

**Aus der AOK Sachsen Anhalt „Die Gesundheitskasse“ und
dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der
Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg**

(Direktor: Prof. Dr. med. habil. B.-P. Robra, M.P.H.)

**Sektorübergreifende Analyse der Versorgung von
Alkoholpatienten mit Routinedaten einer
Gesetzlichen Krankenkasse**

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades
doctor medicinae (Dr. med.)
an der medizinischen Fakultät der
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Vorgelegt von

Ricardo Beilke

aus

Magdeburg

Magdeburg

2007

Dokumentationsblatt

Bibliographische Beschreibung

Beilke, Ricardo

Sektorübergreifende Analyse der Versorgung von Alkoholpatienten mit Routinedaten einer Gesetzlichen Krankenkasse. - 2007 –

115 Bl., 18 Abb., 17 Tab., 53 Lit., Magdeburg, Med. F. Otto-von-Guericke-Univ., Diss.

Kurzreferat

Durch Veränderungen im § 303 SGB V ist es erstmals gelungen, eine sektorübergreifende Analyse des ambulanten, stationären und Rehabilitationsbereiches anhand vorhandener Routinedaten durchzuführen. Es sollten Fragen der Leistungsanspruchnahme von Alkoholpatienten, der Zusammensetzung dieser Patientengruppe in den Sektoren nach Geschlecht und Diagnoseklassifikation, Institutionenkarrieren, Bestimmungsfaktoren von Mehrfachbehandlungen und Anhaltspunkte zur besseren Versorgung geklärt werden.

Der typische Krankheitsverlauf ist geprägt durch stationäre Erstkontakte und teilweise dramatische Institutionenkarrieren. Rehabilitativ wurden v. a. ältere chronisch Alkoholabhängige, stationär junge „Akuttrinker“ und ambulant mittlere Altersgruppen alkoholabhängiger ALG-II-Bezieher behandelt. Insgesamt wurden nur wenige Patienten in allen drei Sektoren versorgt, die Mehrzahl wurde jedoch mehrfach im Betrachtungsjahr behandelt. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Alter und Kontaktzahl, nicht aber Geschlecht und Kontaktzahl. Das dominante Überweisungsmuster führt vom stationären zum ambulanten Bereich. Mehrfachbehandlungen im gleichen Sektor traten im stationären Sektor am häufigsten auf. Nur bei der Behandlung in allen drei Sektoren ergab sich folgendes Muster: ambulant → stationär → Rehabilitation. In der Versorgung von Alkoholkranken zeigte sich eine Situation, die mit integrierten Versorgungsmaßnahmen verbessert werden kann.

Abstract

For the first time, through changes in § 303 SGB V, a cross-sector analysis of the outpatient, inpatient and rehabilitation sector was realized on the basis of routine claims data of alcohol patients. The questions, which should be clarified apply to the health care utilisation of this group, its composition by sex and diagnostic subcategories, institutional careers, determinants of multiple treatments and options for improved care.

The typical disease process is characterized by first contacts with the inpatient sector and at times dramatic institutional careers. In particular, older, chronically ill alcohol-dependent persons were taken care of in the rehabilitation sector, young "acute drunkards" in the inpatient sector and a middle age group of alcohol-dependent unemployment benefit II recipients (ALG-II) in the outpatient sector. Few patients were managed in all three sectors. However the majority was treated several times per year. There is an association of age and the number of treatment episodes, but not treatment episodes and gender. The dominant pattern of referral leads from the inpatient to the outpatient sector. Only in the group treated within all three sectors the pattern was ambulatory → stationary → Rehabilitation. Management of alcohol patients revealed a situation which can be improved through integrated care programmes.

Schlagwörter:

Sektorübergreifende Analyse, Alkoholismus, Routinedaten, Intervention, Prävention, Morbiditätsstruktur; Behandlungsnetz

Keywords:

Cross sector analysis, alcoholism, routine data, intervention, prevention, pattern of morbidity, therapy network

Inhaltsverzeichnis

Dokumentationsblatt	II
Abstract	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	IX
Abbildungsverzeichnis	X
Tabellenverzeichnis	XI
1 Einleitung	1
1.1 Fragestellungen und Überblick der Arbeit	1
1.2 Ausgangslage zum Thema Alkoholkonsum	2
1.3 Krankheit Alkoholismus : Diagnostik und Krankheitsverlauf	3
1.3.1 Rechtslage	3
1.3.2 Diagnose	3
1.4 Möglichkeiten der sektorübergreifenden Datenbetrachtung im Rahmen der Frühdiagnostik und Frühintervention	7
2 Material und Methoden	9
2.1 Datengrundlage und Datenschutz	9
2.1.1 Datengrundlage	9
2.1.2 Datenschutz	10
2.1.3 Stationärer Sektor	11
2.1.4 Rehabilitationssektor	11
2.1.5 Ambulanter Bereich	12
2.2 Datenvolumen und Datenverfügbarkeit	12
2.3 Methodik der Analyse	13
2.3.1 Grundlagen	13
	IV

2.3.2	Struktur der Untersuchung	13
2.3.3	Altersangaben	14
2.3.4	Behandlungsorte der Patienten im stationären Sektor	14
2.3.5	Kostenanalyse	14
2.3.5.1	DRGs und Abrechnungsmodi	14
2.3.5.2	Einteilung in Kostenspannen	14
2.3.6	Aufenthaltsdauer	15
2.3.7	Statistische Anwendungen	15
3	Ergebnisse der Analyse der drei Sektoren	16
3.1	Ergebnisse des stationären Sektors	16
3.1.1	Geschlechter- und Alterstruktur im stationären Sektor	16
3.1.2	Behandlungsorte der Patienten im stationären Sektor	16
3.1.3	Aufnahmediagnosen im stationären Sektor	17
3.1.4	Entlassungsdiagnosen im stationären Sektor	18
3.1.5	Versichertenarten im stationären Sektor	20
3.1.6	Kostenstruktur im stationären Sektor	22
3.1.7	Verweildauer und Monatsverteilung im stationären Bereich	24
3.1.8	Mehrfachbehandlungen im stationären Sektor	27
3.2	Untersuchung des Rehabilitationssektors	29
3.2.1	Geschlechter- und Alterstruktur im Rehabilitationssektor	29
3.2.2	Herkunft der Versicherten des Rehabilitationssektors	29
3.2.3	Entlassungsdiagnosen im Rehabilitationssektor	29
3.2.4	Versichertenarten im Rehabilitationssektor	30
3.2.5	Kostenstruktur im Rehabilitationssektor	31
3.2.6	Häufigkeit der Merkmale Versichertenart und Alter	32

3.3	Analyse des ambulanten Sektors	32
3.3.1	Geschlechter- und Alterstruktur im ambulanten Sektor	33
3.3.2	Diagnosen im ambulanten Sektor	33
3.3.3	Versichertenarten im ambulanten Sektor	35
3.3.4	Behandlungszeiträume im ambulanten Sektor	36
3.3.5	Mehrfachbehandlungen im ambulanten Sektor	36
3.4	Ergebnisse des sektorübergreifenden Vergleiches der Datensätze	39
3.4.1	Geschlechterverteilung der sektorübergreifenden Analyse	39
3.4.2	Altersverteilung und Altersklassen der sektorübergreifenden Analyse	40
3.4.3	Diagnosen der sektorübergreifenden Analyse	41
3.4.4	Versichertenartenschlüssel der sektorübergreifenden Analyse	43
3.4.5	Kostenstruktur im Vergleich zweier Sektoren	44
3.4.6	Behandlungszeiträume im stationären und ambulanten Sektor	45
3.4.7	Überweisungsstruktur und Einzelbehandlungen	46
4	Diskussion	48
4.1	Zielstellung der Arbeit	48
4.2	Methodik der Arbeit	52
4.3	Ergebnisse der Untersuchung	54
4.3.1	Ergebnisse der sektorspezifischen Analysen	54
4.3.1.1	Ergebnisse des stationären Sektors	54
4.3.1.2	Ergebnisse des Rehabilitationssektors	56
4.3.1.3	Ergebnisse des ambulanten Sektors	57
4.3.2	Ergebnisse der sektorübergreifenden Analyse	59
4.4	Sucht- und Versorgungsmodelle sowie präventive Ansätze	65
4.4.1	Prävention	65

4.4.2 Frühintervention	66
4.4.3 Kurzinterventionen	67
4.4.4 Kombinationstherapien	69
4.5 Empfehlungen	71
4.5.1 Bausteine eines modernen Behandlungsnetzes	71
4.5.1.1 Ambulante Behandlung	72
4.5.1.2 Ambulante Entgiftung	73
4.5.1.3 Stationäre Entgiftung	74
4.5.1.4 Qualifizierte Entzugsbehandlung	75
4.5.1.5 Teilstationärer Entzug und Entwöhnung	76
4.5.1.6 Ambulante Entwöhnung	77
4.5.1.7 Stationäre Entwöhnungsbehandlung	77
4.5.1.8 Ambulante Nachbetreuung	77
4.5.2 Adäquate Behandlung	78
5 Resümee	83
Literaturverzeichnis	XIV
Anlagen	XIX
Anhang A1: Übersicht über die Versicherten-Struktur der AOK	XX
Anhang A2: Versichertenartenschlüssel, AOK Sachsen Anhalt „Die Gesundheitskasse“	XXII
Danksagung	XXVI
Eidesstattliche Erklärung	XXVII
Thesen zur Dissertation	XXVIII
Lebenslauf	XXX

Widmung

Diese Arbeit widme ich meiner Familie,
als Dank für ihr grenzenloses Vertrauen und
ihre volle Unterstützung auf meinem Lebensweg.

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CMA	Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
ICD	International Classification of Diseases
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVS	Krankenversicherung
OPS	Operations- und Prozedurenschlüssel
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SPSS	Statistical Product and Service Solution
VA	Versichertenartenschlüssel
WHO	World Health Organisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Behandlungsorte der Patienten im stationären Sektor.....	16
Abbildung 2:	Aufnahmediagnosen im stationären Bereich.....	18
Abbildung 3:	Entlassungsdiagnosen im stationären Bereich.....	19
Abbildung 4:	Entlassungsdiagnosen - differenziert nach Alterskategorien.....	20
Abbildung 5:	Preisspannen der Aufenthalte im stationären Sektor	23
Abbildung 6:	Verteilung der Einweisungen nach Monate im stationären Sektor.....	26
Abbildung 7:	Die häufigsten Diagnosen im stationären Sektor	27
Abbildung 8:	Diagnosen im ambulanten Sektor.....	34
Abbildung 9:	Häufigkeiten der Diagnosen im ambulanten Sektor.....	34
Abbildung 10:	Diagnosen im ambulanten Sektor nach Altersklassen.....	35
Abbildung 11:	Ambulante Fälle verteilt nach Monaten	36
Abbildung 12:	Versicherten aufteilung der sektorübergreifenden Analyse.....	39
Abbildung 13:	Anteil der Versicherten - sektorübergreifenden Analyse.....	40
Abbildung 14:	Verteilung der Altersklassen nach Sektoren	41
Abbildung 15:	Sektorübergreifende Analyse der Hauptdiagnosen	42
Abbildung 16:	Versicherte (im stationären, rehabilitativen und ambulanten Sektor) ..	43
Abbildung 17:	Stadien des Transtheoretischen Modells	67
Abbildung 18:	Behandlungsnetz statt Behandlungskette	71

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Merkmale der Versicherten der AOK Sachsen-Anhalt	10
Tabelle 2: Anteile der Versicherten nach Versichertenarten	21
Tabelle 3: Entgelte im stationären Sektor	22
Tabelle 4: Aufenthaltsdauer nach Aufenthaltsklassen	24
Tabelle 5: Verweilangaben nach Diagnose im stationären Sektor	25
Tabelle 6: Diagnosen nach Monaten im stationären Sektor	26
Tabelle 7: Behandlungshäufigkeiten im stationären Sektor	28
Tabelle 8: Anteile der Versichertenarten im Rehabilitationssektor	30
Tabelle 9: Kosten des Rehabilitationssektors, differenziert nach Geschlecht	31
Tabelle 10: Kosten nach Alterskategorien im Rehabilitationssektor	31
Tabelle 11: Bruttobeträge nach Versichertenart und Geschlecht, Rehabilitationssektor	32
Tabelle 12: Altersklassen im ambulanten Sektor	33
Tabelle 13: Behandlungshäufigkeit einzelner Patienten, im ambulanten Sektor	38
Tabelle 14: Altersstruktur in der sektorübergreifenden Analyse	40
Tabelle 15: Einfaktorielle Varianzanalyse innerhalb der sektorübergreifenden Analyse	
Fehler! Textmarke nicht definiert.	
Tabelle 16: Kostenklassenvergleich zweier Sektoren (stationär, Rehabilitation)	45
Tabelle 17: Übereinstimmende und doppelte Behandlungen in den Sektoren	46
Tabelle 18: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	80

1 Einleitung

1.1 Fragestellungen und Überblick der Arbeit

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der deskriptiven Analyse vorhandener Routinedaten einer Krankenkasse. Mittels sektorübergreifender Analyse soll exemplarisch die Behandlungsprävalenz von Alkoholproblemen in den drei Sektoren (ambulant, stationär und rehabilitativ) quantifiziert werden. Ferner sollen sektorübergreifende Behandlungsverläufe in den Patientendaten nachvollzogen und Kosten der Versorgung zugeordnet werden. Neue Regelungen des Sozialgesetzbuches V, speziell jene bezüglich der Datentransparenz des § 303 SGB V, ermöglichen eine bessere Nutzung von Routinedaten gesetzlicher Krankenkassen. Häufigkeiten und Muster bei Diagnosen und Behandlungen lassen sich entdecken und bewerten. Für das Jahr 2005 standen der GKV neben Daten der stationären Versorgung und aus dem Rehabilitationssektor erstmalig auch umfangreiche Daten aus dem ambulanten Sektor zur Verfügung. Damit war die Voraussetzung für eine erste sektorübergreifende Analyse geschaffen. Mit den vorhandenen Daten ist es erstmals möglich, die Versorgung in den drei Sektoren zusammenhängend zu betrachten und Ansätze für eine Optimierung der Versorgung zu prüfen. Bessere Kooperationen und eine Vernetzung der verschiedenen Betreuungsstationen könnten dazu beitragen, dass Alkohol Kranke bereits zu einem frühen Zeitpunkt ihrer Erkrankung spezifische Hilfe erhalten. Die Analyse wurde auf Patienten mit Alkoholdiagnosen eingebündelt (ICD F10.0 – F10.9). Die Versorgung von Patienten mit Alkoholproblemen stellt medizinische und soziale Herausforderungen, zu denen nicht zuletzt eine wiederholte Inanspruchnahme verschiedener Versorgungseinrichtungen ohne eine zielführende Koordinierung gehört („Drehtürversorgung“) dar. Für die Erprobung sektorübergreifender Auswertungskonzepte schien diese Problemgruppe daher besonders geeignet.

Es wurden sieben Thesen aufgestellt, die es im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu analysieren gilt:

1. Welche Versichertengruppen (Alter, Geschlecht, Versichertenart) nehmen die drei untersuchten Sektoren (stationär, Rehabilitation, ambulant) mit Alkoholproblemen in Anspruch?
2. Unterscheidet sich die Zusammensetzung der Versicherten in den drei Sektoren?

3. Unterscheiden sich die Inanspruchnahmestrukturen nach dem Geschlecht?
4. Wie sind die Diagnosen (F10.0 – F10.9) in den drei untersuchten Sektoren verteilt?
5. Welche Institutionenkarrieren der Alkoholpatienten lassen sich erkennen?
6. Wovon sind wiederholte Einweisungen mit Alkoholdiagnosen abhängig und wodurch lassen sich „Drehtürpatienten“ charakterisieren?
7. Welche Anhaltspunkte für die Verbesserung der Versorgung können anhand der erkennbaren Institutionenkarrieren abgeleitet werden (z. B. Reihenfolge der Inanspruchnahme, zeitliches und räumliches Muster von Wiederholungskontakten, Transparenz von Krankheits- und Kostenverläufen)?

Im Material- und Methodenteil (Kapitel 2) werden die Datengrundlage sowie die Struktur der Untersuchung (z. B. Kostenanalysen) dargestellt. Ausgehend von einer jeweils gesonderten Betrachtung der Ergebnisse der drei Sektoren in Kapitel 3.1-3.3, werden die sektorübergreifenden Ergebnisse im Kapitel 3.4 dargestellt. Kapitel 4 diskutiert Methodik und Ergebnisse der Untersuchung. Im Anschluss daran werden Sucht- und Versorgungsmodelle sowie präventive Ansätze und Empfehlungen gegeben. Eine sektorübergreifende Versorgungsforschung ist nicht nur für die Krankheit Alkoholismus zu fordern.

1.2 Ausgangslage zum Thema Alkoholkonsum

Ein großes soziales, sozialmedizinisches und volkswirtschaftliches Problem stellt die Alkoholkrankheit mit all ihren Facetten dar. Rund 42.000 Menschen sterben jährlich an den Folgen schädlichen Alkoholkonsums.¹ Die dpa meldete am 28.03.2007, dass im Jahr 2005 mehr Menschen im Zusammenhang mit Alkohol, als durch Selbstmord und Verkehrsunfälle zusammen zu Tode gekommen sind. Im Bundesland Bayern wurde mit etwa 13 Alkohol-Toten je 100.000 Einwohner die niedrigste alkoholbedingte Sterblichkeit nachgewiesen, in Mecklenburg-Vorpommern die höchste (34 je 100.000 Einwohner).²

Behandlungsstatistiken lassen eine Schätzung von circa 2,5 Millionen behandlungsbedürftigen Alkoholikern zu. Ebenso ergaben Betrachtungen zur Morbidität auf Basis der Kranken-

¹ Vgl. <http://www.bzga.de/?uid=3f176486adcb5bf117ab6a7aeb03d1e4&id=suchtpraevention> sowie Jahrbuch Sucht 2005 (2004); Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm

hausdiagnosestatistik des Jahres 1997, dass zwei Prozent der stationären Behandlungsfälle dem Alkoholkonsum zuzurechnen sind.³ Lediglich ein geringer Anteil dieser Patienten wurde in speziellen Fachkliniken betreut. Ein großer Teil von ihnen verblieb in der Versorgung von Hausärzten und Allgemeinkrankenhäusern. Diese eher als Basisbetreuung durchgeführten Behandlungen entsprechen jedoch nicht den größeren Möglichkeiten von selektiv tätigen suchttherapeutischen Zentren.⁴

1.3 Krankheit Alkoholismus : Diagnostik und Krankheitsverlauf

1.3.1 Rechtslage

Nachdem Alkoholabhängigkeit 1968 in einem Grundsatzurteil als Krankheit anerkannt wurde, besteht für Alkoholabhängige - sofern sie krankenversichert und behandlungsbedürftig sind - ein Anspruch auf Behandlung, Prävention und Linderung der Krankheitsbeschwerden nach § 27 SGB V.⁵ Weiterhin steht den Patienten nach § 70 Abs. 1 SGB V eine „[...] bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung [...]“⁶ zu. Nach § 39 Abs. 1 SGB V haben Patienten Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung, sollte die Krankheit nicht teil-, vor- oder nachstationär, ambulant oder durch häusliche Pflege adäquat behandelt werden können.⁷

1.3.2 Diagnose

Zur Diagnose des Missbrauchs oder der Abhängigkeit von Alkohol dienen gemäß der Internationalen Statistischen Klassifikation (ICD) bestimmte Kriterien bei der Diagnostizierung des Alkohol-Abhängigkeitssyndroms.⁸ Dazu zählen ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Al-

² Vgl. dpa (2007), unter: <http://magazine.web.de/de/themen/gesundheit/medizin/krankheiten/3815702.html>

³ Jahrbuch Sucht 2005 (2004): Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm

⁴ Vgl. Wienberg, G. (1992) Abhängigkeitskranke in psychiatrischer Krankenhausbehandlung: Ergebnisse einer Erhebung in 14 Kliniken der Bundesrepublik. Sucht 39: 264

⁵ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2006): Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V), Gesetzliche Krankenversicherung, unter: <http://gesetze.bmas.bund.de/Gesetze/sgb05x009.htm>, § 27

⁶ Vgl. ebenda, § 70 Abs. 1

⁷ Vgl. ebenda, § 39 Abs. 1

⁸ Vgl. Feuerlein, W. (1998): Alkoholismus- Mißbrauch und Abhängigkeit, S. 7-11 sowie vgl. Leohnhardt, H.-J., Mühlner, K. (2006): Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke., Freiburg, S. 20

kohol zu konsumieren, eine verminderte Kontrollfähigkeit über Beginn, Ende und Menge des Konsums, der Alkoholkonsum, um Entzugssymptome zu mildern, körperliche Entzugssymptome, eingeengte Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol, fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Konsums sowie ein anhaltender Alkoholgenuss trotz nachweislich schädlicher Folgen.

Die diagnostischen Kriterien der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft und der WHO (ICD 10) definieren zum einen die Form des Alkoholmissbrauchs, zum anderen die Form der alkoholbedingten Abhängigkeit. Während erstere bei physischen oder sozialen Folgen diagnostiziert werden, liegen bei der zweiten Form zusätzlich Suchtsymptome vor.⁹

Psychische- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen werden durch die *Internationalen statistischen Klassifikationen der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* mit Hilfe der Bezeichnungen F10. - F19. codiert. Die verursachenden Substanzen (Psychotropika; neben Kaffee, Capsaicin und Hopfen auch Alkohol) werden durch die dritte Stelle codiert, die entstandenen klinischen Erscheinungsbilder [Intoxikation (.0), schädlicher Gebrauch (.1), Abhängigkeit (.2) u. a. Störungen (.3-.9)] durch die vierte Stelle. Zur Identifikation psychoaktiver Substanzen werden neben den Angaben des Patienten, Blut- oder Körperflüssigkeitsanalysen sowie körperliche, psychische oder klinische Symptome genutzt. Die nachstehende ICD-10-Klassifizierung basiert auf den Gebrauch der psychotropen Substanz Alkohol, welcher durch die dritte Stelle ausgewiesen wird (F10). Die klinischen Erscheinungsbilder werden im Folgenden dargestellt:¹⁰

F10.0 *Akute Intoxikation [akuter Rausch]:* Diese Diagnose ist gekennzeichnet durch Störungen kognitiver Fähigkeiten, der Wahrnehmung, des Affektes und Verhaltens o. a. psychophysiologischer Funktionen. Sie sind eng korreliert mit der Wirkung der Substanz und nehmen im Zeitverlauf bis zur vollständigen Heilung ab. Ausnahmen sind Fälle mit Komplikationen (Trauma).

⁹ Vgl. hierzu Sieber, M. (2005): Riskanter Alkoholkonsum – Früherkennung, Kurzintervention und Behandlung, 1. Aufl., Bern, S. 114

¹⁰ Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2004): Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), in: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2005/fr-icd.htm> (21.03.2007)

- F10.1 *Schädlicher Gebrauch:* Folge des Alkoholkonsums sind gesundheitliche Störungen, beispielhaft depressive Zwischenfälle, die durch einen Missbrauch entstehen.
- F10.2 *Abhängigkeitssyndrom:* Dazu zählen reaktive, kognitive und physische Auffälligkeiten, welche in Folge mehrmaligen Alkoholkonsums entstehen. Es zeigen sich Kontrollverluste hinsichtlich des Konsums und somit anhaltender Gebrauch trotz bekannter, schädlicher Folgen. Der Konsum wird anderen Aktivitäten vorgezogen. Toleranzerhöhungen sind zu erkennen (z. T. physische Entzugssyndrome).
- F10.3 *Entzugssyndrom:* Dazu zählen Symptome, abhängig von der Schwere nach einem Entzug. Komplikationen können durch symptomatische Krampfanfälle auftreten.
- F10.4 *Entzugssyndrom mit Delir (alkoholbedingtes Delirium tremens):* Dieses Syndrom ist gekennzeichnet durch eine Komplizierung der F10.3-Diagnosen hinsichtlich auftretender Delir und symptomatischer Krampfanfälle.
- F10.5 *Psychotische Störung:* Diese Zustände treten vor oder nach dem Alkoholkonsum auf und sind durch Halluzinationen, Wahrnehmungsstörungen, paranoide Gedanken oder Verfolgungsideen und psychomotorische Störungen gekennzeichnet.
- F10.6 *Amnestisches Syndrom:* Diese Syndrome weisen eine Beeinträchtigung des Kurz- sowie Langzeitgedächtnisses auf, wobei ersteres stärker gestört ist und das Immediatgedächtnis erhalten bleibt.
- F10.7 *Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung:* Alkoholbedingte Veränderungen der kognitiven Fähigkeiten, des Affektes, der Persönlichkeit oder des Verhaltens bestehen über die Periode hinaus, in der noch Alkohol konsumiert wird. Zu Beginn steht ein direkter Zusammenhang zum Alkoholkonsum.
- F10.8 Sonstige psychische und Verhaltensstörungen.
- F10.9 Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung.

Medizinische Klassifikationen der Diagnosen (wie ICD-10), aber auch Klassifikationen medizinischer Maßnahmen (wie OPS), müssen den Veränderungen der Wissenschaft, aber auch des Gesundheitswesens Rechnung tragen, da die Schlüsselnummern zur Dokumentation des Gesundheitszustandes, aber auch der Leistungsabrechnung dienen. Gewachsene Anforderungen ergaben sich bereits durch die Einführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes EBM

2000plus für die Aufbereitung und die Klassifikation, sodass es seit Januar 2004 eine einheitliche ICD-10-Version für den stationären und vertragsärztlichen Sektor gibt.

Eine Evaluierung der Verlässlichkeit gestellter Diagnosen ist nötig, insbesondere in Bereichen der Überkodierung (up-coding), d. h. Dramatisierung des Krankheitsbildes und Unterkodierung (down-coding). Hinweise auf gesicherte Diagnosen (right-coding) geben Datensätze, in denen Patienten mehrfach Ärzte aufgesucht haben und sich so Kontinuität und Veränderungen der Schlüsselnummern zeigen lassen.¹¹ Durch die sektorübergreifende Analyse in Kapitel 3.4 soll eine Überprüfung der Diagnosemuster bei den Patienten versucht werden, welche mehr als eine Alkoholdiagnose erhalten haben.

Eine weiterführende Betrachtung der Alkoholabhängigkeit geben LEONHARDT und MÜHLER, welche von dem Theorem ausgehen, dass sich von chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken (im Folgenden CMA) sprechen lässt, wenn eine Abhängigkeit nach ICD-10 durch „[...] *den beschleunigten Abbau der sozialen Ressourcen des Abhängigkeitskranken*“¹² erreicht worden ist. Grundlegende Charakteristika von CMA sind beispielsweise vielfache stationäre Entgiftungs- respektive Entwöhnungsbehandlungen, starke Leistungsminderungen sowie auffallend schwierige soziale Situationen (keine Wohnung, Langzeitarbeitslosigkeit). Im Hinblick auf eine adäquate Definition dieses Krankheitsbildes kritisieren die Autoren eine Klassifikation nach dem ICD-10 auf Grund der Unschlüssigkeit der Indikatoren, welche sie als hochkomplexe Merkmalsauflistung titulieren, die keine Unterscheidbarkeit zwischen Abhängigkeitskranken und CMA bietet. Die ICD-10-Klassifikation erscheint als empirische Operationalisierung einer Definition in diesem Sinne zu kurz.¹³

Eine weitere Diagnose psychischer und sozialer Folgeschäden wird über DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) der *American Psychiatric Association* klassifiziert, welches im Gegensatz zum ICD auch geschlechtsspezifische Unterschiede berücksich-

¹¹ Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2005): Tätigkeitsbericht 2004/2005, Köln, S. 73 - 77

¹² Leohnhardt, H.-J., Mühler, K. (1998): Zur Problematik der Definition und der Behandlung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker (Alkohol und Medikamente) in den neuen Bundesländern. In: SuchtReport. Europäische Fachzeitschrift für Suchtprobleme, Berlin, H. 5; S. 32

¹³ Vgl. Leohnhardt, H.-J., Mühler, K. (2006): Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke., Freiburg, S. 9 - 17

tigt. Die Codierung 303.90 steht im DSM-IV für Alkoholabhängigkeit und 305.00 für Alkoholmissbrauch.¹⁴ Obwohl die Kriterien bei beiden Verfahren ähnlich sind, ist die Prävalenzrate beim ICD-10 deutlich höher.¹⁵ Die vorliegende Analyse kann sich nur auf die ICD-10 stützen, da sie der Abrechnung zu Grunde liegt.

1.4 Möglichkeiten der sektorübergreifenden Datenbetrachtung im Rahmen der Frühdiagnostik und Frühintervention

Eine Frühdiagnostik alkoholkranker Patienten ist mittels einfacher, standardisierter Erhebungsinstrumente in der Praxis möglich, dennoch aber in der Routineversorgung nicht weit verbreitet.¹⁶ Mittels der Zusammenführung sektorübergreifender Daten aus dem ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich ist eine frühzeitige Identifizierung von Patientenkarrerien möglich. Damit erscheinen auch schnellere Hilfen möglich, um lange und kostenaufwändige Krankheitsverläufe zu verkürzen. Stationäre Entwöhnungsbehandlungen hinsichtlich der Suchtkrankenbetreuung sind in Deutschland zwar gut ausgebaut, erreichen aber nur wenige der Betroffenen. Die von JOHN et al.¹⁷ durchgeführte Studie zur Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit zeigte, dass mehr als 91 Prozent der stationär behandelten Patienten in Allgemeinkrankenhäusern aufgenommen wurden. Sechs

¹⁴ Vgl. American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR, 4th ed., S. 212 ff.

¹⁵ Vgl. Schuckit, M. A., Hesslebroc, V., Tipp, J., Anthenelli, R., Buchholz, K., Radziminski, S. (1994): A Comparison of DSM-II-R, DSM-IV and ICD-10 substance use disorders diagnoses in 1922 men and women subjects in the COGA study. *Addiction*, 89, 1629 - 1638

¹⁶ Anm.: Zum Thema Frühdiagnostik soll an dieser Stelle kurz festgehalten werden, dass sich grundsätzlich drei Wege zur Diagnose unterscheiden lassen: Quantifizierung der konsumierten Alkoholmenge, Determinierung alkoholbedingter psychischer/physischer Schäden und Bewertung der Alkoholabhängigkeit. Überdies lassen sich diagnostische Verfahren klassifizieren: *Explorative Verfahren* (Erfassung von Quantität und Frequenz), *biologische Methoden* (Determinierung körperlicher Schäden) und *psychologische Verfahren* (Fragebögen, um psychische/physische Symptome zu erfassen). Der kürzeste Fragebogen ist der so genannte CAGE-Test, welcher im Rahmen einer Anamnese zur Aufdeckung eines pathologischen Alkoholkonsums geeignet ist. Ein weiterer Test ist der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und Alkoholmissbrauchs-Screening-Test, welcher im internationalen Vergleich als vorteilhaft angesehen wird. Vgl. weiterführend dazu Sieber, M. (2005): Riskanter Alkoholkonsum – Früherkennung, Kurzintervention und Behandlung, 1. Aufl., Bern, S. 26 – 27 sowie John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J. (2001): Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, in: Deutsches Ärzteblatt 2001; 98: A 2440 [Heft 38]

¹⁷ Vgl. John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A., Dilling, H. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 71, Baden-Baden

Prozent wurden in psychiatrischen Krankenhäusern und drei Prozent in vorgesehenen Entwöhnungseinrichtungen behandelt. Überdies nahmen rund 71 Prozent keinerlei Suchthilfe in Form von Entzugsbehandlungen oder Betreuungsgruppen in Anspruch. Weitere Studien zeigten, dass erneut rund 71 Prozent bislang keinen Kontakt zu Suchtkrankenhilfen aufgenommen haben.¹⁸

¹⁸ Vgl. John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J. (2001): Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, in: Deutsches Ärzteblatt 2001; 98: A 2438 - 2440 [Heft 38]

2 Material und Methoden

Im Rahmen der Tätigkeit des Verfassers als AOK-Beratungsarzt im Geschäftsbereich Gesundheit und Medizin, Aktionsfeld Leistungsmanagement der AOK Sachsen-Anhalt „Die Gesundheitskasse“ konnten und sollten alle verfügbaren Daten der AOK-Versicherten genutzt werden. Ziel ist es, die qualitative Verbesserung der Versorgung und Optimierung von Behandlungsketten zu erreichen sowie bei aufgedeckten Fehlentwicklungen im Rahmen der Möglichkeiten zu intervenieren und umzusteuern.

2.1 Datengrundlage und Datenschutz

2.1.1 Datengrundlage

Grundlage der Querschnittsanalyse sind die Patientendaten der gesetzlichen Krankenversicherung Allgemeine Ortskrankenkasse Sachsen Anhalt „Die Gesundheitskasse“ (im Folgenden kurz AOK) aus dem Jahre 2005 bezogen auf diejenigen Patienten, welche mit einer ICD-Diagnose im Bereich F10. klassifiziert worden sind. Diese Angaben sollen hinsichtlich dreier Sektoren untersucht werden: stationärer, ambulanter und Rehabilitationssektor.¹⁹

Für 2004 standen der AOK noch keine verwertbaren ambulanten Daten zur Verfügung. Seit 2005 werden sektorübergreifend GKV-Daten aus dem stationären, ambulanten (Vertragsärzte) sowie aus dem rehabilitativen Bereich an die Krankenkasse übermittelt. Damit bietet sich somit erstmals die Möglichkeit einer sektorenübergreifenden Analyse. Für das Jahr 2006 standen der AOK zum Zeitpunkt der Datenerfassung noch keine ausreichenden Daten aus den einzelnen Bereichen zur Verfügung, sodass sich die vorliegende Arbeit auf das Jahr 2005 beschränkt.

Zu den Angaben der Diagnosen, Behandlungsorte und Versichertenarten können zudem demographische Daten wie Alter, Geschlecht und, zum Teil aus dem Versichertenartenschlüssel, der soziale Status abgeleitet werden.

