

# **Motivationsarbeit bei alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten in somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern**

*Ulrich John, Clemens Veltrup, Martin Driessen*

Ziel des Beitrages ist die Darstellung des Problems der Versorgung alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten in somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern. Der Text ist in drei Teile gegliedert: erstens Angaben zur Häufigkeit des Alkoholismus, zweitens Motivationsarbeit als ein Versorgungsansatz für die betroffenen Patientinnen und Patienten und drittens Schlußfolgerungen zum Behandlungsbedarf.

## *1. Häufigkeit des Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus*

Im Allgemeinkrankenhaus werden Alkoholabhängige mit körperlichen Störungen aufgenommen, die infolge der Abhängigkeit oder tendenziell unabhängig davon auftreten. Während des stationären Aufenthaltes kommt es zum Entzug, wenn die Patientinnen und Patienten keinen Alkohol trinken. Unter zwei Gesichtspunkten ist dieses Problem zu analysieren: 1. „Maskierung“ des Alkoholismus durch die körperlichen Erkrankungen, 2. Schätzungen der Häufigkeit von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus.

### *1.1 „Maskierung“ des Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus*

Aus den vorliegenden Untersuchungen läßt sich schließen, daß Alkoholismus durch körperliche Erkrankungen „maskiert“ wird, d.h. diese stehen im Vordergrund der Therapie und lassen die Alkoholprobleme zu wenig berücksichtigt. Erforderlich ist ein zweigleisiges Vorgehen: die Behandlung der akuten körperlichen Störung und eine Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Bis heute liegen keine genauen Erkenntnisse darüber vor, wie oft es zu einer Therapie des Alkoholismus kommt. Wahrscheinlich wird bei weitem nicht in allen Fällen eine Diagnose der Alkoholabhängigkeit gestellt, und von den diagnostizierten Alkoholikern und Alkoholikerinnen werden vermutlich nur wenige einer Therapie der Abhängigkeit nahegebracht. Dieses Fazit beruht im wesentlichen auf Resultaten einer Reihe internationaler Untersuchungen (vgl. JOHN & GEISLER, 1993). In einer Studie von TAYLOR et al. (1986) ergaben sich bei 313 Patienten und Patientinnen, bei denen nach Aufnahme Alkoholmißbrauch oder Alkoholabhängigkeit diagnostiziert wurde, folgende Aufnahmeanlässe: Trunkenheit 27 %, Kopfverletzung 22 %, Verkehrsunfall 18 %, Blutungen im Magenbereich 11 %, Delir 6 %, Frakturen 5 %, Blutungen der Speiseröhre 5 %, (sonstige Aufnahmeanlässe jeweils weniger als 5 %). Eine Studie von MOORE et al. (1989) über 2002 Patientinnen und Patienten identifizierte Alko-

holmißbraucher in folgenden Fachgebieten: Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Hals-Nasen-Ohren, Kardiologie, Neurochirurgie, Neurologie, Gynäkologie einschließlich Geburtshilfe, Psychiatrie.

## *1.2 Häufigkeit von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit in stationären Bereichen von Allgemeinkrankenhäusern*

### *Ergebnisse*

Aus dem Stand der Forschung läßt sich das Fazit ziehen, daß 10 bis 20 % der untersuchten Patientinnen und Patienten auf Stationen von Allgemeinkrankenhäusern alkoholabhängig sind. Studien in den USA und Europa stimmen in diesen Quoten überein. In Deutschland liegen bisher zu wenige Arbeiten zur Frage der Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit in Allgemeinkrankenhäusern vor. Unter anderem wurden zwei Studien in Bayern erstellt (ATHEN & SCHRANNER, 1981; MÖLLER et al., 1987), in Lübeck sind zwei Untersuchungen abgeschlossen und weitere in der Durchführungsphase. Die Studien in Deutschland wurden mit dem Münchner Alkoholismustest durchgeführt (FEUERLEIN et al., 1979). Sie zeigen, daß 10 bis 20 % der untersuchten Patienten und Patientinnen alkoholabhängig sind; hinzu kommen Mißbraucher. Nehmen wir beide Gruppen zusammen, so ergeben drei von vier Arbeiten in Deutschland, daß 20 bis 25 % der Patienten und Patientinnen entweder Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit im Sinne des Münchner Alkoholismustests aufweisen. Die Quoten sind bei Männern höher als bei Frauen. Betrachten wir als Beispiele eine Untersuchung aus New York, eine aus Lausanne und eine aus Lübeck, so ergeben sich 30 bis 50 % der männlichen Patienten als alkoholabhängig (vgl. JOHN & GEISLER, 1993).

