

Aus dem Lehrstuhl Neurologie und Psychiatrie (Leiter:
OHR Prof. Dr. med. habil. J. Quardt) der Akademie für
Ärztliche Fortbildung der DDR (Rektor: Prof. Dr. sc. med.
G. Bruschke) und der Klinik für Alkohol- und Drogen-
kranke (Chefarzt: Dr. med. B. Winter) des Wilhelm-Grie-
singer-Krankenhaus Berlin (Ärztlicher Direktor:
MR Doz. Dr. sc. med. B. Nickel)
Betriebsnummern: 00265003 und 90165400

80 HB 5073

Univ.-Bibl.
Bertg

Zur Problematik der befristeten ärztlichen Einweisung
durch Anordnung bei Alkoholismus
Ein kritischer Beitrag zur Anwendung des Gesetzes über
die Einweisung in stationäre Einrichtungen für psy-
chisch Kranke vom 11. Juni 1963.

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades eines
doctor medicinae
(Dr. med.)

vorgelegt der
Akademie für Ärztliche Fortbildung
der Deutschen Demokratischen Republik

von

Christina Gold, Geb. Weise
Geb. am: 19. Dezember 1942 in Jena

und

Dipl.-Med. Rainer Gold
Geb. am: 18. April 1946 in Dessau

8502 8H06

30. 4. 1980 Datum des Beschlusses

- Gutachter: 1. Prof. Dr. med. habil. J. Krauß
2. OMR Prof. Dr. med. habil. P. Herzogmann
3. Dr. sc. med. B. Nickel

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Zielstellung
2. Zur Literatur
 - 2.1 Gesetzliche Kriterien der Einweisung durch Anordnung (EDA)
 - 2.2 Zum Begriff des Alkoholismus (Alkoholmißbrauch; Alkoholabhängigkeit)
 - 2.3 Zur Begründung der Notwendigkeit von Einweisungen durch Anordnung bei "Alkoholismus"
 - 2.4 Zum Prinzip der "Freiwilligkeit" in der Alkohol-
krankenbetreuung
 - 2.5 Zur komplexen Betreuung und Behandlung Alkohol-
kranker unter Beachtung der rehabilitativen
Zielstellung des Einweisungsgesetzes
3. Aufgabenstellung
4. Untersuchungen zu Häufigkeit, Krankengut, Ver-
setzungen und Verfahrensweise der befristeten
ärztlichen Einweisungen durch Anordnung
("§ 6 EinwG) bei "Alkoholismus"
 - 4.1 Vorbemerkungen
 - 4.2 Material und Methodik
 - 4.3 Ergebnisse
 - 4.3.1 Häufigkeit und Verteilung der Einweisungen durch
Anordnung bei "Alkoholismus"
 - 4.3.1.1 Einweisungshäufigkeit
 - 4.3.1.2 Einweisungsgruppen
 - 4.3.1.3 Stadtbewirte
 - 4.3.2 Krankengut

- 4.3.2.1 Verteilung nach Alter und Geschlecht
- 4.3.2.2 Soziale Merkmale
- (Familienstand, Berufstätigkeit und Qualifikation)
- 4.3.2.3 Häufigkeit früherer stationärer psychiatrischer Aufnahmen
- 4.3.2.4 Fachärztliche Diagnosen des "Alkoholismus"
- 4.3.3. Voraussetzungen und Verfahrensweise bei EDA
- 4.3.3.1 Vorbemerkungen
- 4.3.3.2 Aspekte der Verfahrensweise im ambulanten Bereich
- 4.3.3.3 Aspekte der Verfahrensweise im stationären Bereich
- 4.3.4 Beispiele aus der Einweisungspraxis
- 4.3.4.1 Einweisung durch Anordnung nach § 6 trotz Zustimmung
- 4.3.4.2 Mangelhafte Diagnoseerhebung
- 4.3.4.3 Fehlen einer ernsthaften Gefährdung
- 4.4 Diskussion
- 4.4.1 Zur Häufigkeit der EDA
- 4.4.2 Zum Krankengut
- 4.4.3 Zur Anwendung der gesetzlichen Bestimmungen
- 5. Untersuchungen zur ambulanten medizinischen Betreuung von Alkoholkranken nach Einweisung durch Anordnung
- 5.1 Vorbemerkungen und spezielle Aufgabenstellung
- 5.2 Material und Methodik
- 5.2.1 Gruppenbildung
- 5.2.2 Untersuchungsplan
- 5.2.3 Durchführung
- 5.3 Ergebnisse