¹⁹ Anm.: Gesamtversicherte der AOK Sachsen-Anhalt im Jahr 2005: 810.000, davon 54,6 Prozent Frauen und 48,4 Prozent Männer. Rentner: 47,3 Prozent, Beschäftigte: 19,3 Prozent, Familienversicherte: 17,3 Prozent, Arbeitslose: 12,5 Prozent sowie 3,6 Prozent restl. Sie weiterführend Anhang A1

Die Versicherten der AOK Sachsen-Anhalt lassen sich in zwei Kerngruppen einteilen: Mitglieder und Familienversicherte.²⁰ Erstere sind diejenigen Personen, für die Beitragszahlungen gemäß der Mitgliedschaft gezahlt werden. Ein Gros der Mitglieder sind pflichtversicherte Arbeitnehmer (§ 5 Abs. 1 SGB V). Ferner sind freiwillig Versicherte (nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 bis 4 SGB V), Arbeitslosengeldempfänger (nach § 155 AFG) sowie Rentner (§ 5 Abs. 1, Nr. 11 SGB V) zu den Mitgliedern zu zählen. In der zweiten Gruppe sind diejenigen Personen zu finden, welche über den Ehepartner oder ein Elternteil bei derselben Krankenkasse abgesichert sind (§ 10, Abs. 1 bis 6 SGB V). Mitglieder und Mitversicherte werden zusammen als Versicherte bezeichnet. (§ 10 Abs. 1 bis 6 SGB V). Folgende Angaben lagen innerhalb der einzelnen Datensätze für die weiteren Analysen vor (Vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Merkmale der Versicherten der AOK Sachsen-Anhalt

Merkmale	Anmerkungen
Krankenversicherungsnummer (KVN)	Geltend innerhalb einer Krankenkasse; eindeutige Zuordnung, Analyse: anonymisierte Angaben, unabh. von KVN
Alter	Für demographische Aussagen.
Name des Versicherten	Aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht genutzt.
Geschlecht	Aus Name sowie Anrede konnte auf das Geschlecht geschlossen werden (populations-/nennerbezogene Analysen)
Wohnort oder Postleitzahl	Diese Angabe lag lediglich in einem Datensatz vor.
Beitragsgruppe, Versichertenartenschlüssel	Für nennerbezogene Auswertungen und Kontingenzanalysen genutzt, gültig ist für die Analyse der Versichertenstatus am Anfang des Jahres 2005 [auftretende Statuswechsel durch Kassenwechsel oder Todesfällen sind zu vernachlässigen]
Diagnoseschlüssel ICD	Angaben über Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen
z. T. Aufenthaltsdauer	Stationärer-/Rehabilitationssektor: Angaben über Verweildauer, (Auswertung durchschn. Verweildauer, Kurzlieger)
Kosten (Entgelt, Bruttobetrag)	Für stationären- und rehabilitativen Sektor lagen Angaben über Kosten einzelner Patienten vor, ambulant: fehlend.

Merkmale der Versicherten in den Krankenkassendaten, Grundlage der Analyse, Betrachtungszeit: 2005

2.1.2 Datenschutz

Die Auswertung der Daten erfolgte ohne die Patienten-Namen. Kein Datensatz hat das Dienstgebäude der AOK Sachsen-Anhalt verlassen. Wie jeder Mitarbeiter einer gesetzlichen Kran-

²⁰ Vgl. Grobe, T. G., Ihle, P. (2005): Versichertenstammdaten und sektorübergreifende Analyse, in: Swart, E., Ihle, P. (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen, Bern, S.18 - 19

kenkasse, im Umgang mit Sozialdaten, hat auch der Autor eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet. Weiterhin wurde eine gesonderte Vereinbarung über die Handhabung der Daten zwischen dem Verfasser und der AOK Sachsen-Anhalt geschlossen. Diese ist im Anhang beigefügt. Der Autor unterlag zudem während der Analysen und unterliegt auch im Nachhinein der ärztlichen Schweigepflicht. In dieser Dissertation werden nur aggregierte Ergebnisse mitgeteilt, die eine Re-Identifizierung einzelner Patienten nicht zulassen.

2.1.3 Stationärer Sektor

Die Datenübertragungen seitens der Krankenhäusern (stationär/ teilstationär) sind im § 301 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelt. Die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlungen die entsprechenden Angaben zu übermitteln.²¹ Diagnosen nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 7 sind nach den ICD in der vom *Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information* (im Folgenden kurz DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (im Folgenden kurz BMG) herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln. Die Operationen und sonstigen Prozeduren (OPS)²² sind nach dem vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Schlüssel zu kodieren.

In Deutschland lassen sich zwei Kategorien von stationären Einrichtungen unterteilen: Krankenhäuser, welche gekennzeichnet sind durch „[...] intensive, aktive und fortdauernde ärztliche Betreuung [...]“²³, sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, innerhalb derer eine pflegerische und ärztliche Betreuung zu gleichen Maßen vorherrscht. Die erstere Gruppe, auch als Akutkrankenhäuser bezeichnet, nimmt den überwiegenden Teil stationärer Betreuungen ein, weshalb an dieser Stelle auch beide Gruppen separat analysiert werden sollen.

2.1.4 Rehabilitationssektor

Die Datenschutzbestimmungen zur Übertragung von Rehabilitationsangaben an die Krankenkasse sind im § 301 Abs. 4 SGB V geregelt: Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, für

²¹ Vgl. SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung (2006): Gesetzliche Krankenversicherung SGB V, 14. Aufl., München, § 108

²² Vgl. ebenda, § 301 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V

²³ Grobe, T. G. (2005): Stationäre Versorgung – Krankenhausbehandlungen, in: Swart, E., Ihle, P. (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen, 1. Aufl., Bern, S. 79

die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, sind verpflichtet, Krankenkassen bei stationärer Behandlung u. a. folgende Angaben zu übermitteln: nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 das interne Zeichen für den Versicherten, das Institutionskennzeichen der Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtung und der Krankenkasse sowie den Tag der Aufnahme, die Einweisungs- und Aufnahmediagnosen und die voraussichtliche Dauer der Behandlung.

2.1.5 Ambulanter Bereich

Die dritte Säule der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit ambulanten Daten, welche von Ärzten an ihre Abrechnungs- und Erfassungsstelle bei der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt übertragen werden. Diese übermitteln die Daten auf der Grundlage des § 295 Absatz 2 SGB V an die Krankenkasse. Im zugehörigen Satz 3 ist zur Abrechnung ärztlicher Leistungen die Übertragung der folgenden Daten für jedes Quartal und jeden Behandlungsfall vorgeschrieben:

- Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1, 6 und 7 SGB V,
- Arzt- oder Zahnarzt Nummer (Überweisungsfälle: überweisender Arzt),
- Art der Inanspruchnahme, Behandlung und Tag der Behandlung,
- abgerechnete Gebührenpositionen mit Diagnosen; bei zahnärztlicher Behandlung: mit Zahnbezug und Befunden,
- Kosten der Behandlung, Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V.

Der Fallbegriff des ambulanten Sektors ist ein anderes Konzept als im Krankenhaus oder in der Rehabilitation. Im ambulanten Sektor entsteht ein Abrechnungsfall, wenn ein Patient mindestens einmal im Quartal einen Vertragsarzt in Anspruch nimmt. Weitere Inanspruchnahmen während des laufenden Quartals werden weiter diesem einen Fall zugeordnet. Inanspruchnahmen in Folgequartalen zählen als weitere Fälle. Es handelt sich also um einen quartalsbezogenen Fallbegriff.

2.2 Datenvolumen und Datenverfügbarkeit

Die Basisangaben entstammen Access-Datenbanken der AOK Sachsen-Anhalt. Insgesamt waren im Jahr 2005 810.000 Versicherte in der AOK Sachsen-Anhalt „Die Gesundheitskasse“. Im stationären Sektor standen 6.062 Fälle (3.563 Patienten) mit einer F10-Diagnose für die Analyse zur Verfügung. Im Rehabilitationssektor liegen für das Jahr 2005 53 Patienten mit der F10.-

Diagnose vor. Im ambulanten Sektor konnte auf ein Datenvolumen von 3.486 Fälle (1.897 Patienten) mit einer F10-Diagnose zurück gegriffen werden. Der ambulante Sektor wird nicht finanziell abgebildet, da die derzeitige ambulante Abrechnung eine eindeutige Zuordnung von Leistungen zu Diagnosen nicht zulässt, weshalb auf eine Darstellung der Kosten des ambulanten Sektors verzichtet wird.

2.3 Methodik der Analyse

2.3.1 Grundlagen

Die Datensätze der drei Sektoren - stationär, ambulant und Rehabilitation - werden im Folgenden einzeln analysiert, bevor sie in einer übergreifenden Analyse zusammengeführt werden.

2.3.2 Struktur der Untersuchung

Die folgenden sektorspezifischen sowie sektorübergreifenden Analysen folgen einer einheitlichen Struktur hinsichtlich der Bearbeitung des Datenmaterials:

- (1) Untersuchung der Variable GESCHLECHT (Häufigkeitsauszählungen)
- (2) Untersuchung der Variable ALTER (Häufigkeitsauszählungen, Test auf Normalverteilung)
- (3) Untersuchung der Variable ORT/HERKUNFT (lediglich bei stationärem- und Rehabilitationssektor, da nur hier die notwendigen Angaben vorlagen)
- (4) Untersuchung der Variable DIAGNOSEN
- (5) Untersuchung der Variable VERSICHERTENART
- (6) Untersuchung der Variable KOSTEN (lediglich bei stationärem- und Rehabilitationssektor, da nur hier die notwendigen Angaben vorlagen)
- (7) Untersuchung der Variable AUFENTHALT (lediglich bei stationärem- und Rehabilitationssektor, da nur hier die notwendigen Angaben vorlagen)
- (8) Untersuchung der Variable MEHRFACHBEHANDLUNGEN (lediglich für den stationären- und Rehabilitationssektor, da nur hier die notwendigen Angaben vorlagen)

Eine bivariate Verknüpfung – zumeist mit der Variable GESCHLECHT – folgt am Ende der einzelnen Abschnitte zu den Untersuchungsgegenständen.

Für die sektorübergreifende Analyse wird die Struktur der Überweisungen zwischen den einzelnen Sektoren untersucht, um Rückschlüsse auf Behandlungsmuster und Patientenkarrieren zu geben und somit die Thesen fünf und sechs zu prüfen.

2.3.3 Altersangaben

Für einige Analysen wurde die Variable ALTER in Gruppen eingeteilt, um die Übersicht erleichtern und eine Kontingenzanalyse anzuwenden. Dazu wurden sechs Alterskategorien gebildet (bis 20 = 1, bis 30 = 2, bis 40 = 3, bis 50 = 4, bis 60 = 5, über 60 = 6). Diese Kategorien werden auch im ambulanten Bereich verwendet.

2.3.4 Behandlungsorte der Patienten im stationären Sektor

Zur Analyse der Behandlungsorte im stationären Bereich stehen insgesamt 133 angegebene Städte zur Verfügung. Bei der Auswertung berücksichtigt werden lediglich die Orte, welche einen Anteil von mindestens vier Prozent aufweisen.

2.3.5 Kostenanalyse

2.3.5.1 DRGs und Abrechnungsmodi

Stationärer Sektor: Die Abrechnung im stationären Sektor erfolgt über DRG (OPS und ICD) sowie über Zusatzentgelte, NUBs u. a.. Der Datenaustausch zwischen Krankenhaus und Krankenkasse ist in den §§ 301 und 303 des SGB V geregelt. Der krankenhausspezifische Basisfallwert wird ohne Korrektur der Überzahlungen („effektive Bewertungsrelation“) berücksichtigt.

Rehabilitationssektor: Die Abrechnung erfolgt nach tagesgleichen Pflegesätzen lt. Bundespflegesatzverordnung oder nach vereinbarten Fallpauschalen. Der Datenaustausch zwischen Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung ist in den §§ 301 und 303 des SGB V geregelt.

Ambulanter Sektor: Die Abrechnung erfolgt nach dem EBM 2000plus. Grundlage ist der § 295 SGB V. Für kostenspezifische Berechnungen lagen keine nutzbaren Angaben aus dem ambulanten Sektor zum Zeitpunkt der Analyse vor.

2.3.5.2 Einteilung in Kostenspannen

Zur Analyse der Kostenstrukturen wurden Klassen gebildet: Niedrigere Entgelte im Bereich von 0 bis 999 Euro, untere-mittlere Entgelte zwischen 1.000 und 4.999 Euro, obere-mittlere

Entgelte im Bereich von 5.000 bis 9.999 Euro sowie hohe Entgelte ab einem Wert von 10.000 Euro.

2.3.6 Aufenthaltsdauer

Auch zur Analyse der Aufenthaltsdauer im stationären Bereich werden zur besseren Übersichtbarkeit Kategorien gebildet. Es ergeben sich hierbei zwölf Klassen, welche für die ersten zehn jeweils in Zehn-Tages-Schritten gebildet werden (beispielsweise Klasse 1: 0 bis zehn Tage). Die Klassen elf und zwölf sind 50-Tages-Schritte (beispielhaft enthält Klasse elf alle Fälle mit 100 bis 150 Tagen Aufenthalt)

2.3.7 Statistische Anwendungen

Die Auswertung der Patientendaten erfolgt mittels des statistischen Softwareprogramm SPSS 14.0 und mit der Microsoft-Anwendung Excel 2000. Ausgangspunkt der Analyse sind die zugrunde liegenden Access-Datenbanken der AOK Sachsen-Anhalt. Die Analysen werden mittels deskriptiver Maßzahlen, Häufigkeitsverteilungen sowie multivariater Analysemethoden durchgeführt. Durch Kontingenzanalysen soll ein eventuell vorliegender Zusammenhang zwischen nominal skalierten Variablen überprüft werden. Auf dieser Basis lässt sich der Chi-Quadrat-Test nutzen, um die Signifikanz eines vorherrschenden Zusammenhanges zu testen. Eine Prüfung auf Normalverteilung von Variablen wird mittels Kolmogorov-Smirnov-Test realisiert.

3 Ergebnisse der Analyse der drei Sektoren

3.1 Ergebnisse des stationären Sektors

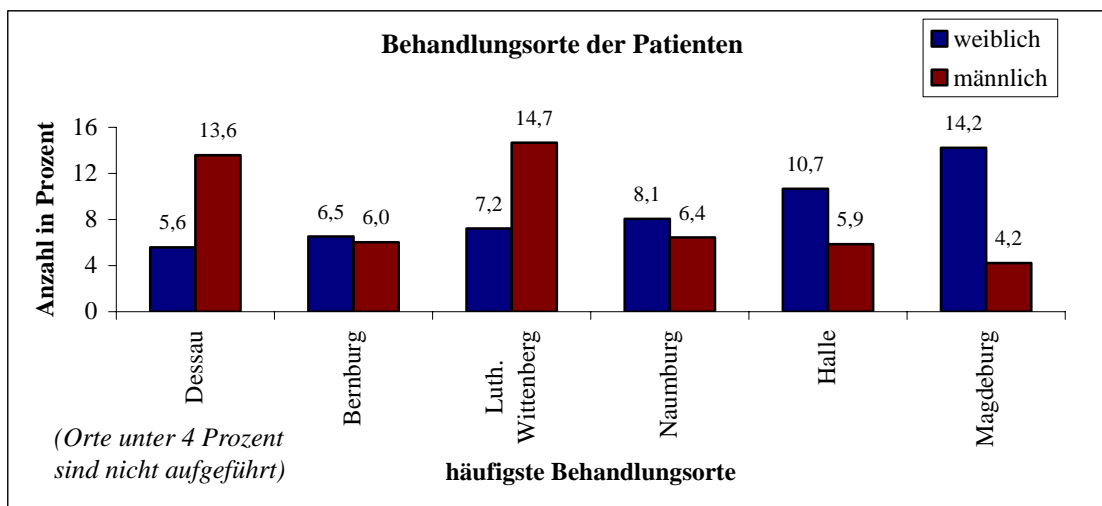
3.1.1 Geschlechter- und Alterstruktur im stationären Sektor

Die Analyse des stationären Sektors im Bereich psychischer- und Verhaltensstörungen durch Alkohol basiert auf insgesamt 6.062 aufgenommenen Fällen mit der ICD-10-Diagnose F10. Unter Berücksichtigung von Mehrfacheinweisungen lassen sich 3.563 Patienten zuordnen. Von diesen waren rund 16 Prozent weiblich und 84 Prozent männlich. Hinsichtlich der Altersverteilung ergibt sich ein Durchschnittsalter über beide Geschlechter von rund 46 Jahren²⁴, wobei die Männer im Durchschnitt marginal älter sind als die Frauen. Der jüngste Patient weist ein Alter von 13 Jahren auf (weiblich), der älteste von 90 (männlich). Es liegt keine Normalverteilung der Altersstruktur vor (Kolmogorov-Smirnov-Test, $p \geq 0,05$)

3.1.2 Behandlungsorte der Patienten im stationären Sektor

Den jeweiligen Ort der Einweisung der alkoholabhängigen Patienten zeigt die folgende Abbildung 1.

Abbildung 1: Behandlungsorte der Patienten im stationären Sektor



differenziert nach Geschlecht, Angaben in Prozent, Betrachtungszeitraum: 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt

²⁴ Anm.: Diese Altersangaben beziehen sich auf das Jahr 2006.

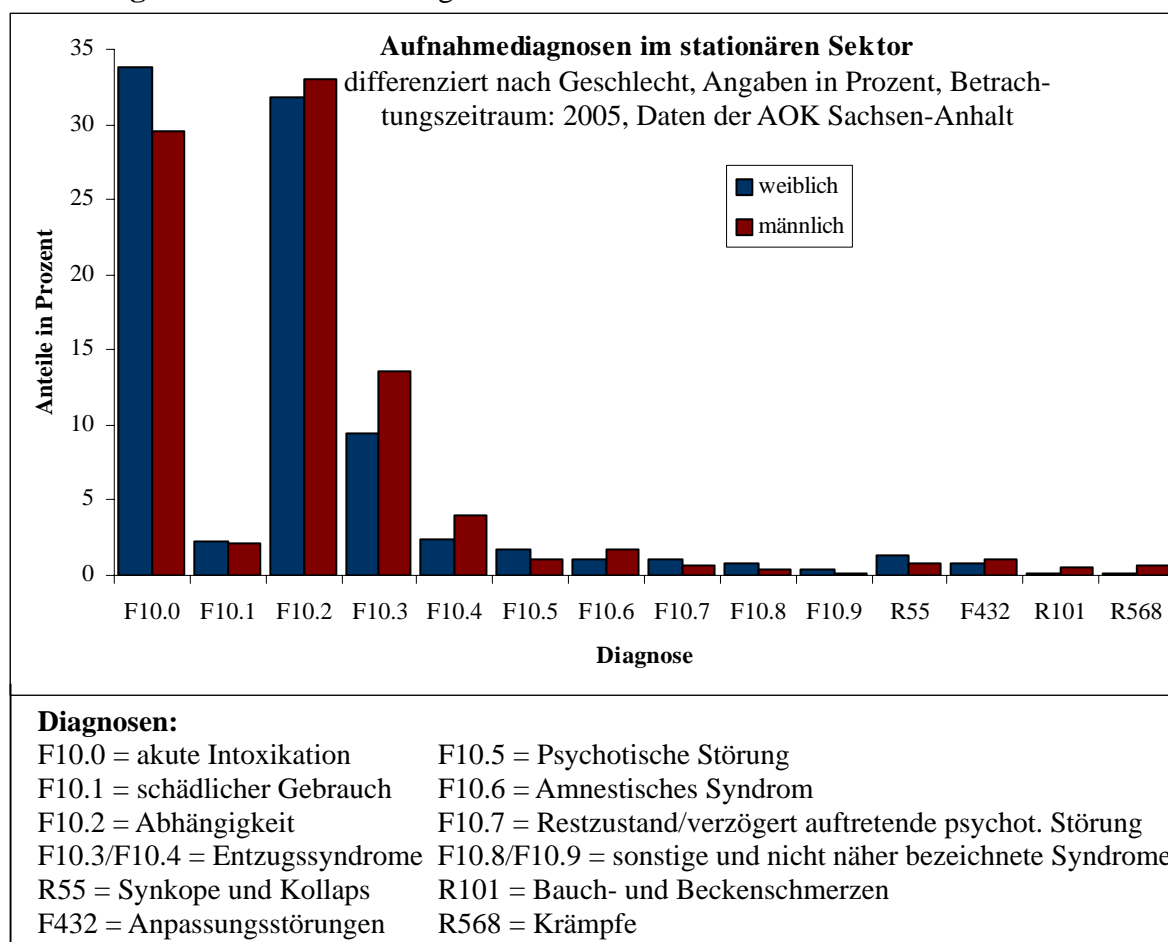
Die weiblichen Patienten wurden vor allem im Großraum Magdeburg aufgenommen, während bei den männlichen Lutherstadt Wittenberg und Dessau überwiegen. Diese Graphik betrachtet Bereiche mit einem Prozentsatz von unter vier Prozent nicht.

3.1.3 Aufnahmediagnosen im stationären Sektor

Die häufigste Eingangsdiagnose ist die Alkoholabhängigkeit (F10.2) mit rund 33 Prozent, gefolgt von akuter Intoxikation (F10.0) mit rund 30 Prozent und Entzugssyndromen F10.3 und F10.4 mit kumuliert rund 17 Prozent. Weitere F10.-Diagnosen nehmen Werte unter fünf Prozent an. 14 Prozent aller Eingangsdiagnosen sind keine F10.-Diagnosen. Meist gestellte Diagnosen sind dabei F32.2 (schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome), F43.2 (Anpassungsstörungen), R10.1 (Bauch- und Beckenschmerzen), R55. (Synkope und Kollapse) und R56.8 zu nennen. Diese Nicht-F10.-Diagnosen erscheinen innerhalb der Entlassungsdiagnosen nicht mehr, da sie im Laufe der Behandlung als eine F10.-Diagnose erkannt und kodiert wurden.

Hinsichtlich der weiblichen Patientinnen, welche im stationären Bereich behandelt wurden, sind vor allem alkoholbedingte akute Intoxikationen, Abhängigkeits- und Entzugssyndrome festzustellen. Des Weiteren traten Diagnosen im Bereich von Anpassungsstörungen (F43.2), beispielsweise hervorgerufen durch Alkoholabstinenz sowie Synkope und Kollaps (R55.) auf. Bei den männlichen Patienten zeigt sich ein ähnliches Bild bezüglich der zuvor beschriebenen Diagnosen. Zusätzliche wurde Brustschmerzen (R07.4) als auch Bauch- und Beckenschmerzen (R10.1), Epilepsie (G40.) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17.) oder Krämpfe (R56.8) diagnostiziert.²⁵ (Vgl. Abbildung 2).

²⁵ Zur Klassifikation der Diagnosen vergleiche Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2004): Kapitel V, VI, XVIII, in: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2005/fr-icd.htm> (02.02..2007)

Abbildung 2: Aufnahmediagnosen im stationären Bereich

3.1.4 Entlassungsdiagnosen im stationären Sektor

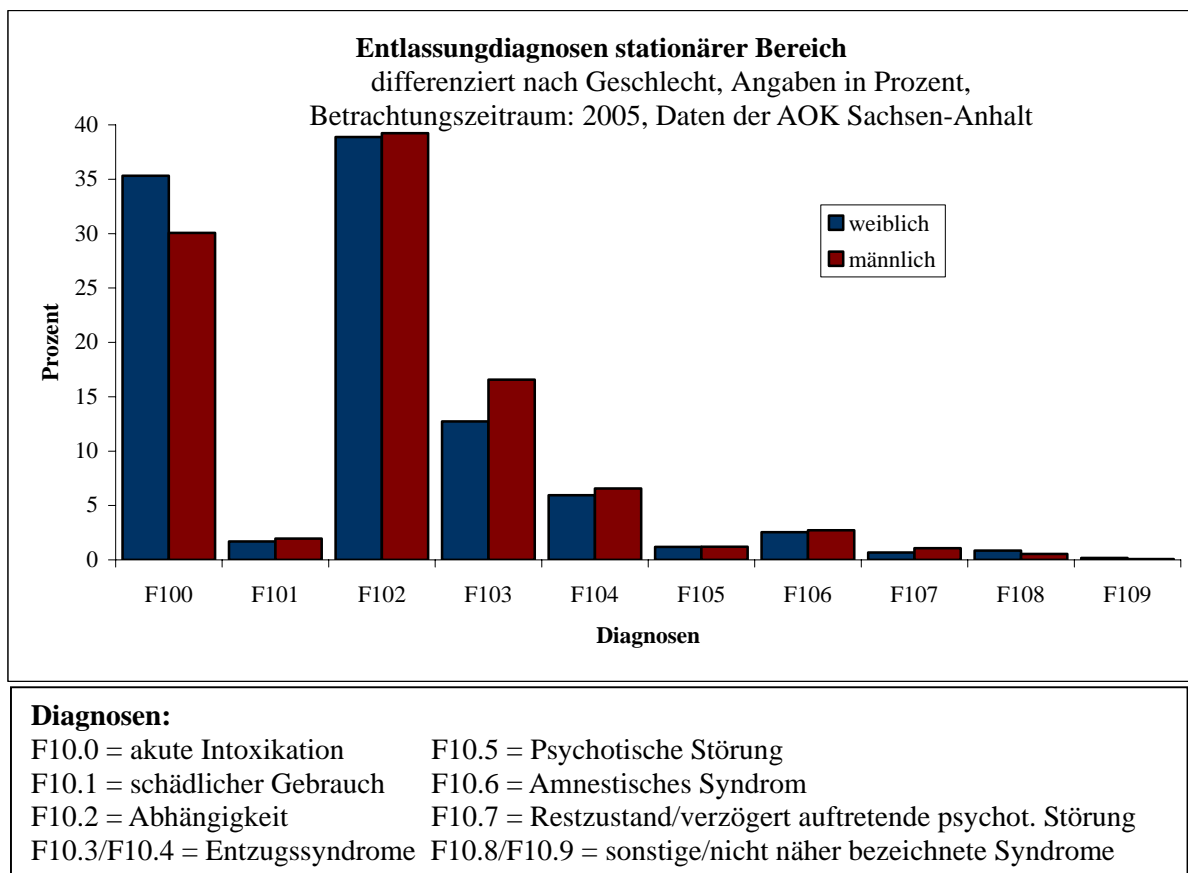
Als Entlassungsdiagnosen sind lediglich solche im Bereich F10 dokumentiert. Die häufigste Entlassungsdiagnose ist die der Alkoholabhängigkeit (F10.2) mit rund 39 Prozent, gefolgt von akuter Intoxikation (F10.0) mit rund 31 Prozent und den Entzugsdiagnosen F10.3 und F10.4 (rund 23 Prozent). Weitere F10.-Diagnosen bleiben anteilmäßig unter fünf Prozent. Es zeigt sich ein analoges Bild bei Eingangs- und Entlassungsdiagnosen bzgl. der Hauptdiagnosen.

Die genannten Nicht-F10.-Eingangsdiagnosen erscheinen im Licht der Entlassungsdiagnosen als mögliche Anzeichen für Alkoholentzug, beispielsweise F43.2 (Anpassungsstörungen), R10.1 (Bauch- und Beckenschmerzen) sowie R55 (Synkope und Kollaps). Insbesondere bei einer Einweisung mit Anpassungsstörungen könnte eine fehlerhafte Diagnose vorliegen. Die

Schwere der Krankheit wurde in diesen Fällen eventuell nicht erkannt oder unterschätzt. Dies ließe sich in das angesprochene Problem des *down-codings* einordnen (Vgl. Kap. 1.3.2)

Differenziert nach dem Geschlecht der Patienten ergibt sich die prozentuale Aufteilung laut Abbildung 3. F10.0, F10.2 und F10.3 sind bei beiden Geschlechtern die häufigsten Diagnosen.

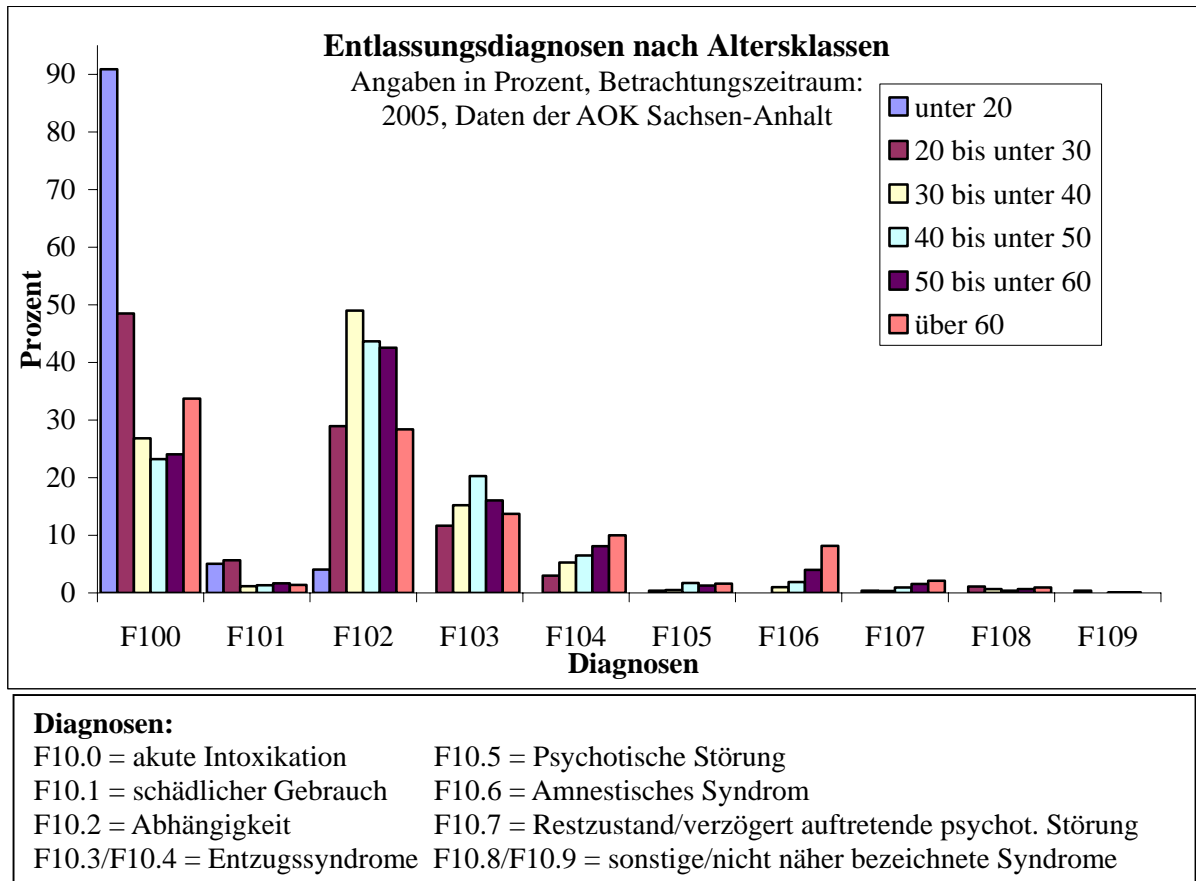
Abbildung 3: Entlassungsdiagnosen im stationären Bereich



Die folgende Abbildung 4 weist die Entlassungsdiagnosen nach Altersgruppen auf. Demnach wurden unter-20-Jährige mit 180 von 198 Fällen im stationären Bereich mit einer F10.0-Diagnose (akute Intoxikation durch Alkohol) behandelt und in jeweils acht respektive zehn Fällen mit einem schädlichen Missbrauch bzw. mit Alkoholabhängigkeit. Es zeigt sich eine abnehmende Tendenz einer akuten Intoxikation, mit zunehmendem Alter dafür eine Zunahme der Abhängigkeit (F10.2). Darüber hinaus finden sich Fälle eines amnestischen Syndroms (gegebenenfalls ein Hinweis auf das Korsakow-Syndrom) im Bereich der über 60-Jährigen mit 35 Fällen (rund neun Prozent). Die meisten Alkoholabhängigen befinden sich im Alter

von 30 bis 40 Jahren, von denen viele überdies von akuten Alkoholvergiftungen betroffen sind.

Abbildung 4: Entlassungsdiagnosen - differenziert nach Alterskategorien



3.1.5 Versichertenarten im stationären Sektor

Es zeigt sich, dass vor allem Versicherte nach § 155 AFG, speziell ALG-II-Bezieher (Versichertenart 409, 45 Prozent), Rentenantragssteller aus der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten (Versichertenart 301, 21 Prozent) und KV-Pflichtige-Beschäftigte Versicherte (Versichertenart 101, neun Prozent) vorliegen. Des Weiteren ergeben sich rund elf Prozent

Familienangehörige – hierbei vor allem VA 900 und VA 940 (Ehegatten zu rund sechs Prozent, Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zu rund drei Prozent)²⁶ (Vgl. Tabelle 2).

Tabelle: 2: Anteile der Versicherten nach Versichertenarten

Versichertenartenschlüssel	Anteile in Prozent
Nicht versichert (VA 000 – 006)	1,30
Krankenversicherungspflichtige (VA 101 – 199)	11,3
Rentantragssteller (VA 201 – 299)	0,40
Rentenbezieher (VA 301 - 399)	21,4
Versicherte nach § 155 AFG (VA 401 – 499)	49,7
Freiwillig Versicherte (VA 501 – 599)	2,90
Rehabilitanden (VA 601 – 699)	2,10
Familienangehörige (VA 900 – 993)	10,9

VA = Versichertenart, Betrachtungszeitraum: 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt

Wird die Versichertenart (VA)²⁷ separat nach weiblichen und männlichen Patienten im Bereich der Abhängigkeit -Diagnose (F10.2) betrachtet, fällt auf, dass die Patientinnen vor allem Arbeitslosengeld-II-Bezieherinnen (VA 409) mit 35 Prozent als auch zu 23 Prozent Rentenbezieher aus der Rentenversicherung für Arbeiter und Angestellte (VA 301) sind. Im Vergleich zu den Patientinnen zeigt sich auch bei den männlichen Patienten der Trend zur Versicherungsart 409 (Arbeitslosengeld-II-Bezieher) mit 53 Prozent und Rentnern mit 20 Prozent.