### *Forschungsaufgaben*

Noch nicht gelöste Probleme betreffen erstens die Frage der Repräsentativität. Wir verfügen bisher lediglich über Ergebnisse, die für einzelne Stationen oder Abteilungen repräsentativ sind. Darüber hinaus sind jedoch repräsentative Resultate für ein Krankenhaus insgesamt und, wenn möglich, für alle Krankenhäuser einer bestimmten Region erforderlich. Ein zweites Problem betrifft die Frage der Diagnostik: In den Allgemeinkrankenhäusern sollte eine übereinstimmend standardisierte Diagnostik der Alkoholabhängigkeit geleistet werden. Ein drittes Problem besteht in der Motivierung der ärztlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, eine Diagnostik der Alkoholabhängigkeit auch durchzuführen. In einer unserer Studien fanden wir mit lediglich vier Fragen (VÄSE; JOHN, 1993) 20.2 % der Patientinnen und Patienten mit einem Verdacht auf Alkoholismus, der eine ausführlichere Diagnostik erforderlich machte. Eine Absicherung durch den Münchner Alkoholismustest ergab 15 % der Patienten und Patientinnen als Alkoholabhängige. Die Stationsärzte identifizierten dagegen nur 8.9 % der Patienten als Alkoholabhängige, wenn wir die entsprechenden schriftlichen Berichte zugrundelegen (JOHN & GEISLER, 1993).

## *2. Motivationsarbeit*

Im folgenden wird mit der Motivationsarbeit ein Ansatz zur Versorgung alkoholabhängiger Patientinnen und Patienten im Allgemeinkrankenhaus vorgestellt. Nach Definitionen geht es um die Struktur eines Motivationsprogramms und therapeutisch potentiell wirksame Faktoren. Die Motivationsarbeit bildet einen Mosaikstein im Gebäude der Versorgung Alkoholkranker (JOHN, 1985). Sie soll möglichst nahe an der medizinischen Primärversorgung angesiedelt sein und vor allem der Behandlung derjenigen Kranken dienen, die zwar zur stationären Behandlung aufgenommen werden, bei denen die Alkoholabhängigkeit aber nicht zielgerichtet behandelt wird.

