MÜHLHOF
Zentrum für Suchttherapie
und Rehabilitation

atf alkoholismus therapieforschung schweiz

Autoren summary
Sonja Stutz, Susanne Rösner, Katrin Schläfli
und Harald Klingemann (2012)

act-info Patientenmonitoring 2011
Executive-Summary – Mühlhof
Zentrum für Suchttherapie und Rehabilitation.
Tübach, Mühlhof & atf Schweiz

Executive Summary 2011

Eckdaten im Überblick

2011	Eintritte:	55 Patient/innen
	Austritte:	54 Patient/innen
2010	Eintritte:	56 Patient/innen
	Austritte:	59 Patient/innen
2009	Eintritte:	50 Patient/innen
	Austritte:	50 Patient/innen
2008	Eintritte:	54 Patient/innen
	Austritte:	49 Patient/innen
2007	Eintritte:	46 Patient/innen
	Austritte:	50 Patient/innen
2006	Eintritte:	54 Patient/innen
	Austritte:	50 Patient/innen
2005	Eintritte:	50 Patient/innen
	Austritte:	53 Patient/innen
2004	Eintritte:	39 Patient/innen
	Austritte:	36 Patient/innen

Soziodemographische Merkmale bei Eintritt

(Eintritte 2011)

Geschlecht	74,5% Männer (n=41)
N=55	25,5% Frauen (n=14)
Durchschnittsalter	46,5 Jahre
N=55	(Männer: 45 Jahre, Frauen: 50 Jahre)
Staatsangehörigkeit	72,7% Schweizer/innen
N=55	21,8% EU
	5,5% andere
Zivilstand	42% ledig
N=55	42% geschieden
	13% verheiratet
	4% getrennt (gerichtlich)

Sozioökonomischer Status bei Eintritt

(Eintritte 2011)

Höchste Ausbildung	20% obligatorische oder weiter führende Schule
N=55	53% Berufsschule
	2% Matura oder DMS
	18% Fachhochschule, höhere Berufsbildung
	7% keine Ausbildung
Erwerbsstatus	18% Vollzeitarbeit (ab 70%)
N=55	2% Teilzeitarbeit
	36% auf Stellensuche
	33% nicht auf dem Arbeitsmarkt aktiv
	11% anderes
Lebensunterhalt	9% Ersparnisse/Partner/in
N=53	27% Sozialhilfe/Fürsorge
	24% Erwerbseinkommen
	15% Arbeitslosenversicherung
	16% Rente (AHV, IV, etc.)
	9% anderes
Berufliche Stellung	67% nicht erwerbstätig
N=53	7% ungelernte Arbeiter/innen
	9% gelernte Arbeiter/innen
	9% Angestellte/r
	4% selbständig
	2% Kader
	4% andere Stellung
Schulden	51% keine
N=53	32% bis CHF 25'000.–
	17% mehr als CHF 25'000.–

Soziales Umfeld bei Eintritt

(Eintritte 2011)

Partnerschaft	36% haben eine feste Beziehung,
N=55 (N=18)	davon vermuten 39% Suchtprobleme bei Partner/in
	58% sind alleinstehend
	6% zeitweilige Beziehung(en)
	51% haben Kinder
Zufriedenheit	70% sind zufrieden mit ihrer Beziehungs-situation
N=53, 54, 55	76% sind zufrieden mit ihrem Freundeskreis
	55% sind zufrieden mit ihrer Freizeit

Umstände bei Behandlungsbeginn

(Eintritte 2011)

Hauptzuweiser	55% Eigeninitiative
N=55	
Weitere Zuweiser	Mehrfachangaben möglich
N=55	16% Arztpraxis
	29% Familie, 6% Freunde
	18% Suchtinstitutionen
	21% Sozialdienste
	4% Arbeitgeber
	16% Partner/in
	16% Spitäler
	9% Verurteilung/Massnahme
Hauptproblemsubstanz	100% Alkohol
N=55	87% der Patient/innen sind ausserdem Raucher/innen (Tabak)
Therapieziel	76% definitive Abstinenz
N=54	9% zeitlich begrenzte Abstinenz
	7% kontrollierter Konsum
	6% noch nicht festgelegt

Allgemeiner Gesundheitszustand

(Eintritte 2011)

Physische Gesundheit	64% körperliche Suchtfolgeerkrankungen
N=55, 50	31% nicht suchtbezogene körperliche Erkrankung
Psychische Gesundheit	30-Tage-Prävalenz
N=55	40% psychische Probleme, nämlich: (Mehrfachangaben)
	11% medikamentös behandelte Probleme
	13% kognitive Probleme
	9% Depression
	5% Angstzustände
	4% Probleme mit Gewaltkontrolle
	2% Suizidgedanken, 2% Suizidversuch
N=55	Lebenszeitprävalenz
	69% psychische Probleme, nämlich: (Mehrfachangaben)
	24% medikamentös behandelte Probleme
	18% Angstzustände
	31% Depression
	20% kognitive Probleme
	15% Suizidgedanken, 13% Suizidversuche
	13% Probleme mit Gewaltkontrolle

Behandlungsverlauf

(Austritte 2011)

Therapiedauer N=54	Gesamt: ∅ 23 Wochen (Männer: 24 Wochen; Frauen: 20 Wochen)
Stationen N=54	45% Psychotherapie ∅ 24 Wochen Behandlungsdauer 53% Sozialrehabilitation ∅ 22 Wochen Behandlungsdauer
Rückfälle N=54	57% abstinent 15% einen Rückfall 28% Rückfälle während Behandlung ≥ 2