Diese ähnlichen Ergebnisse bei beiden Geschlechtern bestätigt ein Chi-Quadrat-Test, der keinen signifikanten Unterschied zwischen den Variablen Geschlecht und Versichertenart ergab. Bei beiden Geschlechtern wird somit deutlich, dass Alkoholabhängige tendenziell ALG-II-Empfänger respektive Rentenempfänger sind. Weitere Versichertenarten, welche bei beiden Geschlechtern in ähnlich häufiger Weise auftreten, sind die Schlüssel VA 101, VA 900 und VA 940. Hierzu zählen Beschäftigte, Ehegatten bzw. Kinder bis zur Vollendung ihres 18. Lebensjahres. Hinsichtlich Alter und Versichertenart zeigt sich ein hochsignifikanter Zusammenhang, was vor allem angesichts der Rentner zu erwarten ist.

²⁶ Anm.: Weitere Versichertenarten liegen lediglich zu unter fünf Prozent vor. Dazu gehören nicht-Versicherte, die nach § 264 SGB V Sozialhilfe empfangen, Beitrittsberechtigten nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sowie Rehabilitanden, die medizinischen Maßnahmen durch die Rentenversicherung in Anspruch nehmen.

²⁷ Anm.: Die einzelnen Versichertenarten können mit ihrer Bedeutung im Anhang A2: Versichertenartenschlüssel der AOK Sachsen-Anhalt „Die Gesundheitskasse“ eingesehen werden.

3.1.6 Kostenstruktur im stationären Sektor

Der Mittelwert der gezahlten Entgelte im stationären Sektor beträgt rund 1.700 Euro, die Summe über alle Behandlungen im Jahr 2005 beläuft sich auf rund 10,3 Mio. Euro, wobei das Minimum bei 0 Euro und das Maximum bei rund 29.000 Euro liegen.

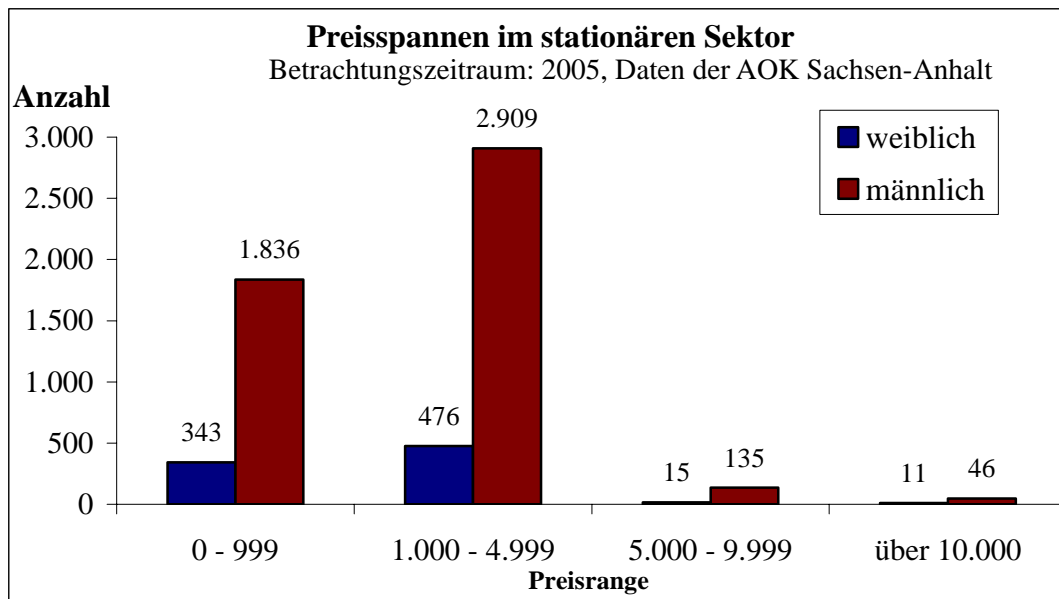
Im Durchschnitt wurden rund 1.650 Euro für jede Patientin und rund 1.700 Euro für jeden Patienten, welche die ICD-10-Entlassungsdiagnose F10. gestellt bekommen haben, ausgegeben. Bei den Frauen ergibt sich eine Gesamtsumme von rund 1,4 Mio. Euro, bei den Männern von rund 8,9 Mio. Euro (Vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Entgelte im stationären Sektor

Geschlecht	N	Minimum	Maximum	Summe	Mittelwert	Standardabweichung
weiblich	843	0	25.494	1.397.316	1.657,55	2.049,945
männlich	5.219	0	29.258	8.895.918	1.704,53	1.744,564

Angaben in Euro, differenziert nach Geschlecht, Betrachtungszeit 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt

Als Maximalwert bei den Frauen ergibt sich ein Betrag von rund 25.500 Euro, verursacht durch eine 50-jährige Patientin, welche mit einer alkoholbedingten amnestischen Psychose eingangs und bei der Entlassung eingestuft worden ist. Die Streuung der einzelnen Werte innerhalb der beiden Geschlechter ist bei den Frauen größer, als bei den Männern. Das Gros der Ausgaben für Krankenhausaufenthalte im Bereich der alkoholinduzierten Krankheiten liegt zwischen 1.000 und 4.999 Euro. (Vgl. Abbildung 5)

Abbildung 5: Preisspannen (Ranges) im stationären Sektor

Preisspannen: 1 = 0 – 900 Euro, 2 = 1.000 – 4.999 Euro, 3 = 5.000 – 9.999 Euro, 4 = über 10.000 Euro, Angabe in Anzahl der Treffer innerhalb jeder Preisspanne

Wird diese Spanne detailliert betrachtet, ergibt sich ein Hauptausgabenbereich zwischen 1.000 und 2.500 Euro. Innerhalb der Fälle zwischen 1.000 und 4.999 Euro Ausgaben ergeben sich zu rund 50 Prozent die Entlassungsdiagnosen Alkoholabhängigkeit (F10.2), gefolgt von Entzugserscheinungen (F10.3, 20 Prozent). Im Ausgabenbereich von 5.000 bis 9.999 Euro zeigt sich eine annähernd gleiche Verteilung mit jeweils ca. 25 Prozent hinsichtlich der diagnostizierten Fälle akuter Rausch (F10.0), Abhängigkeit (F10.2) sowie Entzug (F10.3). Insbesondere im Bereich der Entzugsdiagnosen entstehen hohe Behandlungskosten. Dies ist zu erkennen, wenn die Diagnosen F10.3 und F10.4 zusammengefasst betrachtet werden. Es ergibt sich ein Wert von insgesamt knapp 40 Prozent aller Entlassungsdiagnosen. Die Kostenspanne 0 bis 999 Euro ist gekennzeichnet durch circa 60 Prozent an Fällen mit akuter Intoxikation (F10.0). Lediglich ein Viertel der Fälle waren in diesem Bereich Alkoholabhängige (F10.2).

Beim Vergleich der Entgelte hinsichtlich der Versichertenart fällt auf, dass Rentenbezieher prozentual häufiger in den höheren Klassen auftreten, während die Versicherten nach § 155 AFG (Arbeitslosengeld-II-Bezieher) eher in den unteren Entgeltklassen zu finden sind.

3.1.7 Verweildauer und Monatsverteilung im stationären Bereich

Die Verweildauer der Fälle im stationären Sektor reicht von Null bis zu 199 Tagen. Die durchschnittliche Verweildauer liegt bei rund neun Tagen, die häufigste bei sieben. Mit rund 19 Prozent (1.128 von 6.062 Fällen) liegen eintägige Behandlungen am zahlreichsten vor. Zur besseren Übersicht wurden die Tage in Klassen eingeteilt. Rund 73 Prozent der Fälle beanspruchten eine Behandlungsdauer von bis zu zehn Tagen, rund 20 Prozent waren bis zu 20 Tagen stationär in Behandlung. Längere Behandlungszeiten von 14 bis 21 Wochen nahmen dagegen 16 Personen in Anspruch. Tabelle 4 zeigt die Verweildauer, zur besseren Übersichtbarkeit, eingeteilt in zwölf Klassen an.

Tabelle 4: Aufenthaltsdauer nach Aufenthaltsklassen

Aufenthaltsklasse	Häufigkeit	Prozent
1	4438	73,2
2	1222	20,2
3	170	2,8
4	69	1,1
5	58	1,0
6	32	,5
7	23	,4
8	10	,2
9	24	,4
10	3	,0
11	11	,2
12	2	,0
Gesamt	6062	100,0

Aufenthaltsklassen:

Klasse 1 = ≤ 10 Tage Aufenthalt,
 Klasse 2 = bis 11 bis 20 Tage,
 Klasse 3 = 21 bis 30 Tage,
 Klasse 4 = 31 bis 40 Tage,
 Klasse 5 = 41 bis 50 Tage,
 Klasse 6 = 51 bis 60 Tage,
 Klasse 7 = 61 bis 70 Tage,
 Klasse 8 = 71 bis 80 Tage,
 Klasse 9 = 81 bis 90 Tage,
 Klasse 10 = 91 bis 100 Tage,
 Klasse 11 = 101 bis 150 Tage,
 Klasse 12 = 151 bis 200 Tage

Betrachtungszeitraum: 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt

Frauen weisen eine mittlere Aufenthaltsdauer von acht Tagen auf, während Männer mit knapp neun Tagen marginal länger Zeit im Krankenhaus verbrachten.

Bezüglich der Aufenthaltsklassen zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein ähnliches Bild: Die meisten Krankenhausaufenthalte liegen im Bereich von ein bis zehn Tagen (Frauen: 74 Prozent, Männer: 73 Prozent). Bei beiden Geschlechtern sind lediglich zwei Prozent der Patienten über sieben Wochen stationär behandelt worden, wobei die Frauen einen marginal längeren Aufenthalt in Anspruch nahmen und eher im oberen Bereich (über elf Wochen) zu finden sind.

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen den Entlassungsdiagnosen und der Verweildauer ergaben sich Ergebnisse laut Tabelle 5:

Tabelle 5: Verweilangaben nach Diagnose im stationären Sektor

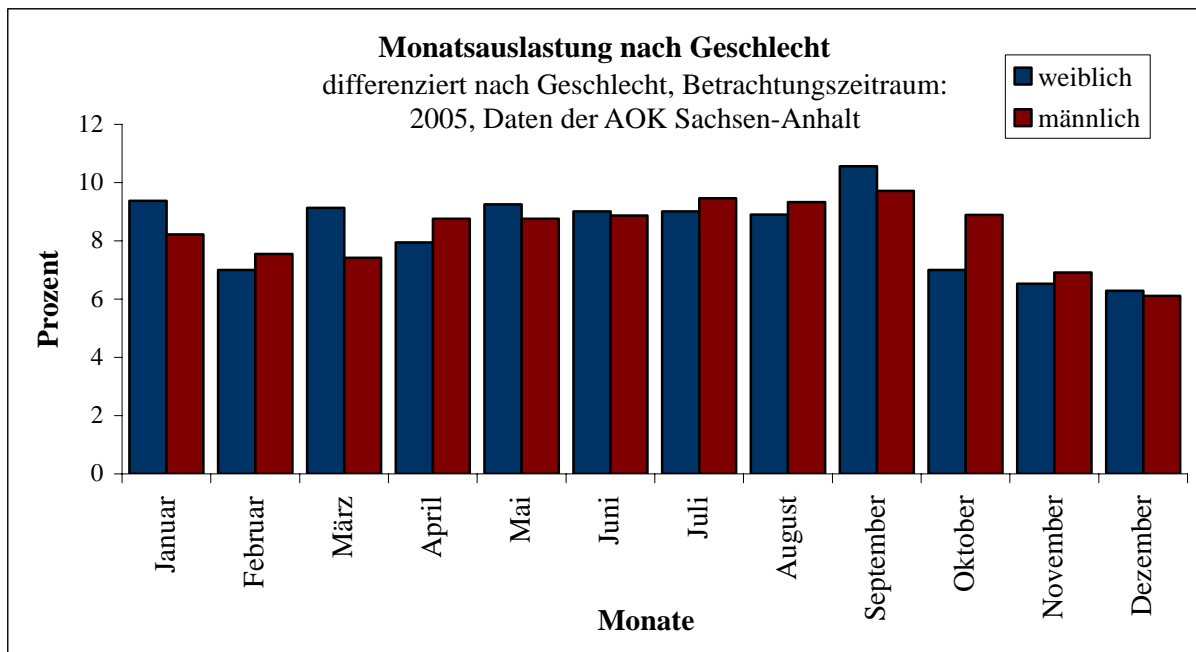
Diagnose	Anzahl	Durchschnittliche Dauer	Maximalwert	Minimalwert	Häufigster Wert
F10.0 akute Intoxikation	1.801	11,48	107	1	1
F10.1 schädlicher Gebrauch	85	8,18	126	0	1
F10.2 Abhängigkeit	2.450	13,76	199	7	1
F10.3 Entzugssyndrom	1.026	7,38	192	0	1
F10.4 Entzugssyndr. mit Delir	404	8,93	110	0	1
F10.5 Psychotische Störung	66	5,94	42	0	1
F10.6 Amnestisches Syndrom	131	6,47	73	0	1
F10.7 Restzustand/verzögert auftretende psychot. Störung	56	6,13	21	0	1
F10.8 sonstige Syndrome	36	6,08	18	0	1
F10.9 n. n. bezeichn. Syndrome	7	17,29	67	0	0

Betrachtungszeitraum: 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt, Angaben in durchschnittlichen Tagen

Die Diagnose von nicht näher bezeichneten psychischen- und Verhaltensstörungen (F10.9) hat die längste durchschnittliche Verweildauer, was bei der Unbestimmtheit und Komplexität der Diagnose nicht zu interpretieren ist. Die Diagnose Alkoholabhängigkeit (F10.2) weist mit rund zwei Wochen die zweitlängste durchschnittliche Behandlungsdauer auf. Hier ist auch die maximale Aufenthaltsdauer von 199 Tagen (weibliche Patientin) zu finden. Akute Intoxikationen (F10.0) folgen mit rund elf stationären Aufenthaltstagen. Fälle mit akuter Intoxikation liegen damit länger, als die Fälle mit Entzug. Wie zu erwarten ist, zeigen erschwerte Entzugssyndrome (mit Delir, F10.4) eine längere Aufenthaltsdauer, als ohne Delir (F10.3-Diagnose).

Juli und September stellen mit jeweils zehn Prozent aller Fälle die einweisungsstärksten Monate dar. Die wenigsten Einweisungen mit sechs Prozent fanden im Monat Dezember statt.

Wird die monatliche Einweisung geschlechtsspezifisch analysiert, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Abbildung 6 zeigt den Monat der Einweisung nach Geschlecht.

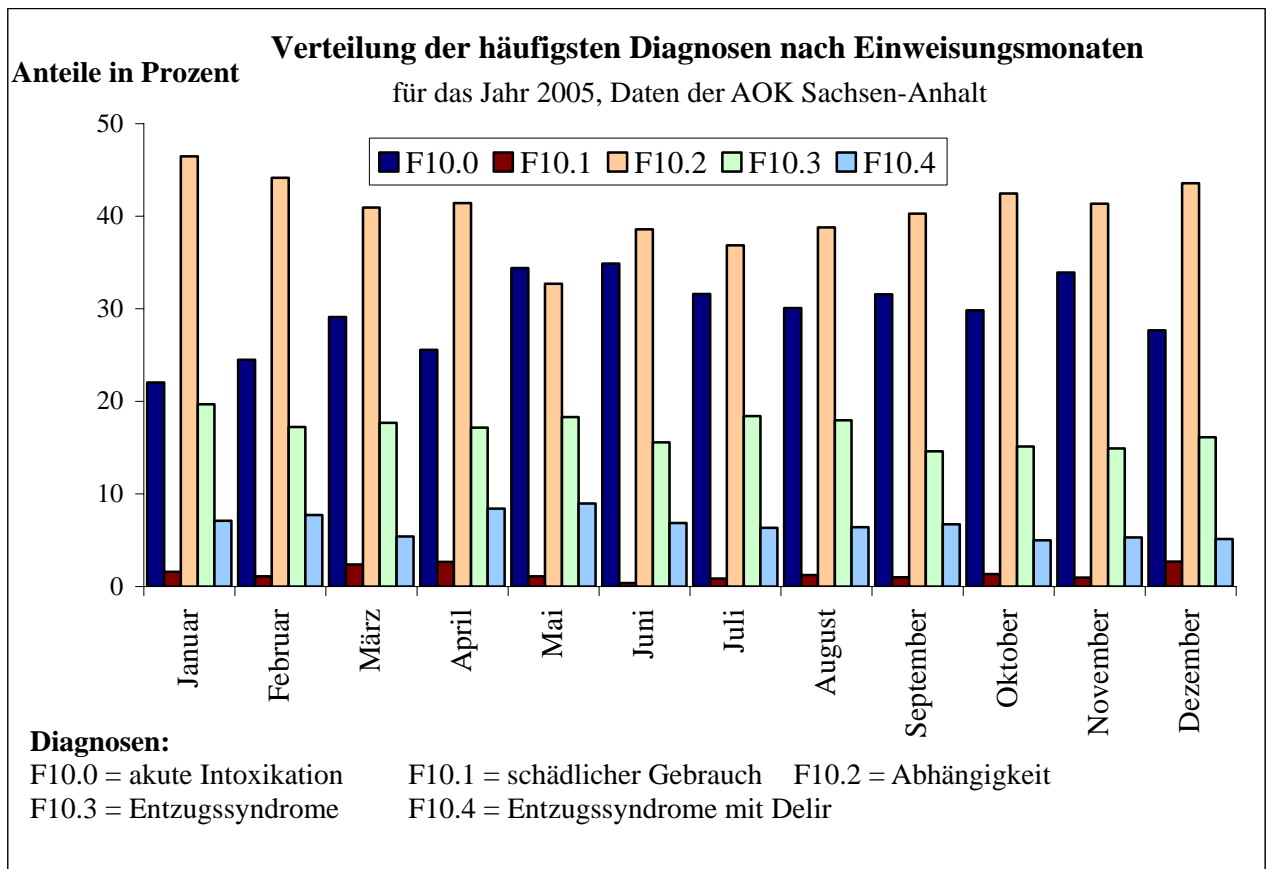
Abbildung 6: Verteilung der Einweisungen nach Monate im stationären Sektor

Ferner werden die Diagnosen nach den Monaten der Einweisung geordnet (Tabelle 6, Abbildung 7). In Abbildung 7 werden die häufigsten Diagnosen hinsichtlich ihres Vorkommens in verschiedenen Monaten betrachtet. Alkoholvergiftungen (F10.0) wurden überwiegend im Bereich Mai - November gestellt, Alkoholabhängigkeit (F10.2) v. a. ab Dezember bis Februar.

Tabelle 6: Diagnosen nach Monaten im stationären Sektor

		Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
F10.0	Akute Intox.	22	24,5	29	25,6	34	35	31,6	30,1	31,5	29,9	33,9	27,7
F10.1	schädl. Gebrauch	1,6	1	2,4	2,7	1,1	0,4	0,88	1,2	1	1,3	0,9	2,7
F10.2	Abhängigkeit	46	44	41	41,4	33	38,6	36,8	38,8	40,3	42,4	41,3	43,5
F10.3	Entzugssyndr.	20	17	17,7	17,1	18	15,6	18,4	17,9	14,6	15,1	14,9	16,1
F10.4	Entzugssyndr. mit Delir	7	8	5,4	8,4	9	6,8	6,32	6,4	6,7	5	5,3	5,2
F10.5	Psychot. Störung	0,8	1	0,6	1,5	1,1	0,9	1,4	1,1	1	1,5	0,7	1,3
F10.6	Amn. Syndrom	1,5	2	2,6	2,1	1,7	1,6	2,11	2	3,7	2,5	1,2	3
F10.7	Restzustand	0	1,4	0,65	0,8	0,4	0,7	1,23	1,7	0,7	1,9	1	0,5
F10.8	Sonst. Syndrome	0,8	1,1	0,65	0,4	1,1	0,4	0,88	0,8	0,3	0,4	0,5	0
F10.9	n.n.bez. Syndrome	0,3	0	0	0	0,2	0	0,35	0	0,2	0	0,3	0
		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Betrachtungszeitraum 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt, gerundete Angaben in Prozent

Abbildung 7: Die häufigsten Diagnosen im stationären Sektor

3.1.8 Mehrfachbehandlungen im stationären Sektor

2.475 von 6.062 erfassten Krankenhausaufenthalten waren Einzeleinweisungen, d. h. dass 40 Prozent der Fälle im Berichtsjahr 2005 einmalig eingewiesen wurden. Insgesamt 1.088 Patienten wurden mindestens zweimal eingewiesen und von diesen wurden nochmals knapp die Hälfte (533 Patienten) mindestens dreimal behandelt. Eine Übersicht gibt Tabelle 7.

Im Jahr 2005 lag das Maximum hinsichtlich eines Patienten bei 35 Einweisungen. Er wurde mit einem Entzugssyndrom bei der ersten Aufnahme klassifiziert. Danach fiel er scheinbar in eine Abhängigkeit (F10.2) zurück, welche zu Mehrfachbehandlungen akuter alkoholbedingter Intoxikationen (F10.0) führte. Dieser Fall weist einige Sprünge hinsichtlich seines Versichertenartenschlüssels auf, welcher zwischen Arbeitslosengeld-II-Bezieher (VA 409) und Nicht-Versichertenstaus [§ 264 SGB V (Sozialhilfe)] variiert. Ein weiterer Patient wurde 34-mal sta-

tionär behandelt und weist ein ähnliches Schema auf. Dieser Patient ist Rentenbezieher (VA 301).

Tabelle 7: Behandlungshäufigkeiten im stationären Sektor

Gesamt:				davon:					
Anzahl d. Behandlungen	Häufigkeit	Anzahl d. Behandlungen	Häufigkeit	Anzahl d. Behandlungen		Anzahl d. Behandlungen			
				w	m	w	m	w	m
einmalige	2.475	elfmal	8	einmalige	486	1.989	elfmal	0	8
zweifache	1.088	zwölfmal	1	zweifache	128	960	zwölfmal	0	1
dreifache	258	dreizehnmal	1	dreifache	32	226	dreizehnmal	0	1
viermalige	109	vierzehnmal	1	viermalige	5	104	vierzehnmal	0	1
fünfmal	52	fünfzehnmal	2	fünfmal	9	43	fünfzehnmal	0	2
sechsmal	36	sechszehnmal	3	sechsmal	2	34	sechszehnmal	0	3
siebenmal	23	neunzehnmal	2	siebenmal	2	21	neunzehnmal	0	2
achtmal	15	zwanzigmal	1	achtmal	1	14	zwanzigmal	0	1
neunmal	12	34mal	1	neunmal	0	12	34mal	0	1
zehnmal	7	35mal	1	zehnmal	0	7	35mal	0	1

w = weiblich, m = männlich, Betrachtungszeitraum 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt

Bei einem Intergender-Vergleich zeigt sich, dass Frauen weniger oft mehrfach behandelt wurden. 486 von 843 Fällen wurden einmal stationär behandelt. Das Maximum liegt hier bei acht Einweisungen auf Grund der Alkoholabhängigkeitsdiagnose bei einer Arbeitslosengeld-II-Bezieherin (VA 409). Die häufigsten Mehrfacheinweisungen liegen im Bereich von zwei Behandlungen.

Analog dazu wurden Männer mit 18,5 Prozent am häufigsten zweimal eingewiesen, wobei 1.989 von 5.219 Fällen nur einmal behandelt wurden. Hinsichtlich der Diagnose trat bei akuter Intoxikation die häufigste Anzahl an einmaligen Behandlungen auf, gefolgt von Abhängigkeit und Entzugssyndromen.

3.2 Untersuchung des Rehabilitationssektors

Die folgende Analyse stützt sich auf 53 erfasste Patienten aus dem Jahr 2005.

3.2.1 Geschlechter- und Alterstruktur im Rehabilitationssektor

89 Prozent der 53 verzeichneten Patienten sind männlichen, elf Prozent (n=6) weiblichen Geschlechts. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt rund 46 Jahre. Zwischen Geschlecht und Versichertenart sowie Geschlecht und Alter können keine signifikanten Zusammenhänge nachgewiesen werden. Es gibt keine weiblichen Patienten im Altersbereich der 50- bis 59-jährigen. Bei den Männern wurde vor allem die Gruppe der über 60-jährigen in Rehhabilitationsseinrichtungen eingewiesen. Bei Frauen liegt der Schwerpunkt auf den 20- bis 39-jährigen. Auf weitere geschlechtsspezifische Analysen sollen an dieser Stelle aufgrund der geringen Fallzahl verzichtet werden.

3.2.2 Herkunft der Versicherten des Rehabilitationssektors

Zur Aufschlüsselung der Herkunft werden die Postleitzahlen aus der Patientendatenbank in Kreise und Regionen aufgelöst. Die sechs weiblichen Patienten kommen aus den Bereichen Halle, Quedlinburg, Weißenfels, Jessen/Elster, Hamburg und Magdeburg. Für die männlichen Patienten ergibt sich folgende grobe Aufteilung: Rund elf Prozent kommen aus Halle (sowie sechs Prozent aus Aschersleben), sechs Prozent aus dem Bereich Naumburg/Saale, zehn Prozent aus Wernigerode und acht Prozent aus Magdeburg.

3.2.3 Entlassungsdiagnosen im Rehabilitationssektor

Im Unterschied zum stationären Bereich sind die Entlassungsdiagnosen hier identisch mit den Eingangsdiagnosen, daher stützen sich die Auswertungen im Folgenden lediglich auf erstere. Bei beiden Geschlechtern ist die Alkoholabhängigkeit (F10.2) die häufigste; bei den Frauen sind es rund 83 Prozent Alkoholabhängige, bei den Männern rund 96 Prozent. Eine der weiblichen Patientinnen (23 Jahre) weist die Diagnose F10.7 auf. Dies ist eine Art Restzustand einer kognitiven, affektiven oder intentionalen Störung, welche durch Alkohol ausgelöst wird. Dies können Demenz, Nachhaltstörungen oder andere leichtere Formen einer nachhaltigen,

alkoholbedingten Beeinträchtigung sein.²⁸ Bei den männlichen Behandelten zeigen sich jeweils ein Fall eines Entzugssyndroms (F10.3) sowie einer psychotischen Störung (F10.5), dazu gehören Alkoholhalluzinose oder alkoholische Paranoia.²⁹ Der Chi-Quadrat-Test zeigt keine signifikanten Zusammenhänge der Variablen Geschlecht und Diagnose sowie Altersklasse und Diagnose.

3.2.4 Versichertenarten im Rehabilitationssektor

Unter den Patienten sind die Versichertenartenschlüssel für Rentenbezieher (VA 301, 35 Prozent), Versicherte nach § 155 AFG speziell Arbeitslosengeld-II-Bezieher (VA 409, 22 Prozent) und freiwillig Versicherte nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 des SGB V beitragsberechtigigt (VA 501, 11 Prozent) am häufigsten. Die Versichertenarten VA 115 und VA 117 weisen mit 7,4 respektive 5,6 Prozent Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 5 sowie Nr. 7 SGB V– Sozialversicherung für Behinderte aus. Arbeitslose sind in geringerem Umfang vertreten, als unter den stationären Fällen, dafür sind Rentenbezieher häufiger. Dies ist unerwartet und kann auf eine rehabilitative Unterversorgung von Arbeitslosen schließen lassen. Tabelle 8 vergleicht die Versichertenarten im stationären mit denen im Rehabilitationssektor.

Tabelle 8: Anteile der Versichertenarten im Rehabilitationssektor

Versichertenartenschlüssel	Anteile im Rehabilitationssektor	Häufigkeiten im Rehabilitationssektor n=53	Anteile im stationären Sektor
Nicht versichert	1,9	1	1,3
Krankenversicherungspflichtige	14,9	8	11,3
Rentantragssteller	1,9	1	0,4
Rentenbezieher	35,2	19	21,4
Versicherte nach § 155 AFG	26	14	49,7
Freiwillig Versicherte	13	7	2,9
Rehabilitanden	0	0	2,1
Familienangehörige	5,6	3	10,9

Betrachtungszeitraum: 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt, n = 53

²⁸ Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen (F00 - F99), Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 - F19), unter: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlamtl2005/fr-icd.htm> (13.03.2007)

²⁹ Vgl. ebenda, (13.03.2007)

3.2.5 Kostenstruktur im Rehabilitationssektor

Die Rehabilitation der sechs weiblichen Patienten verursachte im Jahr 2005 einen Gesamtbetrag von rund 52.100 Euro (Mittelwert: rund 8.700 Euro). Die meisten Kosten wurden durch die Diagnose Abhängigkeit (F10.2), die geringsten durch eine Restzustandsdiagnose (F10.7) hervorgerufen. Für die männlichen Rehabilitations-Patienten ergibt sich ein Bruttobetrag in Höhe von rund 291.700 Euro. Die durchschnittlichen Kosten betragen 6.341 Euro, welche unter denen der weiblichen Patienten liegen (Vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Kosten des Rehabilitationssektors, differenziert nach Geschlecht

Weiblich	Mittelwert	8.683
n = 6	Standardabweichung	3.320
	Minimum	3.130
	Maximum	12.528
	Summe	52.102
Männlich	Mittelwert	6.206
n= 47	Standardabweichung	3.192
	Minimum	0
	Maximum	11.592
	Summe	291.700

Betrachtungszeitraum: 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt, n = 53

Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Alter und Kosten (Tabelle 10).

Tabelle 10: Kosten nach Alterskategorien im Rehabilitationssektor

Alter	n	Minimum	Maximum	Summe	Mittelwert
Bis 30	8	1.862	11.592	4.8195	6.024
31 bis 40	12	68	11.123	76.864	6.405
41 bis 50	9	270	11.125	62.228	6.914
51 bis 60	17	0	8.740	98.372	5.786
Über 60	7	6.585	12.528	58.769	8.395

n = Anzahl der Patienten in der jeweiligen Gruppe, Betrachtungszeitraum: 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt, n = 53

Eine Analyse der Kostenverteilung nach Versichertenarten zeigt, dass vor allem die 19 Rentenbezieher Gesamtkosten von rund 134.000 Euro verursachten, rund 60.200 Euro beruhen auf zwölf Versicherte der VA 409 (§ 155 AFG, speziell Arbeitslosengeld-II-Bezieher) und rund

52.500 Euro kommen aus dem Bereich der 13 freiwillig Versicherten (Vergleiche Tabelle 11). Zu sehen ist der hohe Betrag, welcher durch weibliche Patienten, versichert nach § 10 Abs. 2 S. 2 SGBV [(Kinder bis Vollendung des 23. Lebensjahres) VA 980], generiert wird.

Tabelle 11: Bruttobeträge nach Versichertenart und Geschlecht, Rehabilitationssektor

Gesamtkosten	VA		Gesamtkosten	VA	
25.491	301	weiblich	108.700	301	männlich
12.529	501		39.969	501	
14.083	980		8.740	10	
			23.346	115	
			12.898	117	
			9.001	201	
			2.207	401	
			11.126	402	
			60.213	409	
Summe= 343.803			3.909	504	
			11.592	950	

Betrachtungszeitraum: 2005, Daten: AOK Sachsen-Anhalt, n = 53

3.2.6 Häufigkeit der Merkmale Versichertenart und Alter

In der kleinen Gruppe der Rehabilitations-Fälle gibt es, anders als im stationären Sektor, keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Versichertenart und Alter.

3.3 Analyse des ambulanten Sektors

Im ambulanten Sektor liegen für das Jahr 2005 insgesamt 58.001 Fälle vor, von denen insgesamt 3.486 Fälle mit einer F10.-Diagnose ausgewiesen sind. Da eine Vielzahl der Fälle (1.046) mehrfach (d. h. in mehreren Quartalen des Jahres 2005) behandelt worden ist, entspricht der Datensatz insgesamt 1.897 einzelnen Patienten. Die Ärzte, von denen die genutzten Daten übermittelt wurden, sind alle zugelassene Vertragsärzte inklusive medizinische Versorgungszentren nach § 295 SGB V.

3.3.1 Geschlechter- und Alterstruktur im ambulanten Sektor

Der Anteil der behandelten Frauen beträgt im ambulanten Sektor, ähnlich wie in den anderen beiden Sektoren, rund 14 Prozent (264 Frauen), während die Männer einen Anteil von rund 86 Prozent (1.633 Männer) aufweisen. Das Durchschnittsalter beträgt 44 Jahre (Spanne: 15-58 Jahre). Es liegt keine Normalverteilung nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test für die Variable Alter vor - analog zum stationären Bereich. Die Alterstruktur weist bei den weiblichen wie bei den männlichen Patienten ein Minimum von 15 Jahren auf. Der älteste Patient und die älteste Patientin waren jeweils 58 Jahre alt. Knapp die Hälfte der Patienten findet sich im Bereich der unter 50-jährigen und der Großteil der behandelten Patienten weist ein Alter von über 30 Jahren auf (Tabelle 12). Signifikante Altersunterschiede der Geschlechter können nicht nachgewiesen werden.