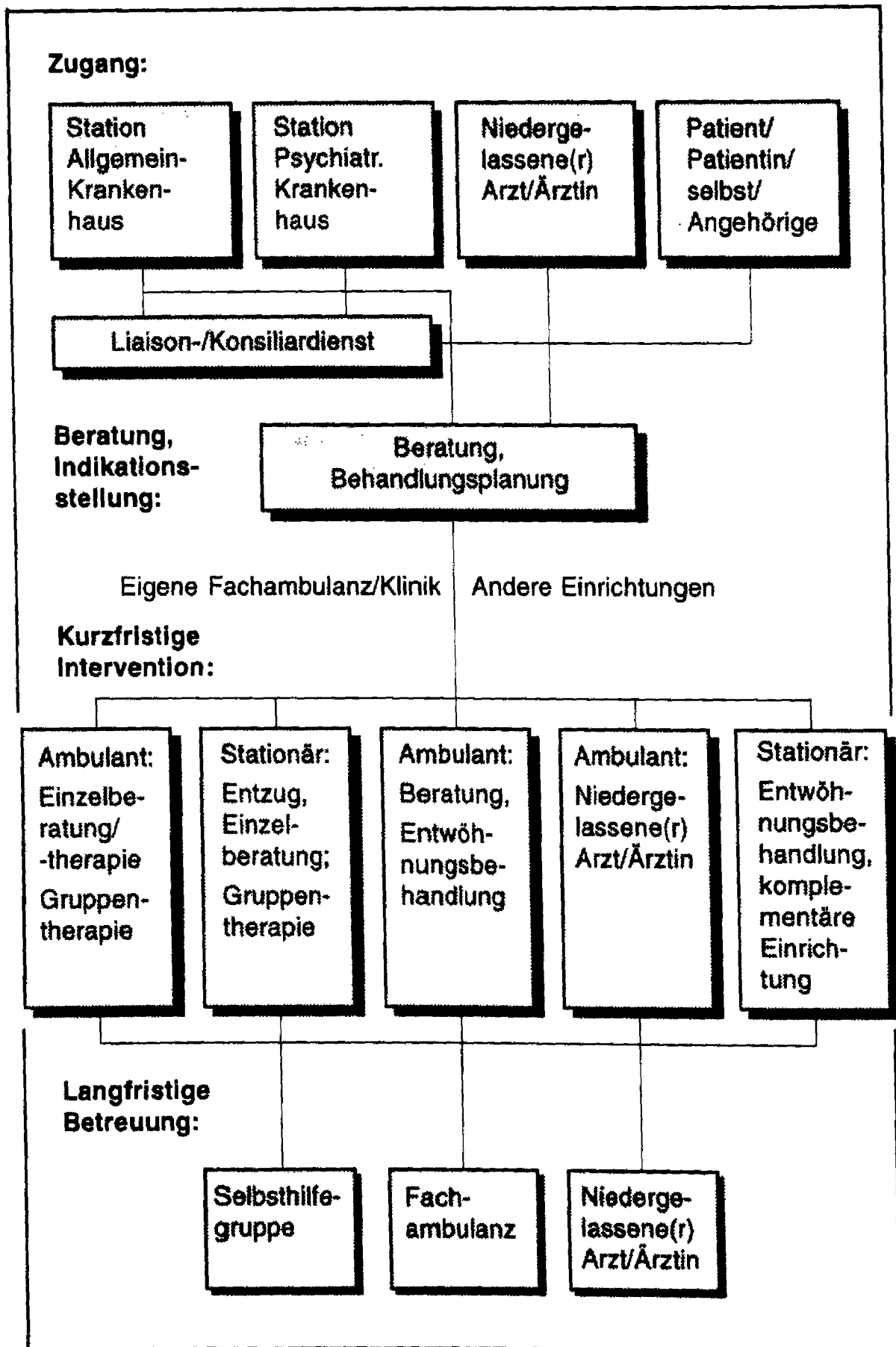
### *2.1 Definitionen*

Motivationsarbeit besteht aus Interventionen mit dem Ziel der Änderung von Verhalten und psychologischen Einstellungen in Richtung einer Abstinenz von psychotropen Substanzen. Das aktuelle Ziel auf seiten der Patientin oder des Patienten kann auch vorübergehende Abstinenz oder gemäßigter Konsum sein; das Fernziel der Behandlung besteht in lebenslanger Abstinenz. Die Interventionen sind an Mißbraucher oder Abhängige von psychotropen Substanzen gerichtet. Bei den Interventionen kann es sich um Beratung, psychotherapeutische oder andere Maßnahmen handeln, die dem Ziel der Abstinenz potentiell dienen. Motivierung soll an einem oder mehreren von drei Elementen ansetzen, auch wenn sie nur rudimentär vorhanden sind: Änderungsmotivation, Behandlungsmotivation, Abstinenzmotivation. Die Änderungsmotivation bezeichnet die Absicht, am eigenen Leben, in beeinträchtigten Bereichen, etwas zu ändern. Sie beinhaltet z.B., daß ein Patient oder eine Patientin meint, etwas gegen seine oder ihre Partnerschaftsprobleme tun zu müssen. Über diesen Weg läßt sich ein Zusammenhang mit dem Alkoholmißbrauch erarbeiten. Die Motivation zur Teilnahme an einer Behandlung (Behandlungsmotivation) kann vordergründig sein. Sie setzt nicht zwingend eine Abstinenzmotivation voraus. Die Abstinenzmotivation ist das entscheidende Ziel, das erarbeitet werden soll.