Umstände bei Behandlungsbeginn

(Austritte 2011)

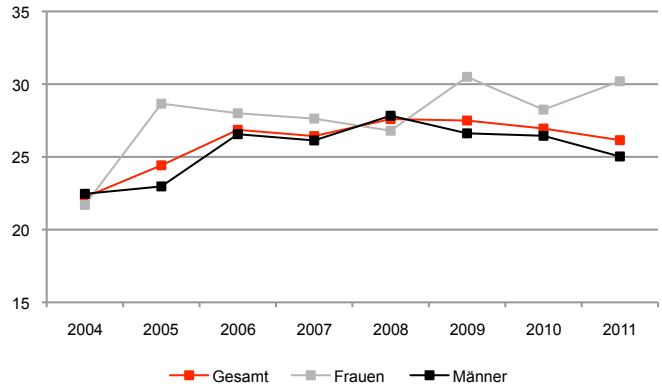
Behandlungsabschluss N=54	72% planmässig mit Übertritt 9% planmässig ohne Übertritt 19% expliziter Abbruch
Nachsorge N=54	Bei 87% der Patient/innen ist die Nachsorge geregelt: 78% in Alkohol- und Drogenberatungsstelle 11% in Selbsthilfegruppe
Therapeutenprognose N=54	13% sehr gut 47% gut 34% eher ungünstig 6% ungünstig

Ausgewählte Trends

ALKOHOLWERTE «AUDIT»[1]

(Eintritte 2004 bis 2011)

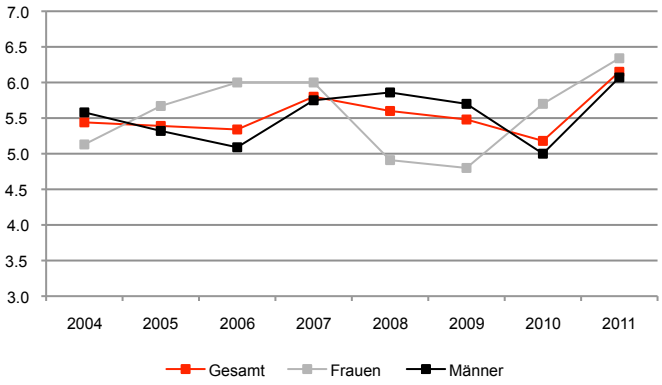
Die durchschnittlichen Gesamtwerte des AUDIT verzeichnen seit 2009 eine leichte Abnahme von ca. 0.5 Punkten pro Jahr. Nach Leitlinien der WHO besteht bei einem Punktwert ab 8 ein Gesundheitsrisiko, bei einem Wert zwichen 16 und 19 ist ein hohes Niveau des problematischen Alkoholkonsums erreicht, welches zumindest eine Beratung des Betreoffenen und evtl. eine Kurzintervention erfodert. Ab einem AUDIT-Score von 20 gilt die höchste Risikostufe mit der Empfehlung einer ausführlichen Diagnostik und Therapie (in Abhängigkeit vom Ergebnis der Alkoholdiagnostik). Bei 84% in den Mühlhof eingetretenen Personen liegt der AUDIT-Score über dem Schwellenwert eines problematischen Konsums, bei 76% der im Berichtsjahr 2011 eingetretenen Personen ist die höchste Risikostufe nach AUDIT erreicht. Die Werte der Männer entsprechen über alle Beobachtungsjahre in etwa dem jeweiligen Gesamtwert, 2011 lag dieser bei 26.1. Wie dieser sank auch der durchschnittliche AUDIT-Wert der Patienten (n=36) 2011 um gut einen Punkt auf einen Wert von 25.0. Die Frauen lagen mit Ausnahme des Jahres 2008 stets etwas höher als die Männer. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Werte der Frauen (n=10) durchschnittlich auf 30.2 an. Dies basiert für das Berichtsjahr auf einem Anstieg der durchschnittlichen Trinkmenge pro Tag sowie hohen Ausprägung bezüglich Reue- und Schuldgefühle aufgrund des Alkoholkonsums. Insgesamt können die grösseren Schwankungen der AUDIT-Werte über die Jahre, die bei den Frauen zu verzeichnen sind, im Vergleich zum Gesamtwert oder den Werten der Männer auch auf die geringe Anzahl Patientinnen zurückgeführt werden bzw. auf den stärkeren Einfluss einzelner Patientinnen mit extremen Ausprägungen.



RAUCHERWERTE «FAGERSTRÖM»[2]

(Eintritte/Austritte 2004 bis 2011)

Im Berichtsjahr 2011 stieg die Ausprägung der durchschnittlichen Tabakabhängigkeit, gemessen mit dem Fagerström-Test, auf einen Höchstwert von 6.2. Dabei lag der Anteil der Raucher/innen bei Eintritt im Vergleich zum Vorjahr mit 87% um zwei Prozent tiefer. Der Nikotinabhängigkeitsgrad bei den Frauen war mit 6.3 Punkten leicht höher als bei den Männern (6.1 Punkte). Auch der prozentuale Anteil der Raucherinnen unter den 2011 eingetretenen Patientinnen lag mit 93% (n=13) höher als bei den 35 Männern (85%). Unter den 2011 ein- und ausgetretenen Patient/innen gelang es einer Person das Rauchen aufzugeben. Im Vergleich zwischen Ein- und Ausritt sank die durchschnittliche Stärke der Nikotinabhängigkeit insgesamt um rund 1 Punkt auf 5.3. Dabei ist sowohl bei den weiblichen als auch bei den männlichen Raucher/innen eine ähnlich starke Reduktion zu beobachten.



