

Alkoholassoziertes Krankheitsgeschehen nach Entgiftungen im Akutkrankenhaus und nach stationären Rehabilitationsmaßnahmen unter einer altersbezogenen Perspektive

Manfred Zielke

1. Untersuchungsplan

2003 wurde ein gemeinsames Projekt zwischen der DAK, dem Fachverband Sucht und dem Wissenschaftsrat der AHG AG beschlossen, das zum Ziel hat, langfristige Krankheitsverläufe bei Versicherten zu untersuchen, die in einem Indexjahr wegen alkoholbezogener Problemstellungen in Erscheinung getreten sind. In der Untersuchung wurden alle Versicherten der DAK identifiziert, die im Ziehungsjahr 2002 wegen einer akuten Alkoholintoxikation zur Entgiftung im Krankenhaus waren (Stichprobe Akutentzug 2002) und alle Versicherten der DAK, die im Ziehungsjahr 2002 eine stationäre Entwöhnungsbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation absolviert hatten (Stichprobe Rehabilitationsmaßnahme 2002). Bei beiden Patientengruppen wurde rückwirkend seit dem Jahr 2000 und nachfolgend bis zum Jahr 2005 das bei der Krankenkasse dokumentierte Krankheitsgeschehen verfolgt. Gleichzeitig sollte überprüft werden, inwieweit sich solche Sekundärdaten der Krankenkasse als Evaluationsgrundlagen verwenden lassen.

2. Stichprobe Akutentzug 2002

Ziehungskriterium der Stichprobe Akutentzug 2002 waren alle Versicherten der DAK, die im Jahr 2002 mindestens einmal wegen einer akuten Intoxikation im Krankenhaus waren. Untersucht werden sollten die vorausgehenden und konsekutiven Krankenhausaufenthalte bis zum Jahr 2005. Insgesamt ergaben sich dabei 11.849 Versichertenfälle in Verbindung mit mindestens einer alkoholassozierten Behandlungsdiagnose (F10) im Krankenhaus. Es wird hierbei von Versichertenfällen gesprochen, weil eine Reihe von Versicherten und mitversicherten Familienangehörigen mehr als eine stationäre Entgiftungsbehandlung aufzuweisen hatten.

2.1. Altersstruktur

Tabelle 1 enthält eine Übersicht über die Altersverteilung der Stichprobe Akutentzug 2002, die bis einschließlich des Untersuchungsjahrgangs 2005 noch im Untersuchungsverlauf verblieben sind. Ausgeschlossen sind Versicherte, bei denen nach 2002 ein Kassenwechsel stattgefunden hat oder die zwischenzeitlich verstorben sind. Diese verbleibende Stichprobe umfasst

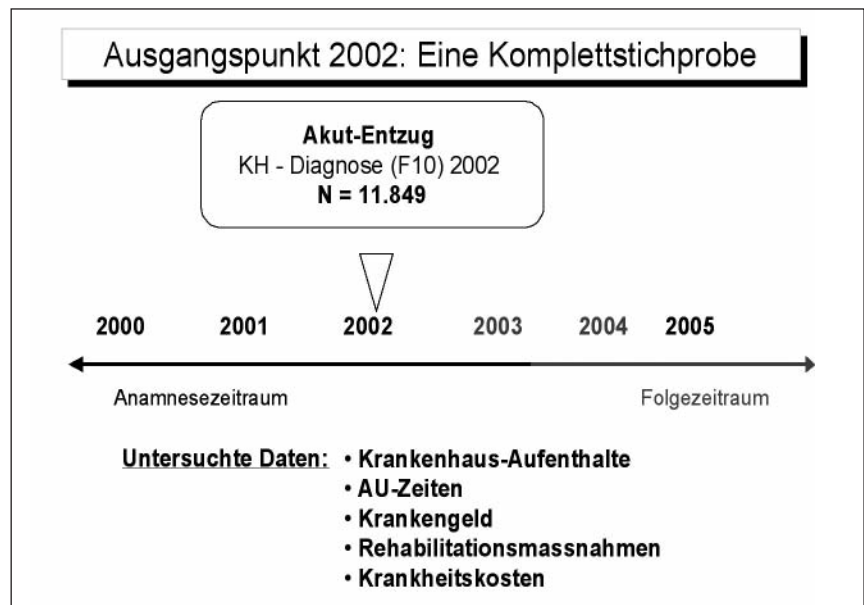


Abbildung 1: Untersuchungsplan zur Stichprobe Akutentzug

7.959 Versicherte und mitversicherte Familienangehörige.

Die Altersstruktur dieser Stichprobe zeigt einen nicht unerheblichen Anteil in den jüngeren Altersgruppen besonders bei den Männern. Hier sind 16,4% unter 30 Jahre alt. 350 Versicherte, die wegen einer akuten Alkoholvergiftung stationär behandelt werden mussten, haben noch nicht einmal das zwanzigste Lebensjahr er-

reicht. Knapp die Hälfte davon (N=155) sind Mädchen und junge Frauen. Fasst man die Altersgruppen der bis zu 30-jährigen zusammen, wurden im Untersuchungsjahr 2002 1.143 Mitglieder der Krankenkasse wegen einer Alkoholvergiftung mindestens einmal stationär behandelt. Frauen haben in den Altersgruppen über 51 Jahre höhere Anteile und immerhin noch 6,6% der Frauen mit einer akuten

Tabelle 1: Altersstruktur der verbleibenden Stichprobe Akutentzug 2002

Altersgruppen	Stichprobe Akutentzug 2002					
	Männer		Frauen		Gesamt	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 20 Jahre	195	4,3	155	4,5	350	4,4
21 bis Jahre 30	546	12,1	247	7,2	793	10,0
31 bis Jahre 40	656	14,5	435	12,6	1081	13,7
41 bis Jahre 50	1297	28,8	917	26,8	2214	27,8
51 bis Jahre 60	1023	22,7	868	25,2	1891	23,8
61 bis Jahre 70	600	13,3	598	17,3	1198	15,1
71 und älter	194	4,3	228	6,6	422	5,3
Gesamt	4511	100,0	3448	100,0	7959	100,0
Anteil an der Gesamtstichprobe	56,7		43,3			

Intoxikation sind älter als 70 Jahre. Bemerkenswert ist darüber hinaus mit 43,3% der Stichprobe der hohe Anteil von Frauen insgesamt. Er weist darauf hin, dass die bereits sehr ausgeprägten Alkoholprobleme in fast der Hälfte der untersuchten Fälle Frauen betreffen.