### *2.2 Struktur eines Motivationsprogramms*

Das folgende Programm ist in die psychiatrische Versorgung oder die medizinische Primärversorgung integrierbar. Es wird ausführlicher von VELTRUP & DRIESSEN (1993) vorgestellt. Es deckt sich weitgehend mit Erfahrungen in einzelnen psychiatrischen Krankenhäusern. Zugangswege für eine solche Interventionseinheit sind u.a. die Stationen im Allgemeinkrankenhaus (Abb. 1). Die Patientinnen und Patienten erhalten nach einer ersten Kontaktaufnahme über einen Liaison- oder Konsiliardienst, der von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Motivationsprogramms geleistet wird, oder als ersten Schritt eine Beratung mit Behandlungsplanung: ein Indikationsgespräch. Nach diesem Indikationsgespräch ergeben sich mehrere Möglichkeiten einer kurzfristigen Intervention.

Abb. 1 Struktur der Motivationsarbeit



In der Fachambulanz für Abhängigkeiten besteht die Möglichkeit von Beratung sowie Einzel- oder Gruppentherapie. Stationär können neben dem somatisch-medizinischen Entzug Einzelberatung sowie die Teilnahme am stationären Motivationsprogramm angeboten werden. Weitere Möglichkeiten sind Beratung oder Behandlung in einer anderen ambulanten Einrichtung oder bei einem niedergelassenen Arzt/Ärztin sowie die Entwöhnungsbehandlung oder die Überweisung an eine komplementäre Einrichtung. Die langfristige Betreuung ist vor allem durch Selbsthilfegruppen gewährleistet. Im folgenden wird ein Ausschnitt, die stationäre Gruppentherapie, beschrieben.

### *Stationäre Gruppentherapie*

Das Behandlungsprogramm ist strukturiert, d.h. für jeden Tag sind die Behandlungselemente und der gesamte Ablauf festgelegt. Die Arbeit in den gruppentherapeutischen Sitzungen orientiert sich allerdings an den Bedürfnissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Verlauf und Inhalte dieser Gesprächsrunden sind durch einen inhaltlichen Rahmen festgelegt. Die Dauer der Behandlung beträgt drei Wochen. Eine Ausdehnung auf vier Wochen ist aufgrund der Erfahrungen wünschenswert.

Eine *Gruppe mit Therapeuten oder Therapeutinnen* findet an allen Wochentagen statt. Die Gruppe dient als sozialer Mikrokosmos der Offenlegung von Verhaltensauffälligkeiten und -störungen und kann so Verhaltensänderungen fördern. In der ersten Woche wird vor allem eine Problem- und Verhaltensanalyse mit allen Patienten und Patientinnen durchgeführt. In der zweiten Woche geht es um das Üben konkreter Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Gefährdungs- und Risikosituationen. In der dritten Woche versuchen die Patienten, mittel- und langfristige Ziele im Rahmen der alkoholbezogenen Probleme zu entwickeln. Je nach Bedarf werden auch Sachthemen in den gruppentherapeutischen Sitzungen besprochen, z.B. Erkrankungen infolge des Alkoholmißbrauchs. Eine *Gruppe ohne Therapeuten* findet einmal wöchentlich statt. Die Patienten sollen Gelegenheit haben, die Regeln ihres Zusammenlebens zu klären und auf deren Einhaltung zu achten. Darüber hinaus müssen sie an drei Abenden in der Woche an Treffen der in der Stadt vertretenen *Selbsthilfegruppen* teilnehmen. Dies soll bei ihnen die Schwellenängste gegenüber Selbsthilfegruppen mindern helfen und sie motivieren, sich für ein Angebot zu entscheiden, das sie nach der Behandlung in Anspruch nehmen möchten.