[1] The Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT: Maximale Punktzahl 40, wobei ab 8 Punkten ein Gesundheitsrisiko besteht.

[2] FAGERSTRÖM: Skala von 1 bis 10 (0–5: geringe bis mittlere Abhängigkeit / 6–10: starke bis sehr starke Abhängigkeit)

Psychische Komorbidität: Die Bedeutung von Entstehungsmodellen für Diagnostik und Therapie

Susanne Rösner

Jeder zweite alkoholabhängige Patient entwickelt im Laufe seines Lebens neben der Abhängigkeitserkrankung eine weitere psychische Störung, in der Allgemeinbevölkerung ist „nur" jeder Fünfte von einer psychischen Störung betroffen (Lieb 2007). Damit verdoppelt eine Alkoholabhängigkeit das Risiko weiterer psychischer Erkrankungen. Die aus statistischer Sicht überzufällig häufige Koinzidenz substanzbezogener und anderer psychischer Störungen ist unter anderem aus der pharmakologischen Wirkung des Alkohols ableitbar. So beeinflusst Alkohol eine Vielzahl unterschiedlicher Neurotransmitter-Systeme, unter anderem auch diejenigen Systeme, die an der Vermittlung von Entspannung, Belohnung und Euphorie sowie Stimmung und Impulskontrolle beteiligt sind. Welche dieser Wirkkomponenten des Alkohols im Vordergrund steht, hängt von vielfältigen Faktoren wie biologischen Dispositionen, aber auch Wirkungserwartungen sowie gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen des Trinkens ab. Besonders seine Eigenschaft, aversive Befindlichkeiten wie Spannungszustände und Ängste abzuschwächen sowie seine einfache und praktisch immer gegebene Verfügbarkeit, erklären die hohe Attraktivität des Alkohols als Mittel der Selbstmedikation. Auf längere Sicht jedoch nimmt die alkoholinduzierte Spannungsreduktion dem Betroffenen die Möglichkeit, effektive Strategien der Problembewältigung zu entwickeln. Darüber hinaus tragen neurobiologische und enzymatische Anpassungsprozesse zur Entwicklung von Alkoholtoleranz und zu Symptomen der psychischen und physischen Abhängigkeit bei. So mündet der anfangs als hilfreich erlebte Alkoholkonsum oftmals unweigerlich in einen Kreislauf verstärkter Probleme und gesteigerten Konsums.
Neben der alkoholinduzierten Verstärkung psychischer Symptome und Problembereiche kann der chronische Konsum von Alkohol aber auch dazu führen, dass diese erst entstehen (Hypothese der sekundären Abhängigkeit). So führen Prozesse der Gegenregulierung auf neurobiologischer Ebene dazu, dass durch Alkohol unmittelbar gehemmte Systeme langfristig hochreguliert und umgekehrt durch Alkohol verstärkte Systeme im Laufe des chronischen Konsums abgeschwächt werden. So kann die kontinuierliche Aktivierung des Systems, welches beruhigende Alkoholwirkungen vermittelt dazu führen, dass dieses nach Down-Regulierung Angst und Reizbarkeit auslöst. Neben einer unidirektionalen Kausalbeziehung zwischen Alkoholkonsum und Komorbidität dürfte in vielen Fällen eine interaktive Beeinflussung wirksam werden, bei der sich psychische Störungen und Alkoholwirkungen in einer Art „Teufelskreis" gegenseitig aufschaukeln (Moggi 2005).
Weitere Erklärungsmodelle gehen davon aus, dass die gemeinsam auftretende Substanzabhängigkeit und Komorbidität durch gemeinsame Faktoren wie genetische Prädispositionen oder Umweltfaktoren bedingt sind. So gibt es Hinweise, wonach die Komorbidität von Alkoholabhängigkeit und ADHS auf einen bestimmten Phänotyp hinweist, der mit einer besonders schweren Form der Alkoholabhängigkeit assoziiert ist (Johann 2003).

Die psychische Komorbidität der Alkoholabhängigkeit bestimmt nicht nur deren Ätiologie, sondern prägt auch deren Verlauf. Wie eine Reihe klinischer Studien zeigen, wirkt sich psychiatrische Komorbidität negativ auf den Verlauf alkoholbezogener Probleme aus. Dies betrifft sowohl die Schwere der Abhängigkeit im unbehandelten Verlauf als auch das Rückfallrisiko nach Therapie (Übersicht bei Shivani 2002). Eine an der Forel Klinik durchgeführte Untersuchung im Rahmen einer Dissertationsarbeit findet Hinweise, wonach die Progression der alkoholbezogenen Symptomatik bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen schneller verläuft als in der Vergleichsgruppe (Schwemmer 2011). Sowohl die eingangs dargestellten Hypothesen zur Krankheitsentwicklung und die Ergebnisse zum Krankheitsverlauf verdeutlichen die Notwendigkeit, therapeutische Angebote für Patienten mit Doppeldiagnosen integrativ zu gestalten und einerseits die Funktionalität des Alkoholkonsums in Hinblick auf die komorbide Symptomatik in die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung einzubeziehen, andererseits der Behandlung der komorbiden Symptomatik einen adäquaten Stellenwert in der Therapie einzuräumen. Die Berücksichtigung psychischer Komorbidität als Zuteilungskriterien individualisierter Ansätze der Alkoholbehandlung wird dadurch unumgänglich.
Wesentliche Voraussetzung integrativer und individualisierter Behandlungskonzepte ist eine umfassende Diagnostik von Abhängigkeit und Komorbidität sowie die Klärung der Kausalität der Beziehung. Die Anamnese des Verlaufs von Substanzkonsum und psychischer Symptombelastung sowie die Veränderung der Komorbidität in konsumfreien Phasen sind dabei von erheblicher Bedeutung. Die Weiterentwicklung von Screeing-Instrumenten, welche eine differentielle Diagnostik der Komorbidität leisten, aber auch die Entwicklung therapeutischer Ansätze, die Abhängigkeit und psychische Komorbidität integrativ berücksichtigen, werden wesentliche Herausforderungen zukünftiger Entwicklungen in Diagnostik und Therapie der Alkoholabhängigkeit sein.