Tabelle 12: Altersklassen im ambulanten Sektor

Altersklassen	Häufigkeit	Prozente
1= bis 20	27	1,4
2 = 21 bis 30	153	8,1
3 = 31 bis 40	353	18,6
4 = 41 bis 50	892	47,0
5 = 51 bis 60	472	24,9

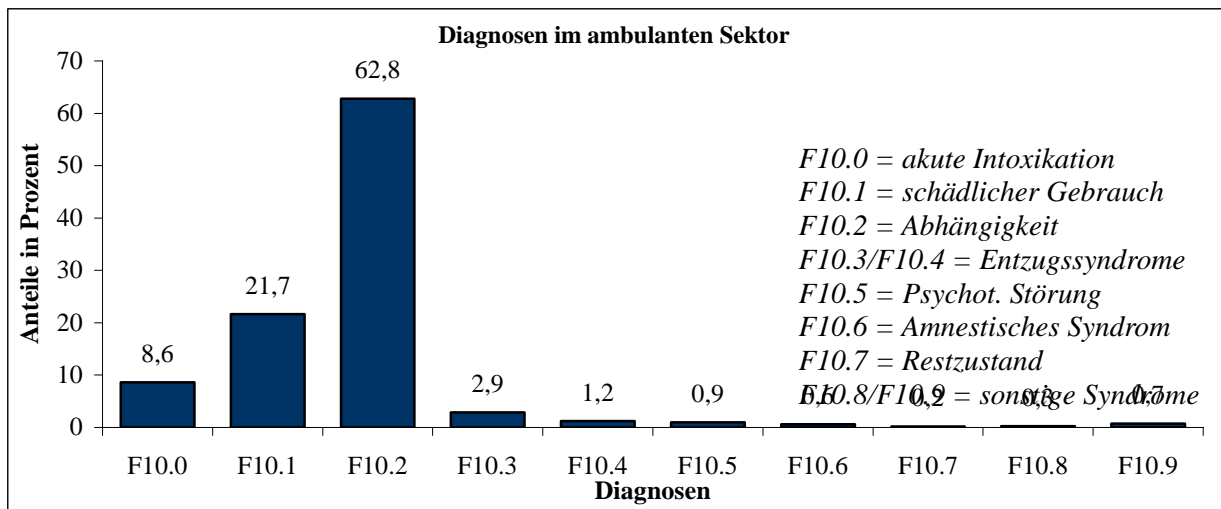
1.897 Patienten, Betrachtungszeitraum: 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt

3.3.2 Diagnosen im ambulanten Sektor

Häufigste Diagnose mit rund 63 Prozent der Patienten ist die Alkoholabhängigkeit (F10.2). Akute Intoxikation (F10.0) sowie der schädliche Gebrauch (F10.1) haben einen Anteil von neun respektive 22 Prozent (Abbildung 8).

Betreffs der Betrachtung von Mehrfachdiagnosen und doppelten sowie abweichenden Diagnosen wird an dieser Stelle auf Abschnitt 3.3.5 verwiesen.

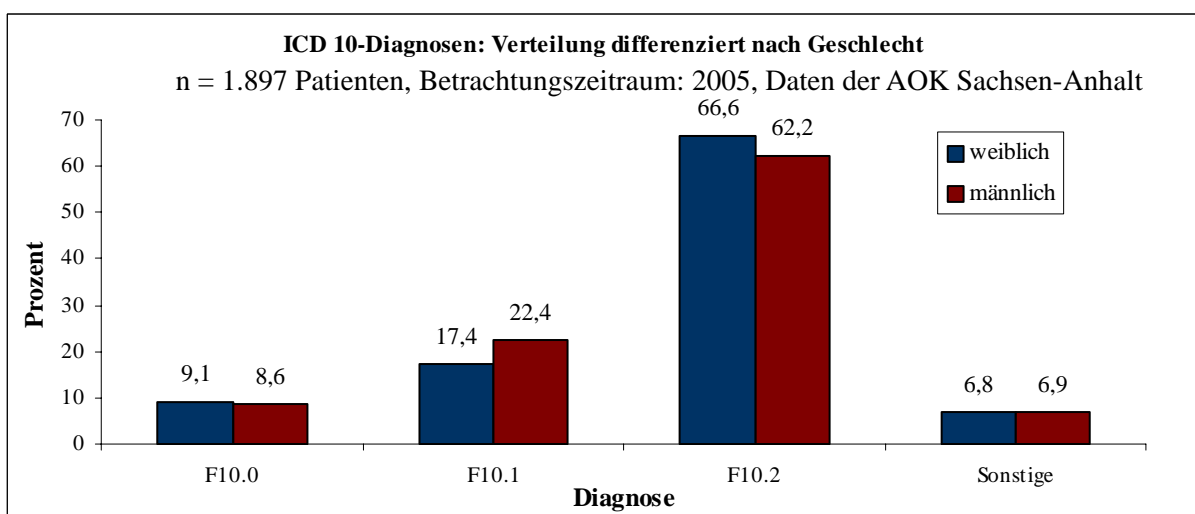
Abbildung 8: Diagnosen im ambulanten Sektor



n = 1.897 Patienten, ambulanter Sektor, Betrachtungszeitraum: 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt

Geschlechtsbedingte Unterschiede hinsichtlich der Diagnosen sind nicht zu erkennen. Frauen weisen lediglich zu vier Prozent häufiger die Abhängigkeitsdiagnose (F10.2) auf und unterscheiden sich damit nur marginal von den Männern. Die männlichen Behandelten haben dagegen zu fünf Prozent häufiger die Diagnose schädlicher Gebrauch (F10.1) (marginaler Unterschied). Akute Intoxikationen hervorgerufen durch Alkoholkonsum (F10.0-Diagnose) traten bei den Patienten etwa gleich häufig auf (Abbildung 9).

Abbildung 9: Häufigkeiten der Diagnosen im ambulanten Sektor



Diagnosen:

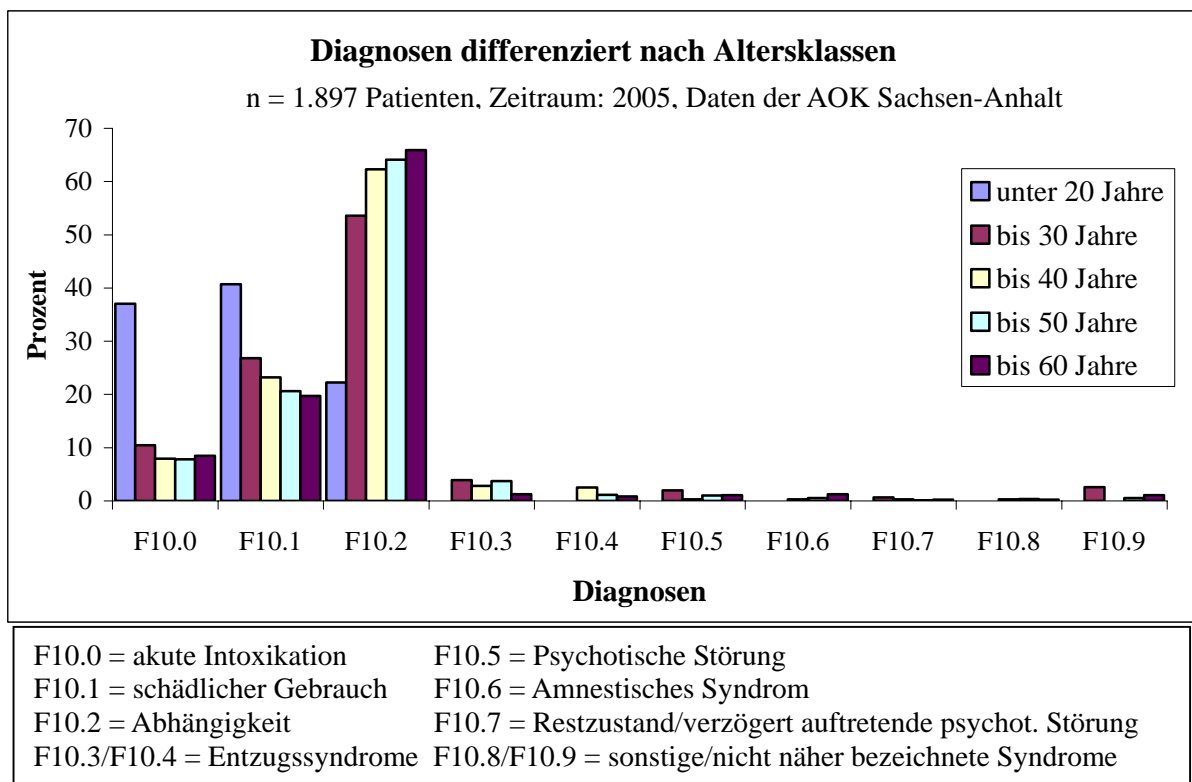
F10.0 = akute Intoxikation
 F10.1 = schädlicher Gebrauch
 F10.2 = Abhängigkeit

Sonstige:

F10.3/F10.4(Entzug), F10.5 (Psychotische Störung)
 F10.6 (Amnestisches Syndrom), F10.7 (Restzustand/verzögert auftretende psychot. Störung), F10.8/F10.9 (sonstige/nicht näher bezeichnete Syndrome)

Die häufigsten Diagnosen der unter 20-jährigen im ambulanten Sektor sind F10.0- und F10.1. Dies kann auf einen sehr hohen Alkoholkonsum bei den jungen Versicherten hinweisen. Von allen behandelten Patienten mit akuter Intoxikation infolge übermäßigen Alkoholgebrauchs ist über die Hälfte unter 20 Jahre gewesen. Bei den 20- bis 58-jährigen dominiert die Alkoholabhängigkeit (F10.2), wobei die Anteile derer mit Alkoholabhängigkeit mit zunehmenden Alter steigt. Umgekehrt nehmen die F10.0- und F10.1-Diagnosen mit zunehmendem Alter ab, was vor allem bei der F10.1-Diagnose zu sehen ist (Vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10: Diagnosen im ambulanten Sektor nach Altersklassen



3.3.3 Versichertenarten im ambulanten Sektor

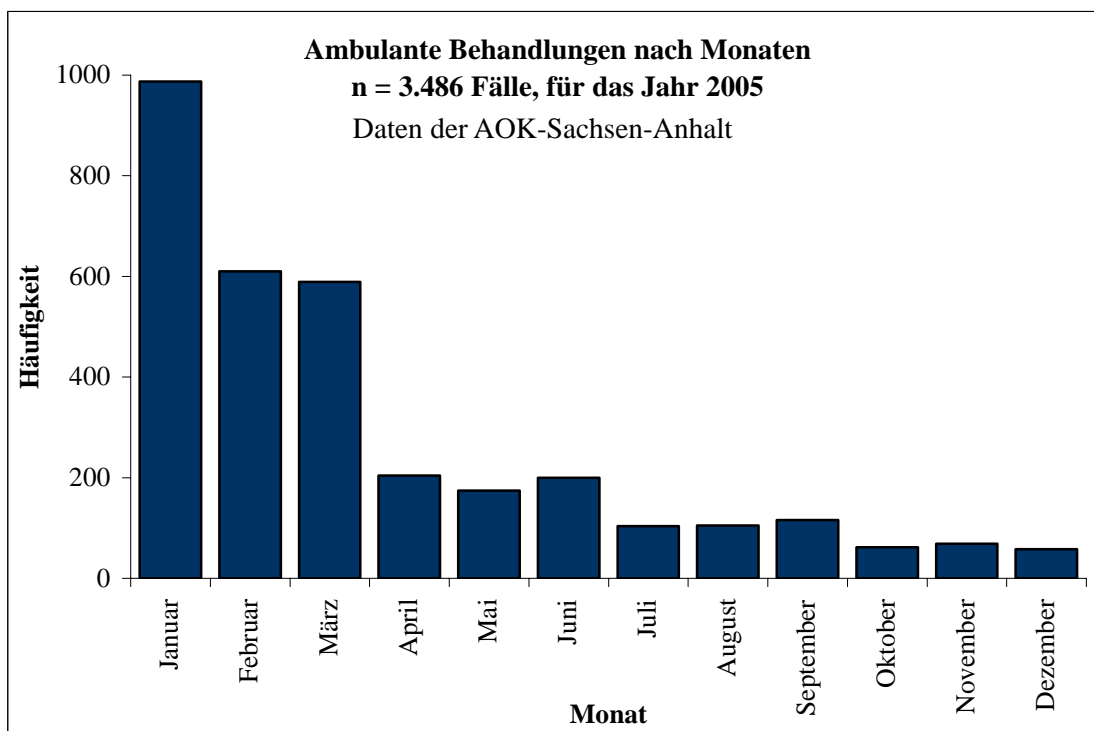
Mit über 56 Prozent sind die meisten der Behandelten Arbeitslosengeld-II-Empfänger (VA 409). Im ambulanten Bereich sind die Rentenbezieher (VA 301) mit rund 14 Prozent weniger häufig als im Rehabilitationssektor vertreten. KV-pflichtige Beschäftigte (VA 101) sowie Familienangehörige (VA 900) weisen Anteile von neun respektive fünf Prozent auf. Über die Hälfte der unter 20-jährigen sind erwartungsgemäß Familienangehörige bis 18 Jahre

(VA 940). Drei Patienten dieser Alterskategorie (unter 20 Jahre) sind dagegen bereits als Rentenbezieher versichert. 62 Prozent der 20- bis 30-jährigen sind nach § 155 AFG Arbeitslosengeld-II-Empfänger, ähnlich wie die 30- bis 40-jährigen mit rund 68 Prozent (240 Patienten). Ein ähnliches Verteilungsbild zeigt sich auch bei der Gruppe der 40- bis 50-jährigen, während sich die 50- bis 60-jährigen zwischen Arbeitslosen und Rentenbeziehern aufsplitten.

3.3.4 Behandlungszeiträume im ambulanten Sektor

Die Grundgesamtheit dieser Analyse stützt sich auf 3.486 Fälle im Jahr 2005, um den Mehrfachbehandlungen Rechnung zu tragen. Die Monate Januar, Februar und März sind die behandlungsintensivsten Zeiten (Abbildung 11).

Abbildung 11: Ambulante Fälle verteilt nach Monaten



3.3.5 Mehrfachbehandlungen im ambulanten Sektor

Im ambulanten Sektor wurden von den 1.897 Patienten 45 Prozent mehrfach ambulant behandelt. Der Modalwert der Häufigkeit wiederholter Behandlungen eines Patienten liegt bei zwei. Die größte Behandlungsanzahl bei einem Patienten liegt im Beobachtungszeitraum 2005 bei zehn.

Bei der Gruppe mit nur einer ambulanten Behandlung liegt zu rund 65 Prozent eine Abhängigkeitsdiagnose (F10.2) vor. Bei einem zweiten ambulanten Kontakt sinkt dieser Prozentsatz auf etwa 54 Prozent, dafür steigen die Diagnosen eines schädlichen Gebrauchs (F10.1) auf 30 Prozent an. Bei dreimaligen Behandlungen kehrt sich dieses Verhältnis wieder um und die Tendenz zu vermehrten Abhängigkeitsfällen (F10.2) sowie Entzugssyndromen (F10.3) bis F10.9-Diagnosen (sonstige/nicht näher bezeichnete Syndrome) steigt.

Mittels Zufallszahlen wurden Fälle ausgewählt, welche mehrfach (mindestens vier Behandlungen) im ambulanten Bereich im Jahr 2005 behandelt wurden. Beispielsweise sind Veränderungen von einer akuten Intoxikation (F10.0) hin zum schädlichen Gebrauch (F10.1) über eine Abhängigkeit (F10.2) bis zum Entzugssyndrom (F10.3) häufig zu entdecken. Bei dreimaligen Behandlungen dominiert das Muster schädlicher Gebrauch → Abhängigkeit → Abhängigkeit (d. h. F10.1 → F10.2 → F10.2), was auf eine chronische Entwicklung eines ursprünglich schädlichen Alkoholkonsums deutet. Bei viermaligen Behandlungen innerhalb des Betrachtungszeitraumes tritt das Muster schädlicher Gebrauch → Abhängigkeit → schädlicher Gebrauch (d. h. F10.1 → F10.2 → F10.1) am häufigsten auf, was auf *Quartalstrinker* hinweisen kann. Je häufiger ambulante Behandlungen innerhalb des einen Betrachtungsjahres bei einer Person durchgeführt wurden, umso mehr stieg die Zahl der F10.3/ F10.4-Diagnosen (Entzugserscheinungen), aber ebenso verblieb ein (wenig konsistenter) Wechsel der Diagnosen schädlicher Gebrauch (F10.1), Abhängigkeit (F10.2) und akute Intoxikation (F10.0).

Diese erkannten Muster geben Anhaltspunkte zur Klärung der Thesen sechs und sieben³⁰ der vorliegenden Arbeit, da zum einen der Rückfall zur Alkoholabhängigkeit deutlich wird (innerhalb der Mehrfachbehandlungen) und zum anderen scheinen die Behandlungen nicht wirksam zu sein, da häufig nach einer Entzugsdiagnose eine erneute akute Intoxikation (F10.0) oder Abhängigkeitsdiagnose (F10.2) zu erkennen ist.

³⁰ 6: Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit wiederholter Einweisungen mit Alkoholdiagnosen und wodurch unterscheiden sich „Drehtürpatienten“ von Patienten mit lediglich einer Inanspruchnahme der Sektoren?

7: Welche Anhaltspunkte für die Verbesserung der Versorgung können anhand der erkennbaren Institutionenkarrerien abgeleitet werden (z. B. Reihenfolge der Inanspruchnahme, zeitliches und räumliches Muster von Wiederholungskontakten, Transparenz von Krankheits- und Kostenverläufen)?

Die Folgediagnose bei einer zweiten oder dritten Behandlung war zumeist die Abhängigkeitsdiagnose (F10.2). Es ergibt sich daraus eine Verschlechterung des Verhaltens. Ein Großteil der behandelten Patienten verblieb im Bereich Alkoholabhängigkeit. Bei einigen wenigen verschlechterte sich der Zustand hin zu psychotischen und amnestischen Störungen (jeweils 0,5 Prozent bei Frauen und rund ein Prozent bei Männern).

Rund drei Prozent (marginal mehr bei Frauen, marginal weniger bei Männern) wiesen Entzugssyndrome auf. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein großer Anteil der versicherten Alkoholkranken zwischen erster und letzter ambulanter Behandlung innerhalb des Jahres 2005 mehrfach mit der Diagnose Abhängigkeit (F10.2) behandelt wurde. Werden Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten fast Tabelle 13 zusammen.

Tabelle 13: Behandlungshäufigkeit einzelner Patienten, im ambulanten Sektor, differenziert nach Geschlecht

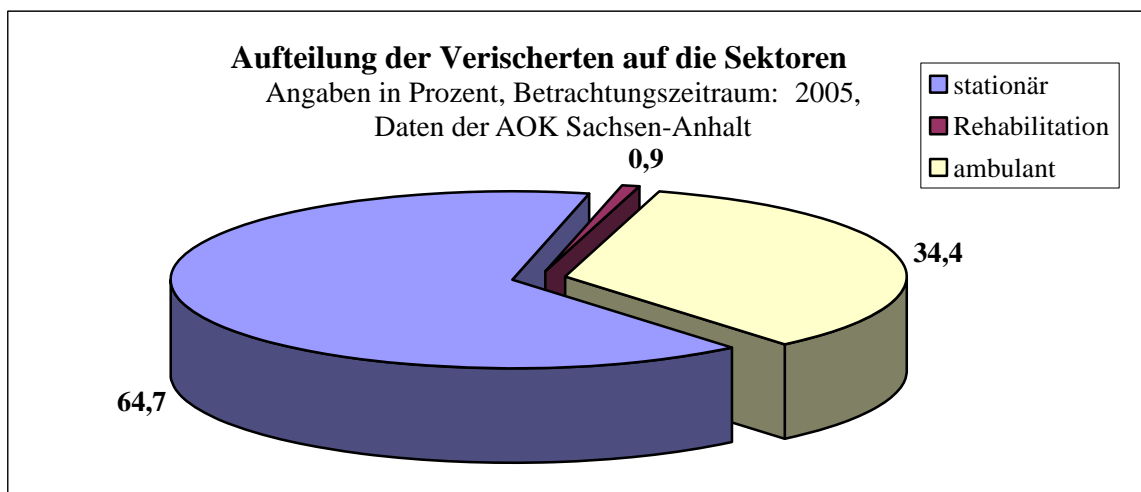
Männer n = 1633		Frauen n = 264	
Mittelwert	1,8	Mittelwert	1,7
Median	2	Median	2
Modus	1	Modus	1
Wertebereich	9	Wertebereich	4
Minimum	1	Minimum	1
Maximum	10	Maximum	5
größter Wert(1)	10	größter Wert(1)	5
kleinster Wert(1)	1	kleinster Wert(1)	1

Populationskenngrößen, n = 1.897 Patienten, Betrachtungszeit: 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt

3.4 Ergebnisse des sektorübergreifenden Vergleiches der Datensätze

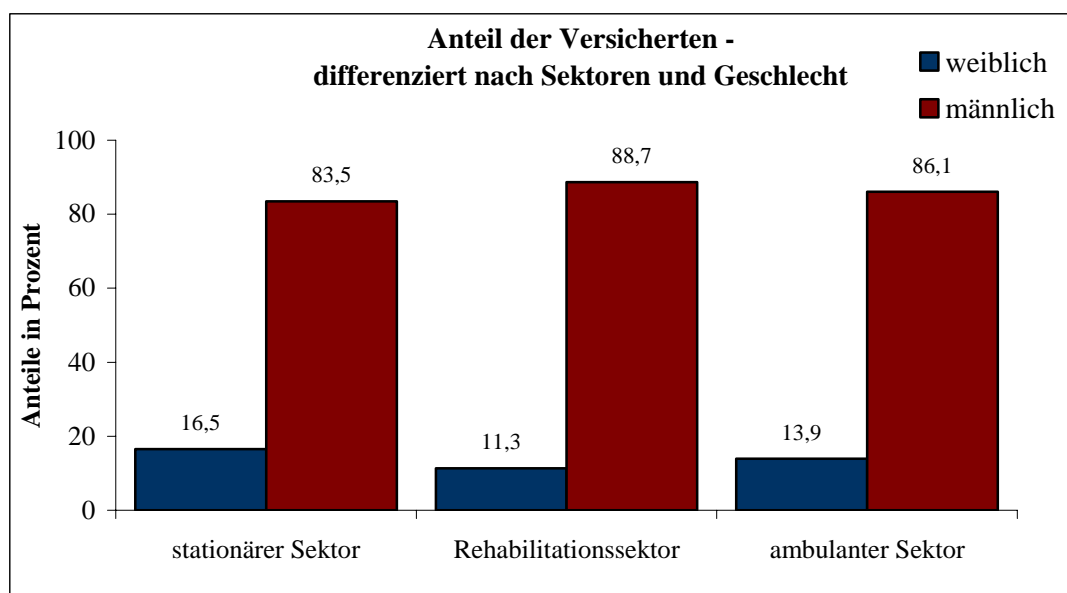
Für die sektorübergreifende Analyse stehen die Daten von insgesamt 5.513 Patienten zur Verfügung (Doppelzählungen einzelner Patienten in mehr als einem Sektor sind nicht bereinigt), die im Folgenden als Datengrundlage dienen. Dies bedeutet, dass von 810.000 Versicherten der AOK Sachsen-Anhalt im Jahr 2005 knapp sieben Prozent mit einer F10.-Diagnose behandelt worden sind. Die Mehrheit der Patienten (n=3.563) ist stationär zu verzeichnen, gefolgt vom ambulanten Bereich mit 34,4 Prozent (n=1.897) und dem Rehabilitationssektor mit 53 Patienten, welche knapp einem Prozent entsprechen (Abbildung 12). Kapitel 3.4.7 stellt Patienten der einzelnen Sektoren mit Mehrfach-Inanspruchnahmen dar.

Abbildung 12: Versichertenaufteilung der sektorübergreifenden Analyse



3.4.1 Geschlechterverteilung der sektorübergreifenden Analyse

Hinsichtlich der Aufteilung der Geschlechter zeigt sich bei allen drei Sektoren ein relativ ähnliches Bild: Wesentlich mehr männliche Patienten wurden in den entsprechenden Bereichen mit einer Alkoholdiagnose behandelt (Vgl. Abbildung 13). Ein relativ höherer Anteil der weiblichen Patienten zeigt sich im stationären Bereich. Dieser Unterschied ist jedoch nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test). Die Geschlechterverteilung aller 810.000 Versicherten der AOK Sachsen-Anhalt lässt sich als ausgewogen beschreiben: 45,4 Prozent Männer, 54,6 Prozent Frauen. Es lässt sich demnach schlussfolgern, dass deutlich mehr Männer alkoholinduzierte Krankheiten aufweisen als Frauen.

Abbildung 13: Anteil der Versicherten - sektorübergreifenden Analyse

n = 5.513, Angaben in Prozent, Betrachtungszeitraum: 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt

3.4.2 Altersverteilung und Altersklassen der sektorübergreifenden Analyse

Die Altersdurchschnitte sind in den drei Sektoren sehr ähnlich (Tabelle 14). Dies ist angesichts der unterschiedlichen Voraussetzungen für ambulante, rehabilitative und stationäre Versorgungen ein wichtiger Befund.

Tabelle 14: Altersstruktur in der sektorübergreifenden Analyse

Sektor	N	Spannweite	Minim.	Maxim.	Mittelwert	Standardabweichung
stationär	3563	77	13	90	45,63	13,238
Rehabilitation	53	46	21	67	45,98	12,753
ambulant	1897	43	15	58	44,06	8,735

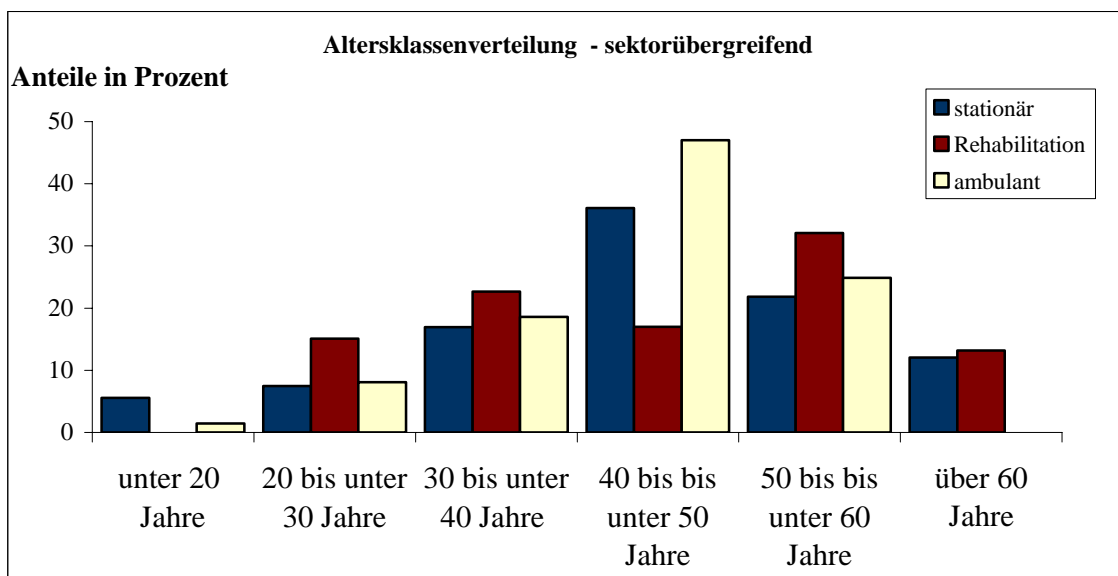
n = 5.513, Betrachtungszeitraum: 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt

Im stationären Sektor lässt sich die größte Spannweite hinsichtlich der Variable ALTER erkennen. Als jüngste wurde ein 13-jähriges Mädchen mit akuter alkoholbedingter Intoxikation entlassen, während die ältesten Patienten ein Alter von 90 Jahren aufwiesen. Die geringste Spannweite weist der ambulante Bereich auf. Der häufigste Alterswert für den stationären Bereich liegt bei 44, im Rehabilitationssektor gibt es mehrere Modalwerte, der geringste beträgt 38 und im ambulanten Bereich liegt dieser bei 46. Das Durchschnittsalter ist bei allen drei Be-

reichen relativ ähnlich mit 46 im stationären- und Rehabilitationssektor sowie 44 im ambulanten Bereich.

Die Altersverteilung der Patienten des stationären Sektors ist am weitesten nach links verschoben (Tabelle 14). Dies stützt die Annahme, dass Alkoholranke häufig nicht zuerst ambulant auffällig werden, sondern meist als stationäre Notfalleinweisung. Um ein übersichtlicheres Bild zu erhalten, werden die Alterswerte erneut in sechs Altersklassen eingeteilt und differenziert nach Sektoren verglichen (Abbildung 14). Ambulante Maßnahmen treten am häufigsten bei der Altersgruppe der 40- bis knapp 50-jährigen auf, ebendies gilt auch für den stationären Bereich. Rehabilitationsmaßnahmen werden vor allem bei den 50- bis 60-jährigen angewandt.

Abbildung 14: Verteilung der Altersklassen nach Sektoren



n = 5.513, Angaben in Prozent, Zeitraum: 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt

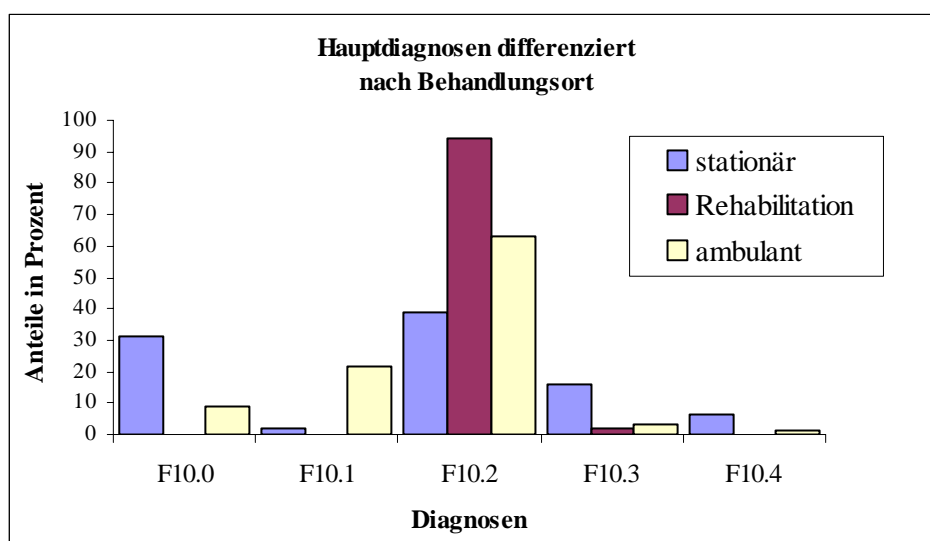
3.4.3 Diagnosen der sektorübergreifenden Analyse

Ein sektorübergreifender Vergleich der Entlassungsdiagnosen zeigt, wie erwartet, dass sich im Rehabilitationssektor vor allem Patienten befinden, welche unter Alkoholabhängigkeit (F10.2) leiden. Eine ähnliche Anhäufung zeigt der ambulante Bereich mit rund 63 Prozent der Patienten. Rund 22 Prozent der Patienten im ambulanten Sektor litten an den Folgen eines schädlichen Gebrauchs der Substanz Alkohol (F10.1). Eine eher gleichmäßige Verteilung der

Diagnosen liegt im stationären Bereich vor. Sowohl die akute alkoholbedingte Intoxikation (F10.0), als auch die Alkoholabhängigkeitsdiagnose (F10.2) wurden in rund 31 Prozent respektive 39 Prozent gestellt. Überdies weist ein Anteil von rund 22 Prozent der eingewiesenen Patienten Entzugssyndrome (F10.3/ F10.4) auf (Abbildung 15). Abhängigkeitsfälle werden demnach vor allem im rehabilitativen- und ambulanten Bereich behandelt, während akute Patientenfälle (Alkoholvergiftung) besonders im stationären Sektor anteilig auftreten. Dazu passt, dass sich im stationären Bereich überproportional junge Patienten befinden. Im Rehabilitationssektor zeigen sich vor allem ältere Patientengruppen, welche auf Grund chronischer Alkoholabhängigkeit behandelt werden, die zudem zumeist einen Rentner- oder Arbeitslosengeld-II-Status aufweisen. Im ambulanten Sektor sind zum überwiegenden Teil alkoholabhängige Patienten zu erkennen, welche häufig Arbeitslosengeld-II-Bezieher sind und im Altersbereich von 40 bis 50 Jahren liegen.

Prozentual betrachtet, ergeben sich für die Diagnosen F10.5 (alkoholbedingte, psychotische Störung) die meisten Fälle (zwei Prozent) im Rehabilitationssektor. Amnestische Syndrome (Korsakow-Erkrankung, F10.6) wurden prozentual am häufigsten im stationären Sektor versorgt (rund drei Prozent). Die F10.7-Diagnose (Alkoholdegenz) wurde an erster Stelle im Rehabilitationssektor behandelt. Die beiden Diagnosen F10.8 (sonstige psychische und Verhaltensstörungen) sowie F10.9 (nicht näher bezeichnete, psychische und Verhaltensstörung) liegen in allen drei Sektoren nahe Null Prozent.