Bei Bedarf sind *Gespräche zwischen Angehörigen und dem Therapeuten bzw. der Therapeutin* möglich. Ziel ist, den Angehörigen dabei zu helfen, die Patienten und Patientinnen besser zu verstehen und angemessen mit ihnen umzugehen sowie sie zur Teilnahme an einer Angehörigengruppe zu ermuntern. Neben den genannten Angeboten nehmen die Patientinnen und Patienten täglich an *Gymnastik* und *Werktherapie* teil. Dreimal wöchentlich findet *autogenes Training* statt.

### 2.3 Therapeutische Wirkfaktoren

Unabhängig von der Art der Intervention, z.B. ambulante Beratung oder dreiwöchige Motivationsgruppe, gelten 12 Grundsätze der Motivierungsarbeit:

1. Akzeptieren, Empathie zeigen,
2. Selbstwert fördern,
3. Vertrauen geben,
4. den Alkoholkranken Ansprüche durch das soziale Netzwerk verstehbar machen,
5. Alkoholprobleme definieren und den Alkoholkranken die Entscheidung darüber lassen, sich als abhängig zu sehen oder nicht,
6. konfrontieren mit der alkoholischen Realität, wenn Akzeptanz hergestellt ist,
7. den Alkoholkranken die Wahlfreiheit zu Form, Dauer und Ziel der Hilfe lassen,
8. Selbstverantwortlichkeit für die zukünftige Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit fördern,
9. Ziele konkret definieren,
10. die Entscheidung fördern, sich allein oder in der Gruppe mit der Abhängigkeit auseinanderzusetzen,
11. die Wahrnehmung von Risikosituationen für erneuten Alkoholkonsum und entsprechende Verhaltensmöglichkeiten fördern und üben,
12. Kontinuität der Hilfe gewährleisten.

Zwei Behandlungselemente werden im folgenden dargestellt: Umgang mit psychischer Abwehr der Realität der Abhängigkeit sowie Kontinuität der Hilfe.

#### *Umgang mit psychischer Abwehr der Realität der Abhängigkeit*

Abwehr ist als psychischer Schutz Abhängiger zu verstehen, der sein oder ihr alkoholisches Lebenssystem unterstützt. Es handelt sich um abhängigkeitspezifische Wahrnehmungen, Äußerungen und Handlungen. Alkoholkranken stellen diese so auf das Trinken ab, daß sie einen Tagesablauf ermöglichen, der Alkoholkonsum dann erlaubt, wenn er der Abhängigkeit zufolge erforderlich ist. Die Handlungen sind z.B.: Verstecken von Alkohol, Ausreden im Arbeits- oder Familienleben, um rasch an Alkohol zu gelangen. Erklärungsansätze zur Abwehr liegen vor allem in den psychologischen Theorien der kognitiven Dissonanz und des Selbstwertschutzes (JOHN, 1990).

Die Bearbeitung von Abwehr läßt sich als notwendiger Bestandteil der Beratung und Therapie Alkoholabhängiger bezeichnen. Beratung und Therapie sollten persönliche Entscheidungen fördern, insbesondere über die Selbstwahrnehmung als alkoholkrank sowie die Art der Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit. Es lassen sich drei Handlungsleitlinien zum therapeutisch sinnvollen Umgang mit Abwehr zusammenfassen: 1. Die Patienten und Patientinnen sollten zu ihren Einstellungen und Normen über Alkoholkranken im allgemeinen befragt werden. Vieles

von der Abwehr wird dann deutlich. 2. Es ist den Patientinnen und Patienten dabei zu helfen, ihre alkoholische Realität, gekennzeichnet durch die Sorge um ausreichende Alkoholvorräte, zu erkennen. Eine vertrauensvolle Beziehung ist dafür notwendig. 3. Wenn die Abwehr nicht zu groß erscheint, sollten eigene Einstellungen der Alkoholikerinnen und Alkoholiker über das, was wichtige Personen aus dem sozialen Netzwerk meinen, bearbeitet werden. Diese Handlungsleitlinien ergeben sich aus den aufgezeigten Grundsätzen sowie der Beratungspsychologie.

