

M. Soyka · S. Hasemann · C. D. Scharfenberg · B. Löhnert · M. Bottlender  
Psychiatrische Klinik und Poliklinik, Ludwig-Maximilians-Universität München

# Prospektive Untersuchung zur Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten

## Ergebnisse zur Haltequote und Katamnese

### Zusammenfassung

Berichtet werden erste Ergebnisse einer klinischen und katamnesticen Untersuchung zur Effizienz einer intensiven ambulanten Entwöhnungstherapie bei Alkoholkranken. In die Studie konnten 102 Patienten eingeschlossen werden. Die durchschnittliche Dauer der Alkoholabhängigkeit betrug 15 ( $\pm$ 9) Jahre, die letzte durchschnittliche Trinkmenge 193 g reiner Alkohol.

Die Haltequote betrug 72,5%, 18 der 25 Abbrüche erfolgten wegen Alkoholrückfällen. Rückfällige Therapieabbrecher wiesen im Mittel eine längere Alkoholbelastung und signifikant mehr Vorbehandlungen als Therapiebeender auf, berichteten bei Aufnahme auch über ein signifikant stärkeres Alkoholverlangen. Ferner erreichten sie auch bei Therapiebeginn signifikant höhere Summenscores im BDI (Depressivität) und STAI (Ängstlichkeit). Für die katamnesticen Zeitpunkte 6 bzw. 12 Monate nach Therapiequote wurde eine hohe Ausschöpfquote mit ca. 90% erreicht. Die Abstinenzquote beträgt 6 Monate nach Therapieende 64%. Über den gesamten 12-Monats-Katamnese-Zeitraum waren 56% der Patienten abstinent, 14% gebessert und 30% rückfällig. Therapeutische Implikationen dieses befriedigenden Therapieergebnisses werden diskutiert und der heutige Kenntnisstand zur Effizienz ambulanter Therapien bei Alkoholabhängigkeit dargestellt.

### Schlüsselwörter

Alkohol · Alkoholabhängigkeit · Ambulante Entwöhnung · Psychotherapie

Die Psychotherapie und medizinische Rehabilitation Alkoholabhängiger erfolgt in Deutschland überwiegend in Fachkliniken und spezialisierten Abteilungen in psychiatrischen Kliniken, wobei vornehmlich auf verhaltenstherapeutische Techniken, Familientherapie sowie tiefenpsychologische Ansätze zurückgegriffen wird [33]. Ferner kommen gestalttherapeutische Methoden und die klientenzentrierte Gesprächstherapie zur Anwendung [10, 31, 33]. In der Praxis arbeiten viele Behandlungseinrichtungen mit Kombinationen aus verschiedenen psychotherapeutischen Schulen (eklektizistische Therapie). Bei den Behandlungseinrichtungen dominieren noch stationäre Behandlungsformen, während die ambulante und teilstationäre Behandlung trotz der seit 1991 durch die „Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht“ gegebenen Rahmenbedingungen noch vergleichsweise unterrepräsentiert ist.

Dabei kommt die bisherige Struktur der Alkoholtherapie den Patienteninteressen nur teilweise entgegen [20]. Speziell der Ausbau ambulanter Versorgungssysteme ist wiederholt empfohlen worden [30]. Ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [5] fordert den Aufbau gemeindenaher Behandlungskonzepte und eine Modifizierung der Empfehlungsvereinbarung zur Finanzierung der Behandlung alkoholabhängiger Patienten.

Zur Effizienz von ambulanten und stationären Alkoholtherapien sind eine

Reihe von Übersichten und Metaanalysen veröffentlicht worden [8, 19, 22, 24], wobei die Frage, ob ambulante und stationären Therapien gleichwertig sind, durchaus kontrovers diskutiert wird.

Nach älteren Übersichten [8] zeigen Mehrjahreskatamnesen stationär behandelte Alkoholabhängiger, dass etwa ein Drittel der Patienten abstinent bleibt, ein Drittel sporadisch bis unregelmäßig und das letzte Drittel massiv bis kontinuierlich rückfällig wird. Süß [36] fand in einer neueren Metaanalyse sogar noch etwas schlechtere Therapieergebnisse stationärer Entwöhnungstherapien. Dem gegenüber stehen positive Ergebnisse deutscher Studien, insbesondere der 4-Jahres-Katamnese der sog. Meat-Studie [10] mit einer Abstinenzrate von 46% (4-Jahres-Katamnese). Dabei wurden hier noch überwiegend Therapien mit 3- bis 6-monatiger Behandlungsdauer, wie sie bis vor wenigen Jahren in deutschen Fachkliniken üblich waren, erfasst. Unter dem Kostendruck im Gesundheitswesen werden aber heute vermehrt kürzere stationäre Therapien oder ambulante Entwöhnungsmaßnahmen angeboten [16].

1991 wurden durch die „Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabili-

© Springer-Verlag 2003

Dr. M. Bottlender  
Psychiatrische Klinik und Poliklinik,  
LMU München, Nußbaumstraße 7,  
80336 München,  
E-Mail: bottlend@psy.med.uni-muenchen.de

M. Soyka · S. Hasemann · C. D. Scharfenberg  
B. Löhnert · M. Bottlender

## New possibilities in treatment and rehabilitation of alcohol-dependent patients – a catamnestic study on the efficiency of outpatient treatment programmes demonstrated by a model procedure

### Summary

First results of a clinical and catamnestic investigation are reported for the efficiency of a highly structured outpatient therapy with alcohol-dependents. One hundred and two patients were included in the study. Of the patients, 60% were male and 40% female. The average age was 45 years ( $\pm 8$ ). The average duration of alcohol dependence amounted to 15 years ( $\pm 9$ ), and the last average quantity of pure alcohol drunk was 193 g. Twenty-seven per cent of the patients had completed inpatient therapies in the past. Treatment retention amounted to  $n=74$  (72.5%), and 18 of the 25 dropped out because of alcohol relapse. On average, relapsed dropouts indicated a longer abuse of alcohol and significantly more pretreatments than completers, and they also reported significantly stronger craving for alcohol (measured with the OCDS). Furthermore, they also achieved significantly higher total scores in the BDI (depression) and STAI (anxiety) scales at the beginning of therapy. At 6/12-month follow-ups, 90%–95% of the patients were successfully located and interviewed. Analyses revealed that 64% of the patients were still abstinent at 6-month follow-up evaluation, and 56% had remained abstinent until 12-month follow-up. Therapeutic implications of these satisfying therapy results are discussed, and the current knowledge on the efficiency of outpatient therapies is presented.