2.2. Sterblichkeit

Die Verkleinerung der Ausgangsstichprobe seit dem Ziehungsjahr 2002 resultiert zu einem nicht geringen Teil infolge der zwischenzeitlich Verstorbenen. Insgesamt sind 879 Versicherte (7,4% der Ausgangsstichprobe) seit 2002 verstorben. Die Altersstruktur der Verstorbenen weist einen nicht unerheblichen Anteil an jüngeren Männern auf. Insgesamt sind 33 Männer der Altersgruppe bis zu 30 Jahren verstorben. Die höchsten Anteile der Sterblichkeit liegen in den Altersgruppen der über 40-Jährigen. Von allen verstorbenen Frauen sind hingegen 22,8% über 70 Jahre alt. Das mittlere Sterbealter beträgt bei den Männern 55,69 Jahre und bei den Frauen 60,35 Jahre. Der doch recht hohe Anteil von 7,4% der innerhalb von drei Jahren nach dem identifizierten Indexereignis Verstorbenen und das niedrige Sterbealter von 55 Jahren bei den Männern ist als eindeutiger Hinweis auf die Morbidität dieser Patientengruppe zu werten. Besonders bedenklich sind die Todesfälle bei den jüngeren Männern, aber auch immerhin 25 Frauen versterben vor dem Erreichen des 40ten Lebensjahres.

2.4. Rehabilitationsmaßnahmen

Unter dem Aspekt einer fachgerechten Versorgungskette erscheint es besonders bedeutsam, ein wie hoher Anteil der Untersuchungsstichprobe in den Folgejahren nach dem Indexereignis 2002 in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung im Sinne einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme gelangt. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die in den Folgejahren durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen und die rehabilitationsführende Primärdiagnose. Betrachtet man die Maßnahmen insgesamt, gelangten 2003 insgesamt 739 Versicherte in eine stationäre medizinische Rehabilitation (9,28%), im zweiten Folgejahr waren es noch 688 betroffene Rehabilitanden (8,6%) und im dritten Folgejahr befanden sich 238 Versicherte in einer stationären Rehabilitation (2,99%). Diese Anteile beziehen sich allerdings auf das gesamte Krankheitsspektrum. Betrachtet man ausschließlich den Umfang an Rehabilitationsmaßnahmen mit einer Alkoholabhängigkeit als Rehabilitationsdiagnose (F10), gelangen im ersten Folgejahr 2003 lediglich 5,4% der Indexstichprobe in eine der Alkoholerkrankung zugeordneten Rehabilitation, im zweiten Folgejahr sind es noch 4,1% und im dritten Folgejahr nur 0,71%. Etwas irritierend ist der hohe Anteil von anderen psychischen Erkrankungen (außer F10-Erkrankungen). Die langen Rehabilitations-

Tabelle 2: Altersstruktur der seit 2002 Verstorbenen – Stichprobe Akutentzug 2002

Altersgruppen	Stichprobe Akutentzug 2002			
	Männer		Frauen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bis 20 Jahre	4	0,7	3	0,9
21 bis Jahre 30	29	5,4	2	0,6
31 bis Jahre 40	32	5,9	22	6,5
41 bis Jahre 50	124	22,9	61	18,1
51 bis Jahre 60	142	26,2	82	24,3
61 bis Jahre 70	145	26,8	90	26,7
71 und älter	66	12,2	77	22,8
Gesamt	542	100,0	337	100,0
Mittleres Sterbealter	55,69 Jahre		60,35 Jahre	
Anzahl der Verstorbenen	879 Versicherte		7,4%	

dauern (nicht in Tabelle 3 aufgeführt) bei diesen Behandlungsindikationen von 10 bis 12 Wochen weisen jedoch eher darauf hin, dass es sich hierbei um möglicherweise verdeckte Entwöhnungsbehandlungen

handeln dürfte. Andere Rehabilitationsdiagnosen beziehen sich auf Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (M-Diagnosen) und auf Erkrankungen des Kreislaufsystems (I-Diagnosen).

Tabelle 3: Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen und Behandlungsdiagnosen 2003, 2004 und 2005: Verbleibende Stichprobe Akutentzug 2002

Diagnose der Rehamaßnahme Kapitel aus ICD 10	Reha 2003		Reha 2004		Reha 2005	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
B Infektionen	-	-	3	0,4	-	-
C Neubildungen	20	2,7	22	3,2	2	0,4
D Blutbildende Organe	2	0,3	3	0,4	-	-
E Ernährung und Stoffwechsel	5	0,7	5	0,7	3	1,2
F Psychische Erkrankungen	84	11,3	125	18,2	28	11,7
F 10 Alkoholabhängigkeit	431	58,3	324	47,1	57	23,9
G Nervensystem	9	1,2	15	2,2	8	3,3
H Augenerkrankungen	3	0,4	2	0,3	1	0,4
I Kreislaufsystem	31	4,2	38	5,5	36	15,1
J Atmungsorgane	6	0,8	6	0,9	8	3,3
K Verdauungssystem	11	1,5	15	2,2	6	2,5
L Haut/ Unterhaut	5	0,7	2	0,3	1	0,4
M Muskeln, Skelett, Bindegewebe	81	10,9	69	10,0	43	15,1
N Urogenitalsystem	2	0,3	1	0,1	-	-
R Abnorme klinische Befunde	12	1,6	18	2,6	7	2,9
S Verletzungen	24	3,2	20	2,9	20	8,4
T Vergiftungen	12	1,6	11	1,6	13	5,5
Z sonstige Faktoren	1	0,1	9	1,3	4	1,7
Gesamt (Rehamaßnahmen)	739	9,28	688	8,6	238	2,99
Gesamtstichprobe (Versicherte)	7.959		7.959		7.959	
Gesamt F-Rehamaßnahmen	512	69,7	449	65,3	85	35,7
Anteil F-Rehamaßnahmen an der Gesamtstichprobe	6,4		5,6		1,06	
Anteil F 10-Rehamaßnahmen an der Gesamtstichprobe	5,4		4,1		0,71	

Angesichts des insgesamt geringen Anteils suchtbezogener Rehabilitationsmaßnahmen von etwa 10% innerhalb von drei Jahren ist es nur ein schwacher Trost, dass im ersten Folgejahr der weitaus größte Teil der Rehabilitationsmaßnahmen (58,3%) stationäre Entwöhnungsbehandlungen sind; im zweiten Folgejahr sind es noch 47,1% und im dritten Folgejahr lediglich noch 23,9% aller in 2005 durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen.

2.5. Altersstruktur und Krankenhausaufenthalte

Tabelle 4 zeigt die Häufigkeit stationärer Krankenhausaufenthalte im Untersuchungszeitraum seit 2000 in den einzelnen Altersgruppen. 62,8% der bis zu 20-Jährigen hatten lediglich einen Aufenthalt im Krankenhaus. Dies war bekanntlich das Ziehungskriterium im Jahr 2002. Bei einem nicht geringen Anteil von 37,2% dieser Altersgruppe wurde mehr als ein Aufenthalt im Akutkrankenhaus verzeichnet. Solche Mehrfachaufenthalte nehmen mit höherem Lebensalter deutlich zu. Bereits in der Gruppe der 21- bis 30-Jährigen steigt der Anteil mit Mehrfachaufenthalten im Akutkrankenhaus auf 80,3% und er bleibt in den höheren Altersgruppen auf diesem Niveau. Lediglich bei etwa 20% der über 30-Jährigen handelte es sich um ein einmaliges stationäres Krankheitsereignis. Die Indexstichprobe zeichnet sich dadurch aus, dass bei den Betroffenen überproportional häufige Krankenseinweisungen vorliegen. Dies betrifft auch die jüngeren Altersgruppen.