Literatur:

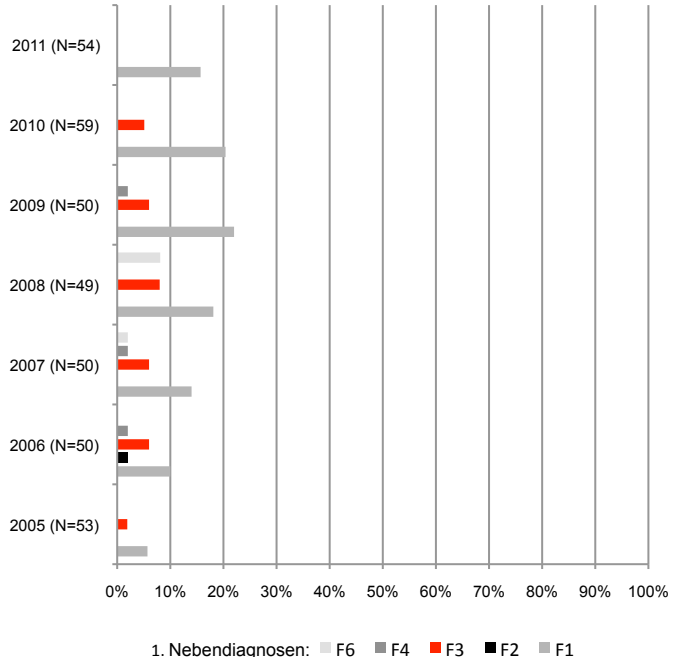
Lieb R, Isensee B (2002). Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: Moggi F (Hrsg.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht (S. 31-62). Bern: Huber 2002.
Moggi F. (2005). Etiological theories on the relationship of mental disorders and substance use disorders. In R. Stohler & W. Rössler (Eds.), Dual diagnosis. (pp. 1-14). Basel: Karger.
Johann M., Bobbe G., Putzhammer A., Wodarz N. (2003): Comorbidity of alcohol dependence with attention-deficit hyperactivity disorder: differences in phenotype with increased severity of the substance disorder, but not in genotype (serotonin transporter and 5-hydroxytryptamine-2c receptor). Alcohol. Clin. Exp. Res. 27, 1527-1534.
Shivani R, Goldsmith R, Anthenelli R. (2002). Alcoholism and psychiatric disorders: Diagnostic challenges. Alcohol Research and Health, 26(2), 90–98.
Schwemmer H. (2011). Doppeldiagnosen in stationärer suchtspezifischer Behandlung: Prävalenz und Zusammenhang mit behandlungsrelevanten Patientenmerkmalen. Medizinischen Fakultät der der Universität Zürich. Unveröffentlichte Dissertation.

HAUPT- UND NEBENDIAGNOSEN

(Austritte 2005 bis 2011)

Seit Einführung der act-info Statistik im Jahr 2004 werden bei Austritt neben den Hauptdiagnosen auch Nebendiagnosen erfasst. Wie für das Zentrum für Suchttherapie und Rehabilitation Mühlhof zu erwarten ist, lagen bei Austritt der Patient/innen, mit den beiden Ausnahmen 2005 und 2006, als Hauptdiagnosen ausschliesslich Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) vor.

Wie aus der Grafik ersichtlich wurden bei den Patient/innen des Mühlhofs über die Aufzeichnungsjahre zwischen 0% und 16% komorbide Störungsbilder diagnostiziert oder bestätigt. Der höchste Anteil ist im Jahre 2008 zu verzeichnen. Bei 8% der Patient/innen wurde eine affektive Störung (F3) und bei weiteren 8% eine Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (F6) als Nebendiagnose gestellt. Demgegenüber wurden im Berichtsjahr 2011 als Nebendiagnosen ausschliesslich Störungen aufgrund psychotroper Substanzen (F1) gestellt. Am häufigsten sind neben der Abhängigkeitserkrankung die affektiven Störungen vertreten. Der prozentuale Anteil dieser liegt für die Jahre 2005 bis 2010 zwischen knapp 2% (2005) und 8% (2008). Bei den F6 Nebendiagnosen der Jahre 2008 und 2007 handelt es sich um dissoziale, Borderline- sowie kombinierte Persönlichkeitsstörungen. Angststörungen (F2) wurden 2006, 2007 und 2009 jeweils bei einer Person diagnostiziert.