### Keywords

Alcohol · Alcoholism · Outpatient treatment · Psychotherapy

tationsmaßnahmen Sucht“ der Kranken- und Rentenversicherungsträger, die rechtlichen Grundlagen für die Durchführung und Finanzierung ambulanter Entwöhnungstherapien geregelt [7]. In dieser Rahmenvereinbarung wurden unter anderem Indikationsrichtlinien, Ausschlusskriterien und Qualitätsstandards für die Durchführung entsprechender Therapiemaßnahmen festgehalten. Als Indikation zur ambulanten Rehabilitation Alkoholabhängiger nannte die Rahmenvereinbarung folgendes:

- relativ intaktes soziales Umfeld,
- Bereitschaft und Fähigkeit zur Suchtmittelabstinenz,
- Fähigkeit und Motivation zur aktiven Mitarbeit, regelmäßigen Teilnahme sowie zur Einhaltung des Therapieplans,
- ausreichende berufliche Integration,
- stabile Wohnsituation.

Folgende Ausschlusskriterien wurden genannt:

- schwere körperliche und neurologische Folgeschäden,
- psychiatrische Störungen, die nur stationär zu behandeln sind (z. B. akute Psychose, Suizidgefahr),
- Fehlen sozialer Integration,
- fehlende Behandlungsbereitschaft,
- Notwendigkeit der Herausnahme aus dem pathogenen Milieu.

Es sei betont, dass diese Indikationskriterien nicht auf ausreichender empirischer Basis beruhen, gleichwohl aber Grundlage von Entscheidungen zur Kostenübernahme seitens der Rentenversicherungsträger sind. Gemäß der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht [7] besteht die Verpflichtung zur Erfolgskontrolle der Behandlungseinrichtungen.

Von wissenschaftlicher Seite und bei den Kostenträgern besteht noch weitgehend Unklarheit über den Therapieerfolg und die prognostischen Kriterien für eine ambulante Therapie. Diese Unsicherheit führt u. E. nicht selten zu Fehlallokationen und evtl. falschen und teuren Entscheidungen der Kostenträger, bestimmte Patienten nur stationär zu behandeln.

Wir berichten über eine prospektiv angelegte Katamnese zur Evaluation der

Effizienz einer ambulanten Entwöhnungstherapie mit einem als hochstrukturiert anzusehenden Therapieprogramm, das bereits Gegenstand einer früheren retrospektiven 18-Monats-Katamnese war [35], die eine Abstinenzrate von immerhin 46% gezeigt hatte.

In der vorliegenden Untersuchung sollen folgende Fragestellungen bearbeitet werden:

1. Wie hoch ist der Prozentsatz der Patienten, die die ambulante Entwöhnungstherapie erfolgreich abschließen können (Haltequote), wie häufig sind Alkoholrückfälle während der Therapie, und wie hoch ist der Anteil alkoholabstinenter Patienten bei Therapieende und nach 6 und 12 Monaten?
2. Welche soziodemographischen, klinischen und psychopathologischen Merkmale gibt es für den Therapieerfolg (Haltequote)?
3. Bessern sich psychopathologische Symptome wie Depressivität und Ängstlichkeit im Zeitverlauf und haben sie Bedeutung für die Haltequote?

### Methodik

In der prospektiv angelegten Studie wurden von April 1999 bis April 2000 insgesamt 103 alkoholabhängige Patienten eingeschlossen, die in diesem Zeitraum die ambulante Entwöhnungstherapie in der Klientenzentrierten Problemberatung Dachau (KPB) begannen. Das Therapiekonzept der untersuchten Fachambulanz für Suchterkrankungen ist an anderer Stelle bereits mehrfach dargestellt worden [35], soll aber zum besseren Verständnis noch einmal kurz skizziert werden.

Vor Therapiebeginn durchlaufen die Patienten eine Motivationsphase von bis zu 12 Wochen, in der sie im Rahmen der Fachambulanz an Therapiegruppen sowie Einzelgesprächen teilnehmen. Die ambulante Entwöhnungstherapie umfasst 80 bis maximal 120 Therapiestunden und dauert im Regelfall 6–9 (im Mittel 8) Monate. Das Therapiekonzept ist von den Rentenversicherungsträgern (LVA, BfA) anerkannt. Es ist eklektizistisch mit besonderer Betonung von klientenzentrierter Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Gestalttherapie, Entspannungstherapie und Angehörigenar-

beit. Das Therapiesetting ist multimodal, d. h. es finden wöchentlich Einzel- und Gruppengespräche sowie eine Informationsgruppe zur Psychoedukation im Anfangsstadium der Therapie statt.

### Therapieverlauf

Zur Beurteilung der Abstinenz während des Therapieverlaufs werden die Patienten regelmäßig Atemalkoholkontrollen unterzogen; zudem werden zur Objektivierung während des Verlaufs die Laborparameter GGT und CDT kontrolliert. Jeder Alkoholkonsum während der Therapie wird als Rückfall gewertet. Wiederholte Rückfälle (>2 Rückfälle) bzw. fehlende Krankheitseinsicht nach Rückfall führen zur disziplinarischen Entlassung.

Alle Patienten erfüllten die ICD-10- und DSM-IV-Kriterien der Alkoholabhängigkeit. Bei Therapiebeginn konnten bei den Patienten keine komorbiden Achse-I-Störungen diagnostiziert werden. Die Patienten erhielten während der Therapie keine spezielle psychopharmakologische Medikation. Die Patienten wurden nach schriftlicher Einverständniserklärung zu Beginn (Prätest) und zum Abschluss der Entwöhnungstherapie (Posttest) untersucht. Auch Patienten, die die Therapie vorzeitig bzw. irregulär beendeten wurden nachuntersucht.

