphänomene bedacht werden. Jedenfalls sollte die Kompetenz des therapeutischen Teams, mit Konflikten im Stationsalltag adäquat umzugehen und ggf. einen therapeutischen Zugang zu diesen zu entwickeln, immer auch als wichtige Ressource bei der Entgiftungsbehandlung gerade „schwieriger“ Patienten betrachtet werden. Unsere Ergebnisse betonen daher, dass diese Fähigkeit auch einen Ansatzpunkt für Interventionen (z.B. Team-Supervision) darstellt, die den Verbleib abbruchgefährdeter Patienten in stationärer Behandlung begünstigen können. Darüber hinaus kann eine Häufung sozialer Konflikte im Einzelfall natürlich auch als Indikator einer primär unzureichenden Behandlungsmotivation interpretiert werden, die dazu führt, dass der Patient disziplinarische Regelverstöße eher „riskiert“. Entsprechend konnte in unserer Studie auch eine signifikante Assoziation zwischen der Art des Behandlungsabschlusses und der in der Aufnahmesituation eingeschätzten und im Aufnahmebefund dokumentierten Behandlungsmotivation belegt werden. Ein analoger Zusammenhang ließ sich auch für die Variable „Anschluss therapie“ für beide Patientengruppen zeigen. Die Ergebnisse der Untersuchung machen somit erneut die zentrale Rolle der (schwer operationalisierbaren) Variable „Behandlungsmotivation“, sowie die damit verbundene Bedeutung einer geplanten Anschluss therapie für den erfolgreichen Abschluss der Entgiftungsbehandlung deutlich.

Die Limitationen unserer Untersuchung sind im Wesentlichen durch das retrospektive Studiendesign gegeben: Die sich durch die Aktenlage ergebenden fehlenden Daten erlauben aufgrund z.T. geringer Fallzahl nur eine eingeschränkte Generalisierbarkeit, bzw. könnten nur für die betrachtete Population Gültigkeit haben. Mangelnde Konsistenz in der Erfassung der relevanten Daten im Klinikalltag limitierten die Validität. Diese Effekte wurden jedoch durch die z.T. routinemäßig genutzten standardisierten Erhebungsmethoden etwas minimiert. Gleichwohl wurde eine Reihe der verwendeten Daten nicht standardisiert erfasst, sondern diese Daten beruhen auf freien Interviews (anamnestische Angaben der Patienten) bzw. klinischer Einschätzung (z.B. psychiatrische Komorbidität). Speziell der Entwicklung von logistischen Regressionsmodellen wurde durch fehlende Daten, sowie durch das Problem signifikanter Inter-Korrelationen einzelner als prädiktiv identifizierter Variablen Grenzen gesetzt. Außerdem wird die Aussagekraft einzelner Ergebnisse durch das inferenzstatistische Problem des multiplen Testens eingeschränkt. Die genannten Faktoren könnten eine Ursache dafür sein, dass sich für die Ausprägung des Zielkriteriums „irreguläres Behandlungsende“ für die Gruppe der Alkoholpatienten nur Modelle erstellen ließen, bei welcher diese Ausprägung zu einem geringeren Anteil als ein reguläres Behandlungsende vorhergesagt werden kann.

Trotz dieser methodischen Einschränkungen konnten wir eine Reihe von Faktoren identifizieren, die eine potenzielle Bedeutung für den Verlauf und den erfolgreichen Abschluss einer sta-

tionären Entgiftungsbehandlung besitzen. Unsere Ergebnisse regen darüber hinaus zu einer differenzierten Betrachtung der Risikofaktoren bzw. Risikoprofile eines irregulären Behandlungsabschlusses bei Patienten mit unterschiedlichen Suchterkrankungen bzw. unterschiedlichen Konsummustern an.

In Anbetracht der oben geschilderten Ausführungen erscheint es sinnvoll, die für das Zielkriterium als aussagekräftig ermittelten Variablen durch eine prospektive Studie zu bestätigen. Dabei könnten auch weitere potenziell bedeutsame Prädiktoren, wie z.B. Persönlichkeitsvariablen, Komorbidität, Verlauf der Entzugssymptomatik u.a. gezielter untersucht werden. Aussagekräftige Prädiktoren eines irregulären Behandlungsabschlusses könnten zu einem standardisierten Fragebogen bzw. Screening-Instrument zusammengefasst werden, der/das im Klinikalltag einsatzfähig ist. Dies würde die frühe Identifizierung von Risikopatienten für einen vorzeitigen Behandlungsabbruch unterstützen und damit die Möglichkeit gezielter Interventionen eröffnen, um diese Patienten in der Behandlung zu halten.

Danksagung



Wir danken allen Mitarbeitern der Station Gruhle der Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg für die konstruktive und kollegiale Zusammenarbeit. Unser besonderer Dank gilt in dieser Hinsicht der Stationsleitung, Frau Gisela Luther.

Literatur

- 1 Gentile MA, Milby JB. Methadone maintenance detoxification fear: a study of its components. *J Clin Psychol* 1992; 48 (6): 797–807
- 2 Allen J, Copello A, Orford J. Fear during alcohol detoxification: views from the clients' perspective. *J Health Psychol* 2005; 10 (4): 503–510
- 3 Gößling HW, Gunkel S, Schneider U, Melles W. Häufigkeit und Bedingungsfaktoren des Behandlungsabbruchs im stationären Drogenentzug. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2001; 69: 474–481
- 4 Backmund M, Meyer K, Eichenlaub D, Schutz CG. Predictors for completing an inpatient detoxification program among intravenous heroin users, methadone substituted and codeine substituted patients. *Drug Alcohol Depend* 2001; 64 (2): 173–180
- 5 Martínez-Raga J, Marshall EJ, Keaney F, Ball D, Strang J. Unplanned versus planned discharges from in-patient alcohol detoxification: retrospective analysis of 470 first-episode admissions. *Alcohol Alcohol* 2002; 37: 277–281
- 6 Strang J, Marks I, Dawe S, Powell J, Gossop M, Richards D, Gray J. Type of hospital setting and treatment outcome with heroin addicts. Results from a randomised trial. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 335–339
- 7 McLellan AT, Druley KA. The readmitted drug patient: evidence of failure or gradual success? *Hosp Community Psychiatry* 1977; 28 (10): 764–766
- 8 Gößling HW, Gunkel S, Wegener U, Woiton V. Auswirkungen fraktionierter Methadongabe im klinischen Opiatentzug. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1998; 66 (6): 278–285
- 9 Blondell RD, Amadasu A, Servoss TJ, Smith SJ. Differences among those who complete and fail to complete inpatient detoxification. *J Addict Dis* 2006; 25 (1): 95–104
- 10 Beck NC, Shekom W, Fraps C, Borgmeyers A, Witt A. A. Prediction of discharge against medical advice. *J Stud Alcohol* 1983; 44: 171–180
- 11 Pekarik G, Jones DL, Blodgett C. C. Personality and demographic characteristics of dropouts and completers in a nonhospital residential alcohol treatment program. *Int J Addict* 1986; 21 (1): 131–137