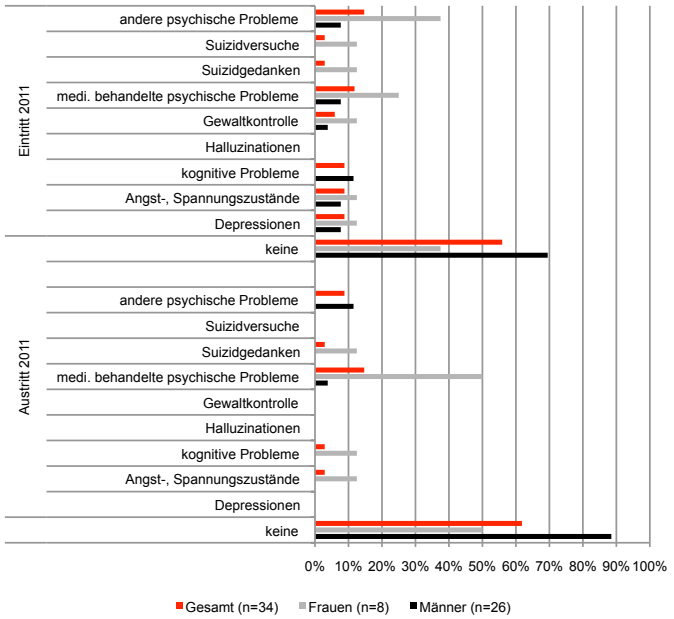


PSYCHISCHE PROBLEME

(Eintritt 2011 und Austritt 2011)

Bei 56% der Patient/innen, die 2011 in den Mühlhof eintraten, waren keine der in der Grafik aufgelisteten psychischen Probleme in den letzten 30 Tagen vor Eintritt zu verzeichnen. Bei denselben Patient/innen war bei Austritt gemäss Selbstangabe 62% von keinem der genannten psychischen Probleme betroffen. Dies traf auf 50% der Frauen und auf 88.5% der Männer zu. Zu beachten ist, dass im act-info Fragebogen bei der Frage nach psychischen Problemen mehrfach Antworten möglich sind. Bei Eintritt gaben jeweils 13% der Frauen an, dass sie unter Depressionen, Angst- und Spannungszuständen, Suizidgedanken, Suizidversuchen und/oder Problemen mit der Gewaltkontrolle litten. Der Anteil der Männer, die bei Eintritt an den genannten psychischen Problemen litten, war mit jeweils 8% etwas geringer. Keiner der 2011 eingetretenen Patienten berichtete über Suizidgedanken und lediglich eine Person über Probleme mit der Gewaltkontrolle. Wie aus der Grafik ersichtlich wird, nahmen im Verlauf der Behandlung die psychischen Probleme insgesamt ab. Demgegenüber stieg die Zahl der medikamentös behandelten psychischen Probleme bei den Frauen von 22% auf 50%, bei den Männern sank die Zahl von 8% auf 4%.

Eine Verbesserung zeigt sich auch in der Anzahl einzelner Symptome pro Patient/in. Bei Eintritt litten 50% der Patientinnen und knapp 27% der Patienten an einem oder zwei psychischen Problemen. Jeweils ein Mann bzw. eine Frau berichtete von mehr als drei Symptomen. Im Vergleich dazu waren es zum Austrittszeitpunkt noch lediglich 38% der Frauen und 12% der Patienten, die an einem oder zwei psychischen Problem litten.

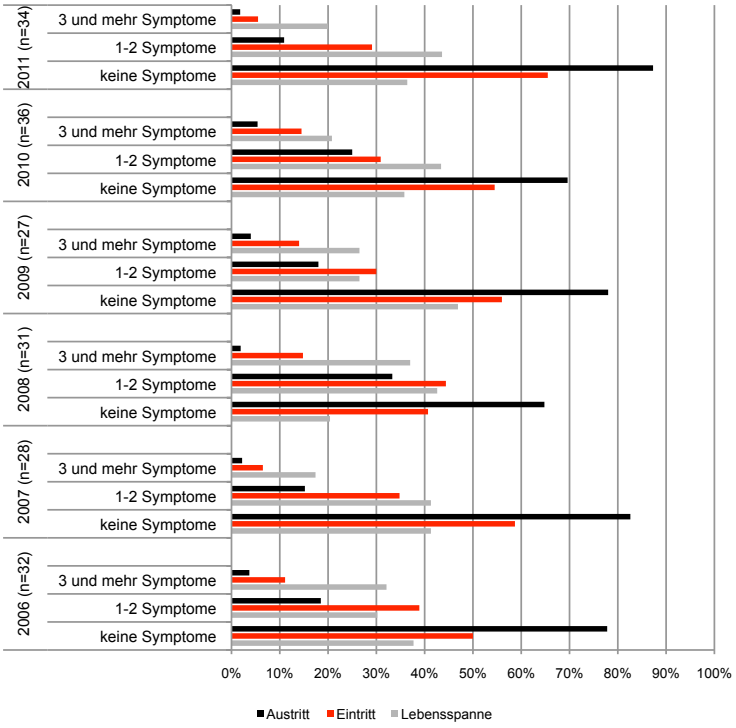


ANZAHL PSYCHISCHER PROBLEME

(Eintritte und Austritte 2006 bis 2011)

Die act-info Statistik erfasst sowohl bei Ein- und Austritt als auch über die gesamte Lebensspanne die psychischen Probleme der Patient/innen. Gefragt wird nach schweren Depressionen, Angst- und Spannungszuständen, kognitiven Problemen, Halluzinationen, Gewaltkontrolle, medikamentös behandelte psychische Probleme sowie Suizidgedanken und -versuche. Gruppiert man die Patient/innen basierend auf der Anzahl vorhandener Symptome pro Person (vgl. Grafik), zeigt sich im Verlauf der Aufzeichnungsjahre ein relativ ausgeglichenes Bild.