Abbildung 15: Sektorübergreifende Analyse der Hauptdiagnosen



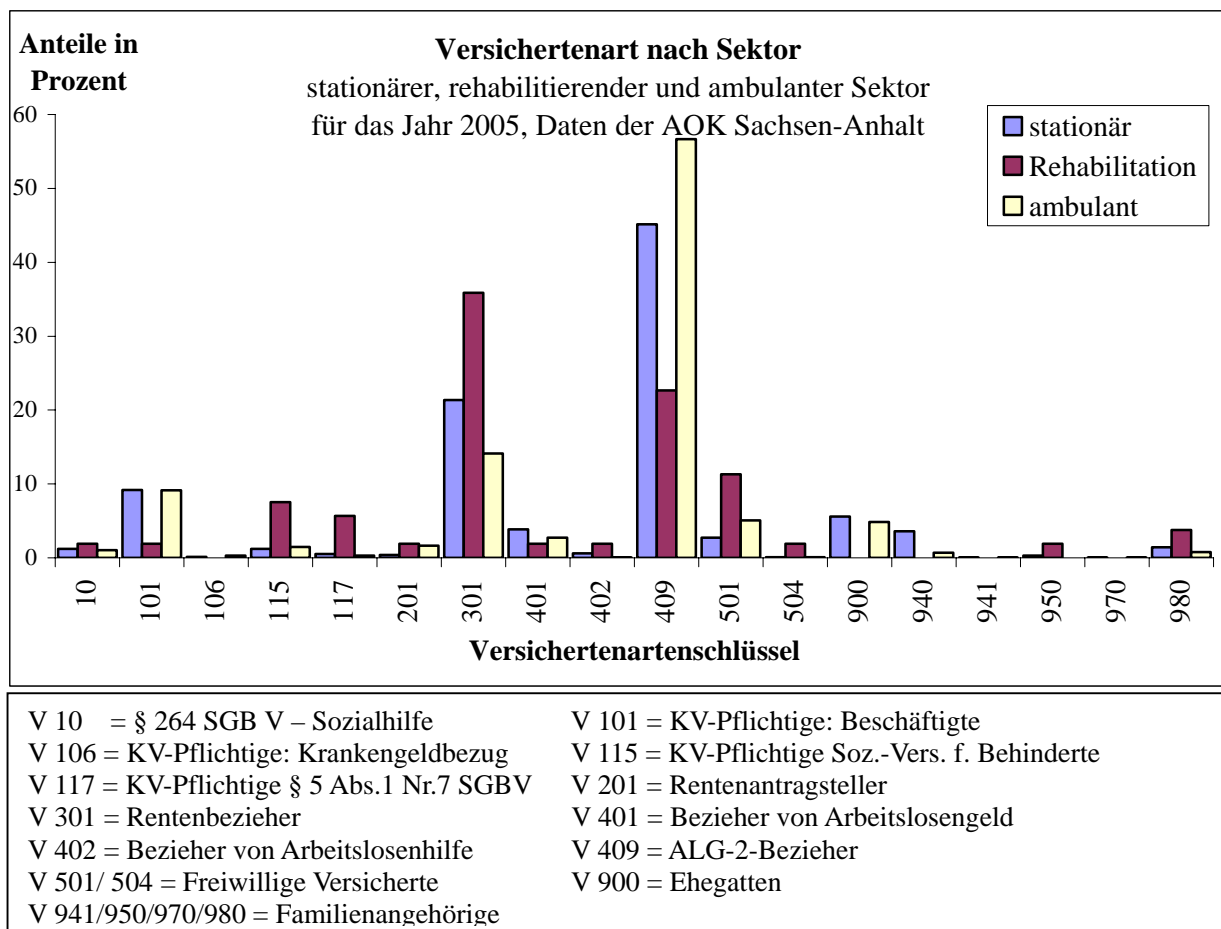
Angaben in Prozent, Betrachtungszeitraum: 2005, Daten: AOK Sachsen-Anhalt

3.4.4 Versichertenartenschlüssel der sektorübergreifenden Analyse

Insgesamt ergaben sich im Jahr 2005 folgende prozentuale Anteile bei den 810.000 Versicherten der AOK Sachsen-Anhalt: 47,3 Prozent Rentner (VA 301), 19,3 Prozent Beschäftigte (VA 101), 17,3 Prozent Familienversicherte (VA 900 – 980), 12,5 Prozent Arbeitslose (VA 401 – 409) und rund 4 Prozent sonstige.

Hinsichtlich der Versichertenart zeigt sich, dass im ambulanten und stationären Sektor überwiegend Arbeitslose behandelt werden, während im Rehabilitationssektor vor allem Rentner zu finden sind. Insbesondere Arbeitslosengeld-II-Empfänger weisen mit rund 57 Prozent den höchsten Anteil im Bereich ambulanter sowie mit 45 Prozent stationärer Behandlungen auf, während Rehabilitationsmaßnahmen nur zu 22 Prozent genutzt wurden. (Vgl. Abbildung 16)

Abbildung 16: Versicherte sektorübergreifend



Kinder bis 18 Jahre (VA 940) zeigen vornehmlich eine stationäre Behandlung auf, was sich auf die Diagnosen F10.0 (Alkoholvergiftung) und F10.1 (Alkoholmissbrauch) zurückführen lässt. Anders ist dies bei Kindern bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres nach § 10 Abs. 2 S. 2 SGB V. Hier sind vor allem rehabilitative Maßnahmen zu erkennen, was wiederum mit den festgestellten Entzugssyndromen (F10.3/F10.4) erklärt werden kann.

Beim Vergleich der beiden Variablen Versichertenart und der Diagnose (stationär: Entlassungsdiagnose), konnte mittels Chi-Quadrat-Test ein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden ($p < 0,000$).

3.4.5 Kostenstruktur im Vergleich zweier Sektoren

Für den ambulanten Bereich können, wie bereits angeführt, keine Aussagen getroffen werden, da die erforderlichen Angaben nicht vorlagen. Der Mittelwert des stationären Bereiches liegt mit rund 1.760 Euro unter dem des Rehabilitationssektors mit 6.486 Euro. Die stationäre Gesamtsumme befindet sich jedoch auf Grund der hohen Fallzahl, mit ca. 6,27 Mio. Euro, über der des Rehabilitationssektors mit ca. 343.800 Euro. Beim Vergleich der Maximalwerte liegt der stationäre Sektor mit rund 29.260 Euro vor dem Rehabilitationssektor mit 12.530 Euro.

Um statistisch signifikante Zusammenhänge bezüglich der Kosten und der Diagnosen aufzeigen zu können, wurden neun Kostenklassen³¹ gebildet. Hier zeigt sich erneut, dass der Rehabilitationssektor teurer ist. Im stationären Sektor liegen rund 36 Prozent der Patienten (wobei jeweils der erste Fall eines jeden Patienten genommen wurde) unter 1.000 Euro, 96 Prozent befinden sich unter 5.000 Euro und lediglich 42 Patienten (1,2 Prozent) generieren Kosten über 10.000 Euro. Im Rehabilitationssektor zeigt sich ein inverses Bild. Unter 5.000 Euro liegen nur 32 Prozent aller Patienten, dagegen entstehen Kosten von mindestens 7.500 Euro bei knapp der Hälfte der Behandelten (Tabelle 15). Im Rehabilitationssektor beträgt die Behandlungsdauer zumeist drei und mehr Wochen, während für den stationären Sektor (wie bereits gezeigt wurde) im Mittel lediglich neun Tage erfasst wurden.

³¹ Anm.: Kostenklassen: 1: bis 500, 2: bis 1.000, 3: bis 1.500, 4: bis 2.000, 5: bis 2.500, 6: bis 5.000, 7: bis 7.500, 8: bis 10.000 und 9: ab 10.000 Euro

Tabelle 15: Kostenklassenvergleich zweier Sektoren (stationär, Rehabilitation)

Sektor	Kostenklasse	Häufigkeit	Prozent	Sektor	Häufigkeit	Prozent
stationär	1	886	24,9	Rehabilitation	5	1,9
	2	388	10,9		0	0
	3	516	14,5		1	1,9
	4	695	19,5		1	1,9
	5	421	11,8		2	3,8
	6	517	14,5		8	15,1
	7	60	1,7		10	18,9
	8	38	1,1		20	37,7
	9	42	1,2		6	11,3
	Gesamt	3.563	100		53	100

n = 3.616, Betrachtungszeitraum 2005, Daten der AOK Sachsen-Anhalt

Hinsichtlich des stationären Sektors ergibt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang (Chi-Quadrat-Test) zwischen der Kostenklasse und der Entlassungsdiagnose. Im Bereich der geringen Kosten (Klasse 1) sind deutlich weniger tatsächliche als statistisch erwartete Fälle mit akuter Intoxikation (F10.0-Diagnosen) zu verzeichnen. Für die Abhängigkeitsdiagnose (F10.2) sind bei den höheren Klassen deutlich weniger tatsächliche als erwartete Fälle zu finden. Der Chi-Quadrat-Test bestätigt einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der Diagnose und der Kostenklasse ($p \leq 0,000$). Die vermittelnde Variable ist dabei die Verweildauer, welche bereits für den stationären Bereich aufgelistet wurde.

3.4.6 Behandlungszeiträume im stationären und ambulanten Sektor

Hinsichtlich der behandlungsstärksten Zeiten im stationären und ambulanten Sektor zeigen sich keine Übereinstimmungen. Der Rehabilitationssektor wurde nicht erfasst. Während im ambulanten Sektor die Monate Januar bis März als behandlungsintensivste Zeiten gefunden wurden, in denen die Alkoholabhängigkeit (F10.2) die häufigste Diagnose war, ergibt sich für den stationären Sektor ein anderes Bild: ein überproportionaler Anteil der Einweisungen fand zwischen Juli und September (jeweils zehn Prozent aller Patienten) statt.

In den Jahresanfangsmonaten dominiert die Alkoholabhängigkeitsdiagnose im ambulanten Sektor. Dies ähnelt dem stationären Sektor, da auch hier die F10.2-Diagnose, vor allem zwischen Dezember bis Februar, überproportional häufig gestellt wurde.

3.4.7 Überweisungsstruktur und Einzelbehandlungen

Insgesamt sind 24 Patienten von den 5.513 Patienten in allen drei Sektoren wiederzufinden (0,4 Prozent), 3.683 Patienten wurden in zwei Sektoren und 1.758 Patienten (rund 32 Prozent) in einem der drei Sektoren im Betrachtungsjahr behandelt, wovon 1.148 Patienten mehrfach im gleichen Sektor betreut worden sind. Tabelle 17 zeigt die weitere Aufgliederung. Die meisten Übergänge (Anzahl: 1.813) fanden zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor statt. Überweisungen in den Rehabilitationssektor kamen nur vom stationären Sektor (bis auf einen Fall, welcher entweder in 2004 stationär behandelt und in 2005 in die Rehabilitation überweisen wurde oder direkt in den Rehabilitationssektor kam, sodass er hier nur in einem Sektor belegt ist). Zudem wurden 1.697 Patienten im stationären Sektor mehrfach behandelt.

Zumeist lagen hier die Diagnosen Abhängigkeit (F10.2, stationär) zu Abhängigkeit (F10.2, Rehabilitation) und schädlicher Gebrauch (F10.1, ambulant) vor. Die Weiterleitung der Patienten von einer stationären Behandlung zu Arztpraxen erfolgte zumeist bei der Diagnose der Alkoholabhängigkeit (F10.2) aber auch bei Intoxikation (F10.0) als stationäre Diagnose, welche zur Abhängigkeitsdiagnose (F10.2) im ambulanten Sektor wurde (Vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Übereinstimmende und doppelte Behandlungen in den Sektoren

	Sektor		
	stationär	Rehabilitation	ambulant
Fälle	6.062	53	3.486
Patienten	3.563	53	1.897
Davon in einem Sektor	1.697	1	60
<i>davon doppelte Behandlungen</i>	<i>1.088</i>	<i>1</i>	<i>59</i>
Behandlung in 2 Sektoren	1.842	28	1.813
Behandlung in 3 Sektoren	24	24	24

n = 5.513, Betrachtungszeit: 2005, Daten: AOK Sachsen-Anhalt

Hinsichtlich der Altersklassen ergibt sich bei den Überweisungen, dass vor allem der Altersbereich der 40- bis 60-jährigen eine dreimalige Behandlung aufweist. Die über 60-jährigen wurden lediglich zu drei Prozent einmal überwiesen, zumeist vom Krankenhaus in die Rehabilitationsbehandlung. Patienten unter 20 Jahren wurden zu rund 71 Prozent nur einmal be-

handelt, was zumeist im Bereich akuter Intoxikation lag. 15,6 Prozent (35 Patienten) wurden mindestens einmal in einen anderen Sektor eingewiesen.

Weniger als die Hälfte der 20- bis unter 30-jährigen wurde nur einmal im Bereich der F10-Diagnosen behandelt. Zwei Fälle wurden in allen drei, die Mehrzahl in zwei Sektoren behandelt. Dies verstärkt sich mit zunehmendem Alter bei den 30- bis unter 40-jährigen, bei denen nunmehr rund 20 Prozent nur einmal behandelt und bereits neun Patienten in alle drei Sektoren eingewiesen wurden. Äquivalentes lässt sich für die 40- bis unter 50-jährigen erkennen, erneut jedoch mit verstärkter Tendenz. Bei den 50- bis 60-jährigen Patienten stiegen die Behandlungen in nur einem Sektor wieder leicht an (30 Prozent).

Unterschiede hinsichtlich der Geschlechter lassen sich dagegen nicht erkennen. Frauen wurden jedoch mit knapp neun Prozent häufiger nur einmal mit der F10-Diagnose behandelt. Bei beiden Geschlechtern wurden in etwa anteilig gleich viele Patienten in zwei Sektoren überwiesen.

Zusammenfassend zeigt sich ein generelles Überweisungsmuster vom stationären zum ambulanten Bereich. Ferner finden sich diese Patientenbewegungen zumeist in der Altersgruppe der 30- bis unter 60-jährigen, die überdies durch eine geringe Häufigkeit von Einmalbehandlungen gekennzeichnet sind. Die Überweisungsstruktur vom stationären in den rehabilitativen Sektor ist vor allem bei alkoholabhängigen Rentnern über 60 Jahren zu sehen. Die anteilig häufigsten monosektoralen Behandlungen sind bei den weiblichen unter 20-jährigen Patienten zu finden, welche mit der Diagnose einer Intoxikation (F10.0) stationär behandelt wurden.

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass akute Vorfälle durch Missbrauch von Alkohol stationär behandelt werden – also das Krankenhaus eine Wächterfunktion für die Alkoholabhängigkeit hat - und erst in einem höheren Alter zur Abhängigkeit führen, die eine Versorgung im ambulanten Bereich nach sich zieht. Mit zunehmendem Alter und Dauer der Abhängigkeit kommt es zu häufigeren Zweifachbehandlungen, wobei eine stationäre Behandlung, in den häufigsten Fällen bedingt durch Intoxikationen und Abhängigkeitserscheinungen notwendig wird und es nach deren Abschluss zu einer weiterführenden ambulanten Behandlung kommt.

4 Diskussion

4.1 Zielstellung der Arbeit

Zielstellung der vorliegenden Arbeit war eine erstmalige sektorübergreifende Analyse von Daten einer gesetzlichen Krankenkasse im ambulanten, stationären und rehabilitativen Sektor durchzuführen, die durch gesetzlich neu geschaffene Instrumente zur Datentransparenz möglich wurde. Die Modifikation des § 295 SGB V gestattet eine bessere Darstellung des ambulanten Sektors. § 303 SGB V ergibt neue Möglichkeiten einer sektorübergreifenden Datentransparenz. Möglichkeiten und Grenzen der aktuellen Datensituation wurden am Beispiel der Versorgung der Alkoholkrankheit schnittstellenübergreifend untersucht. Zu Beginn der Arbeit wurden sieben Leitfragen aufgestellt, die es zu prüfen galt. Im Folgenden sollen die grundlegenden Ergebnisse und Schlussfolgerungen zusammenfassend dargestellt werden.

1. *Welche Versichertengruppen (Alter, Geschlecht, Versichertenart) nehmen die drei untersuchten Sektoren (stationär, Rehabilitation, ambulant) mit Alkoholproblemen in Anspruch?*

Im *stationären Sektor* waren von 3.563 Patienten circa 1/6 weiblich. Das Durchschnittsalter betrug rund 46 Jahre. Bezüglich der Versichertenart zeigte sich eine Dominanz von Versicherten nach § 155 AFG (Arbeitslosengeld-I/II-Bezieher) mit etwa der Hälfte der Patienten. An zweiter Stelle stehen Rentenbezieher (21 Prozent) und an dritter Stelle sind KV-pflichtige Personen mit 11 Prozent zu nennen. Für den *Rehabilitationssektor* mit 53 Patienten als Analysegrundlage ergab sich eine fast identische Geschlechter- und Altersstruktur (11 Prozent weiblich, Durchschnittsalter: 46 Jahre). Hinsichtlich der Versichertenart ergibt sich ein inverses Bild mit rund 35 Prozent Rentenbeziehern an erster Position und 26 Prozent Arbeitslosengeld-I/II-Bezieher an zweiter. An dritter Stelle, wie im stationären Sektor, befinden sich KV-pflichtige Personen (15 Prozent). Auch im *ambulanten Sektor* gibt es nur geringe Unterschiede. 14 Prozent der 1.897 Patienten sind Frauen. Das Durchschnittsalter liegt zwei Jahre unter den beiden anderen Sektoren mit 44 Jahren. 56 Prozent waren Arbeitslosengeld-II-Empfänger, 14 Prozent Rentenempfänger und 9 Prozent KV-Pflichtige.

2. *Unterscheidet sich die Zusammensetzung der Versicherten in den drei Sektoren?*

Wie unter These 1 gezeigt, bestehen kaum Unterschiede bezüglich der Zusammensetzung der drei Sektoren. Lediglich hinsichtlich der Diagnosen lassen sich Differenzen erkennen,

welche unter These 4 dargestellt werden. Die größte Altersspanne war im stationären Sektor zu finden [jüngste Patientin (13 Jahre), älteste Patienten (90 Jahre)]. Ferner zeigte sich für das betrachtete Jahr 2005, dass im ambulanten Sektor keine Alkoholpatienten über 60 Jahre behandelt wurden, jedoch in den beiden anderen Sektoren. Typische Diagnosecharakteristika konnten in den einzelnen Sektoren identifiziert werden: Junge „Komatrinker“ im stationären Sektor mit einer Tendenz zur Abhängigkeit; ältere, chronisch Alkoholabhängige im Rehabilitationssektor; in der mittleren Altersgruppe befindliche chronisch alkoholabhängige Arbeitslosengeld-II-Bezieher im ambulanten Sektor.

3. *Unterscheiden sich die Inanspruchnahmepattern nach dem Geschlecht?*

Hinsichtlich des Geschlechtes lässt sich sagen, dass der Anteil der Frauen in den Sektoren sich nicht wesentlich unterscheidet. Dennoch konnte festgestellt werden, dass im stationären Sektor Männer durchschnittlich einen Tag länger in Behandlung blieben als Frauen (acht Tage). Statistisch signifikante Unterschiede bezüglich der Diagnosen und der Versichertenart traten nicht auf. Hinsichtlich der Kosten konnte im Rehabilitationssektor festgestellt werden, dass Frauen bei gleicher Diagnoseverteilung höherer Kosten verursachen.

4. *Wie sind die Diagnosen (F10.0 – F10.9) in den drei untersuchten Sektoren verteilt?*

Im Rehabilitationssektor zeigten sich vor allem Patienten mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit (F10.2). Ähnlich dominant ist diese Diagnose im ambulanten Sektor, wobei hier zudem mit rund 22 Prozent ein schädlicher Gebrauch des Alkohols behandelt wurde. Eine eher gleichmäßige Verteilung der Diagnosen ist im stationären Bereich zu erfassen, wobei zu je einem Drittel die Diagnose Intoxikation (F10.0), Abhängigkeit (F10.2) und Entzugssyndrome (F10.3 und F10.4) gestellt wurden. Somit kann zusammengefasst werden, dass Abhängigkeitsfälle vor allem im Rehabilitations- und ambulanten Bereich behandelt werden, während akute Patientenfälle (Alkoholvergiftung) stationär betreut werden.

5. *Welche Institutionenkarrieren der Alkoholpatienten lassen sich erkennen?*

Es gibt ein generelles Überweisungsmuster vom stationären zum ambulanten Sektor, welches sich vor allem im Altersbereich der 30- bis unter 60-jährigen äußert. Die Überweisungsstruktur vom stationären in den Rehabilitationssektor ist vor allem bei alkoholabhängigen Rentnern über 60 Jahren zu sehen. Die häufigsten monosektoralen Behandlungen sind bei den weiblichen unter 20-jährigen zu finden, welche mit der Diagnose einer Intoxikation stationär behandelt wurden. Es ließ sich erneut schlussfolgern, dass aku-

te Vorfälle durch Missbrauch von Alkohol stationär behandelt werden (Krankenhaus als Wächterfunktion für Alkoholabhängigkeit). Erst in höherem Alter tritt Abhängigkeit hinzu, die auch im ambulanten Sektor behandelt wird. Mit zunehmendem Alter und Dauer der Abhängigkeit, kommt es zu häufigeren bisektoralen Behandlungen, wobei in den häufigsten Fällen nach Abschluss einer stationären Behandlung eine ambulante Behandlung anschließt. Es zeigten sich drei Patientenkarierelemente:

- Die häufigste Karriere bei doppelten Behandlungen im gleichen Sektor: nur stationäre Behandlung (mehrfach im Jahr = Drehtüreffekt),
- Die häufigste Karriere bei doppelten Behandlungen in zwei verschiedenen Sektoren: stationärer Sektor → ambulante Behandlung
- Die häufigste Karriere bei Behandlung in mehr als zwei Sektoren: ambulanter Sektor → stationärer Sektor → Rehabilitations-Sektor

6. *Wovon sind wiederholte Einweisungen mit Alkoholdiagnosen abhängig und wodurch lassen sich „Drehtürpatienten“ charakterisieren?*

Die Wahrscheinlichkeit wiederholter Einweisungen steigt aufgrund von zwei Variablen: Art des Alkoholkonsums (chronisch versus ad hoc) und Alter des Patienten. Letzteres zeigt sich folgender Art: Vor allem der Altersbereich der 40- bis 60-jährigen zeigt eine dreimalige multisektorale Behandlung. Diese tendieren überdies mit steigendem Alter zu mehrmaligen stationären Behandlungen und sind daher in den Bereich der „Drehtürpatienten“ einzuordnen. Überdies wurden über 60-jährige lediglich zu drei Prozent einmal überwiesen (zumeist vom Krankenhaus in Rehabilitationsbehandlung). Es konnte eine Verschiebung der sektoralen Behandlungen mit folgendem Zusammenhang erkannt werden: Junge Patienten werden eher monosektoral und ältere Patienten eher multisektoral behandelt. Die Häufigkeit von multisektoralen Behandlungen verstärkt sich mit zunehmendem Alter, nähert sich aber einem Grenzalter an, bei dem sich dies wieder leicht umkehrt (ab 60 Jahren).

7. *Welche Anhaltspunkte für die Verbesserung der Versorgung können anhand der erkennbaren Institutionenkarrieren abgeleitet werden (z. B. Reihenfolge der Inanspruchnahme, zeitliches und räumliches Muster von Wiederholungskontakten, Transparenz von Krankheits- und Kostenverläufen)?*

Versicherte mit wiederkehrenden Behandlungen sind deutlich teuer als nur einmal Auffällige. Alkoholranke verursachen hohe Kosten für Krankenkassen, unterdessen sind junge Patienten im Bereich der F10.-Diagnosen weniger kostenintensiv, als chronisch erkrankte Ältere. Geschlechtsspezifische Unterschiede befinden sich im stationären Sektor nicht, wohingegen im Rehabilitationsbereich Frauen höhere Kosten verursachen. Die höchsten Ausgaben entstehen im stationären Sektor. Der Rehabilitationssektor ist mit 53 Patienten und einer Gesamtsumme von 343.800 Euro, im Gegensatz zu 6,27 Mio. Euro im stationären Sektor, ein vergleichbar geringer Posten in der Kostenstruktur der Krankenkasse. Der kostenintensive Bereich der Rehabilitation spielt eine untergeordnete Rolle, weil die Kosten in der Regel vom Rentenversicherungsträger übernommen werden. Die Kosten für Krankengeldzahlungen wurden nicht berücksichtigt, stellen aber sicher einen nicht unerheblichen Faktor dar. Für den ambulanten Bereich standen zum Untersuchungszeitpunkt keine Kosten pro Behandlungsfall zur Verfügung, was durch die Abrechnungsproblematik nach EBM 2000 plus und die Datenhoheit der Kassenärztlichen Vereinigung bedingt ist. Aufgrund der hohen Belastung des Krankenkassenbudgets, besonders durch chronische Formen des Alkoholismus, sind geeigneten Präventions- und Behandlungsmaßnahmen vonnöten.

Als wichtigste Erkenntnis ist eine mangelnde Abstimmung der einzelnen Sektoren erkennbar. Dies wird in Art und Häufigkeit der Krankheitskarrieren deutlich. Eine wiederholt alleinige stationäre Behandlung („Drehtür“) ist mit Abstand die am meisten praktizierte. Der ambulante Sektor wird nur bei einem Teil der stationär auffällig gewordenen Patienten einbezogen, bei Abhängigen mehr als bei Intoxikierten. Eine frühe ambulante Intervention wird dadurch jedenfalls nicht gefördert. Der Rehabilitations-Sektor ist von geringem Umfang und setzt zwar nicht nach Alter, aber nach dem Diagnoseprofil spät ein. Für die sehr große Gruppe der alkoholabhängigen Arbeitslosen spielt er keine Rolle. Überdies sind Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherung anzusprechen. Hierbei werden vier Leistungsarten unterschieden: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Umschulungen, Weiterbildungen), ergänzende Leistungen (Übergangsgeld) und sonstigen Leistungen (Rehabilitationen für Kinder von Versicherten). Eindeutige Zuständigkeiten und Ansätze zur kostenträgergreifenden Steuerung von Abhängigkeitserkrankten wird im Rahmen

der beschlossenen „*Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker*“ (Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001) in § 5 Abs. 1 und 2 geklärt. Während für die Entzugsbehandlung allein die Krankenkassen zuständig sind, können Entscheidungen über Entwöhnungsmaßnahmen von beiden getroffen werden, je nach Vorliegen bestimmter Voraussetzungen.³²

Technisch wäre ein Vergleich der Rehabilitationsdaten aus dem Bereich der Krankenkassen und Rentenversicherer und damit eine durchgängige Abbildung der Alkoholkarrieren im Rehabilitationsbereich schon jetzt möglich. Der Gesetzgeber muss lediglich die gesetzlichen Rahmenbedingungen respektive Grundlagen dafür schaffen. Erste Ansätze dafür wurden bereits in der „*Vereinbarung über die Einschaltung der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg als Vermittlungsstelle im Sinne des § 67 d Abs. 4 SGB X für die Verarbeitung und Weiterleitung von Sozialdaten im Rahmen des Verfahrens „Maschinellem Datenaustausch mit Rehabilitationseinrichtungen nach § 301 SGB V*“ (2002) geschaffen.

4.2 Methodik der Arbeit

Die Datensätze wurden zusammengeführt, um eine sektorübergreifende Analyse der drei Bereiche ambulant, stationär und Rehabilitation zu ermöglichen. Eine patientenbezogene Abrechnung wurde mit der Einführung der Krankenversichertenkarten ermöglicht wobei nur abrechnungsrelevante Daten dokumentiert werden. Aussagen bezüglich der Morbidität lassen sich durch die erfassten Diagnosen machen. Die Qualität dieser Abrechnungsdaten hängt dabei von der Sorgfalt der Ärzte bei der Dokumentation und Erfassung ab. Neben den Diagnosen werden auch Symptome, Beschwerden und sonstige Beratungsanlässe erfasst.

Die Qualität der Abrechnungsdaten konnte nicht überprüft werden. Jedoch ergaben einige Studien, darunter auch jene von BERGMANN und HORCH, dass Ärzte aus diversen Motiven heraus eine „[...] mit Alkoholkonsum in Verbindung stehende Erkrankung eher nicht erken-

³² Vgl. weiterführend Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2001): Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, unter: <http://www.dhs-intern.de/pdf/Vereinbarung.pdf>. (21.08.2007).

nen bzw. auch aus Rücksicht gegenüber den Angehörigen zu dokumentieren vermeiden. Von einer systematischen Untererfassung muss ausgegangen werden.“³³

Die Kostenangaben der ambulanten Versorgung lagen in der vorliegenden Arbeit nicht vor, sollten aber bei einer weiterführenden sektorübergreifenden Analyse einbezogen werden. Für die vom Gesetzgeber nach § 303 SGB V geforderten Verbesserung der sektorübergreifenden Datentransparenz ist es sinnvoll, zur vollständigen Darstellung des Rehabilitationsbereiches die Daten wichtiger anderer Kostenträger, vor allem der Renten- und Unfallversicherung, mit den GKV-Daten zusammenzuführen.

Ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung Kostentransparenz ist die geplante Abschaffung der Punktwerte im ambulanten Bereich. So können Kosten zeitnah dargestellt werden. Die vom Gesetzgeber seit 2003 verlangte Übermittlung der Abrechnungsdaten in elektronischer Form ist ebenfalls ein Schritt zur Verbesserung der Datentransparenz.

Diese Daten können in einem Arzt-Patienten-Panel des Zentralinstituts verwendet werden. Aussagen bezüglich der Morbidität lassen sich durch die erfassten Diagnosen machen. Neben den Diagnosen werden auch Symptome, Beschwerden und sonstige Beratungsanlässe erfasst. Durch die eingeführte morbiditätsbezogene Vergütung im Jahr 2007 sind die Vertragsärzte überdies gezwungen, Haupt- und Nebendiagnosen zu unterscheiden (§ 295 Abs. 3 SGB V).³⁴

Diese Kostenangaben, um beispielsweise Informationen zum Leistungsgeschehen zu eruieren, lagen in der vorliegenden Arbeit nicht vor, sollten aber bei einer weiterführenden sektorübergreifenden Analyse einbezogen werden.

³³ Bergmann, E., Horch, K. (2002): Kosten alkoholassoziierter Krankheiten, Dissertation, Freie Universität Berlin, Berlin, unter: <http://www.diss.fu-berlin.de/2002/240/Bergmann.pdf>, S. 34

³⁴ Vgl. Kerek-Bodden, H., Heuer, J., Brenner, G., Koch, H., Lang, A. (2005): Morbiditäts- und Inanspruchnahmeanalysen mit personenbezogenen Abrechnungsdaten aus Arztpraxen, in: Swart, E., Ihle, P. (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen, 1. Aufl., Bern, S. 55

4.3 Ergebnisse der Untersuchung

4.3.1 Ergebnisse der sektorspezifischen Analysen

4.3.1.1 Ergebnisse des stationären Sektors

Es wurden deutlich mehr männlichen Patienten mit einer F10.-Diagnose behandelt, was in Anbetracht der sonst recht einheitlichen Geschlechterverteilung im stationären Bereich der AOK Sachsen-Anhalt auffällig ist.³⁵ Die Altersspannweite liegt zwischen 13 und 90 Jahren und ist größer, als in den beiden anderen Sektoren.

Die häufigsten Eingangsdiagnosen sind Alkoholabhängigkeit, akute Intoxikation sowie Entzugssyndrome. 14 Prozent der Eingangsdiagnosen stellten keine F10-Diagnosen dar, wurden aber als solche bei der Entlassung kodiert. Es stellte sich also erst im Nachhinein eine alkoholbedingte Ursache als Einweisungsgrund heraus. Diese Erkenntnisse sollten genutzt werden, um die Patienten gegebenenfalls in sektorübergreifende Therapiekonzepte zu steuern. Die Rangfolge der Entlassungsdiagnosen ist identisch mit den Eingangsdiagnosen. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es nicht, jedoch alterspezifisch. Jüngere Patienten werden vorwiegend aufgrund einer Intoxikation, ältere basierend auf einer Abhängigkeit behandelt. Durch Nutzung dieser Daten, kann bei den jüngeren Patienten interveniert werden, um chronischen Missbrauch und Abhängigkeit zu vermeiden. Da davon auszugehen ist, dass ein großer Teil dieser Patienten ohne entsprechende Unterstützung in die spätere Abhängigkeit gerät. Hier kann eine Art Frühwarnsystem installiert werden, um entsprechend rechtzeitig reagieren zu können. (Vgl. Abschnitt 4.4)

Die meisten Alkoholabhängigen befinden sich im Alter zwischen 30 und 40 Jahren, wobei viele durch akute Alkoholvergiftungen auffällig wurden. Da sowohl bei Frauen, als auch bei Männern der überwiegende Teil der Patienten Arbeitslosengeld-II-Bezieher waren, ist von einer sozioökonomischen Beziehung zwischen Erwerbsstatus und Alkoholabhängigkeit auszugehen. Ferner sind fast die Hälfte Rentenbezieher (Rentenversicherung für Arbeiter/Angestellte), was die Wichtigkeit der Zusammenführung kostenträgerübergreifender Daten (Krankenkasse, Rentenversicherung, etc.) aufzeigt, um die Institutionenkarrieren abbil-

³⁵ Anm.: Vergleiche hierzu die Übersicht über die Versichertenstruktur der AOK Sachsen-Anhalt in Anhang 1

den zu können und daraus Rückschlüsse zur Optimierung der Behandlungskette zu ziehen. Damit wird die Forderung nach einer sektorüber- und kostenträgerübergreifender Datentransparenz deutlich. Nur so können Behandlungsketten bestmöglich gestaltet, Doppeluntersuchungen vermieden und Drehtüreffekte unterbunden werden.

Der Hauptteil der Kosten wurde durch männliche Erkrankte, schon allein aufgrund der zahlenmäßigen Dominanz, verursacht. Zu bedenken ist, dass die indirekten Folgen der Alkoholkrankheit sowie deren Behandlung diese Kosten um ein Vielfaches übersteigen. Für Patientinnen wurde durchschnittlich marginal weniger, als für Patienten gezahlt. Das Gros der Ausgaben für Krankenhausaufenthalte lag zwischen 1.000 - 4.999 Euro. Beim Vergleich hinsichtlich der Versichertenart fiel auf, dass Rentenbezieher häufiger höhere Kosten verursachten, als Arbeitslosengeld-II-Bezieher.

Die durchschnittliche Verweildauer lag bei neun Tagen und nur ein Fünftel der Fälle sind Tages-Fälle. Die Diagnose Alkoholabhängigkeit (F10.2) weist eine durchschnittliche Verweildauer von 14 Tagen, akute Intoxikation (F10.0) durchschnittlich elf Tagen auf und liegt daher unter der F10.2-Diagnose. Dies zeigt, dass obwohl die Behandlung der akuten Intoxikation mit durchschnittlich elf Tagen immer noch sehr hoch liegt, geringere Kosten in der Behandlung zu erwarten sind. Hier sollte die Chance der therapeutischen Intervention genutzt werden, um die teurere und langwierige stationäre Behandlung chronischer Abhängiger zu verhindern. Es stellt sich die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit einer solchen Verweildauer bei akuten Intoxikationen. Eine mögliche Erklärung ist die mangelnde ambulante Weiterbehandlung respektive Vernetzung der Sektoren. Weiterhin sollte nichtärztliches, therapeutisches Personal (Psychologen, Sozialarbeiter, Mitarbeiter von Jugendämtern und Schulen) mit eingebunden werden. Hier besteht die Chance über einen Integrierten Versorgungsvertrag nach § 140 a –d SGB V eine sektorübergreifende Versorgung durch ärztliches und nichtärztliches Personal zu installieren. Dadurch können neben der Verhinderung der Krankheit oder Verminderung der Folgen, nicht nur direkte sondern auch indirekte Kosten gesenkt oder vermieden werden. Ferner stellten FREYER et al. fest, dass unter stationären Patienten ein Großteil mit leichteren Alkoholproblemen sowie solche ohne Bereitschaft zur Teilnahme an professionellen Hilfsangeboten offen für eine alkoholbezogene Beratung waren. Hier kann ei-

ne Chance gesehen werden, dass Suchtberater, Ärzte oder Pflegepersonal Patienten eigeninitiativ proaktiv nach einem systematischen Screening auf Alkoholprobleme beraten.³⁶

4.3.1.2 Ergebnisse des Rehabilitationssektors

Auch hier treten deutlich mehr männliche Patienten³⁷ auf. Bei diesen wurde vor allem der Bereich der über 60-jährigen in Rehhabilitationseinrichtungen eingewiesen, bei Frauen liegt das Gros bei 20- bis 39-jährige. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Frauen wesentlich eher bei alkoholbedingten psychischen und Verhaltensstörungen in Rehhabilitationseinrichtungen beraten werden als gleichaltrige Männer. Möglicherweise nehmen Frauen hier eher Hilfe aufgrund früherer Krankheitseinsicht in Anspruch. Denkbar ist auch die höhere Toleranz der Gesellschaft für trinkende Männer. Da Frauen oft die Mutterrolle einnehmen, ist der familiäre Druck seitens der Familie möglicherweise größer. Über frühere Inanspruchnahmen des Rehabilitationssektors können nur Vermutungen geäußert werden.