2.6. Konsekutive Krankheitsereignisse nach der stationären Entgiftung

Der Frage nach der Häufigkeit von Krankheitsereignissen in den Folgejahren nach dem Ziehungsjahr 2002 sind wir noch einmal etwas differenzierter nachgegangen. Zunächst wurde untersucht, bei wie vielen Versicherten nach der stationären Entgiftung 2002 in den Folgejahren kein einziges Krankheitsereignis (AU oder KH) mehr eingetreten ist. Dies sind lediglich 16,2% der Stichprobe. Bei 83,8% der untersuchten Versicherten handelte es sich offensichtlich bei der festgestellten Alkoholintoxikation im Jahr 2002 nicht um ein einmaliges Ereignis „Ausrutscher“.

Betrachtet man ausschließlich das Krankheitsgeschehen mit einem direktem Bezug zur Alkoholabhängigkeit (F10-Bezug), sind insgesamt 24,3% der Patienten als „trocken“ zu bezeichnen: Zumindest haben sie nicht so viel Alkohol konsumiert, dass sie deswegen arbeitsunfähig geschrieben wurden oder zur Entgiftung ins Krankenhaus eingewiesen wurden. Bei 75,7% gab es jedoch mindestens ein Krankheitsereignis, das in den Versichertenunterlagen mit einer F10-Diagnose kodiert wurde.

Weiterhin wurde ausgewertet, wie viele Krankheitsereignisse aufgetreten sind,

Tabelle 4: Altersstruktur und Behandlungen im Akutkrankenhaus im Verlauf von 6 Jahren – Stichprobe: Akutentzug 2002

Altersgruppen	Anzahl der KH-Fälle			
	1 KH-Fall		Mehr als ein KH-Fall	
	N	%	N	%
bis 20 Jahre	341	62,8	202	37,2
21–30 Jahre	329	38,4	527	61,6
31–40 Jahre	257	20,4	1002	79,6
41–50 Jahre	477	19,7	1938	80,3
51–60 Jahre	375	19,6	1537	80,4
61–70 Jahre	223	19,3	931	80,7
71 Jahre u. älter	68	16,4	347	83,6

wenn in den Folgejahren mindestens ein Krankheitsereignis (entweder ein Krankenhausaufenthalt oder eine Krankschreibung) eingetreten ist. Die durchschnittliche Anzahl der nachfolgenden Krankheitsfälle in drei Folgejahren beträgt bei dieser Gruppe insgesamt 7,11 Krankheitsereignisse. Bei 83,8% der untersuchten Stichprobe gab es also 7 unterscheidbare Krankheitsereignisse, die entweder mit einer stationären Einweisung und/oder mit einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verbunden waren. Noch stärker weist die Auswertung auf die Alkoholproblematik hin, wenn man die Gruppe in Betracht zieht, die mindestens einmal mit einer dem Alkohol zu-

geordneten Diagnose in Erscheinung getreten ist (untere Zeile von Tabelle 6). Wir haben nur diejenigen Krankheitsfälle in Betracht gezogen, die in Verbindung mit einer F10-Diagnose bei der Krankenkasse aufgelaufen sind. Bei den in dieser Auswertung berücksichtigten 2.620 Versichertenfällen (75,7% der Stichprobe) wurden im Durchschnitt 5,35 Krankheitsfälle mit einer F10-Diagnose registriert. Bei dem überwiegenden Teil der Versicherten, die im Untersuchungsjahr 2002 wegen einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus kamen, zeigt sich auch in der bislang vorliegenden Folgejahren ein ausgeprägtes Krankheitsgeschehen und vor

Tabelle 5: Konsekutive Krankheitsereignisse (AU/KH) AU-F10, KH-F10) nach der stationären Entgiftung in den Folgejahren 2003, 2004, 2005 in der verbleibenden Stichprobe Akutentzug 2002 (N=3459): Durchgehend Erwerbstätige und Arbeitslose

Anzahl der Krankheitsereignisse	N (Patienten)	Prozent
Kein Krankheitsereignis (AU/KH) nach der stationären Entgiftung in den Folgejahren 2003, 2004, 2005	562	16,2
Mindestens ein Krankheitsereignis (AU/KH) nach der stationären Entgiftung in den Folgejahren 2003, 2004, 2005	2879	83,8
Kein Krankheitsereignis (AU/KH) in Verbindung mit einer Alkoholproblematik (F10-Ereignisse) nach der stationären Entgiftung in den Folgejahren 2003, 2004, 2005	839	24,3
Mindestens ein Krankheitsereignis (AU/KH) in Verbindung mit einer Alkoholproblematik (F10-Ereignisse) nach der stationären Entgiftung in den Folgejahren 2003, 2004, 2005	2620	75,7

Tabelle 6: Durchschnittlicher Umfang der Krankheitsereignisse bei Versicherten mit mindestens einem Krankheitsfall in den drei Folgejahren in der verbleibenden Stichprobe Akutentzug 2002: Durchgehend Erwerbstätige und Arbeitslose

Anzahl der Krankheitsereignisse	Durchschnittliche Anzahl der Krankheitsfälle in drei Jahren (M)
Mindestens ein Krankheitsereignis (AU/KH) nach der stationären Entgiftung in den Folgejahren 2003, 2004, 2005	7,11
	Durchschnittliche Anzahl der Krankheitsfälle in Verbindung mit Alkoholproblemen (F10) in drei Jahren (M)
Mindestens ein Krankheitsereignis (AU/KH) in Verbindung mit einer Alkoholproblematik (F10-Ereignisse) nach der stationären Entgiftung in den Folgejahren 2003, 2004, 2005	5,35

allem auch ein intensives Krankheitsgeschehen im Zusammenhang mit einer Alkoholabhängigkeit.

Die identifizierbaren medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, bei denen auf die behandlungsführende Alkoholabhängigkeit explizit Bezug genommen wurde, betreffen nur einen verschwindend geringen Teil der Untersuchungsstichprobe.

Bei 75% der Indexgruppe wird im Verlauf des bisherigen dreijährigen Nachuntersuchungszeitraums der Alkoholkonsum nahezu ungehindert weiter fortgeführt und das in einem solchen Ausmasse, dass es zu erneuten stationären Entgiftungen kommt oder Krankschreibungen vorliegen mit einer F10-Diagnose. Innerhalb von drei Jahren ereignen sich mehr als fünf solcher alkoholzugeordneten Krankheitsfälle.

3. Stichprobe Rehabilitationsmaßnahme 2002

Ausgangspunkt der zweiten Untersuchung waren alle Versicherten der DAK, die im Ziehungsjahr 2002 eine stationäre medizinische Rehabilitation wegen einer Alkoholabhängigkeit entweder zu Lasten des RV-Trägers oder zu Lasten der Krankenkasse absolviert hatten. Von den ursprünglich 2.290 Versicherten verblieben im dritten Folgejahr noch 1.175 Patienten für die Verlaufsuntersuchung mit einem Anteil von 61,5% Männer. Die Verkleinerung der Ausgangsstichprobe resultiert Veränderungen in der Kassenzugehörigkeit und infolge von Sterbefällen im dreijährigen Nachuntersuchungszeitraum.