Über die gesamte Lebensspanne bis zum Eintritt nie an einem der genannten psychischen Probleme gelitten zu haben, wird von jeweils weniger als der Hälfte der Patient/innen berichtet. Im Monat vor Eintritt trifft dies jeweils noch auf 50% (2006) bis 66% (2011) der Patient/innen zu. Bei Behandlungsende berichteten zwischen knapp 65% und über 90% der Patient/innen an keinem dieser psychischen Probleme zu leiden. Auch der prozentuale Anteil der Personen, die jeweils an einem bis zwei der Symptome bzw. an drei oder mehr psychischen Problemen litten, weist über die Aufzeichnungsjahre kaum Schwankungen auf und ist bei Austritt meist bedeutend tiefer als bei Eintritt oder im Vergleich zur Lebensspanne. Einzig die Angaben im Jahre 2008 fallen dadurch auf, dass bedeutend weniger Personen bei Behandlungsbeginn (41%) bzw. über die Lebensspanne (20%) an keinen der erfragten Symptomen litten. Die Gruppe der Patient/innen, die innerhalb der bisherigen Lebensspanne an drei oder mehr psychischen Problemen litten (37%), sowie die Gruppe der Personen mit einem oder zwei Symptomen bei Behandlungsende (33%) sind relativ gross. Letzteres kann sicherlich dahingehend erklärt werden, dass die Gruppe mit mehreren Symptomen während des Behandlungsverlaufs von knapp 15% auf 2% sank, dies zugunsten eines prozentualen Anstiegs der Patient/innen mit einem bis zwei Symptomen bei Austritt.

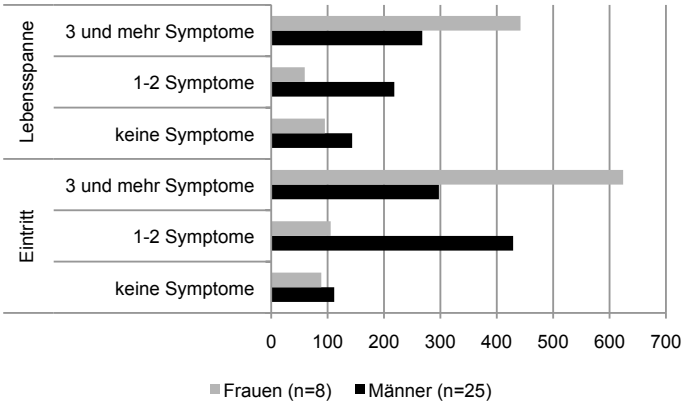


DURCHSCHNITTLICHER ALKOHOLKONSUM UND ANZAHL PSYCHISCHER SYMPTOME

(Eintritte 2011)

Die act-info Daten erlauben keine Aussage über komorbide Störungen der Patient/innen zum Zeitpunkt ihres Eintritts in das Zentrum für Suchttherapie und Rehabilitation Mühlhof. Die Annahme, dass Patient/innen mit komplexer Symptomatik einen schwierigeren Behandlungsverlauf bzw. höheren Alkoholkonsum im Vorfeld aufweisen, wurde deshalb anhand der Anzahl zusätzlicher psychischer Probleme (s. Seite 6) untersucht. Die 2011 in den Mühlhof ein- und ausgetretenen Patient/innen (n=34) wurden in drei Gruppen zusammengefasst. Personen, die an keinen weiteren psychischen Problemen litten, Personen, die ein bis zwei und diejenigen, die drei oder mehr Symptome berichteten. Bezüglich der Anzahl Konsumrückfälle während der Behandlung zeigte sich kein Unterschied zwischen den Gruppen bzw. der Anzahl Symptome.

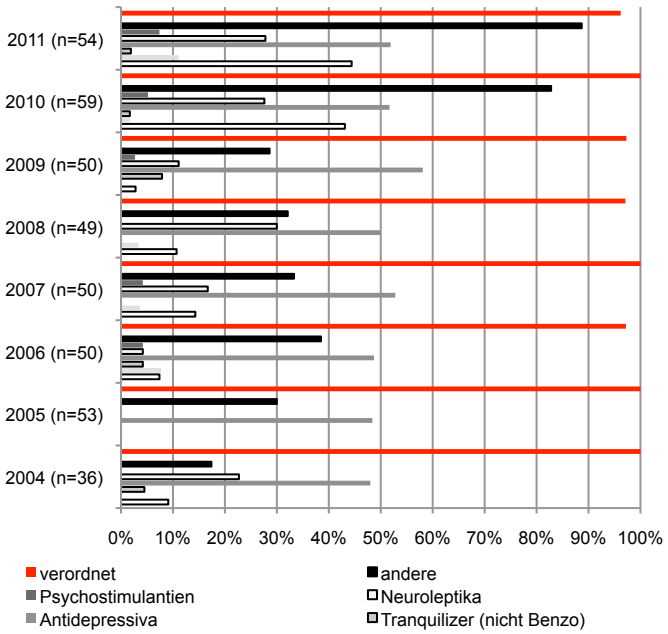
Dagegen fällt der hohe durchschnittliche Konsum der Frauen mit drei und mehr Symptomen sowie der Männer mit ein bis zwei Symptomen in der Zeit vor dem Entzug bzw. der Entwöhnungsbehandlung auf (vgl. Grafik). In beiden Gruppen ist dies auf den hohen Konsum einer Patientin (624g Ethanol/Tag) bzw. eines Patienten (951g Ethanol/Tag) zurückzuführen. Tendenziell zeigt sich ein positiver Zusammenhang zwischen der durchschnittlich konsumierten Menge Ethanol pro Tag und der Anzahl psychischer Probleme. Über die gesamte Lebensspanne bestätigte sich dieser Befund sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen.