- 5.3.1 Zur Erfassung und Dokumentation der Behandlungs-
fälle
- 5.3.2 Krankengut (AMB-Gruppe)
- 5.3.2.1 Gruppengröße
- 5.3.2.2 Geschlecht und Lebensalter
- 5.3.2.3 Soziale Merkmale
- 5.3.2.4 Hinweisungsgründe und fachärztliche Diagnosen
- 5.3.3 Epikritische Hinweise für die ambulante Nachbe-
treuung
- 5.3.4 Zur initialen Nachbetreuungsphase
- 5.3.4.1 1. Konsultation nach Entlassung
- 5.3.4.2 Ambulante Aktivitäten im 1. Jahr der Nachbe-
treuung
- 5.3.4.3 Konsultationen im 1. Jahr der Nachbetreuung
- 5.3.4.4 Abstinenzabbruch im 1. Jahr nach der Entlassung
- 5.3.4.5 Wiedereinweisungen wegen "Alkoholismus" im
1. Jahr nach der Entlassung
- 5.3.5 Zum weiteren Verlauf der ambulanten medizini-
schen Betreuung
- 5.3.5.1 Dauer der 1. ambulanten Nachbetreuungsphase
- 5.3.5.2 Betreuungsausgänge der 1. ambulanten Nachbe-
treuungsphase
- 5.3.5.3 Gesamtbetreuungsdauer und Einweisungen in sta-
tionäre Einrichtungen nach der EDA
- 5.3.5.4 Kriminelle Gefährdung
- 5.3.6 Aspekte der ambulanten Nachbetreuung bei Kranken
ohne Behandlungsbereitschaft nach EDA
- 5.3.6.1 Vorbemerkungen und Fragestellung
- 5.3.6.2 Vorgehen

- 5.3.6.3 Ergebnisse und Bewertung
- 5.4 Diskussion
- 5.4.1 Zur Erfassung und Dokumentation
- 5.4.2 Zur ambulanten Nachbetreuung
 - 5.4.2.1 Voraussetzungen
 - 5.4.2.2 Zum Betreuungsvorlauf
 - 5.4.2.3 Zur Beurteilung des Betreuungserfolges
- 6. Generaldiskussion
- 7. Schlussfolgerungen und Vorschläge zur Verbesserung der komplexen Rehabilitation und medizinischen Betreuung von Alkoholkranken
- 8. Zusammenfassung
- 9. Literaturverzeichnis
- 10. Thesen

lanten Bereich die Voraussetzungen dafür geschaffen werden sind, daß die rehabilitative Zielstellung des Einzelgesetzes auch bei dieser Maßnahme realisiert werden kann. Die Anwendung der BdA bei Alkoholkranken darf keinesfalls als Bestrafung aufgefaßt werden. Als ärztliche Maßnahme soll sie den Kranken vorübergehend verpflichten, sich einer medizinischen Betreuung in gesetzlich zulässigem Rahmen zu unterziehen.

(10) Unter den gegebenen Voraussetzungen der spezialisierten Alkoholkrankebetreuung in der Hauptstadt Berlin erscheint die Ausarbeitung eines nach Stadtbezirken gegliederten territorialen Stufenprogrammes zur Verbesserung der ambulanten medizinischen und sozialen Betreuungsbedingungen für Alkoholkranke angezeigt.

Als realistischer Ansatz in der 1. Stufe könnte zunächst der verantwortliche Stadtbezirksarzt einen Beauftragten für die Organisation der spezialisierten ambulanten Alkoholkrankebetreuung benennen. Die Aufgabenstellung der 1. Stufe könnte für den Beauftragten 2 Schwerpunkte enthalten

- Organisation der Erfassung und Dokumentation der Betreuungsfälle und der "Gefährdeten" (Voraussetzungen: Nomenklatur; wissenschaftliches Datenerfassungssystem; Meldungsverfahren zunächst innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens) und

- Förderung der sogenannten Therapeutischen Klubs für Alkoholkranke zur Verbesserung der Rehabilitationsbedingungen in den Stadtbezirken.

Für diese Aspekte liegen Erfahrungen im sozialistischen Ausland und in der DDR vor. Die Entwicklung der 1. Stufe würde wahrscheinlich noch mit den spezialisierten Aufgaben der Psychiatrischen Beratungsstellen verbunden sein.

Dankagung

Bei der Ausarbeitung unserer Dissertationsschrift haben wir vielfältige Unterstützung von unseren Fachkollegen und zahlreichen Mitarbeitern des Gesundheits- und Sozialwesens der Hauptstadt erhalten, wofür wir unseren herzlichsten Dank aussprechen möchten.

Unser besonderer Dank gilt

Herrn OHR Prof. Dr. med. habil. J. Quandt, der seitens des Lehrstuhls für Neurologie und Psychiatrie der Akademie für Ärztliche Fortbildung die Kollektivarbeit persönlich betreut und großzügig gefördert hat;

Herrn Dr. med. E. Winter, unter dessen Leitung wir während unserer ärztlichen Tätigkeit in der Klinik für Alkohol- und Drogenkranke des Wilhelm-Griesinger-Krankenhauses an die Themenstellung und Konzeption der Arbeit herangeführt wurden und der seine Beratung stets zur Verfügung gestellt hat;

dem Ärztlichen Direktor des Wilhelm-Griesinger-Krankenhauses, Herrn MR Doz. Dr. sc. med. B. Nickel und dem damaligen Ärztlichen Direktor, Herrn MR Prof. Dr. sc. med. J. Neumann (Jena) und den Leitern und Mitarbeitern der Neuropsychiatrischen Beratungsstellen der Hauptstadt und der

Beratungsstelle für Alkohol- und Drogenkranke im
Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus für ihre bereit-
willige technische Unterstützung.

Herrn Prof.Dr.sc.med. W. Oelsner, Herrn OMR Prof.Dr.med.
habil. F. Hagemann und Herrn Prof.Dr.med.habil. D. Müller
danken wir für ihr Interesse an der Fortigstellung der
Arbeit.