19,1% der Rehabilitanden war 31 bis 40 Jahre alt und 40% der Rehabilitanden war zwischen 41 und 50 Jahre alt. Jüngere Versicherte bis zu einem Alter von 30 Jahren bildeten lediglich 7,2% der Stichprobe. Der Anteil der Versicherten im Alter zwischen 51 und 60 Jahren betrug 24,8%. Immerhin noch 8,9% der Patienten war über 60 Jahre alt. Im wesentlichen entspricht diese Verteilung der Altersstruktur in Rehabilita-

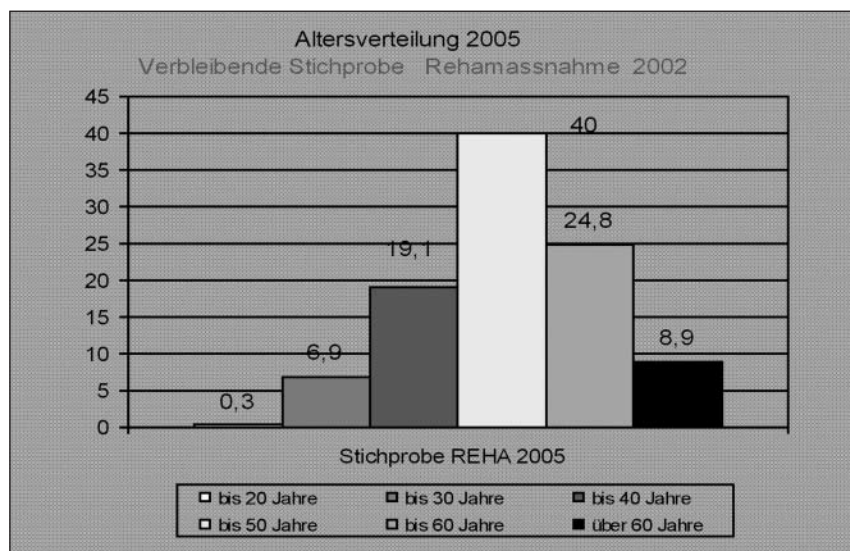


Abbildung 3: Verteilung der Altersgruppen in der Stichprobe Rehamassnahme 2002

tionskliniken zur Suchtbehandlung, wenn gleich die Quoten in den höheren Altersgruppen eher ungewöhnlich groß sind. Diese Verteilung resultiert im Wesentlichen aus der Ziehung der Versicherten-

stichprobe, bei der auch solche Patienten berücksichtigt wurden, die nicht oder nicht mehr im Erwerbsleben stehen und die zu Lasten der Krankenkasse in die Entwöhnungsbehandlung gelangt sind.

Tabelle 7: Altersstruktur der verbleibenden Rehasstichprobe 2005 in Bezug auf den Erwerbsstatus

Verbleibende Rehasstichprobe 2005	Erwerbsstatus			
	durchgängig Erwerbspersonen		Arbeitslose	
Altersgruppen	N	Spalten%	N	Spalten%
bis 20 Jahre	2	,5%	2	,2%
21 bis Jahre 30	17	4,5%	89	10,5%
31 bis Jahre 40	75	19,7%	227	26,8%
41 bis Jahre 50	173	45,5%	366	43,2%
51 bis Jahre 60	102	26,8%	159	18,8%
61 bis Jahre 70	11	2,9%	4	,5%
Gesamt	380	100,0%	847	100,0%

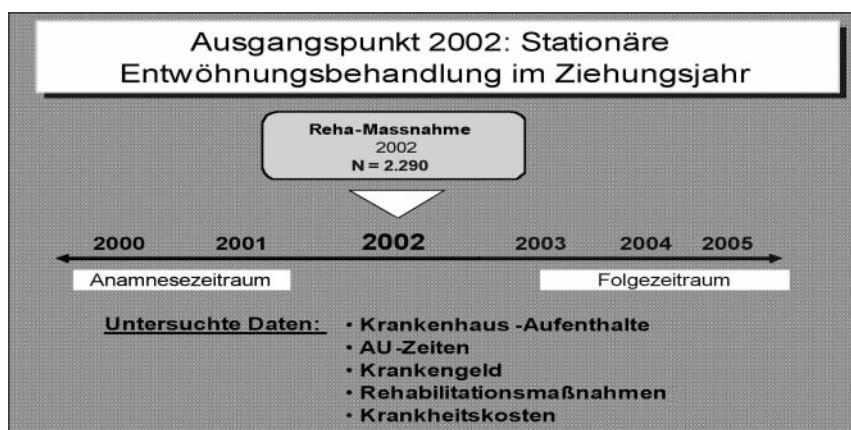


Abbildung 2: Übersicht über den Projektablauf zur Stichprobenziehung Rehamassnahme 2002

3.1. Altersverteilung

Die Altersverteilung der verbleibenden Rehasstichprobe in Verbindung mit dem Erwerbsstatus (Tabelle 7) weist darauf hin, dass bei den Arbeitslosen die eher jüngeren Altersgruppen zwischen 21 und 30 Jahren und zwischen 31 und 40 Jahren mit 10,5% und 26,8% deutlich höhere Anteile haben als die durchgängig Erwerbstätigen. Die Altersgruppe der 41- bis 50-jährigen ist bei durchgängig Erwerbstätigen und bei Arbeitslosen mit 45,5% bzw. mit 43,2% etwa gleich häufig vertreten. In der Altersgruppe der 51- bis 60-jährigen gibt es mit 26,8% bei den durchgängig Erwerbstätigen und 18,8% bei den Arbeitslosen hingegen einen deutlich geringeren Anteil an Arbeitslosen. Das heißt, durchgängig Erwerbstätige sind älter und

Tabelle 8: Altersverteilung (gruppiert) im Jahr des Versterbens der verbleibenden Reha-stichprobe 2005

		N	Anteil an allen Verstorbenen
Altersgruppen in 10er Schritten	21 bis 30 Jahre	5	3,1%
	31 bis 40 Jahre	22	13,6%
	41 bis 50 Jahre	61	37,7%
	51 bis 60 Jahre	54	33,3%
	61 bis 70 Jahre	17	10,5%
	über 70 Jahre	3	1,9%
Anteil an der Gesamtstichprobe			
Im Untersuchungszeitraum verstorben		162	7,1%
Durchschnittliches Sterbealter			
49,35 Jahre			

arbeitslose Patienten sind jünger. Unter Gesichtspunkten der prognostischen Bedeutung der Erwerbstätigkeit für die langfristige Entwicklung im Rahmen der Abhängigkeitskarriere schneiden die jüngeren Rehabilitanden deutlich schlechter ab.