### *Kontinuität der Hilfe*

Die Patientinnen und Patienten lernen primär aus der Gesamtheit ihrer Erfahrungen und nicht zwangsläufig allein aus den Vorschlägen von Therapeuten. Sind sie z.B. überzeugt, aufgrund von Vermeidungsstrategien, ohne weitere Hilfen erneutes Trinken zu verhindern, und mißlingt ihnen dies, wird ein Teil von ihnen geneigt sein, die Argumente der Berater und Beraterinnen für die Notwendigkeit einer Behandlung mehr als vorher zu akzeptieren. Es kommt darauf an, daß die Patientinnen und Patienten vor, während oder nach dem erneuten Trinken den Kontakt zur Beraterin oder dem Berater wieder aufnehmen. Dazu sollte den Betroffenen vermittelt werden, daß ein sogenannter Rückfall auch eine lehrreiche Erfahrung sein kann.

Ein Angebot unter mehreren Hilfen ist die minimale therapeutische Intervention. Sie wurde für jene Patientinnen und Patienten konzipiert, die glauben, daß sie allein aus eigener Kraft „trocken“ bleiben können. Sie werden eingeladen, sich in monatlichen Abständen in der Fachambulanz zu melden, um über ihre Erfahrungen zu berichten. Ziel ist, die Patienten und Patientinnen zu begleiten, ihren Umgang mit Risiko- und Gefährdungssituationen zu besprechen und erforderlichenfalls die Behandlungsmotivation schrittweise zu erhöhen. Eine weitere Form minimaler Intervention ist die „Puste-Ambulanz“: Ehemalige Patienten kommen regelmäßig in die Ambulanz, um ihre Abstinenz mittels Atemalkoholkontrolle unter Beweis zu stellen. Lernpsychologisch läßt sich zeigen, daß dies ein effizientes Vorgehen sein kann.

### *3. Schlußfolgerungen zum Behandlungsbedarf*

Sechs Schlußfolgerungen sind hervorzuheben:

1. Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus wird bisher zu selten entdeckt und zu selten gezielt behandelt.
2. Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus ist ein häufiges Problem.
3. Die Motivationsarbeit ist als ein wirksamer Beitrag zu Hilfen für abhängige Patientinnen und Patienten zu werten.
4. Besonders wichtige Bestandteile der Motivationsarbeit sind die Bearbeitung von Abwehr der Realität der Alkoholabhängigkeit, Kontinuität der Hilfe sowie knappe Interventionen (Beratung, stationäre Kurzintervention).

5. Das Programm der Motivationsarbeit ist in ein Netzwerk der Hilfen eingebunden und ermöglicht individuelle Behandlungsketten.
6. Die Empfehlungsvereinbarung zur Kostenregelung zwischen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen im stationären Bereich aus dem Jahr 1978 (WENIG, 1979) wird dem aktuellen Wissensstand nicht gerecht (vgl. WIENBERG, 1992). Sie regelt Behandlungsnotwendigkeiten lediglich bei einer Minderheit Alkoholabhängiger und sollte deshalb ersetzt werden durch die Vereinbarung einer konzertierten Aktion der an Beratung und Behandlung Alkoholabhängiger Beteiligten. Eine solche Vereinbarung sollte ein breites Spektrum an Hilfen umfassen, um individuelle Behandlungsketten zu ermöglichen.