MEDIKAMENTE

(Austritte 2004 bis 2011)

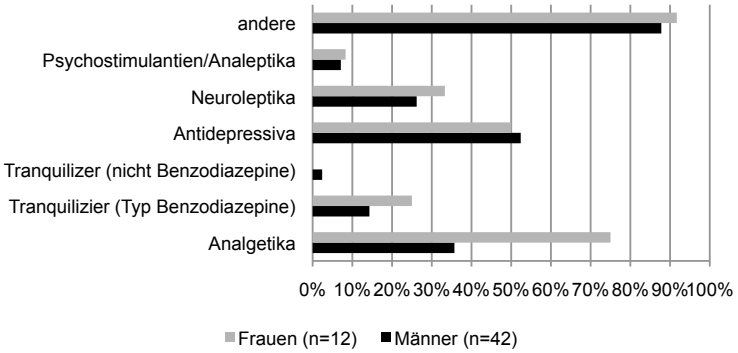
Der Anteil Patient/innen, die während der Behandlung verordnete Medikamente einnahmen, stieg während der Aufzeichnungsjahre 2004 bis 2011 kontinuierlich an. Berücksichtigt wurden für die Auswertung diejenigen Arzneimittel, die mindestens einmal täglich eingenommen wurden. Waren es 2004 noch 58% der Patient/innen, die medikamentös behandelt wurden, waren dies im Berichtsjahr 2011 insgesamt 89%.
Kaum eine Veränderung ist für den prozentualen Anteil der verordneten Antidepressiva zu beobachten, welche rund die Hälfte aller Patient/innen während ihres stationären Aufenthaltes einnahmen. Auffallend ist der starke Anstieg medikamentöser Therapien mit Analgetika von durchschnittlich 7% in den Jahren 2004 bis 2009 auf 44% in den Jahren 2010 und 2011. Mehr als verdoppelt hat sich in den beiden letzten Aufzeichnungsjahren auch die Verordnung „anderer", nicht näher spezifizierter Pharmaka. Worauf dieser Anstieg zurückzuführen ist, kann aus den act-info Daten selbst nicht erschlossen werden.
Einen geringen Anteil der verordneten Medikamente nahmen über alle Aufzeichnungsjahre hinweg die Tranquilizer ein, wobei die Benzodiazepine etwas häufiger eingesetzt wurden als andere. Diese wurden 2006 bis 2011 von 8% bzw. 11% der Patient/innen eingenommen.
Die Verordnung von Neuroleptika kann als schwankend bezeichnet werden. Wurden 2004 knapp 23% der Patient/innen mit diesen behandelt, so sank deren Anteil in den folgenden Jahren auf durchschnittlich 8% und stieg in der Folge wieder auf über 20% an. Mit 30% wurden Neuroleptika im Jahre 2008 am häufigsten verordnet.
Anzumerken bleibt, dass aufgrund der geringen Patientenzahl Merkmale einzelner Patient/innen stark ins Gewicht fallen, weshalb Schwankungen teilweise dadurch zu erklären sind.



MEDIKAMENTENEINNAHME NACH GESCHLECHT

(Austritte 2011)

Der Vergleich zwischen den Geschlechtern zeigt, dass die Patientinnen, die 2011 ihren stationären Aufenthalt im Mühlhof abgeschlossen haben, im Vergleich zu den Männern prozentual häufiger Medikamente einnahmen. Wie aus der Grafik ersichtlich, nahmen im Jahr 2011 92% der Patientinnen und 89% der Patienten nicht näher spezifizierte Arzneimittel ein. Zu erwähnen ist, dass das act-info bei dieser Frage mehrfach Antworten zulässt. 75% bzw. 33% der Frauen nahmen täglich Analgetika und/oder Neuroleptika ein. Vergleichbar zwischen den Geschlechtern war der prozentuale Anteil der verordneten Antidepressiva (Frauen 50%, Männer 52%) und Psychostimulantien (Frauen 8%, Männer 7%). Im Vergleich zu den Frauen, ist die Einnahme von Analgetika und/oder Benzodiazepine (75% bzw. 25%) bei den männlichen Patienten unüblicher (36% bzw. 14%).
Insgesamt zeigt sich über all die Aufzeichnungsjahre ein durchschnittlich leicht höherer Anteil aller eingenommenen Medikamente bei den Frauen. Wobei die verschiedenen Arzneimittel bis 2009 den männlichen Patienten prozentual häufiger verordnet wurden als den Frauen.