### Nachuntersuchung

Katamnestiche Untersuchungen im Rahmen von persönlichen Interviews fanden 6 und 12 Monate nach Therapieende statt. Die Interviews wurden von externen Wissenschaftlern (CDS und MB) erhoben. Es wurden auch diejenigen Patienten katamnestiche nachuntersucht, die die Therapie nicht regulär beendet hatten. Als Grundlage zur Bewertung des Outcomes wurde die Klassifikation von Feuerlein und Küfner [9] verwendet. Danach wurden Patienten als **abstinent** gewertet, bei denen weder ein subjektiver Bericht noch ein objektiver Hinweis für Alkoholkonsum vorlag. Als **gebessert** wurden die Patienten gewertet, die während der letzten 6 Monate nicht mehr als 3 Trinkperioden hatten (Dauer <1 Woche) oder die weniger als 30 g (Frauen) bzw. 60 g (Männer) Alkohol pro Tag regelmäßig konsumiert hatten und bei denen keine Anzeichen für pathologisches Trinken vorlagen und

die weder wegen körperlicher noch psychischer Störungen infolge Alkoholkonsums stationär behandelt worden waren. Als **rückfällig** galten die Patienten, die die oben genannten Bedingungen nicht erfüllen konnten. Patienten, die zum Katamnesezeitpunkt nicht erreichbar waren bzw. ein Interview verweigerten wurden im Sinne einer Worst-case-Annahme als rückfällig gewertet.

Vorgesehen sind weitere Nachuntersuchungen 24 und 36 Monate nach Therapieende. Hierzu liegen allerdings noch keine Daten vor.

### Dokumentation

Als Untersuchungsinstrumente wurden zur Dokumentation der Suchtanamnese, zum Abschätzen des Schweregrades der Alkoholabhängigkeit, zur Erfassung von Sozialdaten, der Familienanamnese und zum Screening komorbider psychiatrischer Erkrankungen der Dokumentationsstandard der DG Sucht [6] und der EuropASI [12] verwendet (halbstrukturierte Interviews). Die Interviews wurden von Assistenzärzten der Psychiatrischen Klinik LMU durchgeführt, die seit mindestens 4 Jahren klinische Erfahrung mit alkoholabhängigen und psychiatrischen Patienten haben. Die Patienten erhielten zum selbständigen Ausfüllen das Beck Depressions Inventar (BDI) [2], die Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) ([1], deutsche Fassung [26]), das State Trait Anxiety Inventory (STAI) [18].

### Statistik

Die statistischen Analysen erfolgten mit dem SPSS-Programm. Bei normalverteilten Variablen wurde der T-Test verwendet, bei parametrischen, nicht normalverteilten der Mann-Whitney-U-Test und bei nichtparametrischen Tests der  $\chi^2$ -Test.

### Ergebnisse

#### Patientencharakteristika

Insgesamt konnten 103 Patienten in die Studie eingeschlossen werden; ein Patient verstarb 2 Monate nach Therapiebeginn an einer nicht alkoholassoziierten Krankheit (AIDS). In die statistischen Analysen wurden somit 102 Patienten einbezogen. Die wichtigsten soziodemo-

graphischen Parameter sind in Tabelle 1 dargestellt. 61 (60%) Patienten waren männlich, 41 (40%) weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 45 ( $\pm 8$ ) Jahren. 59% der Patienten waren verheiratet, 15% ledig, 25% geschieden und 2% verwitwet.

Es zeigte sich eine im Mittel sehr lange Alkoholbelastung: Die durchschnittliche Dauer der Alkoholabhängigkeit betrug 15 ( $\pm 9$ ) Jahre, die letzte tägliche Trinkmenge vor Therapiebeginn gemittelt 193 ( $\pm 103$ ) g reiner Alkohol. Das Ersterkrankungsalter der Alkoholabhängigkeit lag bei 29 ( $\pm 11$ ) Jahren. 27 (26,5%) Patienten hatten in der Vorgeschichte eine stationäre Entwöhnungstherapie durchgeführt, 20 (19,6%) eine ambulante Entwöhnungstherapie.

### Ergebnisse zum Therapieverlauf

28 (27%) Patienten beendeten die Therapie irregulär. Dabei erfolgte bei 18 (18%) der Therapieabbruch wegen Rückfälligkeit: Diese Patienten beendeten entweder selbständig die Therapie, oder es erfolgte eine disziplinarische Entlassung wegen wiederholter Rückfälligkeit bzw. fehlender Krankheitseinsicht. Bei 10 Patienten (9,8%) kam es aus anderen Gründen (beruflich, privat, Vorgabe durch den Kostenträger) zum Therapieabbruch.

In der Gesamtstichprobe ereignete sich bei 32 (31,4%) Patienten während der Therapie ein Rückfall, 70 (68,8%) Patienten waren während der gesamten Therapie abstinent. Bei 17 (16,6%) dauerte der Rückfall maximal 3 Tage, bei 15 (15,7%) dauerte er länger als 3 Tage. 11 (10,8%) Patienten wurden während der Therapie 2-mal rückfällig, 3 Patienten (2,9%) wurden 3-mal rückfällig.

Ein Vergleich der rückfallbedingten Therapieabbrecher mit den anderen Patienten zeigt, dass diese signifikant häufiger weiblich waren und geschieden waren; im Übrigen ergaben sich hinsichtlich soziodemographischer Variablen keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 1).