Es ergibt sich der im folgenden beschriebene Behandlungsbedarf. Stationen zur Motivationsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit sind sowohl an Allgemeinkrankenhäusern als auch an psychiatrischen Krankenhäusern zu errichten oder auszubauen. Möglichst alle Patientinnen und Patienten sind hinsichtlich Alkoholismus zu diagnostizieren. Wenn sich eine Alkoholabhängigkeit oder ein Alkoholmißbrauch als sicher oder wahrscheinlich herausstellt, sind die Betroffenen sobald wie möglich in die stationäre Motivationsbehandlung zu verlegen. Dort sollte eine standardisierte Motivationsarbeit durchgeführt werden, wenn die Patientinnen und Patienten folgende Einschlusskriterien erfüllen: 1. Die Diagnose der Alkoholabhängigkeit oder des Alkoholmißbrauchs ist gestellt. 2. Eine minimale Änderungsmotivation ist vorhanden. Eine Abstinenzmotivation ist nicht zwingend erforderlich. Die Therapie ist ungeeignet für Patienten mit beginnendem Korsakow-Syndrom, mit anderen nicht ausreichend behandelten psychischen oder körperlichen Erkrankungen. Sie benötigen andere therapeutische Hilfen. Die Dauer der stationären Motivationsbehandlung beträgt bis zu vier Wochen. Es sollte sich um Stationen oder Abteilungen mit einer Größe von 18 Betten handeln, in denen die Arbeit in zwei Gruppen zu je neun Patienten und Patientinnen durchgeführt wird. Der Personalbedarf ist nach der Psychiatrie-Personalverordnung zu bemessen. Es sind zehn Stellen für Arzt/Ärztin, Dipl.-Psychologen/Psychologin, Pflegepersonal, Physiotherapeut/Physiotherapeutin, Ergotherapeut/Ergotherapeutin, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin vorzuhalten.



## *Literatur*

- ATHEN, D., SCHRANNER, B.: Zur Häufigkeit von Alkoholikern im Krankengut einer medizinischen Klinik. In: KEUP, W. (Hrsg.): *Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe*. Stuttgart 1981, S. 43–47
- FEUERLEIN, W., KÜFNER, H., RINGER, C. & ANTONS, K. (1979). *Münchener Alkoholismustest*. Weinheim: Beltz.
- JOHN, U. (1985). *Rehabilitation Alkoholabhängiger. Ansätze und Grenzen sozialwissenschaftlicher Untersuchungen*. Freiburg: Lambertus.
- JOHN, U. (1990). *Psychische Abwehr Alkoholabhängiger. Erklärungsansätze, empirische Bestimmung und Behandlung*. In: D. SCHWOON & M. KRAUSZ (Hrsg.) *Suchtkranke. Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke, S. 61–68.
- JOHN, U., & GEISLER, J. (1993). *Fallfindung bei Alkoholismus im Allgemeinkrankenhaus*. Tagung Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Epidemiologie, Berlin, 15./16. 3. 1993.
- JOHN, U. (1993). *Die Alkoholkrankheit. Neue Entwicklungen in Diagnostik und Therapie*. *TW Neurologie Psychiatrie*, 7, 183–186.
- MÖLLER, H. J., ANGERMUND, A., MÜHLEN, B.: *Prävalenzen von Alkoholismus an einem chirurgischen Allgemeinkrankenhaus: Empirische Untersuchungen mit dem Münchener Alkoholismus-Test*. *Suchtgefahren*, 33, 1987, 199–202
- MOORE, A. 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*. *Journal of the American Medical Association*, 261, 403–407.
- TAYLOR, C. L., PASSMORE, N., KILBANE, P. & DAVIES, R. (1986). *Prospective study of alcohol-related admissions in an inner-city hospital*. *Lancet*, 2, 265–268.
- VELTRUP, C. & DRIESSEN, M. (1993). *Einfluß einer Kurzzeitpsychotherapie auf den Krankheitsverlauf bei alkoholabhängigen Patienten*. *Sucht*, 39, 168–172.
- WENIG, M (1979) *Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker*. *Die Krankenversicherung*, 3–14.
- WIENBERG, G. (1992). *Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik – ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen*. In: G. Wienberg (Hrsg.) *Die vergessene Mehrheit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.