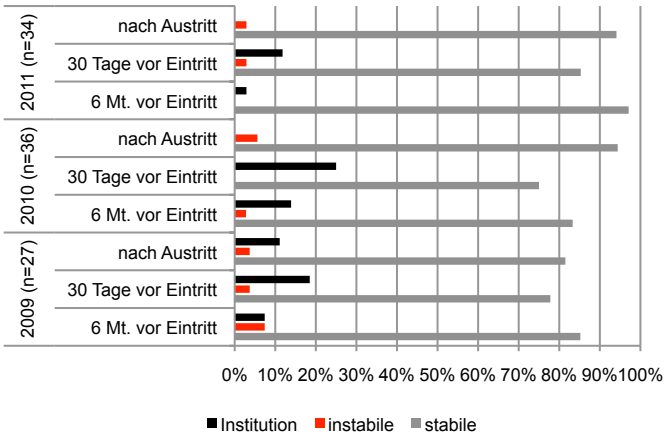


WOHNVERHÄLTNISSE

(Eintritte und Austritte 2009 bis 2011)

Die Wohnverhältnisse der Patient/innen werden in der act-info Statistik sowohl bei Eintritt als auch bei Austritt erhoben. Einerseits interessiert, mit wem die Patient/innen wohnen, andererseits wie stabil die Therapeuten die Wohnsituation einschätzen. Die Annahme, dass Personen mit komplexer Symptomatik vor Eintritt häufiger in instabilen Verhältnissen leben bzw. in Institutionen wie Psychiatrien, Gefängnissen, Notunterkünften usw., bestätigt sich bei Überprüfung der Daten nicht. Vielmehr zeigte sich, dass sowohl bei Patient/innen ohne als auch mit psychischen Problemen vor ihrem Eintritt in den Mühlhof eine ähnliche Verteilung zu beobachten ist. Leichte Schwankungen fanden sich einzig, wie für die Patientengruppe insgesamt, über die Aufzeichnungsjahre.

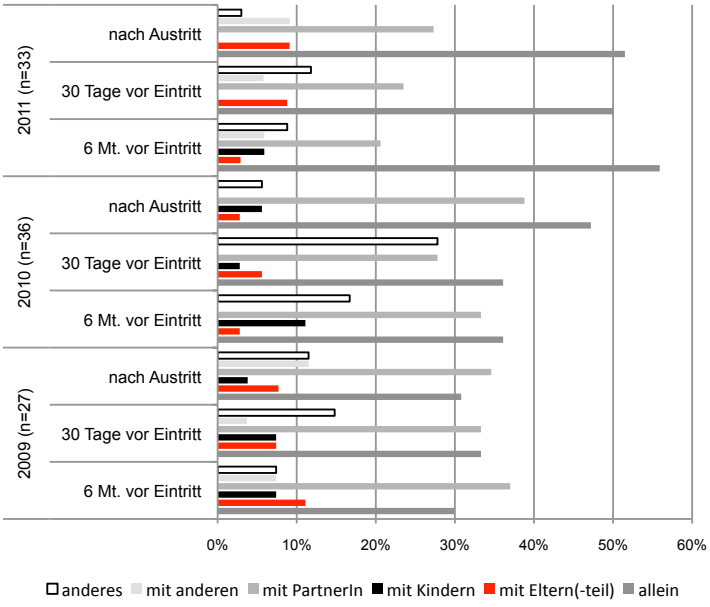
Wie in der Grafik ersichtlich sinkt der Anteil, der in stabilen Wohnverhältnissen lebenden Personen, 30 Tage vor Eintritt um rund 10% und steigt bei Abschluss der Behandlung wieder auf das Ausgangsniveau der sechs Monate vor Eintritt an. Dies betrifft jeweils zwischen 81% und über 90% der Patient/innen. Der Anstieg der Personen, die vor Eintritt in den Mühlhof in einer Institution lebten, ist im Wesentlichen auf den stationären Entzug zurückzuführen. Einzig in den letzten beiden Berichtsjahren ist ein Anstieg um 2.8% der Patient/innen zu beobachte, die in instabile Wohnverhältnisse austraten. Dies betraf jeweils eine Person.



WOHNSITUATION

(Eintritt/Austritt 2009 bis 2011)

Die Wohnsituation bzw. mit wem die Patient/innen vorwiegend wohnen, kann für die Behandlungsplanung in der Suchttherapie und Rehabilitation entscheidend sein. Stellvertretend für alle Aufzeichnungsjahre (2004 bis 2011) sind in der Grafik die Daten der letzten drei Jahre dargestellt. Der grösste Teil der Patient/innen lebte jeweils alleine. Dies ist auch über alle die Aufzeichnungsjahre zu beobachten. Dies betraf in den sechs Monaten vor Eintritt in den Mühlhof zwischen 30% im Jahre 2009 und 55% der Patient/innen im Berichtsjahr. Die zweitgrösste Gruppe, zwischen 20% (2011) und 37% (2009), bilden die mit ihren Lebenspartner/innen im selben Haushalt lebenden Patient/innen. Kurz vor Eintritt zeigt sich über die Aufzeichnungsjahre tendenziell ein leichter Rückgang des prozentualen Anteils, der nach Austritt wieder ansteigt. Die leichten Schwankungen vor Eintritt in beiden erwähnten Gruppen sind zu einem Teil mit den vorausgehenden stationären Entzugsbehandlungen zu erklären. Dies zeigt sich auch durch den jeweiligen Anstieg (bis 28% im Jahre 2010) der Kategorie „anderes", die Klinikaufenthalte, Haft usw. beinhaltet. Andererseits ändert sich für ein bis drei Patient/innen pro Jahr, die Wohnsituation dahingehend, dass sie nach Austritt aus dem Mühlhof nicht mehr mit ihren Kindern zusammenleben.



atf alkoholismus therapieforschung schweiz

Eine Initiative der Forel Klinik
und der Klinik Südhang

Kontakt:
atf schweiz, Forel Klinik, Islikonerstrasse 5, 8548 Ellikon an der Thur, info@forel-klinik.ch
atf schweiz, Klinik Südhang, Südhang 1, 3038 Kirchlindach, info@suedhang.ch
info@atf-schweiz.ch
www.atf-schweiz.ch