Bezüglich suchtspezifischer Parameter zeigten sich folgende signifikante Unterschiede zwischen rückfallbedingten Therapieabbrechern und den übrigen Patienten: Therapieabbrecher hatten in der Vorgeschichte signifikant häufiger eine suchtspezifische Therapie durchgeführt, insbesondere stationäre Entwöhnungstherapien. Diese Patienten hatten auch bereits anamnestisch signi-

Tabelle 1  
Soziodemographische Angaben

	Gesamtkollektiv N=102	Therapieende durch rückfallbedingten Abbruch N=18	Therapieende regulär oder durch nicht rückfallbedingten Abbruch N=84	p
Alter [Jahre]	44,9 (±8,1)	46,3 (±7,1)	44,6 (±8,3)	0,6406
Geschlecht				0,0461*
Männlich	59,8% (N=61)	38,9% (N=7)	64,3% (N=54)	
Weiblich	40,2% (N=41)	61,1% (N=11)	35,7% (N=30)	
Familienstand				0,0163*
Verheiratet	58,8% (N=60)	38,9% (N=7)	63,1% (N=53)	
Ledig	14,7% (N=15)	5,6% (N=1)	16,7% (N=14)	
Geschieden	24,5% (N=25)	55,6% (N=10)	17,9% (N=15)	
Verwitwet	2,0% (N=2)	0,0% (N=0)	2,4% (N=2)	
Verheiratet oder nicht:				0,0583
Verheiratet	58,8% (N=60)	38,9% (N=7)	63,1% (N=53)	
Nicht verheiratet	41,2% (N=42)	61,1% (N=11)	36,9% (N=31)	
Geschieden oder nicht:				0,0007*
Geschieden	24,5% (N=25)	55,6% (N=10)	17,9% (N=15)	
Nicht geschieden	75,5% (N=77)	44,4% (N=8)	82,1% (N=69)	
Partnerschaft				0,7169
Alleinstehend	18,6% (N=19)	16,7% (N=3)	19,1% (N=16)	
Zeitweilige Beziehung	3,9% (N=4)	0,0% (N=0)	4,8% (N=4)	
Feste Beziehung, zusammen lebend	65,7% (N=67)	66,7% (N=12)	65,5% (N=55)	
Feste Beziehung, getrennt lebend	11,8% (N=12)	16,7% (N=3)	10,7% (N=9)	
Schulbildung				0,1060
Kein Schulabschluss	10,8% (N=11)	5,6% (N=1)	11,9% (N=10)	
Hauptschulabschluss	40,2% (N=41)	44,4% (N=8)	39,3% (N=33)	
Mittlere Reife	26,5% (N=27)	44,4% (N=8)	22,6% (N=19)	
(Fach-)Hochschulreife	22,6% (N=23)	5,6% (N=1)	26,2% (N=22)	
Beruflicher Status				0,9559
(Fach-)Arbeiter/Schüler	24,5% (N=25)	22,2% (N=4)	25,0% (N=21)	
Angestellter/Selbständiger	47,1% (N=48)	50,0% (N=9)	46,4% (N=39)	
Hausfrau/Rentner/nicht erwerbstätig	28,4% (N=29)	27,8% (N=5)	28,6% (N=24)	
Arbeitslos oder nicht:				0,6660
Arbeitslos	18,6% (N=19)	22,2% (N=4)	17,9% (N=15)	
Nicht arbeitslos	81,4% (N=83)	77,8% (N=14)	82,1% (N=69)	
Monatliches Nettoeinkommen [DM]	2931 (±1968)	2926 (±19.552)	2931 (±78.085)	0,2959
Längste Beschäftigung [Monate]	155 (±108)	135 (±117)	160 (±107)	0,1775
Längste Arbeitslosigkeit [Monate]	11 (±26)	17 (±29)	10 (±26)	0,1170

fikant häufiger eine Entwöhnungsbehandlung abgebrochen. Therapieabbrecher waren signifikant häufiger mit einem suchtkranken Partner liiert. Bezüglich der Erkrankungsdauer, des Alkoholkonsums vor der Therapie und der Anzahl der Entgiftungen waren Therapieabbrecher stärker belastet (Tabelle 2).

Weiter zeigte sich, dass sich die psychopathologischen Parameter Ängstlichkeit und Depressivität im Therapieverlauf in der Gesamtstichprobe deutlich besserten (Tabelle 3).

Im Vergleich zwischen den rückfallbedingten Therapieabbrecher und den übrigen Patienten ergaben sich signifi-

kante Unterschiede bezüglich der Depressivität, der Ängstlichkeit sowie dem Alkohol-Craving (Tabelle 3). Die rückfallbedingten Therapieabbrecher wiesen schon bei Aufnahme signifikant höhere Depressions- und Ängstlichkeits-Scores auf; weiterhin gaben sie ein erhöhtes Alkoholverlangen (Craving) an. Auch bei

## Originalien

Tabelle 2  
Suchtspezifische Parameter<sup>a</sup>

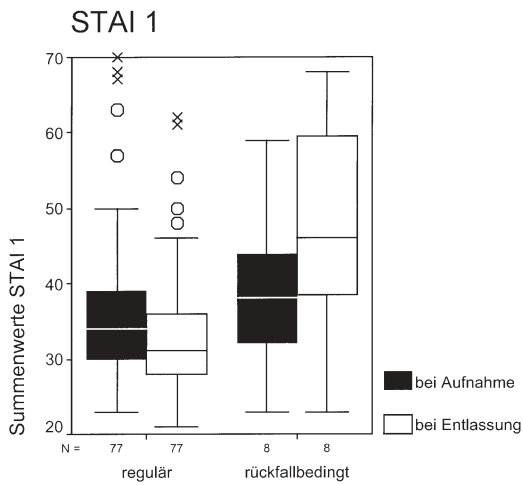
	Gesamtkollektiv N=102	Therapieende durch rückfallbedingten Abbruch N=18	Therapieende regulär oder durch nicht rückfallbedingten Abbruch N=84	p
Ersterkrankungsalter [Jahre]	28,9 (±10,6)	28,1 (±11,2)	29,1 (±10,5)	0,5530
Jahre des Gebrauchs	14,8 (±9,3)	16,9 (±11,7)	14,4 (±8,8)	0,4712
Tägliche Alkoholmenge [g]	193,4 (±102,5)	215,0 (±176,5)	188,7 (±79,2)	0,4982
Komorbide Medikamentenabhängigkeit	16,7% (N=17)	16,7% (N=3)	16,7% (N=14)	1,0000
Suchtspezifische Therapie in der Vorgeschichte	35,3% (N=36)	66,7% (N=12)	28,6% (N=24)	0,0052*
Ambulante Therapie n der Vorgeschichte	19,6% (N=20)	33,3% (N=6)	16,7% (N=14)	0,0822
Stationäre Therapie in der Vorgeschichte	26,5% (N=27)	61,1% (N=11)	19,0% (N=16)	0,001*
Anzahl der ambulanten Therapien	0,2 (±0,5)	0,3 (±0,5)	0,2 (±0,5)	0,1264
Anzahl der stationären Therapien	0,4 (±0,7)	0,9 (±1,0)	0,2 (±0,6)	0,0001*
Maximale Abstinenz in der Vorgeschichte [Monate]	15,2 (±26,4)	11,0 (±11,0)	16,1 (±28,7)	0,5373
Deliranzahl in der Vorgeschichte	0,3 (±0,6)	0,2 (±0,4)	0,3 (±0,7)	0,7457
Anzahl der Entgiftungen in der Vorgeschichte	1,4 (±2,0)	2,3 (±2,8)	1,2 (±1,8)	0,0625
Therapieabbruch in der Vorgeschichte	11,8% (N=12)	27,8% (N=5)	8,3% (N=7)	0,035*
Positive Familienanamnese	44,1% (N=45)	38,9% (N=7)	45,2% (N=38)	0,7946
Partner mit Suchterkrankung	14,7% (N=15)	38,9% (N=7)	9,5% (N=8)	0,0051*