Bei beiden Geschlechtern ist die Diagnose Alkoholabhängigkeit die Häufigste. Es besteht kein statistischer Zusammenhang zwischen dem Alter und der Diagnose, jedoch lässt sich festhalten, dass zumeist alkoholabhängige jüngere Frauen und ältere Männer behandelt werden.

Hinsichtlich der verschiedenen Versichertenarten zeigt sich, dass Rentenbezieher, Versicherte nach § 155 AFG, Arbeitslosengeld-II-Bezieher und freiwillig Versicherte nach § 9 Abs.1 Nr. 1 SGB V am häufigsten auftreten. Arbeitslose sind unter den Rehabilitations-Fällen in geringerem Umfang vertreten, als unter den stationären Fällen. Dieser Befund ist unerwartet und entspricht vermutlich einer rehabilitativen Unterversorgung Arbeitsloser. Auch im Rehabilitationsbereich wird anhand der Zusammensetzung aus vorrangig Rentenbeziehern und Arbeitslosengeld-II-Beziehern deutlich, wie wichtig eine kostenträgerübergreifende Strategie ist.

³⁶ Vgl. Freyer, J., Coder, B., Pockrandt, C., Hartmann, B., Rumpf, H.J., John, U., Hapke, U. Krankenhauspatienten mit riskantem Alkoholkonsum sind offen für Beratung, Gesundheitswesen 2006; 68, S. 429

³⁷ Anm.: In Deutschland wurden jedoch deutlich mehr Frauen (100.029) als Männer (65.161) rehabilitiert (alle Diagnosen F00 - F99), wobei 15.517 Erkrankungen auf Basis des Alkoholkonsums zurückzuführen sind (Platz neun der Hauptdiagnosen). Es scheint also, dass mehr Männer rehabilitativ wegen Alkoholproblemen behandelt werden, obwohl statistisch mehr Frauen Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Vgl. hierzu Rolland, S. (2006): Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2003, in: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2005, Stuttgart, S. 320 - 323

Die Behandlung weiblicher Patienten verursacht einen geringeren Gesamtbetrag, aufgrund der geringen Anzahl, die durchschnittlichen Kosten liegen jedoch höher, verglichen mit den Männern. Die meisten Kosten werden durch die Abhängigkeitsdiagnose F10.2 hervorgerufen, wobei dies unabhängig vom Alter oder der Herkunft der Patienten ist, die geringsten Kosten durch eine F10.7-Diagnose (Restzustand). Es ergibt sich hier deutlich, dass weibliche Patienten im Durchschnitt mehr Kosten bei gleicher Diagnose verursachen als männliche Behandelte. Das kann einerseits an der unterschiedlichen Verweildauer liegen, aber auch durch eine regional unterschiedliche Vergütung der Leistungen einzelner Rehabilitations-Einrichtungen bedingt sein. Aufgrund der geringen Patientenzahl sind keine weiteren Schlussfolgerungen möglich. Das Gros der Ausgaben liegt bei den über 60-jährigen Patienten. Diese Kosten lassen sich verringern, wenn schon früher ausreichende diagnostische und therapeutische Angebote zum Einsatz kommen. Durch sektorübergreifende Untersuchungen und Schnittstellenoptimierung der Sektoren kann bei der Ausbildung dieser alkoholbedingten Spätfolgen interveniert werden. Auffallend ist der hohe Betrag, welcher durch weibliche Patienten zwischen 18 und 23 Jahren generiert wird. Junge Frauen werden sehr kostenintensiv im rehabilitativen Sektor behandelt, weshalb nur eine umfangreichere und langwierigere Betreuung als bei älteren Patienten vermutet werden kann.

4.3.1.3 Ergebnisse des ambulanten Sektors

Bezüglich der Geschlechterstruktur ergibt sich eine ähnliche Verteilung wie in den vorherigen Sektoren. Auch die Alterstruktur zeigt ähnliche Resultate.

Die häufigsten Diagnosen sind Abhängigkeit, Intoxikation und schädlicher Gebrauch. Es ergeben sich keine auffälligen geschlechtsspezifischen Unterschiede. Dies ähnelt demnach den beiden anderen Sektoren, d. h. der Anlass der Inanspruchnahme der drei Sektoren ist annähernd identisch. Die häufigste Diagnosen der unter 20-jährigen sind Intoxikation und Alkoholmissbrauch. Von allen behandelten Patienten mit akuter Intoxikation infolge übermäßigen Alkoholgebrauchs sind über die Hälfte unter 20 Jahre. Mit steigendem Alter nehmen die Anteile diagnostizierter Abhängigkeit zu. Jüngere Patienten geraten durch riskanten Konsum in eine spätere Abhängigkeit. Es sollte so früh wie möglich interveniert werden, bevor sich aus riskantem Konsum und unkritischem Umgang mit Alkohol eine Abhängigkeit manifestiert.

Die meisten Patienten sind Arbeitslosengeld-II-Empfänger und Rentenbezieher. Der Zusammenhang von Sozialstatus respektive Beschäftigungs-/Einkommensverhältnis und Alkoholmissbrauch kommt deutlich zum Tragen. Je geringer das Einkommen und die soziale Einbindung ist, desto höher ist der Anteil behandlungsbedürftiger Alkoholerkrankungen. Infolge der Krankheit verringert sich die Wahrscheinlichkeit wieder in den Arbeitsmarkt vermittelt zu werden. Ein Teil der erlernten Berufe, zum Beispiel Kraftfahrer, sind nicht mehr ausführbar. Die Spirale Arbeitslosigkeit (Sozialhilfe → Alkoholabhängigkeit) gilt es zu durchbrechen. Es müssen kostenträgerübergreifende Perspektiven und Behandlungsoptionen aufgezeigt werden.

Die behandlungsstärksten Monate sind Januar, Februar und März. Verglichen mit den entsprechenden Diagnosen, ist die F10.2-Diagnose (Abhängigkeit) die häufigste, gefolgt von akuter Intoxikation und schädlicher Gebrauch. Grund der Häufung im Bereich des Januars ist aller Wahrscheinlichkeit nach abrechnungsbedingt, da die Abrechnung quartalsweise erfolgt und das meiste Budget am Jahresanfang (erstes Quartal) zur Verfügung steht. Je häufiger ambulante Behandlungen bei einer Person durchgeführt wurden, umso mehr stieg die Zahl der Diagnosen mit Entzugserscheinungen, aber ebenso verblieb ein Abwechseln der Diagnosen Missbrauch, Abhängigkeit und Intoxikation. Diese erkannten Muster geben Anhaltspunkte zur Klärung der Thesen sechs und sieben³⁸ der vorliegenden Arbeit, da zum einen der Rückfall zur Alkoholabhängigkeit deutlich wird (innerhalb der Mehrfachbehandlungen) und zum anderen scheinen die Behandlungen nicht wirksam zu sein, da häufig nach einer Entzugsdiagnose eine erneute akute Intoxikation oder Abhängigkeitsdiagnose auftaucht. Zusammenfassend lässt sich statuieren, dass ein großer Anteil der versicherten Alkoholkranken zwischen erster und letzter ambulanter Behandlung innerhalb des Jahres 2005 mehrfach mit der Alkoholabhängigkeitsdiagnose behandelt wurde.

³⁸ 6. Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit wiederholter Einweisungen und wodurch unterscheiden sich „Drehtürpatienten“ von Patienten mit lediglich einer Inanspruchnahme der Sektoren?

7. Welche Anhaltspunkte für die Versorgung können anhand der, in Abrechnungsdaten erkennbaren Institutionenkarrieren verwertet werden (z. B. Reihenfolge der Inanspruchnahme, zeitliches und räumliches Muster von Wiederholungskontakten, Transparenz von Krankheits- und Kostenverläufen)?

4.3.2 Ergebnisse der sektorübergreifenden Analyse

Zusammenfassend aus Kapitel 4 lassen sich folgende Ergebnisse aufführen: Zwei Drittel der Patienten sind im stationären, knapp ein Drittel im ambulanten und ein Prozent im Rehabilitationssektor zu verzeichnen. Die Verteilung nach dem Geschlecht zeigt, dass wesentlich mehr männliche Patienten mit einer F10.-Diagnose behandelt wurden und dass alkoholinduzierte Krankheitsbilder tendenziell stärker bei Männern zu finden sind, da die Versichertenstruktur der AOK geschlechtsspezifisch betrachtet als ausgeglichen bezeichnet werden kann, jedoch deutlich mehr Männer eine F10.-Diagnose aufweisen.

Die Altersverteilung weist fast identische Mittelwerte auf, was in Anbetracht der ungleichen Versorgungsvoraussetzungen ein wichtiger Befund ist. Jedoch liegt der Mittelwert im ambulanten Sektor leicht unter den beiden anderen Sektoren, was darauf schließen lässt, dass hier tendenziell jüngere Patienten mit einer F10.-Diagnose behandelt werden. Dass die ältesten Patienten im stationären Sektor zu finden sind, stützt die Vermutung, dass Alkoholranke häufig zu spät auffällig werden, und das meist als stationäre Notfalleinweisung. Zu erkennen ist überdies, dass ambulante und stationäre Maßnahmen am häufigsten bei der Altersgruppe der 40- bis knapp 50-jährigen auftreten, während eine Rehabilitation eher bei den 50- bis 60-jährigen genutzt wird. Daraus lässt sich die Chance des ambulanten Sektors erkennen, durch Verbesserung der Diagnostik und Therapie durchschnittlich später auftretende akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen zu verhindern oder geringstenfalls zahlenmäßig zu senken.

Im rehabilitativen und ambulanten Sektor befinden sich vor allem Patienten mit einer Alkoholabhängigkeitsdiagnose (F10.2), wobei letzterer ebenso Diagnosen im Missbrauchsbereich (F10.1) vorkommen. Eine balancierte Diagnosenverteilung ist im stationären Bereich zu erkennen. Sowohl die Intoxikation (F10.0-Diagnose), als auch die Abhängigkeitsdiagnose wurden zu rund ein Drittel gestellt. Überdies liegt ein Anteil von rund 22 Prozent bezüglich Entzugssyndromen (F10.3/F10.4) vor. Es lässt sich demnach davon ausgehen, dass Fälle von Alkoholabhängigkeit, hervorgerufen durch einen längeren chronischen Alkoholkonsum, speziell rehabilitativ respektive ambulant und akute Patientenfälle (Alkoholvergiftung) im stationären Sektor behandelt werden. Bei stationärer Behandlung aufgrund von Alkoholvergiftung sollten Frühwarnsysteme installiert und weiterbehandelnde Institutionen Informationen zur

Verfügung gestellt werden. Hier besteht dringender Bedarf an der Einbindung von medizinischen und nichtmedizinischen Berufsgruppen, um den chronischen Aspekt der Krankheit zu reduzieren und den Patienten Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Hier sind zum Beispiel psychologische Beratung, Suchtberatung und Lebenshilfe besonders angebracht, da die Option der Verhaltensänderung (Abstinenz, kontrollierter Umgang mit Alkohol) größer ist, als bei späterer Abhängigkeit.

Verglichen mit den Altersstrukturen der drei Bereiche wird dies insoweit bestätigt, dass sich folgende drei charakteristische Gruppen bilden lassen können:

1. Ältere, chronisch Alkoholabhängige (F10.2) im Rehabilitationssektor,
2. Junge „akute Trinker“ (F10.0) im stationären Sektor, Tendenz zur Abhängigkeit,
3. Mittlere Altersgruppe alkoholabhängiger (F10.2) Arbeitslosengeld-II-Bezieher, ambulanter Sektor.

Dies zeigt, dass die Politik mit dem Verbot so genannter Flat-rate-Partys³⁹ ebenso auf dem richtigen Weg ist, wie mit der höheren Besteuerung der Alkopops⁴⁰, die aufgrund des süßen Geschmacks die Droge Alkohol verharmlosen. Wichtig ist der Ausbau der Aufklärungsarbeit, um jungen Menschen im Umgang mit der Gesellschaftsdroge Alkohol zu sensibilisieren. Die Gefahren der Abhängigkeit und ihrer Folgen, wie Arbeitsplatzverlust und sozialer Abstieg, sollten ebenso wie die körperlichen Folgen kommuniziert werden. Für soziale Probleme sollten Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen respektive besser genutzt werden, um andere Lösungsstrategien aufzuzeigen, als „sich zu betäuben“ und in die Abhängigkeit zu begeben. Junge Menschen müssen lernen, einen kritischeren im Umgang mit Alkohol zu entwickeln. Denkbar ist hier eine Verstärkung der Präventionsarbeit, zum Beispiel schon in der Schule, so wie § 20 SGB V fordert.

Hinsichtlich der verschiedenen Versichertenarten zeigte sich, dass im Rehabilitationssektor vorwiegend Rentenbezieher zu finden sind. Arbeitslosengeld-I/II-Empfänger als auch Bezieher von Arbeitslosenhilfe sind im ambulanten und stationären Sektor überwiegend vertreten.

³⁹ Anm.: Flat-rate-Party: Pauschalbetrag zahlen und soviel Alkohol trinken wie möglich

⁴⁰ Anm.: Dies sind alkoholische Mischgetränke, die aus hochprozentigen alkoholhaltigen Getränken (Wodka, Whiskey) und Säften bestehen. Es erfolgt oftmals der Versuch einer Anlehnung an bekannte Longdrinks. Diese

Speziell Arbeitslosengeld-II-Empfänger weisen den höchsten Anteil im Bereich ambulanter sowie stationärer Behandlungen auf.

Die Durchschnittskosten des stationären Sektors liegen unter denen des Rehabilitationssektors, jedoch sind die Gesamtkosten auf Grund der hohen Fallzahl größer. Während stationär über ein Drittel der Ausgaben unter 1.000 Euro liegen, ist dies im Rehabilitationssektor invers. Mindestens 7.500 Euro liegen bei knapp der Hälfte der Behandelten vor. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass die Behandlungsdauer zumeist drei und mehr Wochen beträgt, während stationär neun Tage durchschnittlich aufkamen. Hier ist der Unterschied der Kosten wahrscheinlich in der Länge und Komplexität der Behandlung begründet. Jüngere, vorwiegend stationäre Patienten weisen oft eine geringere Ausprägung der Erkrankung und weniger behandlungsbedürftige Nebendiagnosen auf, als die zumeist älteren Patienten im Rehabilitationssektor und sind damit durchschnittlicher kostengünstiger in der Behandlung. Eine Alkoholvergiftung bei einem sonst gesunden Menschen bedarf sicher eines geringeren Ressourcenverbrauchs, als die Behandlung eines chronisch alkoholabhängigen älteren Menschen.

Die Betrachtung behandlungsstarker Zeiten im stationären und ambulanten Sektor ergab keine Kongruenzen. Ambulant dominieren Wintermonate, stationär die Sommerzeit. Im stationären Sektor zeigte sich, im Unterschied zum ambulanten Sektor, eine ausgewogenere Auslastung.

Ferner wurden die Mehrfachbehandlungen und Überweisungsmuster untersucht. Insgesamt wurden 24 Patienten in allen drei Sektoren, 3.683 Patienten in zwei der Sektoren und 1.758 Patienten in einem der drei Sektoren behandelt. Für den Rehabilitationssektor zeigt sich, dass die Übergänge stets vom stationären Sektor kamen. Die meisten sektorspezifischen Überweisungen (1.813) fanden vom stationären zum ambulanten Bereich statt, wobei 24 Patienten vorher im Rehabilitationssektor waren [zumeist lagen hier die Diagnosen Abhängigkeit (F10.2, stationär) zu Abhängigkeit (F10.2, Rehabilitation) und schädlicher Gebrauch (F10.1, ambulant) vor].

Getränke sind jedoch weit süßer als die Originale und verleiten daher oft sehr junge Menschen zum Konsum, da

Anfänge einer sektorübergreifenden Zusammenarbeit finden demnach bereits statt und die Notwendigkeit scheint den Beteiligten bewusst zu sein. Hier gilt es, die Transparenz zwischen den Sektoren zu erhöhen und Reibungsverluste, die auch Informationsverluste darstellen, zu verringern. Ziel sollte eine optimal aufeinander abgestimmte Behandlungskette sein (vgl. dazu Abschnitt 4.5). Dafür sollten die gesetzlichen Rahmenbedingungen, zum Beispiel in Form von sektorübergreifenden Globalbudgets, geschaffen und vorhandene Möglichkeiten, wie die Integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V, effizient genutzt werden.

Zusammenhänge zwischen Überweisungsanzahl und Alterskategorie ergeben, dass vorwiegend 40- bis 60-jährige eine dreimalige Behandlung aufweisen, während jüngere Patienten (< 20 Jahre) zumeist nur einmal behandelt wurden. Es zeigte sich ein positiv korrelierter Zusammenhang zwischen Alter und Behandlungsanzahl. Unterschiede hinsichtlich der Geschlechter lassen sich dagegen nicht erkennen. Ferner lässt sich festhalten, dass ein generelles Überweisungsmuster vom stationären zum ambulanten Bereich bei den 30- bis unter 60-jährigen festzustellen ist. Eine Überweisungsstruktur vom stationären in den Rehabilitationssektor ist bei alkoholabhängigen Rentnern über 60 Jahren zu sehen. Es ließ sich schlussfolgern, dass akute Vorfälle durch einmaligen Missbrauch von Alkohol stationär behandelt werden – als das Krankenhaus eine Wächterfunktion für die Alkoholabhängigkeit hat - und erst in einem höheren Alter zur Abhängigkeit führen, die Überweisungen in entsprechende ambulante Bereiche nach sich ziehen. Mit zunehmendem Alter und Dauer der Abhängigkeit kommt es zu häufigeren Zweifacheinweisungen, wobei eine stationäre Behandlung, in den häufigsten Fällen bedingt durch Intoxikationen und Abhängigkeitssyndrome, notwendig wird und nach deren Abschluss es zu einer weiterführenden ambulanten Behandlung kommt. Es zeigen sich zusammenfassend drei Patientenkarrerien:

- *Häufigste Karriere bei doppelten Behandlungen im gleichen Sektor:*
nur stationäre Behandlung (mehrfach im Jahr = Drehtüreffekt),

- *Häufigste Karriere bei doppelten Behandlungen in zwei verschiedenen Sektoren:*
stationärer Sektor → ambulante Behandlung
- *Häufigste Karriere bei mehr als zwei Behandlungen:*
ambulanter Sektor → stationärer Sektor → Rehabilitations-Sektor

Die häufigste Karriere gibt Ansätze zur Klärung von Hypothese sechs: *Patienten werden meist zu spät als Alkoholiker diagnostiziert und behandelt.* Die intersektorale Patientenbehandlung im Sinne einer übergreifenden Behandlungskette muss verbessert werden. Die Verteilung in den Sektoren zeigt einen überdurchschnittlich stark frequentierten stationären Sektor, wodurch der *Drehtür-Effekt* bestätigt wird.

Durch eine bessere Vernetzung der Sektoren und eine sektorübergreifende Steuerung könnte der, von der Gesundheitspolitik geforderten, ambulanten vor stationärer und rehabilitativer vor stationärer Behandlung adäquat Rechnung getragen werden. Krankenhausbehandlungen setzen nach § 39 SGB V einen akutstationären Behandlungsbedarf voraus. Diesen gilt es durch präventive Maßnahmen zu verhindern. Der ambulante als auch der rehabilitative Sektor muss stärker in die Behandlungskette eingebunden werden, dies wird anhand der geringen Behandlungsfälle in diesem Bereich sehr deutlich.

Durch eine Verbesserung der Datenlage können sektorübergreifende Karrieren dargestellt und zum Aufbau umfangreicher Behandlungsnetze und zur Implementierung neuer Therapieansätze verwendet werden. Im Folgenden sollen drei abschließende Schlussfolgerungen aus der sektorübergreifenden Analyse gezogen werden.

- **Kontaktbetrachtung:** Die häufigsten Erstkontakte finden im stationären Sektor statt. Dies erklärt These vier der Arbeit: *Alkoholranke werden häufig erst zu spät auffällig und das meist erst als stationäre Notfalleinweisung.*
- **Inhaltliche Betrachtung:** Im ambulanten Sektor muss früher eingegriffen werden. Dies bezieht sich auf den festgestellten *Drehtüreffekt*, der durch eine bessere ambulante Behandlung vermieden werden könnte.
- **Systembetrachtung:** Durch die im Laufe der letzten Jahre verbesserten gesetzlichen Rahmenbedingungen bei der Datenverfügbarkeit (bezüglich der neuen Möglichkeiten

der intersektoralen Betrachtungsweise), ist eine Darstellung des Drehtüreffekts besser möglich und Versorgungskarrieren können besser als bisher abgebildet werden.

Auch hier sind Maßnahmen, welche unter Abschnitt 4.5 aufgeführt werden, einzubeziehen, um die Abstinenzraten zu erhöhen und Morbiditätsmuster, wie sie auch in den vorliegenden Datensätzen vorlagen, zu optimieren.

Die zur Verfügung stehenden Daten des Rehabilitationssektors waren mit 53 Fällen nicht umfangreich, da lediglich Daten der Krankenkasse vorlagen. Um dies zu verbessern, sollte der Gesetzgeber Möglichkeiten schaffen, die Daten der GKV und wichtiger anderer Kostenträger in diesem Bereich, wie die Renten- und Unfallversicherung, zusammenzuführen. Nur so ist nach Meinung des Autors eine sektorübergreifende Versorgung auf hohem Niveau zu gewährleisten. Die medizinische Rehabilitation ist antragsgesteuert, sodass der Patient den ersten Schritt machen muss. Damit wird eine wertvolle Hilfe mit einer für viele Suchtabhängige oder -gefährdete nicht überwindbaren Barriere versehen. Voraussetzung ist hierfür eine Krankheitseinsicht, eine gewisse intellektuelle Mindestvoraussetzung und die Information über die Möglichkeit von Rehabilitationsmaßnahmen. Mit dem in Folge entstehenden Abschiebekarussells werden viele so genannte *Institutionenkarrieren* produziert, welche einen nicht unerheblichen volkswirtschaftlichen Schaden nach sich ziehen. Darüber hinaus ist dies eine mögliche Begründung für die geringe Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen in Verbindung mit der Alkoholkrankheit. Die meisten medizinisch erforderlichen Rehabilitationen finden seltener im Bereich der Krankenkassen, oft in der Zuständigkeit der Rentenversicherung, statt. In Zeiten höheren Kostendrucks wird bei Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern eine Schnittstellenverbesserung und Optimierung der Kooperation als angebracht erachtet, um das „Abschiebekarussell“ sinnvoll zu beenden und Therapiezeit nicht zu verschwenden. Ein anzustrebendes Ziel könnte es sein, einen Leitfaden zu entwickeln, um suchgefährdete Patienten frühzeitig zu erkennen und die Alkoholkrankheit richtig zu behandeln. Wichtig für die Behandlung und Früherkennung ist eine Verzahnung im Sinne einer integrativen Abstimmung aller Sektoren auf Seiten der Leistungserbringer sowie die Bereitschaft zur Kommunikation und Zusammenarbeit auf Kostenträgerseite. Als weiterer wichtiger Schritt ist die Vernetzung mit anderen Berufsgruppen wie Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und Psychotherapeuten zu nennen. Hierbei könnte die durch den Gesetzgeber geschaffene Möglichkeit einer

Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V unter Einbeziehung aller Beteiligten hilfreich sein. Dazu sollte ein Konzept entwickelt werden, um in allen Stadien der Krankheit zu intervenieren und zu therapieren oder geringstenfalls unterstützend zur Seite zu stehen. Als Möglichkeit der sektorübergreifenden Betrachtung diene die vorliegende Arbeit als wertvolle Stütze und sollte weiter aufgegriffen werden.

4.4 Sucht- und Versorgungsmodelle sowie präventive Ansätze

Große Hoffnung zur Verbesserung der Datentransparenz liegen im § 303a SGB V, welcher die Erarbeitung von Anforderungen für einheitliche und sektorübergreifende Definitionen für den Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung festlegt. Damit werden Chancen zur Verbesserung der Datentransparenz im Gesundheitswesen eröffnet, mit dem Ziel der besseren Darstellung und Verknüpfung medizinischer und leistungsrechtlicher Daten aus dem stationären, ambulanten und rehabilitativen Sektor. Ziel kann es sein, Schnittstellen zwischen den Sektoren zu beleuchten und daraus ableitend eine angepasste sektorübergreifende Versorgung der Versicherten zu schaffen. Da die Schnittstellenproblematik jedoch nicht nur eine störende Stufe in der Versorgung, sondern gleichzeitig *Hinweis auf* oder *Folge von* fachlich-arbeitsteiliger Ausdifferenzierung der Versorgung ist (Qualitätsgewinn), sollte nicht deren Beseitigung, sondern deren Reduktion ihrer Auswirkungen die Zielstellung sein.

Hier sind deutlich die vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeiten der §§ 140 a ff. SGB V (Integrierte Versorgung) hervorzuheben.

Durch integrierte Versorgungsansätze im ambulanten, stationären und rehabilitativen Sektor, kann die sektorale Versorgung mit ihren Nachteilen durchbrochen und unter Umständen sogar ersetzt werden. Parallel dazu ist es möglich, durch Modellversuche nach §§ 63 ff. SGB V oder durch Strukturverträge nach § 73 a SGB V die integrierte Versorgung zu erproben und Erfahrungen mit Daten zu sammeln, die für die Einführung als Regelversorgung wichtig wären.

Diese sektorübergreifenden Ansätze sollten weiterverfolgt und ausgebaut werden.

4.4.1 Prävention

Eine Verbesserung der Versorgung macht eine Prävention nicht entbehrlich, sondern gerade die Ergebnisse der intersektoralen Analyse betonen deren Bedeutung. Neben der Bundeszent-

rale für gesundheitliche Aufklärung (im Folgenden kurz BZgA), die überregionale Informationsarbeit zur Prävention von Suchtkrankheiten leistet, existierten im Jahr 2004 laut DHS 1.050 Beratungsstellen für Suchtkranke in Deutschland. Präventive Maßnahmen erstrecken sich auf die Arbeit mit Eltern, Jugendlichen, Schulen, Betrieben, Medizin, Kontaktzentren sowie die Öffentlichkeitsarbeit mit regionalen Arbeitskreisen, Plakat- und Flugblattaktionen, Presseinformationen, u. a.⁴¹ Auch Selbsthilfeorganisationen wie die Anonymen Alkoholiker, das Blaue Kreuz u. a. sind neben Betreuungsaufgaben im Bereich der Prävention tätig.

Die BzGA setzt sich unterschiedliche Ziele zur Prävention, welche beispielhaft die Förderung des risikoarmen, verantwortungsvollen Konsums, die Vermeidung des riskanten Alkoholkonsums und insbesondere des Rauschtrinkens, eine kritische Reflexion des individuellen Konsumverhaltens sowie die Früherkennung und -intervention bei Alkoholproblemen und eine Wissenssteigerung hinsichtlich der Folgen des Alkoholkonsums umfassen.⁴²

4.4.2 Frühintervention

Da mehr als 90 Prozent aller stationär behandelten Alkoholabhängigen im Allgemeinkrankenhaus betreut werden, von denen mehr als 50 Prozent keine Suchthilfe im Vorab in Anspruch genommen haben⁴³, kommt der ambulanten Behandlung durch Arztpraxen eine bedeutende Rolle im Bereich der Intervention zu. Einen Interventionsansatz liefern KELLER, VELICER und PROCHASKA mit dem *Transtheoretischen Modell* (Vgl. Abbildung 21), welches auch Patienten anspricht, die eine geringe motivationale Tendenz aufweisen und zu häufige Wiedereinweisungen vermeiden kann. Das Modell differenziert unterschiedliche Stadien der Veränderungsbereitschaft⁴⁴: Basis ist eine motivierende Gesprächsführung, insbesondere deshalb ist es für solche Patienten angebracht, die nur eine latente oder geringe Motivation aufweisen. Prinzipien zur Motivation sind u. a. eine empathische Gesprächshaltung, Förderung der Diskrepanzwahrnehmung zwischen Richtungspunkten und Anliegen, Vermeidung

⁴¹ Vgl. Hüllinghorst, R. [1996]: Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) [1996]: Jahrbuch Sucht 97, Geesthacht: Neuland, S. 128-134

⁴² Vgl. o. V. (21.03.2007): Alkoholkonsum in Deutschland und präventive Strategien – eine Übersicht, unter: <http://www.kommunale-suchtprevention.de/05-06/dokumentation/1-uebersicht.pdf>

⁴³ Vgl. John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J. (2001): Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, in: Deutsches Ärzteblatt 2001; 98: A 2438 [Heft 38]

konfrontativer Situationen sowie das Aufgreifen von Ambivalenz und Widerstandsverhalten des Patienten.⁴⁵

Abbildung 17: Stadien des Transtheoretischen Modells

In Anlehnung an: Keller, S., Velicer, W. F., Prochaska, J. O. (1999): Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht, in: Keller, S. (Hrsg.): Motivation zur Verhaltensänderung: Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis, Freiburg, S. 17 – 44

4.4.3 Kurzinterventionen

Dies sind zumeist frühe Interventionen mit denen die Veränderungsbereitschaft und Behandlungsmotivation in frühen Phasen der Abhängigkeit gefördert werden sollen. Sie können dann durch den betreuenden Hausarzt gegeben werden, solange ein geringer Alkoholkonsum vorliegt und folgende Kriterien zutreffen:

- Motivation zur Veränderung sowie eine sozial stabile Umgebung,
- keine schweren psychosozialen Probleme und keine schwere Abhängigkeit sowie
- keine Bereitschaft für eine Behandlung in Fachstellen.⁴⁶

⁴⁴ Vgl. Keller, S., Velicer, W. F., Prochaska, J. O. (1999): Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht, in: Keller, S. (Hrsg.): Motivation zur Verhaltensänderung: Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis, Freiburg, S. 17 - 44

⁴⁵ Vgl. John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J. (2001): Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, in: Deutsches Ärzteblatt 2001; 98: A 2441 [Heft 38]

⁴⁶ Vgl. Sieber, M. (2005): Riskanter Alkoholkonsum – Früherkennung, Kurzintervention und Behandlung, 1. Aufl., Bern, S. 35 ff.

Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen wurde bereits durch eine Vielzahl an Studien bestätigt. FLEMING et al. führten 1997 eine Untersuchung diesbezüglich bei Problemtrinkern durch. Während die Experimentgruppe Gesundheitsbroschüren und einen festgesetzten Arzttermin mit Kurzinterventionsmaßnahmen (beispielsweise Fragebögen) bekamen, erhielten die Patienten der Kontrollgruppe lediglich die Broschüren und wurden gebeten, sich bei gesundheitlichen Problemen bei ihrem Hausarzt zu melden. Die Experimentgruppe zeigte dabei positive Erfolge hinsichtlich der Anzahl stationärer Einweisungen auf. Auch eine Kosten-Nutzen-Analyse bestätigte die Vorteile der Kurzintervention.⁴⁷ Weiterführende Studien auf Basis der Erkenntnisse von FLEMING et al. fanden beispielsweise in der Schweiz im Rahmen des Phasenmodells „*Alles im Griff*“ statt, um die Wirkungen von Präventionskampagnen zu evaluieren.⁴⁸ Die Vorteile dieser Kurzinterventionen sollten daher auch im ambulanten Sektor in Deutschland, speziell bezogen auf die vorliegende Analyse, angewandt werden, um stationäre Behandlungen zu reduzieren und den oben beschriebenen Fokus auf ambulante Behandlungen richten zu können.

Dennoch kann nicht allein der ambulante Sektor betrachtet werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen die Wichtigkeit des Krankenhauses als Anlaufpunkt für die junge Gruppe der betroffenen Alkoholiker. Hier sind Maßnahmen notwendig, um den Umgang mit identifizierten Alkoholpatienten, als auch den Übergang in eine ambulante Weiterbetreuung zu verbessern. Der *tagesklinischer Ansatz* soll an dieser Stelle beispielhaft als eine Methode genannt werden. Patienten, deren Chronifizierungsprozess der Abhängigkeit noch nicht stark fortgeschritten ist (Jugendliche), die sozial integriert sind und über Bewältigungsressourcen verfügen, ist ein schneller Wechsel von einer stationären Versorgung in den Alltag mit hohen Rückfallrisiken verbunden.⁴⁹ Darüber hinaus fanden REKER et al. in einer Evaluationsstudie heraus, dass für einige Patienten *stationäre Akutbehandlungen* nützliche Therapiemaßnahmen darstellen, welche die Abstinenz fördern, Alkoholkonsum reduzieren und eine Einbindung in

⁴⁷ Vgl. weiterführend Fleming, M. F., Barry, K. L., Beier Manwell, L., Jophnson, K., London, R. (1997): Brief physician advice for problem drinkers, *JAMA*, 277 (13), S. 1030 – 1045 sowie Fleming, M. F., Mundt, M.P., French, M.T., Beier Manwell, L., Stauffacher, E.A. Barry, K.L. (2000): Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings, *Medical care*, 38 (1), S. 7 - 18

⁴⁸ Vgl. Sieber, M. (2005): Riskanter Alkoholkonsum – Früherkennung, Kurzintervention und Behandlung, 1. Aufl., Bern, S. 119 - 122

die folgenden Maßnahmen (beispielsweise ambulant) verbessern.⁵⁰ Ferner können, wie auch noch in Abschnitt 4.5 erläutert, suchtmmedizinisch geschulte *Liaison-Dienste* bei der stationären Entgiftung in Allgemeinkrankenhäusern zu Verbesserungen der Versorgung führen, wobei das Ziel dieser Maßnahmen eine konsequente Erarbeitung einer hinreichenden Krankheitseinsicht ist, sodass die Patienten mit mehr Erfolg in weiterführende Behandlungen vermittelt werden könnten. Hier wird ein guter Aspekt gesehen, die erkannten Muster der Überweisung vom stationären zum ambulanten Sektor und der erneuten Einweisung in das Krankenhaus und folgender Behandlung bei niedergelassenen Ärzten durchbrochen werden.