3.2. Sterblichkeit

Relativ wenig ist darüber bekannt, ein wie hoher Anteil von Patienten nach Absolvierung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in einem überschaubaren Zeitraum verstirbt. Bei katamnestischen Verlaufsunersuchungen und bei postalischen Befragungen ist es eher ein Zufallsbefund, wenn man als Untersucher über das Ableben eines Rehabilitanden in Kenntnis gesetzt wird.

Die Verwendung kompletter Sekundärdaten einer Krankenkasse macht es möglich, Informationen darüber zu gewinnen, welche Versicherten mit welchen Krankheitsereignissen in einem längeren Untersuchungszeitraum versterben.

In Tabelle 8 ist die Altersverteilung der nach dem Ziehungsjahr 2002 verstorbenen Versicherten zusammengefasst. Dabei ist zunächst auffällig, dass 5 Versicherte in einem Alter von unter 30 Jahren

versterben und in der Altersgruppe von 31 bis zu 40 Jahren sind es sogar 22 Rehabilitanden. Jeweils ein Drittel der Verstorbenen war zwischen 41 und 50 Jahre alt und ein Drittel war zwischen 51 bis zu 60 Jahre alt.

Die Mortalität der Rehabilitanden des Jahrgangs 2002 weist auf die ausgeprägte Morbidität der Patienten hin. 162 Patienten (7,1% der Untersuchungsstichprobe) sind bis Ende 2005 verstorben mit einem durchschnittlichen Sterbealter von 49,35 Jahren. Zwar stellen die Altersgruppen zwischen 41 bis 50 Jahre und zwischen 51 bis 60 Jahre die höchsten Anteile der Verstorbenen, aber auch jüngere Altersgruppen finden sich unter den Verstorbenen. Dieses frühe Sterbealter hat nicht zuletzt weitreichende sozialökonomische Folgen, weil der Verlust an verlorenen aktiven Beitragsjahren bei den Sozialversicherungen immens sind.

3.3. Altersstruktur und Behandlungen im Akutkrankenhaus

Eine Verlaufsanalyse der Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten im Verlauf von 6 Jahren zeigt, dass es sich bei den Patienten aus der Reha-stichprobe in den seltensten Fällen um singuläre stationäre Behandlungen im Akutkrankenhaus handelt.

Tabelle 9: Altersstruktur und Behandlungen im Akutkrankenhaus im Verlauf von 6 Jahren – Stichprobe: Rehamassnahme 2002

Altersgruppen	Anzahl der KH-Fälle	
	1 KH-Fall	Mehr als 1 KH-Fall
bis 20 Jahre	25,0%	75,0%
21-30 Jahre	19,7%	80,3%
31-40 Jahre	14,8%	85,2%
41-50 Jahre	20,8%	79,2%
51-60 Jahre	18,6%	81,4%
61-70 Jahre	23,3%	76,7%
71 Jahre u. älter	22,7%	77,3%

Auch in der jüngsten Altersgruppe bis zu 20 Jahren werden 75,0% der Betroffenen mehr als einmal in ein Akutkrankenhaus eingewiesen. Die Häufigkeit solcher Mehrfachaufenthalte ist unter einer Altersperspektive weitgehend gleich verteilt. Offensichtlich treten bei den Rehabilitanden der Indexstichprobe mehrfach Krankheitsereignisse ein, die so schwerwiegend sind, dass eine Akutbehandlung im Krankenhaus notwendig geworden ist.

3.4. AU-Tage und AU-F10-Tage im Verlauf

Das AU-Geschehen wurde ausschließlich bei den durchgängig Erwerbstätigen untersucht, weil die Auswertungen des AU-Geschehens bei den Arbeitslosen gezeigt haben, dass die strukturellen Eingriffe im Rahmen der Harzt-IV Gesetzgebung die Krankschreibungen ab 2004 wesentlich beeinflusst haben im Sinne eines massiven Rückgang des AU-Geschehens und somit für Evaluationszwecke nicht mehr verwendet werden dürfen!

Nach einem moderaten Anstieg des Krankheitsgeschehens zwischen 2000 und 2001 gibt es im Ziehungsjahr 2002 eine geradezu explosionsartige Zunahme der Krankheitstage um das Vierfache des Vorjahres. Der Umfang der alkoholassoziierten AU-Tage bleibt jedoch auch in diesem Jahr weitgehend konstant, wengleich der relative Anteil am AU-Geschehen dadurch abnimmt. Es scheint so zu sein, dass im Jahr der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme 2002 eine sehr großer Anteil der AU-Diagnosen auf andere Krankheitsgruppen als die Alkoholabhängigkeit entfällt. Im ersten und zweiten Folgejahr sind die AU-Tage deutlich rückläufig, dies gilt besonders für die F10-AU-Tage im zweiten Folgejahr. Im dritten Jahr nimmt die Gesamtzahl der AU-Tage wieder deutlich zu, die F10-AU-Tage vermindern sich weiterhin und stellen 2005 noch lediglich 21% aller AU-Tage. Wenn die Krankschreibungen ein Indiz für die gesundheitliche Stabilisierung sind, verläuft diese zunächst noch recht schleppend und die absolute Anzahl der AU-Tage in Verbindung mit einer F10-Diagnose nimmt 2003 sogar leicht zu. Erst im zweiten und dritten Folgejahr reduziert sich das alkoholzuordenbare AU-Geschehen nach der Rehabilitation deutlich auf ein niedriges Niveau. Allerdings zeigt sich bei den sonstigen AU-Tagen im Jahr 2005 wiederum ein moderater Anstieg.

3.5. Schweregrad F10 aus 2003 bis 2005 und Ressourcenverbrauch

Abschließend wurde untersucht, ein wie hoher Anteil der Rehabilitanden in den drei Folgejahren nach der Rehabilitation nicht mehr mit alkoholassoziierten Krankheitsereignissen in Erscheinung getreten ist. 49,2% hatten in drei Folgejahren keinen Ressourcenverbrauch in Verbindung mit einer F10-Diagnose. Diese Gruppe von Rehabilitanden kann als durchgehend abstinent bezeichnet werden. Zumindest gilt

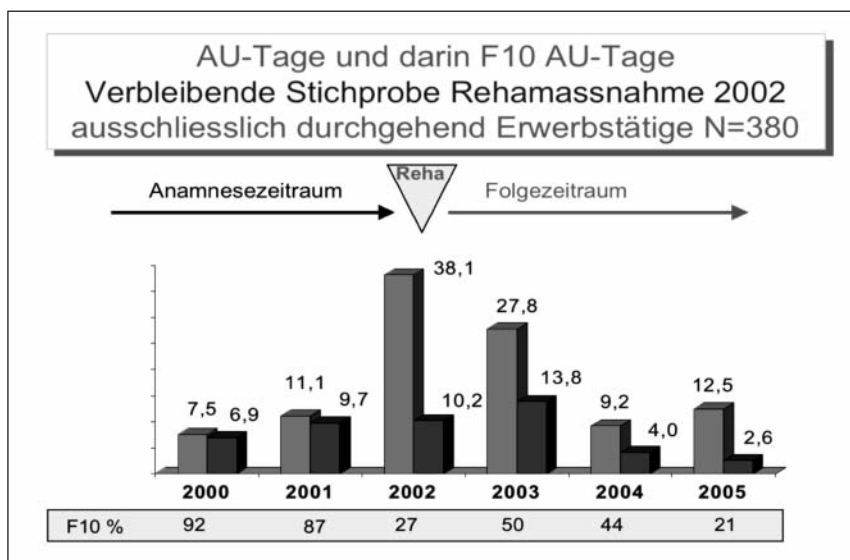


Abbildung 4: AU-Tage und darin AU F10-Tage im Langzeitverlauf von 2000 bis 2005

dies für einen Alkoholkonsum unterhalb einer Schwelle, die zu einem Krankenhausaufenthalt führt oder zu einer Arbeitsunfähigkeit in Verbindung mit einer F10-Diagnose.