<sup>a</sup> Gesamtzahl der untersuchten Patienten: n=102, Abbruch wegen Rückfall: n=18

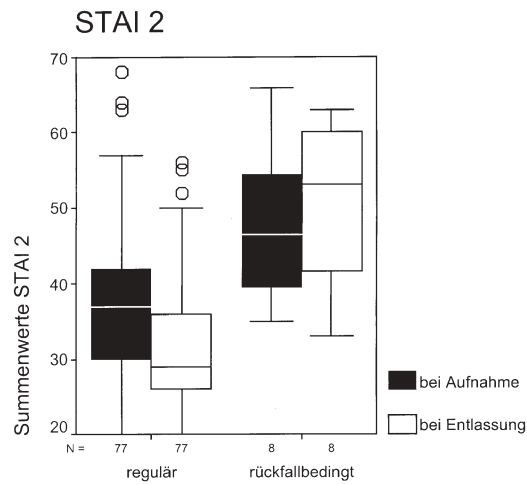
Tabelle 3  
Skalen zur Psychopathologie

	Gesamtkollektiv N <sub>gesamt</sub> =102		Therapieende durch rückfallbedingten Abbruch N <sub>gesamt</sub> =18		Therapieende regulär oder durch nicht rückfallbedingten Abbruch N <sub>gesamt</sub> =84		p
Σ STAI 1 gemittelt bei Aufnahme	N=101	37,3 (±10,4)	N=18	40,2 (±10,0)	N=83	36,7 (±10,5)	0,1068
Σ STAI 2 gemittelt bei Aufnahme	N=101	39,0 (±10,9)	N=18	44,6 (±11,0)	N=83	37,8 (±10,6)	0,0159*
Σ BDI gemittelt bei Aufnahme	N=99	7,0 (±8,1)	N=15	12,3 (±9,0)	N=84	6,1 (±7,6)	0,0036*
Σ OCDS gemittelt bei Aufnahme	N=99	4,7 (±4,1)	N=15	7,1 (±4,0)	N=84	4,3 (±4,0)	0,0084*
Σ STAI 1 gemittelt bei Entlassung	N=86	34,4 (±9,9)	N=8	47,4 (±14,8)	N=78	33,1 (±8,2)	0,0043*
Σ STAI 2 gemittelt bei Entlassung	N=86	33,7 (±10,5)	N=8	50,6 (±11,0)	N=78	31,9 (±8,8)	0,0002*
Σ BDI gemittelt bei Entlassung	N=86	5,2 (±8,0)	N=8	19,0 (±13,4)	N=78	3,8 (±5,6)	0,0009*
Σ OCDS gemittelt bei Entlassung	N=87	3,2 (±3,8)	N=8	9,0 (±5,2)	N=79	2,6 (±3,0)	0,0029*

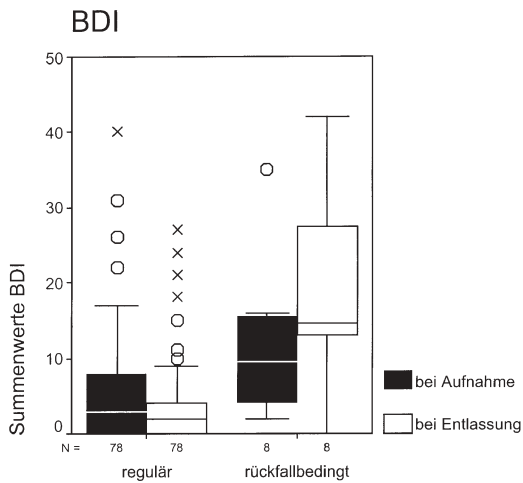
N Angabe der jeweils gültigen Kollektivgröße bei fehlenden Werten, STAI State Trait Anxiety Inventory, BDI Beck Depression Inventory, OCDS Obsessive Compulsive Drinking Scale



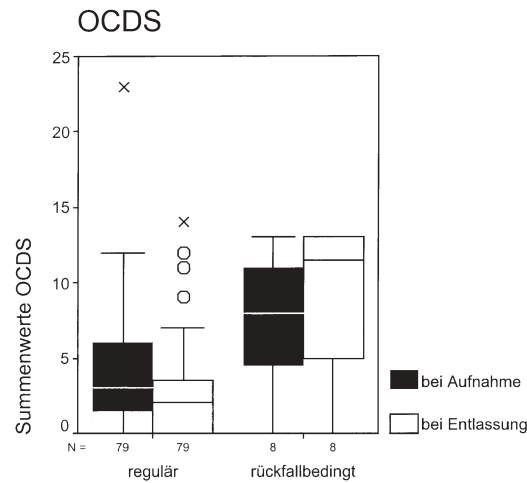
a Therapieabschluss



b Therapieabschluss



c Therapieabschluss



d Therapieabschluss

Abb. 1 ▲ a STAI 1: Summenscores bei rückfallbedingten Therapieabbruchern im Vergleich zu den restlichen Patienten jeweils bei Aufnahme und Entlassung/Abbruch. b STAI 2: Summenscores bei rückfallbedingten Therapieabbruchern im Vergleich zu den restlichen Patienten jeweils bei Aufnahme und Entlassung/Abbruch. c BDI: Summenscores bei rückfallbedingten Therapieabbruchern im Vergleich zu den restlichen Patienten jeweils bei Aufnahme und Entlassung/Abbruch. d OCDS: Summenscores bei rückfallbedingten Therapieabbruchern im Vergleich zu den restlichen Patienten jeweils bei Aufnahme und Entlassung/Abbruch

Entlassung (bzw. Therapieabbruch) wiesen die rückfallbedingten Therapieabbrucher diesbezüglich noch hochsignifikant höhere Werte auf (Abb. 1, Tabelle 3).