4.4.4 Kombinationstherapien

Die am 4. Mai 2001 in Kraft getretene *Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker*⁵¹ gab Anlass für die Entwicklung neuer Konzepte. Die Zielsetzungen der Kombinationstherapie (auch modulare Therapie) liegen in einer patientenorientierten und damit den individuellen Erfordernissen entsprechenden, optimalen Nutzung einer Kombination aus ambulanter und stationärer Versorgung. Zwei Subkonzepte sollen diesbezüglich verfolgt werden:

1. Primär ambulante Rehabilitation mit stationärer Eingangs- oder intermittierenden Phase im Sinne von Vertiefung oder Krisenintervention
2. Verkürzte, primär stationäre Behandlung mit ambulanter Abschlussphase

Beides wurde im § 6 Abs. 5⁵² der neuen Vereinbarung festgehalten: „Für einen Wechsel der Leistungsform ist grundsätzlich eine Zustimmungserklärung des Versicherten erforderlich. Dem Rehabilitationsträger ist außerdem zur Entscheidung rechtzeitig ein Zwischenbericht im

⁴⁹ Vgl. Mann, K. F. Serie - Alkoholismus: Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen, Deutsches Ärzteblatt, 1999, Ausgabe 10, S. A-632

⁵⁰ Vgl. Reker, T., Richter, D., Bätz, B., Luedtke, U. Koritsch, H. D., Reymann, G. Kurzfristige Effekte der stationären Akutbehandlung alkoholabhängiger Patienten. Eine prospektive, multizentrische Evaluationsstudie, Der Nervenarzt, Volume 75, Number 3, 2004, S. 234

⁵¹ Vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2001): Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, unter: <http://www.dhs-intern.de/pdf/Vereinbarung.pdf> (21.03.2007)

⁵² Vgl. ebenda

Sinne eines vorläufigen Entlassungsberichtes zuzuleiten, der insbesondere zu dem Verlauf der bisherigen Rehabilitationsleistungen, den Gründen für ihre Beendigung, der weiteren Rehabilitationsbedürftigkeit und der Notwendigkeit und Erfolgsaussicht eines Wechsels der Leistungsform Stellung nehmen muss. Hinsichtlich der Entscheidung über den Wechsel gilt Abs. 2 Satz 1⁵³ entsprechend.⁵⁴

Damit wurden die Fälle des Leistungsformwechsels von ambulanter zu stationärer Behandlung verfahrensmäßig geregelt und somit einer erhöhten Flexibilität und patientengerechten Behandlung Genüge getan.⁵⁵ Während von der Expertenkommission der Bundesregierung zur „Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich“⁵⁶ statuiert wurde, dass zur Zielerreichung einer Abstinenz die Verknüpfung alternativer medizinischer Stationen (ambulant, stationär, Suchtstelle) notwendig ist, kann aus der durchgeführten Datenanalyse eine solche Handhabung nicht erkannt werden. Alkoholabhängigkeit war unter den analysierten Daten die häufigste Erstdiagnose und selbst nach mehrfacher Einweisung oder auch intersektoraler Behandlung blieb diese F10.2-Diagnose existent. Jene Rückfälle müssen dabei nicht zweifelsfrei durch intentionale oder affektive Patientencharakteristika bedingt sein. Sie können auch durch eine unzulängliche Kombination der Sektoren herbeigeführt worden sein. Als notwendiges Gesamtkonzept, ebenfalls von der obigen Kommission, werden gemeindenahе, differenzierte und leicht zugängliche Verbundsysteme befürwortet, welche als Erfolgversprechend bei Suchttherapien angesehen werden. Ferner gilt bei der Deutschen Hauptstelle gegen Suchtgefahren eine wohnortnahe Betreuung als ein Grundprinzip der Suchthilfe. Und obwohl „Das bestehende System der Suchtkrankenhilfe in Deutschland [...] im internationalen Vergleich quantitativ und qualitativ hoch entwickelt so-

⁵³ Anm.: Dieser betrifft die Rehabilitationsziele zur Erhöhung und Erhaltung der Abstinenz, der Behebung und des Ausgleiches der körperlichen und seelischen Störungen sowie der Eingliederung in die Arbeit, den Beruf und die Gesellschaft. Vergleiche hierzu § 2 Ziele der medizinischen Rehabilitation in Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2001): Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, unter: <http://www.dhs-intern.de/pdf/Vereinbarung.pdf> (14.03.2007)

⁵⁴ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2001): Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, unter: <http://www.dhs-intern.de/pdf/Vereinbarung.pdf>, § 6, Abs. 5, (14.03.2007)

⁵⁵ Vgl. Stähler, T. P. (2003): Empfehlungsvereinbarung Sucht – ihre Überarbeitung und Praxisrelevanz, unter: http://www.suchthilfe.de/vortraege_mtt01/staehler.PDF, S. 15, (14.03.2007)

⁵⁶ Vgl. Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988

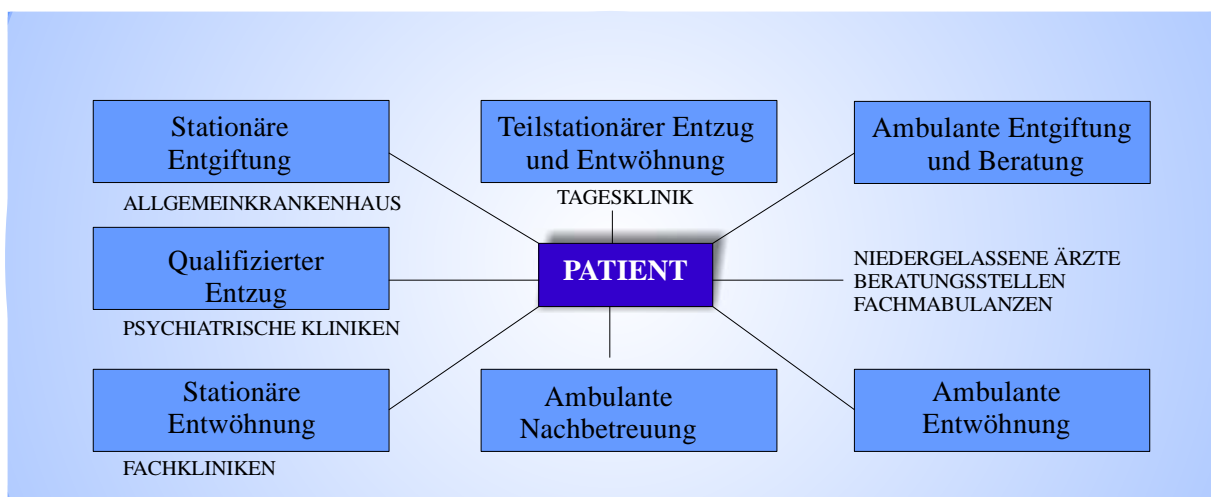
wie differenziert ausgebaut.“⁵⁷ ist, wird dennoch eine Verbesserung hinsichtlich der Erreichbarkeit von Suchthilfestellen empfohlen.

4.5 Empfehlungen

4.5.1 Bausteine eines modernen Behandlungsnetzes

Moderne Versorgungssysteme statt unorganisierter Einweisungsketten könnten lt. MANN folgend aufgebaut sein. (Abbildung 18)⁵⁸ Einzelne Bausteine müssen miteinander verknüpft und funktionsfähig aufeinander abgestimmt werden, um eine verbesserte Therapie zu erreichen.

Abbildung 18: Behandlungsnetz statt Behandlungskette



In Anlehnung an: Mann, K. F. (2002): Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen, in: Deutsches Ärzteblatt 2002; 99: A 640 [Heft 10], (17.03.2007)

Zur Erreichung eines solchen vernetzten Ablaufes ist es nötig, von einem Hauptziel „Abstinenz“ abzuweichen und Zwischenziele zu formulieren, welche bei Erreichen einen motivati-

⁵⁷ Nickels, C. (2000): Drogen- und Suchtbericht 1999 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Bonn, unter: http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/sci_pol/download/suchtbericht-deutschland-1999.pdf, S. 65, (14.03.2007)

⁵⁸ Vgl. Mann, K. F. (2002): Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen, in: Deutsches Ärzteblatt 2002; 99: A 640 [Heft 10]

onsfördernden Charakter einnehmen. Derartige Zwischenziele können in hierarchischer Ordnung folgendermaßen aufgegliedert sein⁵⁹:

- Sicherung des Überlebens, Behandlung von Folge- und Begleiterkrankungen
- Förderung von Krankheitseinsicht und Motivation zur Veränderung
- Aufbau alkoholfreier Phasen, Verbesserung der psychosozialen Situation
- Dauerhafte Abstinenz, angemessene Lebensqualität

4.5.1.1 Ambulante Behandlung

Bevor es zu stationären Einweisungen von Alkoholabhängigen kommt, sollte eine ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte stattfinden, welche somit an Bedeutung hinsichtlich der Therapie gewinnen. Unterstützung erfahren sie dabei durch abstinenzfördernde Medikamente, Zusatzqualifikationen im Bereich suchtmmedizinischer Grundversorgung sowie der direkten Befragungsmethoden zur Abhängigkeit. MANN erwähnt zudem, dass eine entsprechende Fachambulanz nötig ist, an welche niedergelassene Ärzte die Patienten zur Diagnose und Behandlung weitervermitteln können.⁶⁰ Überdies wird im § 118 Abs. 2 SGB V (für psychiatrische Institutsambulanzen) geregelt, dass „[...] *Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung* [...]“⁶¹ psychiatrische und psychotherapeutische institutsinterne Ambulanzen betreiben dürfen.

Dieses Schema (*ambulant vor stationär*) liegt innerhalb der untersuchten AOK-Daten nicht vor, da Erstbetreuungen zumeist stationär stattfinden und eine Überweisung in den ambulanten Bereich erfolgt. Diese Behandlungswege sollten daher zur Verbesserung der Zielerreichung umorganisiert werden. Ein Problem liegt darin begründet, dass bei sektoralen Budgetierungen das Geld nicht der Leistung folgen kann. Ziel sollte folglich sein, mit einem Gesamtbudget die sektorübergreifende Behandlung besser abzubilden und zu vergüten. Das Geld würde sodann der Leistung folgen (*Integrationsversorgung*). Die in Kraft getretene Gesundheitsreform enthält keine Vorgaben zur Verbesserung dieser Situation. Es bleibt zu hof-

⁵⁹ ebenda, A 642

⁶⁰ Vgl. Mann, K. F. (2002): Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen, in: Deutsches Ärzteblatt 2002; 99: A 638 [Heft 10]

fen, dass sich die Budgetierung zukünftig von der streng sektoralen hin zur sektorübergreifenden Gesamtbudgetierung entwickelt.

4.5.1.2 Ambulante Entgiftung

SOYKA et al. definieren qualifizierte Entgiftungen als Kombination von medizinischen Therapien mit Informationsvermittlung, die Motivationsförderung und Rückfallprophylaxe enthalten. Sie sehen darin kein Vorziehen der Entwöhnungstherapie, sondern zuvorderst ein psychotherapeutisch fundiertes Verfahren zur Motivation und Eingewöhnung der Entgiftungsbehandlung.⁶² Das vorgeschlagene Behandlungsmodell gliedert sich in drei Abschnitte.⁶³

1. Patientenrekrutierung (Screening):

- Evaluierung nach verschiedenen Ein- und Ausschlusskriterien (Einschlusskriterien: Alkoholabhängigkeit nach ICD-10-Kriterien, Fähigkeit zur aktiven Teilnahme, Abstinenzmotivation, Unterstützung im privaten Bereich; Ausschlusskriterien: Polytoxikomanie, epileptische Anfälle, Alkoholdelir, kognitive Defizite, u. a.)
- Abschätzung individueller Risiken mittels Kontrollliste von WETTERLING⁶⁴

2. Praktische Durchführung:

- psychiatrische und neurologische Tests (z. T. mit Pharmakotherapie)
- Dokumentation der Entzugssymptome mittels CIWA-Skala⁶⁵ sowie Alkoholentzugsskala⁶⁶ (fünf psychische⁶⁷, sechs vegetative⁶⁸ Entzugssymptome, vierteilige Skala)

⁶¹ SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung (2006): Gesetzliche Krankenversicherung SGB V, 14. Aufl., München, § 118 Abs. 2

⁶² Vgl. Soyka, M., Horak, M., Morhart, V., Möller, H. J. (2001): Modellprojekt „Qualifizierte ambulante Entgiftung“, in: Nervenarzt 2001; 72: S. 565

⁶³ Vgl. ebenda, S. 567

⁶⁴ Vgl. Wetterling, T. (1994): Lübecker Alkoholentzugs-Risiko-Skala (LARS). Med Univ Lübeck

⁶⁵ Vgl. Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., Sellers, E. M. (1989): Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal scale (CIWA-Ar). Br J Addict 84: 1353–1357

⁶⁶ Vgl. Wetterling et al. (1995) Skala zur Erfassung des Schweregrades eines Alkoholentzugssyndroms (AES-Scale) – Erste klinische Erfahrungen. Sucht (Sonderband), S. 41–43

⁶⁷ Anm.: Bewusstsein, Orientierung, Ablenkbarkeit, Halluzinationen, Angst.

⁶⁸ Anm.: Pulsfrequenz, diastolischer Blutdruck, Temperatur, Atemfrequenz, Schwitzen, Tremor.

- begleitende, verhaltenstherapeutische Psychotherapie, da isolierte medizinische Fürsorge dem Krankheitsbild nicht Rechnung trägt.

3. *Evaluierung des Modellprojektes:*

- Projektbewertung: Erfassung erfolgreicher Patienten und Patienten, welche in weiterführende Therapien überführt wurden (nach einem Jahr katamnestische Interviews)
- 90 Prozent beendeten Entgiftung erfolgreich, 86 Prozent nutzten im Anschluss eine weiterführende Therapie und zehn Monate nach dem Ende der Betreuung waren rund 50 Prozent abstinent und in ambulanter Therapie.

4.5.1.3 *Stationäre Entgiftung*

Traditionelle Ziele der Entgiftung betreffen die Sicherheit des Überlebens, die medikamentöse Behandlung vegetativer Entzugssymptome und des Delirium tremens (F10.3-/F10.4). Problematisch ist jedoch, dass akute Krankheiten damit behandelt werden, eine nachhaltige Schaffung hinsichtlich einer Krankheitseinsicht, der Motivation als auch der Zielsetzung langfristiger Abstinenz dagegen nicht gefördert wird. Lediglich fünf Prozent schafften es nach acht Jahren abstinent zu werden.⁶⁹ Auf Grund dieser geringen Erfolgszahlen ist es nicht verwunderlich, wie viele Patienten zu weiteren stationären Entgiftungen eingewiesen wurden. Überdies wurden lediglich zehn Prozent der Fälle hinsichtlich ihrer Grunderkrankung Alkoholabhängigkeit behandelt. Zum einen können zu häufige Entgiftungen zu exzitotoxischen Störungen der Neuronen führen,⁷⁰ zum anderen führt eine möglichst drastische Entzugsbehandlung nicht zu einer überhöhten Motivation abstinent zu bleiben, wie dies die bisherige therapeutische Annahme war.

Zur Thematik der vorliegenden Arbeit lässt sich das Problem der administrativen Trennung im Bereich zwischen Krankenkasse und Rentenversicherer nennen, welche nicht nur zu Wartezeiten führt, sondern überdies zur verminderten Inanspruchnahme wichtiger Rehabilitations-

⁶⁹ Vgl. Wieser, S., Kunad, E. (1965): Katamnestische Studien beim chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern. *Nervenarzt* 1965; 36, S. 483

⁷⁰ Anm.: Ein Beispiel ist in diesem Zusammenhang das Kindlingsphänomen. Neurotransmitter werden mit jeder neuen Entgiftung stärker angesprochen und können zerebrale Krampfanfälle zur Folge haben. Vgl. hierzu u. a. Gonzalez, L., Veatch, L., Ticku, M., Becker, H. (2001): Alcohol withdrawal kindling: mechanisms and implications for treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2001, S. 197–201

maßnahmen. Der Grund dafür ist die Problematik der Kostenübernahme seitens der Krankenkassen oder der Rentenversicherungen. Die Lösung kann in *Liaison-Diensten* gesehen werden, welche stationäre Entgiftungen in Allgemeinkrankenhäusern unter der Aufsicht einer suchtmedizinisch geschulten Fachkraft betreffen. Es wird erwartet, dass sich somit die Vermittlungsraten zu weiterführenden Therapien verdoppeln lassen können.⁷¹ PÖRKSEN et al. sowie weitere Untersuchungen auf diesem Gebiet statuieren, dass eine zusätzliche Fachkraft im Rahmen eines solchen Liaison-Dienstes für etwa 320 Betten zuständig sein kann und mit dieser Maßnahme der Vermittlungsanteil in weiterführende Therapien etwa verdoppelt werden könnte.⁷² Im Kernpunkt sollte daher die Wichtigkeit der Steuerung des nahtlosen Übergangs vom stationären Bereich zu weiterführenden therapeutischen Maßnahmen stehen.

4.5.1.4 Qualifizierte Entzugsbehandlung

Hinsichtlich einer qualifizierten Entgiftung soll die körperliche Entgiftung für aktive therapeutische Maßnahmen genutzt werden, wobei die Behandlungsdauer zwischen drei bis sechs Wochen liegt, um protrahierte Entzugssyndrome kontrollieren zu können. Unter der Arbeitshypothese „Keine Entgiftung ohne psychotherapeutische Begleitung“ konzeptualisierten MANN und STETTER Merkmale einer qualifizierten Behandlung.⁷³ Dazu lassen sich somatisch fundierte, differenzierte Diagnosen sowie eine adäquate Behandlung der Entzugssyndrome, Begleiterscheinungen und Folgekrankheiten zählen. Ferner ist es notwendig, motivationsprüfenden Stellen, abwertende Konfrontationen und prohibitiven AufnahmeprozEDUREN zu reduzieren. Therapeutische Parameter der Behandlung sind die Motivation hinsichtlich Therapieantritt, Abstinenz und Verhaltensänderungen. Somit wird der vorher rein

⁷¹ Vgl. Mann, K. F. (2002): Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen, in: Deutsches Ärzteblatt 2002; 99, A 640 [Heft 10]

⁷² Vgl. Studien dazu: Pörksen, N., Wienberg, G., Kremer, G., Dormann, S., Wessel, T. (1997): Zur Finanzierung von Screening, Diagnostik und Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. in: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und Ambulante Entgiftung, Freiburg i. Breisgau; Heather, N., Rollnick, S., Bell, A., Richmond, R. (1996): Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards, Drug and Alcohol Review 15, S. 29–38 sowie John, U., Hapke, U., Rumpf, H.J., Hill, A., Dilling, H. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden und Kremer, G., Wienberg, G., Dormann, S., Wessel, T., Pörksen, N. (2001): Evaluation von Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus, in: Olbrich, R. (Hrsg.): Suchtbehandlung – Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen. Regensburg, S. 75–94.

physische Entzug als psychotherapeutische Chance gesehen. Wobei „ [...] selbst akut behandlungsbedürftige Patienten mit anamnestischen Entzugskomplikationen von internistischen Kliniken abgewiesen wurden und ambulant behandelt werden mussten, zumal, wenn eine Doppelabhängigkeit vorlag. Dies wäre durch das Verfahren von MANN, das jedoch wohl nur in psychiatrischen Kliniken durchführbar erscheint, zu vermeiden gewesen.“ Erfahrungen diesbezüglich konnten Krankenhäuser in Frankfurt/Main machen, welche seit einiger Zeit dazu übergegangen sind, vor der Patientenaufnahme den Suchtberatungsstellen-Nachweis einer Einbindung in eine weiterführende Entwöhnungsmaßnahme zu fordern.⁷⁴

4.5.1.5 Teilstationärer Entzug und Entwöhnung⁷⁵

Die tagesklinische Betreuung (teilstationär) als Akutprogramm kann ergänzend zur ambulanten, vollstationären Pflege bei Alkoholikern genutzt werden, da sie sich v. a. durch eine hohe Alltagstauglichkeit auszeichnet. Der Vorteil ist darin zu sehen, dass etwa die Hälfte der Alkoholabhängigen⁷⁶ psychische Erkrankungen aufzeigen, welche für eine vollstationäre Behandlung zu viel und für eine ambulante Betreuung zu wenig Pflegeaufwand einnehmen würden. Einschränkend muss bedacht werden, dass dies nur bei nicht stark chronisch Alkoholabhängigen nutzbar ist, bei denen der Prozess der Desintegration noch nicht weit fortgeschritten ist und welche über ausreichende Ressourcen zur Entzugsbewältigung verfügen. Problembehaftet sind solche Patienten, welche an protrahierten Entzugsyndromen leiden, da bei Behandlungsende die Rückfallquote sehr hoch eingeschätzt wird.

⁷³ Vgl. Mann, K., Stetter, F. (1991): Keine Entgiftung ohne psychotherapeutische Begleitung. *Psycho* 1991; 5, S. 296 - 304.

⁷⁴ Köhler, F., Mann, K. (1995): Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. *Deutsches Ärzteblatt* 1995; 93: A 977 [Heft 45], zu dem Beitrag von PD Dr. med. Karl Mann, Dr. med. Friedhelm Stetter, Dr. med. Dipl.-Psych. Arthur Günthner und Prof. Dr. med. Gerhard Buchkremer in Heft 45/1995

⁷⁵ Vgl. Kielstein, V. (1993): Tagesklinische Behandlung von Suchtkranken – eine längst überfällige Notwendigkeit. *Sucht* 1993; 39: S. 45 - 48

⁷⁶ Vgl. u. a. Jung, M. (1998): Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität. in: Mann, K., Buchkremer, G. (Hrsg.): *Sucht – Grundlage, Diagnostik, Therapie*. Ulm, S. 157

4.5.1.6 Ambulante Entwöhnung

In der „Empfehlungsvereinbarung zur ambulanten Rehabilitation Sucht“⁷⁷ werden in § 1 Abs. 1 die Zuständigkeiten und Verfahrensweisen ambulanter Leistungen für Alkoholabhängige (u. a.) geregelt. Insbesondere sollen die Leistungen dann erfolgen, wenn nach Abs. 2 Abhängigkeiten in Form von Abstinenzunfähigkeit, Selbstkontrollverluste oder beides auftritt. Ferner erfolgen Zertifizierungen nach § 5 von denjenigen Einrichtungen, die dafür vorgesehen sind. Wird die Anzahl der Patienten jedoch betrachtet, spielt diese Vereinbarung finanziell gesehen immer noch eine zu kleine Rolle (acht Prozent der stationär Behandelten).⁷⁸

4.5.1.7 Stationäre Entwöhnungsbehandlung

Entwickelt nach dem zweiten Weltkrieg durch gestiegene Alkoholprobleme, stellt die stationäre Entwöhnungsbehandlung das Kernstück der Behandlung von alkoholabhängigen Personen dar. Die Dauer der Betreuung beträgt circa sechs Monate und integriert auch verhaltenstherapeutische Parameter (Rollenspiele, soziale Kompetenz- und Alkoholexpositionstrainings). Die Tatsache, dass gerade die aussichtsreichsten Patienten am längsten betreut wurden, ist in Studien⁷⁹ evaluiert worden. Nach zehn Jahren waren durch diese Behandlungsform etwa 40 Prozent der Patienten abstinent. Diese Form der Therapie sollte eine stärkere Effizienz und Standortnähe zum Fokus nehmen und wird zukünftig essentieller Bestandteil der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen bleiben.⁸⁰

4.5.1.8 Ambulante Nachbetreuung

Im Anschluss an eine teil- oder vollstationäre Behandlung wird empfohlen, eine ambulante Betreuung anzuschließen, um die Integration in den Alltag zu fördern und während kritischer Phasen zu intervenieren, um einen Rückfall zu vermeiden. Dieses Muster zeigte sich auch in den Daten der vorangegangenen Analyse. Zur Verbesserung der medizinischen Betreuung werden hier Kooperation mit Suchtberatungsstellen angeführt sowie eine Aus-, Weiter- und

⁷⁷ Vg. Empfehlungsvereinbarung (29. Januar 1991 in der Fassung vom 5. November 1996), unter: <http://www.dhs.de/veroeffentlichungen/reha.htm> (21.03.2007)

⁷⁸ Vgl. Mann, K. F. (2002): Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen, in: Deutsches Ärzteblatt 2002; 99: A 642 [Heft 10]

⁷⁹ Kufner, H., Feuerlein, W. (1989): Inpatient treatment for alcoholism, a multi-centre evaluation study. Berlin.

⁸⁰ Vgl. Mann, K. F. (2002): Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen, in: Deutsches Ärzteblatt 2002; 99: A 644 [Heft 10]

Fortbildung der Ärzte.⁸¹ Die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Stufen zur Verbesserung und Integration alternativer Behandlungsstationen zeigen Chancen und Möglichkeiten auf, die Abstinenzraten zu verbessern, die Beetreuungszeiten zu senken und damit einhergehend Kosten zu minimieren. Dass die Problematiken, wie sie beschrieben wurden, tatsächlich real sind, zeigte die sektorübergreifende Analyse des Kapitels 3.4 bereits deutlich auf. Insbesondere für die AOK Sachsen-Anhalt ist dieser Entwurf eine Möglichkeit, Neuerungen zur Verbesserung einzusetzen. Die Patientenstruktur, welche zum großen Teil aus Arbeitslosen und Rentnern besteht, und auch der sehr hohe Anteil an alkoholkranken Versicherten verstärkt den Eindruck, dass Handlungsbedarf unumgänglich ist und weiterführende praktische Schritte gegangen werden sollten.

4.5.2 Adäquate Behandlung

Weniger als fünf Prozent der alkoholkranken Personen in Deutschland erhalten eine adäquate, suchtspezifische Therapie, was zur Folge hat, dass die alkoholbedingte Erkrankung chronisch wird, es zur frühen Berentung und zur Reduzierung der Lebenserwartung um bis zu 15 Jahre kommt. Bei circa 4,3 Millionen Alkoholkranken werden nur 200.000 tatsächlich behandelt und die oben genannten Auswirkungen betreffen damit mehr als vier Millionen Menschen.⁸²

Bei der Betrachtung der Sektoren der Behandlung alkoholkranker Personen fällt auf, dass circa 17 Prozent in Arztpraxen und 20 Prozent in Allgemeinkrankenhäusern (davon 20,7 Innere Medizin und 16 Prozent Chirurgie) betreut werden. Gerade die Ärzte in diesen Bereichen wurden jedoch zumeist innerhalb der Ausbildung nur in geringem Umfang auf den Aufgabenkreis Alkoholabhängigkeit vorbereitet. Im Rahmen einer institutsweiten Untersuchung der medizinischen Fakultät der Johns Hopkins-Universität in Baltimore bei der Ausbildung von Ärzten hinsichtlich der Diagnosefähigkeit bei alkoholkranken Personen zeigte sich folgende Prävalenzen eines positiv diagnostizierten Alkoholismus:

- Psychiatrie: 30 Prozent,
- Neurologie: 19 Prozent,
- Gynäkologie: 12,5 Prozent,
- Innere Medizin: 25 Prozent

⁸¹ Vgl. ebenda, A 644

⁸² Vgl. Mann, K. F. (2002): Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen, in: Deutsches Ärzteblatt 2002; 99: A 632 [Heft 10]

- und Chirurgie: 23 Prozent.

Davon wurden aber nur rund ein Viertel in der Chirurgie und Gynäkologie, 25 bis 50 Prozent in der inneren Medizin und Neurologie und mehr als die Hälfte in der Psychiatrie richtig diagnostiziert. Ferner eruierten die Forscher, dass Ärzte dazu neigen, Patienten mit hohem Einkommen und Ausbildung oder privater Krankenversicherung, weiblichen Geschlechts und Patienten, die hohen Alkoholkonsum leugneten, nicht als Alkoholiker einzustufen.⁸³ Dennoch zeigen vor allem die einzelnen Stationen, in denen Alkoholranke betreut werden, dass gerade bei den Ärzten ein verstärktes Potenzial zur Behandlung notwendig ist.

Im Altersvergleich der Todesfälle für das Jahr 2005 zeigt sich, dass bereits Personen unter 30 Jahren an den Folgewirkungen der Einnahme von Alkohol gestorben sind. Wobei die meisten Todesfälle bei den Männern im Alter zwischen 50 und 55 Jahren auftreten. Wie sich bei der sektorübergreifenden Analyse zeigt, sind vor allem diese Jahrgänge im Rehabilitationssektor zu finden. Dass dennoch hier bei den Männern die größten alkoholbedingten Sterberaten liegen, deutet darauf hin, dass Rehabilitationsmaßnahmen wohl viel früher zum Einsatz kommen sollten. Auch die ärztliche Betreuung sollte in diesem Bereich verstärkt Unterstützung bieten, um die Mortalitätsraten zu senken. Kapitel 3.4.7 zeigte, dass vor allem im Bereich der 40- bis 60-jährigen eine dreimalige Überweisung (stationär zu Rehabilitation zu ambulant) zu erkennen ist, welche im ambulanten Sektor bei den niedergelassenen Ärzten beginnt. Wenn bei genau diesen Patienten die Mortalität am höchsten ist, müssen Ärzte besser geschult werden bzw. das Netz zwischen stationär, Rehabilitation und ambulanter Betreuung stärker verknüpft werden, um Symptome einheitlich betreuen zu können und die Diagnosestellung zu verbessern. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass vor allem Ansätze außerhalb des Medizinsystems, nämlich bevölkerungsbezogene, settingbezogene und angehörigen-orientierte Präventionsmaßnahmen wichtig sind.

Überdies treten häufig Fälle von Frühberentung auf. Dies zeigen auch die analysierten Daten, in denen sehr junge Menschen zu verzeichnen sind, die bereits den Rentenstatus erhalten ha-

⁸³ Vgl. Moore R. D., Bone, L. R., Geller, G., Mamon, J. A., Stokes, E. J., Levine, D. M. (1989): Prevalence, detection and treatment of alcoholism in hospitalized patients. JAMA 1989 January 20; 261 (3): S. 406

ben (kein Behindertenstatus). Dies betrifft derweil nicht nur die AOK, sondern ist ein deutschlandweites Problem, wie das Beispiel für Nordrhein-Westfalen zeigt (Vgl. Tabelle 17)

Frühberentungen, Invaliditäten und auch Mortalitäten als Folge des Alkoholismus sind nicht nur menschlich, sondern auch volkswirtschaftlich ein Problem. Durch eine verbesserte frühere Diagnosestellung im Bereich des Alkoholismus würden zum einen Invaliditäts- und Frührentenfälle reduzierbar sein und die wesentlich höheren Kosten im Rehabilitationssektor (relativ zum stationären Sektor) ließen sich senken, da sie vor allem durch ältere Alkoholabhängige verursacht werden.

Tabelle 17: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit darunter infolge psychischer Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F10 - F19), Nordrhein-Westfalen, 2001

Alter Jahren	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit			darunter:					
				infolge psychischer u. Verhaltensstö- rungen d. psychotrope Substanzen			Zugänge je 100.000 aktiv Versicherten		
	Männer	Frauen	insg.	Männer	Frauen	zus.	Männer	Frauen	zus.
< 35	1 261	878	2 139	36	6	42	2,2	0,4	1,4
35 - 39	1 694	1 235	2 929	61	18	79	9,6	3,4	6,7
40 - 44	2 428	1 748	4 176	103	34	137	18,6	6,7	12,9
45 - 49	3 145	2 356	5 501	156	35	191	33,9	8,0	21,3
50 - 54	5 102	3 496	8 598	201	27	228	50,5	7,4	29,8
55 - 59	8 747	4 721	13 468	183	37	220	56,4	13,4	36,7
60 u. mehr	2 878	896	3 774	27	6	33	11,9	3,3	8,1
Insgesamt	25 255	15 330	40 585	767	163	930	18,1	4,4	11,7

Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger: Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung, unter: http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/1data/03/Excel/03_67_2001.xls

Letztere müssen nicht in dieses Stadium gelangen, wenn eine richtige, frühzeitige Diagnose von schädlichem Alkoholgebrauch gestellt werden könnte und bereits präventive- die Rehabilitationsmaßnahmen ersetzen könnten. Zudem zeigten verschiedene Evaluationen, dass bei

stationären Entwöhnungsbehandlungen eine Abstinenzrate nach einem Jahr von 65 Prozent, nach zehn Jahren von 50 Prozent erreicht wurde.⁸⁴

Hier wird erneut deutlich, wie bedeutend diagnostische Fähigkeiten und enge Kooperationen zwischen den unterschiedlichen Behandlungssektoren sind, um präventiv aus Alkoholkonsumenten keine Alkoholabhängigen zu machen, welche volkswirtschaftlich (20 Mrd. Euro jährliche Folgekosten des Alkoholismus) und gesellschaftlich, aber auch individuell, hohe Schäden verursachen. Die derzeitige Situation zeigt hingegen statt dieses Behandlungsnetzes vielmehr eine lückenhafte Behandlungskette: Weniger als ein Drittel aller Fälle sucht eine medizinische oder therapeutische Betreuung auf, zumeist auch nur temporär und entsprechende Motivation, verglichen mit der bereits aufgeführten Tatsache, dass nur etwa die Hälfte der Fälle richtig diagnostiziert werden ist dies eine erschwerende Situation.⁸⁵

Bereits in Kapitel 3.1.7 wurde aufgezeigt, dass die F10.0-Diagnose (Alkoholvergiftung) vor allem im Bereich Mai bis November 2005 diagnostiziert wurde, was auf einen hohen Alkoholkonsum im Sommer schließen lässt (Grillfeste, warmes Wetter). Hinsichtlich der F10.2-Diagnose bezüglich einer Alkoholabhängigkeit zeigt sich, dass diese vor allem ab Dezember bis Februar gestellt wurde, dies lässt sich eventuell auf die Feiertage zurückführen die oftmals auch mit Depressionen verbunden sind⁸⁶ und hinderlich für einen Entzug respektive förderlich für eine Abhängigkeit sind. Mit Kenntnis dieser Tatsachen sollten frühinterveninge

⁸⁴ Vgl. Zemlin, U., Herder, F., Dornbusch, P. (1999): Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? – Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. *Sucht* aktuell 1999; 2, S. 16 - 32 sowie Mann, K., Batra, A. (1993): Die gemeindenahere Versorgung von Alkoholabhängigen. *Psychiatrische Praxis* 1993; 20, S. 102 – 105

⁸⁵ Vgl. Mann, K. F. (2002): Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2002; 99: A 633 [Heft 10]

Maßnahmen zur Aufklärung und Vorbeugung geschaltet werden (Presseberichte, Aufklärung im ambulanten Bereich, Therapieheftchen).