Bei weiteren 11,3% gab es ein Ereignis in drei Jahren; 28,9% sind in zwei der drei Jahre auffällig geworden und 10,5% hatten in jedem Jahr mindestens ein F10-zugeordnetes Krankheitsgeschehen. In Anlehnung an die Abstinenzkonventionen kann die Hälfte der Patienten als durchgängig abstinent bezeichnet werden (Gruppe F10:1) und weitere 11,35 als abstinent nach Rückfall (Gruppe F10:2). Zusammengefasst sind dies 60% der Rehabilitanden. Bei 40% der Rehabilitanden werden in zwei von drei Jahren bzw. in allen drei Jahren Krankheitsereignisse registriert, die mit einer Abhängigkeitserkrankung kodiert werden. Diese Patientengruppe kann als langfristig rückfällig bezeichnet werden. Die Verlaufsanalysen dieser vier Gruppen in Bezug auf das AU-Geschehen in den Folgejahren ergeben erwartungsgemäß deutliche Unterschiede.

3.6. Schweregrad F10 bei ausschließlicher Betrachtung des dritten Folgejahres 2005

Eine weitere Gruppenbildung erfolgte auf der Basis des letzten Untersuchungsjahrgangs 2005 danach, ob ein F10-Krankheitsereignis beobachtet wurde. Bei immerhin 80,8% der untersuchten Patienten wurde im dritten Folgejahr kein Ressourcenverbrauch in Verbindung mit einer Alkoholabhängigkeit beobachtet (Gruppe F10-2005:1); bei 19,2% fand sich mindestens ein Krankheitsereignis dieser Art. Betrachtet man ausschließlich das dritte Folgejahr nach der medizinischen Rehabilitation sind vier Fünftel der Patienten soweit alkoholabstinent, dass kein versicherungsbezogenes Krankheitsereignis mehr eingetreten ist, das mit einer F10-Diagnose ko-

diert wurde. Bei den restlichen 20% handelt es sich offensichtlich um deutlich rückfällige Rehabilitanden mit schwer wiegenden Krankheitsereignissen, die entsprechende Behandlungen erforderlich machten.

Tabelle 10: Gruppenbildung nach Schweregraden des Ressourcenverbrauches mit Bezug auf alkoholbedingte Krankheitsereignisse (F10) in den konsekutiven Folgejahren 2003 bis 2005

Durchgehend Erwerbstätige		Verbleibende Rehaschichprobe 2005	
		DAK versichert in 2005	
		N	Prozent
Ressourcenverbrauch F10 2003 bis 2005	kein Ressourcenverbrauch F10 in 3 Jahren = Gruppe F10:1	187	49,2%
	Ressourcenverbrauch F10 in einem der 3 Jahre = Gruppe F10:2	43	11,3%
	Ressourcenverbrauch F10 in zwei der 3 Jahre = Gruppe F10:3	110	28,9%
	Ressourcenverbrauch F10 in allen 3 Jahren = Gruppe F10:4	40	10,5%
Gesamt		380	100,0%

Tabelle 11: Gruppenbildung nach Schweregraden des Ressourcenverbrauches mit Bezug auf alkoholbedingte Krankheitsereignisse (F10) im letzten Untersuchungsjahr 2005

Durchgehend Erwerbstätige		Verbleibende Rehaschichprobe 2005	
		DAK versichert in 2005	
		N	Prozent
Ressourcenverbrauch F10 2005	kein Ressourcenverbrauch F10 in 2005 = Gruppe F10-2005:1	307	80,8%
	mind. ein Ressourcenverbrauch F10 in 2005 = Gruppe F10-2005:2	73	19,2%
Gesamt		380	100,0%

3.7. AU-Geschehen bei Rückfälligen und bei nicht Rückfälligen

Auf der Basis der Gruppenbildung in Tabelle 5 in die Gruppe F10-2005:1 (kein alkoholbezogenes Krankheitsgeschehen in 2005) und die Gruppe F10-2005:2 (mindestens ein alkoholbezogenes Krankheitsereignis in 2005) wurde bei den durchgängig Beschäftigten untersucht, ob sich bereits im Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahme in 2002 Unterschiede bei den AU-Tagen und insbesondere bei den F10 zuordenbaren AU-Tagen finden lassen und wie sich das postrehabilitative Krankheitsgeschehen entwickelt.

Der Vergleich der Arbeitsunfähigkeitstage zwischen den in 2005 Rückfälligen und den nicht Rückfälligen zeigt deutliche Verlaufunterschiede im gesamten Krankheitsgeschehen seit 2000. Die späterhin rückfälligen Rehabilitanden haben zu allen Zeitpunkten außer im Indexjahr 2002 mehr Arbeitsunfähigkeitstage und nach einem deutlichen Rückgang im zweiten Folgejahr auf durchschnittlich 35,1 AU-Tage zeichnet sich im dritten Folgejahr eine Verdoppelung der AU-Tage auf 69,2 Tage je Fall ab, während bei den nicht Rückfälligen in den letzten beiden Folgejahren eine Konstanz des Krankheitsgeschehens auf einem niedrigen Niveau zu beobachten ist. Be-