### Ergebnisse zur 6- und 12-Monats-Katamnese

Zum Zeitpunkt 6 Monate nach Therapieende konnten 97 Patienten (95%) in persönlichen Interviews nachuntersucht werden. Fünf Patienten (5%) verweigerten eine Nachuntersuchung bzw. waren nicht erreichbar. Orientierend an den

Kriterien von Feuerlein und Kufner [9] können wir für diesen Zeitraum eine glaubhafte Abstinenz bei 65 Patienten (64%) annehmen (weder ein subjektiver Bericht noch ein objektiver Hinweis für Alkoholkonsum). Als gebessert, d. h. während der letzten 6 Monate nicht mehr als 3 Trinkperioden (Dauer <1 Woche), keine Anzeichen für pathologisches Trinken und weder körperliche bzw. psychiatrische Erkrankungen noch stationäre Behandlung aufgrund von Alkoholkonsum während der letzten 6 Monate, konnten insgesamt 15 Patienten

(15%) eingestuft werden. 22 Patienten (21%) hatten während der letzten 6 Monate nach Therapieende mehr als 3 Trinkperioden mit einer Dauer von mehr als einer Woche oder wiesen alkoholassoziierte Erkrankungen bzw. stationäre Behandlungen wegen der Alkoholabhängigkeit auf, gelten somit als rückfällig.

Zum Zeitpunkt 12 Monate nach Therapieende konnten von 90 Patienten (90%) persönliche Katamnesen erhoben werden. 10 Patienten haben ein Interview verweigert bzw. waren nicht lokalisierbar. 64 Patienten (63%) konnten zu diesem Zeitpunkt in den 6 Monaten vor Befragung als abstinent gewertet werden, 10 Patienten (10%) als gebessert und 28 Patienten (27%) als rückfällig.

Für den gesamten Katamnesezeitraum (12 Monate nach Therapieende) können wir eine Abstinenzquote von

56% (57 Patienten) verzeichnen, 14 Patienten (14%) sind gebessert und 30 Patienten (30%) sind rückfällig.

## Diskussion

Ziel der vorliegenden Untersuchung war die Erfassung der Effizienz einer hochstrukturierten ambulanten Entwöhnungstherapie bei alkoholabhängigen Patienten. In die prospektiv ausgerichtete Untersuchung wurden 102 Patienten (ein Behandlungsjahrgang) in einer auf die Therapie von Suchterkrankungen spezialisierten Fachambulanz eingeschlossen. 28 Patienten beendeten die Therapie vorzeitig, in 18 Fällen wegen Alkoholrückfällen. Die Haltequote war mit 72,5% günstig und vergleichbar derer stationärer Behandlungen [11]. Obwohl bei der relativ geringen Fallzahl statistische Analysen mit Zurückhaltung diskutiert werden sollten, wiesen alkoholrückfällige Therapieabbrecher eine Reihe von interessanten Besonderheiten auf:

- Sie waren signifikant häufiger weiblich,
- lebten signifikant häufiger in Scheidung,
- waren signifikant häufiger mit einem suchtkranken Partner liiert,
- wiesen eine höhere Rate von alkoholspezifischen Vorbehandlungen auf und
- erreichten vor allem signifikant höhere Summenscores beim BDI (Depressivität), STAI (Ängstlichkeit) und OCDS (Alkoholverlangen) schon bei Aufnahme in die Therapie sowie bei Therapiebeendigung bzw. -abbruch.

Zwar kann man bei den vorliegenden Befunden nicht von klinisch relevanten depressiven oder Angstsymptomen sprechen, immerhin deuten die Ergebnisse auf zumindest subklinische Symptome hin, die für die Prognose und Therapie relevant sein könnten. Diese Befunde können hypothesengenerierend dahin wirken, dass Patienten mit einem höheren Grad an psychopathologischer Belastung in hochstrukturierte ambulante Therapien schlechter integriert werden können, als andere Patienten. Möglicherweise müssten für diese Patienten zusätzliche Therapieangebote entwickelt werden.

Für die katamnesticen Zeitpunkte 6 bzw. 12 Monate nach Therapiequote haben wir mit 90–95% eine hohe Ausschöpfquote erreicht. Die eruierten Angaben zur Abstinenz liegen 6 Monate nach Therapieende bei 64% der Patienten. Über den gesamten Katamnesezeitraum waren 56% der Patienten abstinent, 14% gebessert und 30% rückfällig. Diese Befunde sind vergleichbar mit Ergebnissen anderer Studien zur Effizienz ambulanter wie stationärer Entwöhnungstherapien. Es wurden Abstinenzquoten von ambulanten Therapien zum 6-Monats-Follow-up berichtet zwischen 34%–59% [4, 23, 24] und 48% zum 18- bis 24-Monats-Follow-up [35]. Studien mit vergleichbarer Katamnesezeitdauer ergaben Abstinenzquoten zwischen 40–60% für stationäre Therapien [17].

Anhand der vorliegenden Befunde können wir davon ausgehen, dass die ambulante Entwöhnungstherapie zumindest für eine selektierte Patientengruppe mit guter sozialer Integration eine effiziente therapeutische Alternative darstellt und die Erfolgsquote ähnlich ist wie die von stationären Entwöhnungstherapien.