⁸⁶ Vgl. u. a. o. V. (2004): Winter depression: The Harvard Mental Health Letter sheds light on this dark mood, Harvard Mental Health Letter, Harvard Health Publications, in: http://www.health.harvard.edu/press_releases/winter_depression.htm (20.04.2007)

5 Resümee

Gegenstand dieser Arbeit ist die sektorübergreifende Versorgung von alkoholkranken Versicherten der AOK Sachsen-Anhalt „Die Gesundheitskasse“. Erstmalig für das Jahr 2005 standen auswertbare Daten für den ambulanten Sektor zur Verfügung und ergänzten bereits vorhandene stationäre und Rehabilitationsdaten. Es sollten Fragen der Leistungsanspruchnahme von Alkoholpatienten, der Zusammensetzung dieser Patientengruppe in den Sektoren nach Geschlecht sowie Diagnoseklassifikation, Institutionenkarrieren, Bestimmungsfaktoren von Mehrfachbehandlungen und Anhaltspunkte zur besseren Versorgung geklärt werden.

Der typische Krankheitsverlauf ist geprägt durch Erstkontakte im stationären Bereich und teilweise dramatische Institutionenkarrieren. Das Gros der Patienten mit einer F10.-Diagnose wurde stationär behandelt, wobei mehr männliche als weibliche Patienten zu verzeichnen waren. Trotz ungleicher Versorgungsvoraussetzungen liegt das Durchschnittsalter in allen drei Sektoren im Bereich 45-46 Jahre, wobei ambulant marginal jüngere Patienten behandelt wurden, stationär dagegen die ältesten. Rehabilitative Maßnahmen wurden vorwiegend bei den über 50-jährigen durchgeführt. Während im rehabilitativen und ambulanten Sektor überwiegend Patienten mit Alkoholabhängigkeit behandelt wurden, zeigte sich stationär eher eine balancierte Verteilung der F10.0- bis F10.4-Diagnosen. Rehabilitativ wurden vor allem ältere chronisch Alkoholabhängige, stationär junge „Akuttrinker“ mit Tendenz zur Abhängigkeit und ambulant mittlere Altersgruppen alkoholabhängiger Arbeitslosengeld-II-Bezieher behandelt.

Im stationären und ambulanten Sektor konnten keine Übereinstimmungen der behandlungsstarken Zeiten erkannt werden, da ambulant die Monate Januar bis März stark frequentiert wurden, stationär Juli bis September. Insgesamt wurden nur wenige Patienten in allen drei Sektoren versorgt. Die Mehrzahl wurde allerdings mehrfach im Berichtsjahr behandelt, wobei ältere Patienten häufiger behandelt wurden als jüngere. Daher bestand ein Zusammenhang zwischen Alter und Behandlungsfrequenz, jedoch nicht zwischen Geschlecht und Behandlungsfrequenz. Es existiert ein dominantes Überweisungsmuster vom stationären zum ambulanten Bereich. Mehrfache Behandlungen im gleichen Sektor traten im stationären Bereich am häufigsten auf. Nur bei der Behandlung in allen drei Sektoren ergab sich folgendes Muster: ambulant → stationär → Rehabilitation.

Die Daten zeigen, dass die Versorgung von Alkoholpatienten als fragmentiert und diskontinuierlich eingestuft werden kann. Integrierte Versorgungsmaßnahmen sollten diese Situation verbessern. Durch späte Erstkontakte in Krankenhäusern geht die Filterfunktion im ambulanten vertragsärztlichen Bereich und seine Interventionsmöglichkeit verloren. Der ambulante Sektor sollte in seiner Wächter- und Filterfunktion gestärkt werden. Durch eine Verzahnung der Sektoren und Verbesserung der intersektoralen Schnittstellen kann ein Beitrag zur Verbesserung der Behandlungsqualität sowie zur Kostenkontrolle erreicht werden. Es werden einige Ansätze diskutiert, die modellhaft umgesetzt werden und durch eine erneute sektorübergreifende Analyse evaluiert werden sollten. Die Chancen des § 303 SGBV hinsichtlich der Verbesserung der sektorübergreifenden Datentransparenz sollten genutzt und ausgebaut werden. Abschließend soll festgehalten werden, dass weitere sektorübergreifende Analysen verschiedener Behandlungsbereiche eine Chance bieten, die Entwicklungen der Betreuungen verschiedener Morbiditätsmuster zu untersuchen.

Literaturverzeichnis

- (1) American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR, 4th ed., American Psychiatric Press, Washington, DC.
- (2) Bergmann, E., Horch, K. (2002): Kosten alkoholassoziierter Krankheiten, Dissertation, Freie Universität Berlin, Berlin,
unter: <http://www.diss.fu-berlin.de/2002/240/Bergmann.pdf>.
- (3) Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2006): Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V), Gesetzliche Krankenversicherung, unter:
<http://gesetze.bmas.bund.de/Gesetze/sgb05x009.htm>.
- (4) Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, 1988.
- (5) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (1991): Empfehlungsvereinbarung (29. Januar 1991 in der Fassung vom 5. November 1996), unter:
<http://www.dhs.de/veroeffentlichungen/reha.htm>,(30.03.2007).
- (6) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2005): Jahrbuch Sucht 2006, Hamm, unter:
http://www.optiserver.de/dhs/daten_zahlen_alkohol.html.
- (7) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2001): Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, unter:
<http://www.dhs-intern.de/pdf/Vereinbarung.pdf>. (22.03.2007).
- (8) Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
<http://www.bzga.de/?uid=3f176486adcb5bf117ab6a7aeb03d1e4&id=suchtpraevention>.
- (9) Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2004): Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), in: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2005/fr-icd.htm>. (02.03.2007).
- (10) Feuerlein, W. (1998): Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit, 5. aktual. Aufl., Georg-Thieme-Verlag, München.

- (11) Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., Beier Manwell, L., Stauffacher, E. A. Barry, K.L. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings, *Medical care*, 2000, 38 (1), S. 7 – 18.
- (12) Fleming, M. F., Barry, K. L., Beier Manwell, L., Jophnson, K., London, R. Brief physician advice for problem drinkers, *JAMA*, 1997, 277 (13), S. 1030 – 1045.
- (13) Freyer, J., Coder, B., Pockrandt, C., Hartmann, B., Rumpf, H.J., John, U., Hapke, U. Krankenhauspatienten mit riskantem Alkoholkonsum sind offen für Beratung, *Gesundheitswesen* 2006; 68, S. 429-435.
- (14) Gonzalez, L., Veatch, L., Ticku, M., Becker, H. Alcohol withdrawal kindling: mechanisms and implications for treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2001, S. 197 - 201.
- (15) Grobe, T. G. (2005): Stationäre Versorgung – Krankenhausbehandlungen, in: Swart, E., Ihle, P. (Hrsg.): *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Hans Huber, Hogrefe, Bern.
- (16) Grobe, T. G.; Ihle, P. (2005): Versichertenstammdaten und sektorübergreifende Analyse. in: Swart, E.; Ihle, P. (Hrsg.): *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Hans Huber, Hogrefe, Bern, S. 17-34.
- (17) Heather, N., Rollnick, S., Bell, A., Richmond, R. (1996): Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards, *Drug and Alcohol Review* 15, S. 29–38.
- (18) Hüllinghorst, R. (1996): Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) [1996]: *Jahrbuch Sucht 97*. Geesthacht: Neuland.
- (19) *Jahrbuch Sucht 2005* (2004): Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V., Hamm, S. 128 – 142.
- (20) John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J. (2001): Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2001; 98: A 2438 - 2442 [Heft 38].
- (21) John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A., Dilling, H. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung, *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, Band 71, Baden-Baden.

- (22) Jung, M. (1998): Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität. in: Mann, K., Buchkremer, G. (Hrsg.): Sucht – Grundlage, Diagnostik, Therapie. Ulm.
- (23) Keller, S., Velicer, W. F., Prochaska, J. O. (1999): Das Transtheoretische Modell – Eine Übersicht, in: Keller, S. (Hrsg.): Motivation zur Verhaltensänderung: Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis, Freiburg, S. 101 - 111.
- (24) Kerek-Bodden, H., Heuer, J., Brenner, G., Koch, H., Lang, A. (2005): Morbiditäts- und Inanspruchnahmeanalysen mit personenbezogenen Abrechnungsdaten aus Arztpraxen, in: Swart, E., Ihle, P. (Hrsg.): Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Hans Huber, Hogrefe, Bern, S. 35 – 55.
- (25) Kielstein, V. Tagesklinische Behandlung von Suchtkranken – eine längst überfällige Notwendigkeit. Sucht, 1993; 39, S. 45 - 48.
- (26) Köhler, F., Mann, K. Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Deutsches Ärzteblatt, 1995; 93, [Heft 45], Zu dem Beitrag von PD Dr. med. Karl Mann, Dr. med. Friedhelm Stetter, Dr. med. Dipl.-Psych. Arthur Günthner und Prof. Dr. med. Gerhard Buchkremer in Heft 45/1995. S. A 997
- (27) Kremer, G., Wienberg, G., Dormann, S., Wessel, T., Pörksen, N. (2001): Evaluation von Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus, in: Olbrich, R. (Hrsg.): Suchtbehandlung – Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen. Regensburg, S. 75–94.
- (28) Küfner, H., Feuerlein, W. (1989): Inpatient treatment for alcoholism, a multi-centre evaluation study. Berlin.
- (29) Leohnhardt, H.-J., Mühler, K. (2006): Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke, Lambertus, Freiburg.
- (30) Leohnhardt, H.-J., Mühler, K. Zur Problematik der Definition und der Behandlung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker (Alkohol und Medikamente) in den neuen Bundesländern. In: SuchtReport. Europäische Fachzeitschrift für Suchtprobleme, 1998, Berlin, H. 5.
- (31) Mann, K. .F. (2002): Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen, in: Deutsches Ärzteblatt 2002; 99: A 632 - 644 [Heft 10].

- (32) Mann, K., Batra, A. Die gemeindenahe Versorgung von Alkoholabhängigen. *Psychiatrische Praxis*, 1993; 20, S. 102 – 105.
- (33) Mann, K., Stetter, F. Keine Entgiftung ohne psychotherapeutische Begleitung. *Psycho*, 1991; 5: 296 - 304.
- (34) Moore R. D., Bone, L. R., Geller, G., Mamon, J. A., Stokes, E. J., Levine, D. M. (1989): Prevalence, detection and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *JAMA* 1989 January 20; 261 (3): S. 403–407
- (35) Nickels, C. (2000): Drogen- und Suchtbericht 1999 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Bonn, unter: http://www.suchtzentrum.de/drugscouts/dsv3/sci_pol/download/suchtbericht-deutschland-1999.pdf, (14.03.2007)
- (36) O. V. (2004): Winter depression: The Harvard Mental Health Letter sheds light on this dark mood, Harvard Mental Health Letter, Harvard Health Publications, in: http://www.health.harvard.edu/press_releases/winter_depression.htm (20.04.2007)
- (37) O. V. (2006): Alkoholkonsum in Deutschland und präventive Strategien – eine Übersicht, unter: <http://www.kommunale-suchtpraevention.de/05-06/dokumentation/1-uebersicht.pdf>. (14.03.2007)
- (38) O. V. (2007), dpa (Hrsg.) unter: <http://magazine.web.de/de/themen/gesundheit/medizin/krankheiten/3815702.html>. (12.03.2007)
- (39) Pörksen, N., Wienberg, G., Kremer, G., Dormann, S., Wessel, T. (1997): Zur Finanzierung von Screening, Diagnostik und Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. in: *Aktion Psychisch Kranke* (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Frühe Interventionen in der medizinischen Basisversorgung und Ambulante Entgiftung, Freiburg i. Breisgau.
- (40) Reker, T., Richter, D., Bätz, B., Luedtke, U. Koritsch, H. D., Reymann, G. Kurzfristige Effekte der stationären Akutbehandlung alkoholabhängiger Patienten. Eine prospektive, multizentrische Evaluationsstudie, *Der Nervenarzt*, Volume 75, Number3 , 2004, S. 234-241.
- (41) Rolland, S. (2006): Statistische Krankenhausdaten: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 2003, in: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.): *Krankenhausreport 2005*, Stuttgart, S. 320 - 323

- (42) Schuckit, M. A., Hesslebroc, V., Tipp, J., Anthenelli, R., Buchholz, K., Radziminski, S. A Comparison of DSM-II-R, DSM-IV and ICD-10 substance use disorders diagnoses in 1922 men and women subjects in the COGA study. *Addiction*, 1994, 89.
- (43) SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung (2006): Gesetzliche Krakenversicherung SGB V, 14. Aufl., Beck im dtv , München.
- (44) Sieber, M. (2005): Riskanter Alkoholkonsum – Früherkennung, Kurzintervention und Behandlung, 1. Aufl., Huber-Verlag, Bern.
- (45) Soyka, M., Horak, M., Morhart, V., Möller, H. J. (2001): Modellprojekt „Qualifizierte ambulante Entgiftung“, in: *Nervenarzt* 2001; 72, S. 565 - 569.
- (46) Stähler, T. P. (2003): Empfehlungsvereinbarung Sucht – ihre Überarbeitung und Praxisrelevanz, unter: http://www.suchthilfe.de/vortraege_mtt01/staehler.PDF, (14.04.2007).
- (47) Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., Sellers, E. M. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal scale (CIWA-Ar). *Br J Addict* 84, 1989, S. 1353 - 1357.
- (48) Wetterling, T. (1994): Lübecker Alkoholentzugs-Risiko-Skala (LARS). Medizinische Universität Lübeck., Thieme-Verlag, Stuttgart.
- (49) Wetterling et al. Skala zur Erfassung des Schweregrads eines Alkoholentzugssyndroms (AES-Scale) – Erste klinische Erfahrungen. *Sucht (Sonderband)*, 1995, S. 41-43.
- (50) Wienberg, G. (1992): Abhängigkeitskranke in psychiatrischer Krankenhausbehandlung: Ergebnisse einer Erhebung in 14 Kliniken der Bundesrepublik. *Sucht* 39: 264-275.
- (51) Wieser, S., Kunad, E. Katamnestiche Studien beim chronischen Alkoholismus und zur Frage von Sozialprozessen bei Alkoholikern. *Nervenarzt* 1965; 36. S. 477—483.
- (52) Zemlin, U., Herder, F., Dornbusch, P. Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? – Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. *Sucht aktuell*, 1999; 2, S. 1 – 18.
- (53) Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2005): Tätigkeitsbericht 2004/2005, Köln.

Anlagen

Anhang A1: Übersicht über die Versicherten-Struktur der AOK

Struktur der Gesamtversicherten, AOK Sachsen-Anhalt „Die Gesundheitskasse“, Jahr 2005:

Gesamtversicherte: 810.000		
davon männlich:	45,4 Prozent	367.740
davon weiblich:	54,6 Prozent	442.260
<hr/>		
davon Rentner	47,3 Prozent	383.130
davon Beschäftigte	19,3 Prozent	156.330
davon Familienvers.	17,3 Prozent	140.130
davon Arbeitslose	12,5 Prozent	101.250
restliche/sonstige	3,6 Prozent	29.160

Tabelle 3.1: Altersstruktur der Versicherten der AOK Sachsen-Anhalt, 1999 bis 2005 (prozentuale Verteilung der Versichertenjahre)

Alterklasse	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
bis unter 15 Jahre	11,6	11,0	10,3	9,0	9,0	8,5	8,2
15 bis unter 30 Jahre	12,8	12,3	11,8	11,8	12,3	12,9	13,8
30 bis unter 45 Jahre	18,8	18,0	17,2	16,8	16,1	15,5	15,0
45 bis unter 65 Jahre	26,5	26,3	26,1	26,0	25,4	24,9	24,6
65 bis unter 80 Jahre	23,5	24,8	26,1	27,1	27,4	28,0	27,9
80 Jahre und älter	6,8	7,6	8,6	9,3	9,7	10,1	10,5

© AOK Sachsen-Anhalt 1999 bis 2005

Tabelle 4.1: Zahl der Krankenhaufälle in den Jahren 1999 bis 2005

Jahr	Fälle absolut	je 10.000 VJ (roh)	je 10.000 VJ stand.
1999	308.534	2.919	2.644
2000	303.084	3.061	2.705
2001	297.807	3.228	2.788
2002	289.649	3.308	2.806
2003	279.723	3.270	2.755
2004	270.189	3.252	2.713
2005	268.975	3.271	2.718
Veränderung (in %)			
2000 vs. 1999	-1,8	4,8	2,3
2001 vs. 2000	-1,7	5,5	3,0
2002 vs. 2001	-2,7	2,6	0,6
2003 vs. 2002	-3,4	-1,1	-1,8
2004 vs. 2003	-3,4	-0,6	-1,5
2005 vs. 2004	-1,0	0,6	0,2
2005 vs. 1999	-12,8	12,1	2,8

Standard: Alters- und Geschlechtsstruktur der AOK-Versicherten auf Bundesebene 1996; © AOK Sachsen-Anhalt 1999 bis 2005; ohne Dialysestundenfälle

Tabelle 4.4: Aufnahmeanlass nach Altersgruppen, 2005 (in % der gültigen Angaben je Altersgruppe)

	< 15 J.	15 - 29 J.	30 - 44 J.	45 - 64 J.	65 - 79 J.	80+ J.	gesamt
Einweisung d. Vertragsarzt	51,3	56,1	57,4	63,8	63,0	49,8	58,9
Einweisung durch KH-Arzt	3,6	4,2	3,4	2,7	2,4	1,7	2,6
Verlegung aus anderem KH	1,1	1,3	2,4	3,0	3,3	2,8	2,8
Notfall	43,6	38,0	36,5	30,2	31,3	45,6	35,5
sonstige	0,3	0,4	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2

© AOK Sachsen-Anhalt 2005

Tabelle 4.8: Entwicklung der Krankenhausfallhäufigkeit (pro 10.000 VJ) nach Altersklassen und Geschlecht, 1999 bis 2005

Altersgruppe	Männer			Frauen		
	2005	Δ '05 / '04\$	Δ '05 / '99\$	2005	Δ '05 / '04\$	Δ '05 / '99\$
bis unter 15 Jahre	2.435	6,7	7,9	2.176	9,8	9,5
15 bis unter 30 J.	1.235	-3,2	3,0	1.303	-3,5	-7,5
30 bis unter 45 J.	1.794	0,0	5,5	1.399	-2,0	-10,0
45 bis unter 65 J.	2.989	1,0	7,8	2.331	-1,9	-6,4
65 bis unter 80 J.	5.150	0,3	4,1	4.171	-0,1	7,1
80 Jahre und älter	7.058	3,5	6,2	5.903	2,7	11,2
gesamt (roh)	3.226	0,6	16,1	3.152	0,6	11,5

ohne Fälle, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung stehen (ICD-Kapitel XV); \$ Veränderung gegenüber dem Bezugsjahr in %; © AOK Sachsen-Anhalt 1999 bis 2005

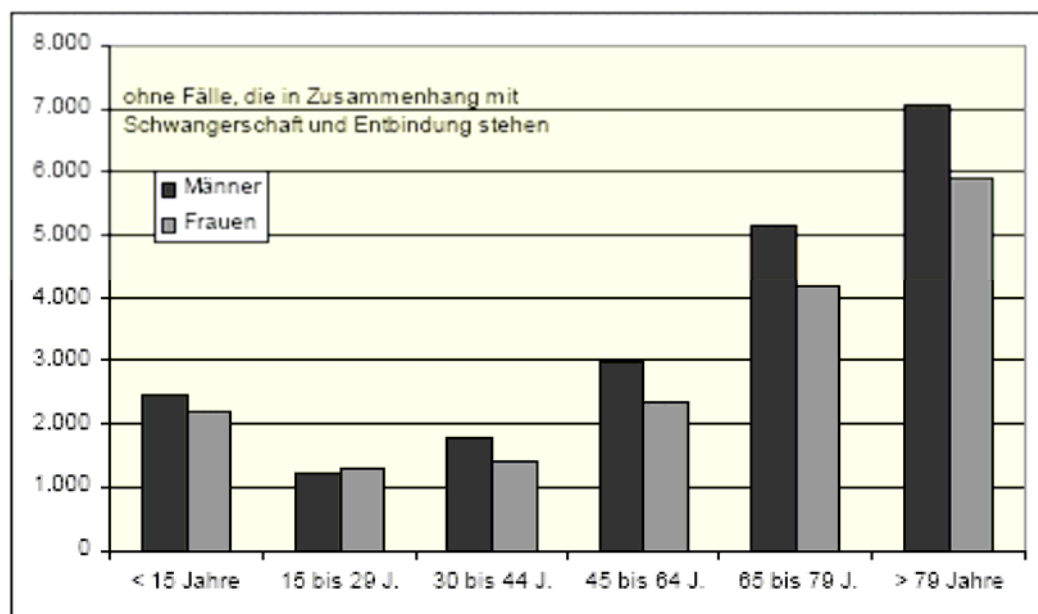


Abbildung 4.7: Krankenhausfälle nach Alter und Geschlecht, 2005 (je 10.000 VJ)

Anhang A2: Versichertenartenschlüssel, AOK Sachsen Anhalt „Die Gesundheitskasse“

0 nicht versichert

001 Beschäftigte	002 Nur Umlage
003 Grenzgänger	005 Sperrfrist für Arbeitslose für 1 bis 4 Wochen
006 ALG2-Fami	010 § 264 SGB V – Sozialhilfe
014 geringfügige Beschäftigung	050 BVG
051 Soldatenversorgungsgesetz	052 Ziviler Ersatzdienst
053 Häftlingshilfegesetz	054 Bundesvertriebsgesetz
055 Bundesseuchengesetz	056 Bundesentschädigungsgesetz
057 Unterhaltsbeihilfengesetz	058 Betreute Deutsche im Ausland
059 Betreute Österreicher	060 besondere Vorschriften der bayrischen Landesbeamten
061 See-Krankenkasse	062 Betreute nach §13 Abs.2 MuSchG (Sonderunterst.)
063 Betreute nach § 1510 RVO	064 Leistungsaushilfe zwischen den AOK´s
065 Betreute der Rentenversicherung	066 Rheinschiffer
068 Betreute Rentner bzw. TRentenbewerber der Ruhr-Knappschaft durch AOK Berlin	
070 Weiterversicherung	071 Anwartschaftversicherung
072 Zeitsoldaten §21 Nr. 6 SGB XI	073 sonstige Personen nach §21 Nr. 1-5 SGB XI
097 Nachweislich o. Versicherung	098 Beschäftigungszeiten (Ansprüche nach §200 RVO)
099 Vorversicherungszeit bei Fremdkasse	

1 KV-Pflichtige, sofern nicht andere VA zutreffend

101 Beschäftigte	102 Selbständige
103 Unständige	104 Reisegewerbe
105 §249 Abs. 1 Nr.2 SGB V - Ableistung eines freiwilligen sozialen Jahres	

- 106 § 192 Abs.1 Nr.2 SGB V - Krankengeldbezug
- 107 § 192 Abs.1 Nr.2 SGB V - Mutterschaftsgeld
- 108 § 192 Abs. 2 SGB V
- 109 § 193 Abs. 1 SGB V - Grundwehrdienst/Wehrübung
- 110 § 5 Abs. 1 SGB V – Azubi mit Entgelt
- 111 Azubis ohne Entgelt
- 115 § 5 Abs. 1 Nr. 5 SGB V - Sozialversicherung für Behinderte
- 116 § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V - Sozialversicherung für Behinderte
- 117 § 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V
- 118 § 5 Abs. 1 Nr. 8 SGB V
- 119 Künstler nach KSVG
- 120 § 192 Abs. 1 Nr. 3 SGB V
- 121 § 193 Abs. 2 SGB V - Grundwehrdienst/Wehrübung
- 122 § 193 Abs. 3 SGB V - Zivildienst
- 123 § 8 EÜG - Eignungsübung
- 124 § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V - Erziehungsgeldbezug
- 196 Maschinelle Vergabe im PK 1.531 bei AU-Fällen/freiwillige Mitglieder, die wieder aufleben
- 197 dito (Rentner/Rentenantragsteller)
- 198 Vorversicherungszeit bei Fremdkasse nach § 192 SGB V
- 199 Vorversicherungszeit bei Fremdkasse außer nach § 192 SGB V
- 2 Rentenantragsteller**
- 201 Rente beantragt
- 297 Maschinelle Vergabe im IK 1.531 bei Rentenantragstellern mit Arbeitseinkommen

299 Vorversicherungszeit bei Fremdkasse

3 Rentenbezieher

301 Renten aus der RV der Arbeiter und Angestellten

303 Österreichischer Rentenbezieher (gesonderte Abrechnung)

304 Schwedischer Rentenbezieher oder finnischer Rentenbezieher (nur Sachleistungen/keine Entschädigung)

333 Rentner (Rente ist entzogen, Klageverfahren läuft)

397 Maschinelle Vergabe im PK 1.531 bei Rentnern mit Arbeitseinkommen

399 Vorversicherungszeiten bei Fremdkasse

4 Versicherte nach § 155 AFG

401 Bezieher von Arbeitslosengeld

402 Bezieher von Arbeitslosenhilfe

403 Bezieher von Unterhaltsgeld

404 Bezieher von Eingliederungsgeld

406 Sperrzeit/Ruhenszeitraum 5.-12. Woche

407 Bezieher von Altersübergangsgeld

409 ALG2-Bezieher

498 KG-Zahlung 6 Tage (Auftragszahlungen)

499 Vorversicherungszeiten bei Fremdkasse

5 Freiwillige Versicherte

501 Beitrittsberechtigte nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 SGB V

502 Beitrittsberechtigte DO-Angestellte Möglichkeit des Beitritts bis 31.03. 1989 beschränkt

503 Beitrittsberechtigte nach § 9 Abs. 1 Nr. 3 SGB V

504 Beitrittsberechtigte nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

505 Beitrittsberechtigte Schwerbehinderte nach § 9 Abs. 1 Nr. 4 SGB V

506 Beitrittsberechtigte nach § 9 Abs. 1 Nr. 5 SGB V

508 Beitrittsberechtigte DO-Angestellte mit Teilkostenerstattung nach § 14 SGB V

511 Freiwillig versicherte Arbeitnehmer mit Beitragszahlung durch den Arbeitgeber

599 Vorversicherungszeiten bei Fremdkassen

6 Rehabilitanden

601 Berufsfördernde Maßnahme durch UV 602 Berufsfördernde Maßnahme durch RV

603 Berufsfördernde Maßnahme durch BA 604 ungültig

605 Medizinische Maßnahme durch UV 606 Medizinische Maßnahme durch RV

609 Medizinische Maßnahme durch die Altershilfe für die Landwirte

699 Vorversicherungszeit bei Fremdkasse

9 Familienangehörige

900 Ehegatten 94n Kind bis Vollendung des 18. Lebensjahres

95n Kind in Schul-oder Berufsausbildung (über 18. bis Vollendung des 25. Lebensjahres)

96n dito 97n Behinderte § 10 Abs. 2 S. 4 SGB V

98n § 10 Abs. 2 S. 2 SGB V (Kinder bis Vollendung des 23. Lebensjahres)

Aufteilung nach dritter Stelle des Versichertenartenschlüssels für Familienangehörige:

0 Kind/Adoptivkind 1 Stiefkind

2 Enkelkind 4 Adoptivpflegekind

5 Pflegekind 9 Kind (Prüfung bei einem Elternteil nicht möglich)

990 Ausländische Familienangehörige 991 Ehegatte - Pflegeversicherung

992 Kind - Pflegeversicherung (ohne Unterteilung) 993 Behinderte – Pflegeversicherung

Danksagung

Ich möchte mich bei Herrn Dr. rer. biol. hum. Enno Swart für die stets
freundliche und kompetente Beratung bedanken.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Bernt-Peter Robra M.P.H.,
der diese Arbeit erst ermöglichte.

Allen Mitarbeitern des „Institut für Sozialmedizin und
Gesundheitsökonomie (ISMG)“ sei gedankt.

Mein Dank gilt der AOK-Sachsen-Anhalt für die freundliche Unterstützung und die
Überlassung der für diese Arbeit, unter Beachtung aller datenschutzrechtlichen Aspekten,
verwendeten Daten.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

*„Sektorübergreifende Analyse der Versorgung von Alkoholpatienten
mit Routinedaten einer Gesetzlichen Krankenkasse“*

aus der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Sachsen-Anhalt, dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Öffentliches Gesundheitswesen der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg mit Unterstützung durch meinen Doktorvater Prof. Dr. med. B.-R. Robra ohne sonstige Hilfen durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe die Dissertation an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht.

Ich übertrage der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, September 2007

Unterschrift

**Aus der AOK Sachsen Anhalt „Die Gesundheitskasse“ und
dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie der
Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg**

(Direktor: Prof. Dr. med. habil. B.-P. Robra, M.P.H.)

**Sektorübergreifende Analyse der Versorgung von
Alkoholpatienten mit Routinedaten einer
Gesetzlichen Krankenkasse**

Thesen zur Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades
doctor medicinae (Dr. med.)
an der medizinischen Fakultät der
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Vorgelegt von
aus

Ricardo Beilke
Magdeburg

Magdeburg

2007

XXVIII

1. Welche Versichertengruppen (Alter, Geschlecht, Versichertenart) nehmen die untersuchten Sektoren (stationär, Rehabilitation, ambulant) mit Alkoholproblemen in Anspruch?
2. Unterscheidet sich die Zusammensetzung der Versicherten in den drei Sektoren?
3. Unterscheiden sich die Inanspruchnahmemuster nach dem Geschlecht?
4. Wie sind die Diagnosen (F10.0 – F10.9) in den drei untersuchten Sektoren verteilt?
5. Welche Institutionenkarrieren der Alkoholpatienten lassen sich erkennen?
6. Wovon sind wiederholte Einweisungen mit Alkoholdiagnosen abhängig und wodurch lassen sich „Drehtürpatienten“ charakterisieren?
7. Welche Anhaltspunkte für die Verbesserung der Versorgung können anhand der erkennbaren Institutionenkarrieren abgeleitet werden (z. B. Reihenfolge der Inanspruchnahme, zeitliches und räumliches Muster von Wiederholungskontakten, Transparenz von Krankheits- und Kostenverläufen)?

Lebenslauf

Ricardo Beilke

Geb. : 07.10.1974 in Anklam

- 1996 - 1997 Bundeswehr bei der Luftwaffe in Siegburg und Holzdorf/Elster
- 1998 sechsmonatiges Praktikum in Innere Medizin, Chirurgie und Pädiatrie
Kreiskrankenhaus Herzberg/Elster
- 1998 - 1999 Betreuer kranker Erwachsener im Kreiskrankenhaus Herzberg/Elster
- 1999 Ausbildung zum Rettungssanitäter
- 1999 - 2005 Mitarbeiter Rettungsdienst und Kassenärztlicher Notfalldienst
Arbeiter-Samariter-Bund Leipzig e. V.
- 2005 Ausbildung zum Qualitätsbeauftragten beim Bundesverband Arbeiter-Samariter-Bund e. V.
- 2002 - 2003 Fachwirt Sozial- und Gesundheitswesen
- 1999 - 2005 Studium der Humanmedizin an der Universität Leipzig
- 2006 - dato Promotion am „Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie“
Universität Magdeburg mit dem Thema „Sektorübergreifende Analyse der
Versorgung von Alkoholpatienten mit Routinedaten einer gesetzlichen
Krankenkasse“

Stationen während des Praktischen Jahres:

- Universitätsklinik Leipzig: Dermatologie
- Herzzentrum Leipzig: Kardiologie
- Universitätsklinik Leipzig: Chirurgische Intensivstation und
Chirurgische Notaufnahme

Arbeitgeber nach dem Studium :

- Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig/Bennewitz (Stationsarzt Neurologie)
- Beratungsarzt der AOK Sachsen- Anhalt (angestellt) sowie Leiter ärztlicher Fachdienst „Berufsförderungswerk Sachsen- Anhalt gGmbH“ (Honorarvertrag)
- Aktuell Beratungsarzt im Zentralen Krankenhausmanagement der Kaufmännischen Krankenkasse Hannover (KKH)

Zusätzliche Weiterbildungen :

- Rhetorik Grund- und Aufbauseminare
- Zeitmanagement
- Psychologischer Umgang mit unheilbar erkrankten und sterbenden Patienten
- Klinische Hypnose
- Verkaufstraining : Individuelle Gesundheitsleistungen IGeL
- Zusatzweiterbildung Sportmedizin
- Gesundheits- und Leistungsmanagement (DRG/ICD 10/OPS 301)
- MDK- Controller
- Ausbildung zum „Ärztlichen Qualitätsmanager“ Bundesärztekammer
- Aktuell: Ausbildung zum Medical Hospital Manager (MHM©) und Master of Business Administration (MBA) an der Fachhochschule für Technologietransfer Hannover

Magdeburg, September 2007

Ricardo Beilke