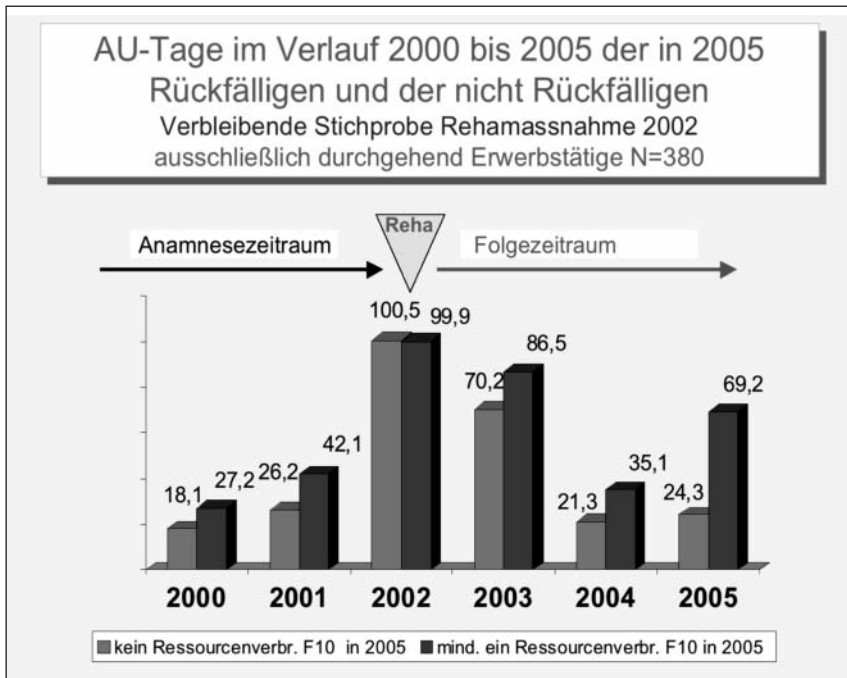


Abbildung 5: AU-Tage der in 2005 Rückfälligen und der nicht Rückfälligen im Verlauf seit 2000

sonders im dritten Folgejahr 2005 zeichnet sich in der Gruppe der rückfälligen Patienten eine geradezu explosionsartige Entwicklung des Krankheitsgeschehens ab.

Diagnosenspektrum bei Rückfälligen und bei nicht Rückfälligen

Um Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, ob mit einem alkoholspezifischen Rückfall im dritten Untersuchungsjahr 2005 auch ein spezifisches Krankheitsgeschehen verbunden ist, haben wir eine Reihe von Vergleichen angestellt, welche mit einer Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankungen in den beiden Untersuchungsgruppen

„Gruppe F10-2005: 1 = kein alkoholbezogenes Krankheitsgeschehen“ und

„Gruppe F10-2005: 2 = mindestens ein alkoholbezogenes Krankheitsgeschehen“

auftreten, wie lange diese dauern und wie viele Krankheitstage dabei entstehen. Wir haben dies für alle diagnostischen Hauptgruppen der ICD-10 und bei einzelnen Erkrankungen noch einmal unter Einbeziehung einer zweiten Diagnoseziffer berechnet. Die entsprechende Tabelle 12, die einen Auszug aus den vielfältigen Analysen darstellt, ist wie folgt aufgebaut: Die erste Spalte enthält die Anteil der Patienten ohne Rückfall in 2005 (80,8%) und mit einem Alkoholrückfall (19,2%). Wenn sich ein spezifisches Krankheitsgeschehen abzeichnen würde, müsste diese Prozentverteilung (80 zu 20) in der Spalte „% AU-Fälle“ und „% AU-Tage“ davon abweichen. In der zweiten Spalte befinden sich die Angaben zur Anzahl der AU-Fälle in Gruppe 1 und Gruppe 2 sowie noch einmal die Gesamtzahl der AU-Fälle in der jeweiligen Di-

agnosegruppe. Die dritte Spalte zeigt die Verteilung der AU-Fälle innerhalb der einzelnen Krankheitsgruppe. Die durchschnittliche Dauer je Krankheitsfall in der Vergleichsgruppe mit und ohne Rückfall berechnet sich aus der Anzahl der AU-Fälle (Spalte 2) und der Summe der AU-Tage in Spalte 5. In der rechten äußeren Spalte wurde berechnet, welcher Anteil der AU-Tage den zu vergleichenden Gruppen zugerechnet werden kann.

Diagnosegruppe F3: Affektive Störungen

Depressive Erkrankungen sind in bezug auf die Krankheitsfälle in der Rückfallgruppe mit 28,6% überproportional häufig vertreten (bei Gleichverteilung wären 19,8% erwartet worden). Als hervorzuhebendes Kriterium der Rückfallgruppe ist die mit 89,17 AU-Tagen je Fall lange Dauer der einzelnen Krankheitsperiode zu nennen, die mehr als doppelt so lange dauert als in der Gruppe der nicht Rückfälligen mit immerhin noch 34,73 AU-Tagen je Fall. Berücksichtigt man als Vergleichskriterium die insgesamt verursachten AU-Tage, haben die langen einzelnen Krankheitszeiten dazu geführt, dass 50,67% aller F3-zugeordneten Krankheitsstage der Rückfallgruppe zugeordnet werden können (erwartet wurden lediglich 19,2%). Nach einem Alkoholrückfall treten häufiger als in der Grundverteilung erwartet werden kann depressive Erkrankungen auf mit insgesamt sehr langen Krankheitszeiten.

Diagnosegruppe I: Krankheiten des Kreislaufsystems

Krankheitsfälle infolge von Kreislaufkrankungen sind in der Rückfallgruppe mit 28,58% deutlich überrepräsentiert. Mit

42,00 Tagen je Fall ist die Krankheitsdauer darüber hinaus ebenfalls wesentlich ausgeprägter als in der abstinenten Gruppe mit 25,00 Tagen. Beide Details führen dazu, dass 40,20% der Krankheitsstage wegen Kreislaufkrankungen in der Rückfallgruppe entstehen. Rückfällige Patienten haben häufiger Kreislaufkrankungen und sie sind im Erkrankungsfall wesentlich länger krank.

Diagnosegruppe K: Krankheiten des Verdauungssystems

Krankheiten des Verdauungssystems und darin vor allem Darmerkrankungen sind mit jeweils über 30% der Krankheitsfälle in der Rückfallgruppe über Erwartung häufig und wegen der längeren Krankheitsdauer (im Vergleich zur abstinenten Gruppe) werden mit 42,66% aller Krankheitsstage dieser Krankheitsgruppe doppelt so viele Krankheitstage als erwartet in der Rückfallgruppe beobachtet. Krankheiten des Verdauungssystems scheinen ein Spezifikum der Patientengruppe zu sein, die in 2005 eine Alkoholrückfall erlebt haben.

Alle Krankheitsfälle der ICD-10 (A – Z) zusammengefasst

Wie aus den unteren Zeilen der Tabelle hervorgeht werden insgesamt 19,2% der Untersuchungsstichprobe der Gruppe zugeordnet, die im Untersuchungsjahr 2005 einen Rückfall erlitten haben. Bei Gleichverteilung des Krankheitsgeschehens zwischen den rückfälligen und den nicht rückfälligen Patienten müsste dieser Anteil sich bei den jeweiligen Kriterien wiederholen. Fasst man alle Krankheitsfälle zusammen, entstehen in der Rückfallgruppe mit 32,94% der AU-Fälle mehr Fälle als erwartet. Die durchschnittliche Dauer je Fall ist in der abstinenten Gruppe mit 18,78 Tagen wesentlich kürzer als in der Rückfallgruppe mit 26,22 AU-Tagen. Folglich wächst der bereits überproportionale Anteil aus den AU-Fällen in der Rückfallgruppe noch weiter an mit dem Ergebnis, dass 40,68% aller Krankheitstage sich in der Gruppe ereignen, die im letzten Untersuchungsjahr einen Rückfall erlitten haben; das sind doppelt so viele Krankheitstage wie nach der zugeordneten Patientenzahl erwartet werden können.