### Die Zahl ambulanter Entwöhnungsbehandlungen steigt

Die ambulante Rehabilitation Suchtkranker hat quantitativ in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Während die Zahl der stationären Entwöhnungsbehandlung 1998/1999 mit rund 49.170 Maßnahmen (Alkohol: 34.669) im Vergleich zu den Vorjahren nur gering angestiegen ist, kommt ambulanten Entwöhnungsbehandlungen mit 11.631 Fällen (Alkohol: 10.285) inzwischen eine deutlich größere Bedeutung zu als noch vor wenigen Jahren. Mittlerweile werden in 369 Beratungs- und Behandlungsstellen ambulante Therapien entsprechend der genannten Empfehlungsvereinbarung Sucht angeboten, wobei sich die Zahlen 1998 um 20,2% und 1999 um weitere 11,7% erhöht haben [11]. Um so wichtiger erscheinen prospektiv ausgerichtete Untersuchungen zur Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien bei Alkoholabhängigen.

### Untersuchungen zur Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien

Über die Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien liegen im deutschsprachigen

Raum nur sehr wenige Untersuchungen vor. In einer kürzlich erschienenen Metaanalyse zur Frage der Therapieerfolge bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten [31] konnten nur 3 Studien zu dieser Frage präsentiert werden, darunter die von uns früher durchgeführte Katamnese [23, 35, 38]. Die Abstinenzquoten bewegten sich dabei bei einem Ausschöpfungsgrad von 66–78% zwischen 37% und 48% und waren damit durchaus vergleichbar mit den Ergebnissen stationärer Entwöhnungstherapien. Für den Bereich der teilstationären Entwöhnungstherapie gibt es einige Erfahrungsberichte und Katamneseuntersuchungen von Tageskliniken aus der ehemaligen DDR. Kielstein [13] kam zu dem Schluss, dass eine derartige Alkoholentwöhnungstherapie sinnvoll durchführbar und effektiv ist, wobei jedoch die Quote der Abbrecher in den ersten 3 Monaten 24% betrug. Allerdings fehlen prospektive Untersuchungen bislang weitgehend, sodass Selektionseffekte zu diskutieren sind.

Positive Befunde wurden kürzlich in einer 36-Monats-Katamnese mitgeteilt [24], dies allerdings für ein hochselektioniertes Patientengut von Suchtkranken, die sich zwischen 1992 und 1997 in einer von der Diakonie Baden-Württemberg unterhaltenen Beratungsstelle vorstellten (n=97). Die Autoren berichteten über eine kontinuierliche Abstinenz von 53% (18-Monats-Katamnese) bzw. 39% (36-Monats-Katamnese).

Tecklenburg [37] konnte in einer methodisch weniger anspruchsvollen Untersuchung eine durchgängige Abstinenz von 49% bei 272 Patienten, die an 10 anerkannten Facheinrichtungen (in 80% tiefenpsychologisch orientiert) ambulant behandelt wurden, nachweisen (21-Monats-Katamnese mit großer zeitlicher Varianz).

Methodisch sehr aufwendige Studien, wie z. B. das ambulant durchgeführte Project Match [27, 28, 29], haben ungünstigere Ergebnisse gezeigt, möglicherweise wegen des vergleichsweise weniger intensiven Therapiekonzeptes. Burtscheidt et al. [3, 4] legten kürzlich Ergebnisse einer Ambulanzstudie vor, die ebenfalls die Effizienz verhaltenstherapeutischer Verfahren in der Behandlung von Alkoholabhängigen belegen. Ein anderes ambulantes Therapiemodell zur Langzeitbehandlung alkoholabhängiger Patienten ist in Göttingen etabliert worden [15].

## Daten der Rentenversicherungsträger

Weitere Erkenntnisse zur Akzeptanz und Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien im Vergleich zu stationären kann im Übrigen auch Datenmaterial der Rentenversicherungsträger bieten. Die Rentenversicherungsträger, speziell die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), unternehmen derzeit große Anstrengungen, die medizinische Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten z. B. durch Weiterentwicklung und Anpassung der Instrumente und Verfahren eines Qualitätssicherungsprogramms zu verbessern.

Hier liegen Erkenntnisse der BfA aus dem Jahre 1998 vor [14], die zum Teil unpubliziert sind, aber den Autoren zugänglich gemacht wurden. Danach bewilligte die BfA im Jahr 1998 8840 stationäre und 1061 ambulante Entwöhnungstherapien. Von den stationären wurden 5999 (75%) regulär abgeschlossen, ebenso wie 795 (75%) der ambulanten Entwöhnungstherapien. 1951 der stationären und 260 der ambulanten Entwöhnungstherapien (je 24%) wurden vorzeitig abgebrochen; je 1% der Patienten wurden während der stationären Behandlung verlegt oder verstarben.

Die Anträge für ambulante Entwöhnungstherapie bei der BfA sind dabei in den letzten Jahren sprunghaft gestiegen, von 1911 im Jahr 1994 (bewilligt davon 1320) auf 6056 im Jahre 1999 (bewilligt 4081). In den alten Bundesländern erhöhte sich die Zahl der zu Lasten der BfA durchgeführten ambulanten Entwöhnungstherapien von 357 (1995) auf 1500 (1999), während die der stationären von 7187 auf 7768 nur geringgradig zunahm. Dem gegenüber ist die Zahl ambulanter Entwöhnungstherapien in den neuen Bundesländern bis 1999 110 (1995: 27) noch sehr gering (stationäre Entwöhnungstherapien 1999: 1001). Der Prozentanteil der ambulanten Behandlung und durchgeführten Entwöhnungsbehandlung stieg in den alten Bundesländern von 1995 4,7% auf 10,2%, in den neuen Bundesländern von 3,7% auf 9,9%. In 94,4% der Fälle war der Hauptgrund dafür eine Alkoholabhängigkeit.