Der überwiegende Teil dieses Krankheitspektrums kann sicher unter dem Aspekt von körperlichen Folgeschäden exzessiven Alkoholkonsums gesehen werden. Ob die Zunahme der Erkrankungen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen und vor allen Dingen die damit verbundenen langen AU-Zeiten als zutreffende diagnostische Zuordnungen bewertet werden müssen oder als „diagnostische Schlupflöcher“ zu verstehen sind, der weiteren Etikettierung als Alkoholabhängiger zu entgehen, kann auf der vorliegenden Datenbasis nicht abschließend beantwortet werden. Da diese Problemkonstellationen jedoch vor allem bei Patienten zu verzeichnen sind, die im letzten Untersu-

Tabelle 12: Vergleiche des AU-Geschehens bei Rückfälligen und Nicht Rückfälligen im dritten Folgejahr 2005 - Stichprobe Rehamäßnahme 2002

ICD-10 / Erfolgsgruppen 2005	% Patientenfälle*	Anzahl der AU-Fälle	% AU-Fälle**	Dauer je Fall in Tagen	Summe AU-Tage	% AU-Tage***
F3 Affektive Störungen						
Gruppe F10-2005:1	80,8	15	71,4	34,73	521	49,33
Gruppe F10-2005:2	19,2	6	28,6	89,17	535	50,67
Gesamt		21	3,5	50,29	1.056	8,44
I Krankheiten des Kreislaufsystems						
Gruppe F10-2005:1	80,8	15	71,42	25,00	375	59,80
Gruppe F10-2005:2	19,2	8	28,58	42,00	252	40,20
Gesamt		21	3,6	29,86	627	5,01
K Krankheiten des Verdauungssystems						
Gruppe F10-2005:1	80,8	51	67,10	6,35	324	57,34
Gruppe F10-2005:2	19,2	25	32,90	9,64	241	42,66
Gesamt		76	12,9	7,43	565	4,52
Alle Krankheitsgruppen						
Gruppe F10-2005:1	80,8	395	67,06	18,78	7.418	59,32
Gruppe F10-2005:2	19,2	194	32,94	26,22	5.086	40,68
Gesamt		589		21,23	12.504	
AU-Fälle / AU-Tage je Patient		1,55				

* Bezogen auf die Anzahl der Patienten

** Bezogen auf die Gesamtzahl der AU-Fälle in der jeweiligen Diagnose

*** Bezogen auf die Gesamtzahl der AU-Tage in der jeweiligen Diagnose

chungsjahr einen Rückfall erlitten haben, sind die Zuordnungen der sonstigen F-Diagnosen eher als Ausweichversuche zu sehen.

4. Abschließende Bewertung

- Der Umfang von Krankenhausaufenthalten im Zusammenhang mit Alkoholintoxikationen gerade auch bei jüngeren Altersgruppen spiegelt sich auch in den Sekundärdaten einer Krankenkasse wider.

xikationen gerade auch bei jüngeren Altersgruppen spiegelt sich auch in den Sekundärdaten einer Krankenkasse wider.

- Bei einem nur geringen Teil der Versicherten handelt es sich um ein einmaliges Krankheitsgeschehen.
- Selbst bei Patienten mit bereits identifizierter Alkoholproblematik bleibt der

Anteil von krankheitsbezogenen Rehabilitationsmaßnahmen extrem gering.

- Die Mortalität und das durchschnittliche Sterbealter ist in beiden Untersuchungsstichproben besorgniserregend.
- Die Sekundärdaten einer Krankenkasse eignen sich als zuverlässige Basis für die langfristig angelegte Evaluation von Rehabilitationsverläufen.
- Erstmals konnte aufgezeigt werden, welche spezifischen Erkrankungen bei den Rückfälligen in besonderer Weise in Erscheinung treten.

Literatur

Zielke M, Herder F, Lehenhagen J, Reschenberg I, Weissinger V (2007) Krankheitsverläufe von Versicherten nach stationären Entwöhnungsbehandlungen auf der Basis von Sekundärdaten der DAK. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Supplement 2007. Pabst Science Publishers, Lengerich.

Zobel M, Missel P, Bachmeier R, Funke W, Garbe D, Herder F, Kersting S, Medenwald J, Verstege R, Weissinger V, Wüst G (2007) Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2004 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 1, 5-15.

Autor

Prof. Dr. Manfred Zielke
 Wissenschaftlicher Direktor des
 Wissenschaftsrates der AHG AG
 Professor für Klinische Psychologie
 an der Fakultät für Sozialwissenschaften
 der Universität Mannheim
 Lange Koppel 10
 24248 Mönkeberg
 Tel 0431 2399990
 Fax 0431 2399991
 E-mail mzielke@ahg.de

Literaturhinweise

Ollenschläger, G. et. al.: Kompendium evidenzbasierter Medizin, 6. Auflage, Bern 2007, ISBN 978-3-456-84421-3, 59,95 €

Das Kompendium evidenzbasierter Medizin stellt zu bedeutenden Krankheitsbildern die zentralen klinischen Fragen und dokumentiert davon ausgehend verlässliche Ergebnisse zu einzelnen Therapieoptionen. Es enthält von daher eine aktuelle Zusammenfassung der besten weltweiten Belege zu den wichtigsten klinischen Fragestellungen und Behandlungsalternativen. Die klinischen Informationen wurden von mehr als hundert Experten aus tausenden von Studien zusammengetragen und auf ihre Praxisrelevanz geprüft. Behandelt werden in 22 Kapiteln unter anderem kar-

diale und vaskuläre Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Magen- Darmkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, sexuell übertragbare Erkrankungen, Erkrankungen von Kinder und Jugendlichen, Schlafstörungen, psychiatrische Erkrankungen.

Schore, A.-N.: Affektregulation und die Reorganisation des Selbst, Stuttgart 2007, ISBN 978-3-608-94439-6, 39,50 €

In diesem Werk werden Psychoanalyse und angrenzende Wissenschaften wie die Kleinkind- und neuropsychologische Forschung zusammengeführt. Der Autor nennt diesen Ansatz Affektregulationstheorie, die er in der Psychobiologie und der

affektiven Neurowissenschaft verwurzelt sieht. Er geht davon aus, dass die meisten der sich in jedem Augenblick ereignenden Vorgänge nicht bewusst ablaufen und sich auf Ebenen unterhalb der bewussten Wahrnehmung beziehen. Neben der Möglichkeit über die bewusste und gesteuerte Kontrolle emotionale Zustände zu steuern gibt es somit eine zweite Art der emotionalen Regulationsstrategie: Eine, die keine interpretative, verbale Komponente mit einschließt und die sich insbesondere in der rechten Hirnhemisphäre abspielt. Von daher wird die Bedeutung der therapeutischen Beziehung als ein wesentlicher Mechanismus der Behandlung und die Bindung zwischen Patient und Therapeuten besonders hervorgehoben.