Interessanterweise zeigte eine Analyse der soziodemographischen rehabilitativen Merkmale bei Patienten, die in spezielle ambulante Entwöhnungstherapien vermittelt wurden, keine signifi-

kanten Unterschiede, insbesondere hinsichtlich Geschlechtsverteilung, Durchschnittsalter und Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit in 24 Monaten vor Therapiebeginn [14]. Die Patienten in der ambulanten Therapie wiesen sogar eine deutlich günstigere sozialmedizinische Prognose für die zwei Jahre nach der Rehabilitation auf, wofür kürzere Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und der Arbeitslosigkeit sowie ein entsprechend höherer Anteil an durchgeführten Beitragszahlungen sprechen. So leisteten 74% (stationär 64%) der Patienten in der ambulanten Rehabilitation durchgehend Versicherungsbeiträge in den 24 Monaten nach der Rehabilitation, umgekehrt wiesen 50% der in stationären Therapien behandelten, aber nur 23% der ambulant behandelten Patienten Arbeitslosigkeitszeiten auf. Aus der Tatsache, dass 320 (4%) der stationär behandelten Patienten, aber nur einer der ambulant behandelten Patienten in den 24 Monaten nach der Rehabilitation verstarben, könnte allerdings auf eine höhere Belastung mit körperlichen Erkrankungen bei den in stationären Therapien behandelten Patienten hinweisen, ohne dass sich dies aus den vorliegenden Daten allerdings sicher ablesen lässt.

## Fazit für die Praxis

**Zusammenfassend ist festzustellen, dass sowohl die absolute Anzahl der beantragten Entwöhnungsbehandlungen, als auch der tatsächlich durchgeführten ambulanten sowie auch teilstationären Therapien im Vergleich zu den „konventionellen“ stationären Entwöhnungsbehandlungen in den letzten Jahren sprunghaft zugenommen hat und noch weiter zunehmen wird. Umso wichtiger ist die klinische und wissenschaftliche Evaluation der Effizienz der durchgeführten ambulanten Entwöhnungstherapien sowohl unter klinisch-psychiatrischen als auch sozialmedizinischen Aspekten. Dabei ist zwischen eher hochstrukturierten bzw. zeitintensiven ambulanten Therapien mit differenziertem Therapieangebot wie im konkreten Fall und eher niederschwellig strukturierten Therapien zu differenzieren, die häufig in Beratungsstellen für alkoholabhängige Patienten durchgeführt werden, oft in quantitativ geringem Umfang mit nur wenigen Aufnahmen im Jahr [24].**

Die Daten der jetzt vorgelegten Studie zur Haltequote und Effizienz der hochstrukturierten ambulanten Entwöhnungstherapie lieferten ähnliche Ergebnisse wie sie aus Voruntersuchungen [37] und den dargestellten statistischen Erhebungen der Rentenversicherungsträger zu erwarten waren. Danach ist von einer Haltequote von rund 75% sowohl für ambulante wie stationäre Entwöhnungstherapien auszugehen. Die Mittel- und Langzeitprognose alkoholabhängiger Patienten nach ambulanten Entwöhnungstherapien, insbesondere im Vergleich zu stationären Therapien sowie die Etablierung differenzieller Indikationskriterien und Prognosemerkmale ist Aufgabe weiterer psychiatrischer Forschung, ebenso die Evaluation verschiedener Therapiemodelle und möglicher Prädiktoren des Therapieerfolgs. Schließlich sind auch gesundheitsökonomische Aspekte der Behandlung alkoholabhängiger Patienten (Vergleich stationär/ambulant) zukünftig stärker zu beachten.

**Danksagung.** Die Untersuchung wurde durch die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA, Berlin) gefördert.

## Literatur

1. Anton RF, Moak DH, Latham P (1995) The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior. *Alcohol Clin Exp Res* 19(1):92–99 (deutsche Übersetzung von Preuss et al. 1999)
2. Beck AT, Rial WY, Rickels K (1974) Short form of depression inventory: cross-validation. *Psychol Rep* 34(3):1184–1186
3. Burtscheidt W, Schwarz R, Wölwer W, Gaebel W (2001) Verhaltenstherapeutische Verfahren in der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen – Abstinenzverhalten und soziodemographische Faktoren. *Fortschr Neurol Psychiat* 69:526–531
4. Burtscheidt W, Wölwer W, Schwarz R, Strauss W, Loll A, Luthcke H, Redner C, Gaebel W (2001) Outpatient behavior therapy in alcoholism: relapse rates after 6 months. *Acta Psychiatr Scand* 103:24–9
5. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (1997) Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland, Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung. Springer, Berlin Heidelberg New York
6. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg) (1992) Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Lambertus Verlag, Freiburg i.Br.
7. Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht (1991) *Sucht* 2: 127–131



8. Emrick CA (1975) A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment. *J Stud Alcohol* 36:88–108
9. Feuerlein W, Küfner H (1989) A prospective multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18- and 48-month follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 239:144–157
10. Feuerlein W, Küfner H, Soyka M (1998) Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit, 5. Auflage. Thieme, Stuttgart
11. Gaßmann R, Leune J (2000) Die Versorgung suchtkranker Menschen in Deutschland (Kapitel 5.1.). In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg) *Jahrbuch Sucht* 2001. Geestacht: Neuland: 141–163
12. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith J, Grissom G, Pettinati H, Argeriou M (1992) The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 9(3):199–213 (europäische Version: *EuropASI* von Gsellhofer, Küfner et al. 1999, Schneider Verlag Hohengehren)
13. Kielstein V (1991) Indikationskriterien für ambulante/tagesklinische Therapie. *Sucht* 2:115–120
14. Köhler J (2000) Ambulante Rehabilitation Sucht. *Sucht Aktuell*
15. Krampe H, Küfner H, Wagner T, Ehrenreich H (2001) ALITA (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkohol Kranke) – die Wiege der Therapeutenrotation. *Suchtmed* 3:199–205
16. Küfner H (2000) Ergebnisse von Kurzinterventionen und Kurztherapie bei Alkoholismus – ein Überblick. *Suchtmed* 2: 181–192
17. Längle G, Mann K, Mundle G, Schied HW (1993) Ten years after – The posttreatment course of alcoholism. *Eur Psychiatry* 8:95–100
18. Laux G, Ganzmann P, Schaffner P, Spielberger CD (1981) Das State-Trait-Anxiety-Inventary (STAI). Beltz, Weinheim
19. Marlatt GA, Gordon JR (1985) *Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press, New York
20. McCrady BS, Langenbacher JW (1996) *Alcohol Treatment and Health Care System Reform*. *Arch Gen Psychiatry* 53:737–746
21. Miller WR, Brown JM, Simpson TL, Handmaker NS, Bien TH, Luckie LF, Montgomery HA, Hester RK, Tonigan JS (1995) What works? A methodological analysis of alcoholism treatment outcome literature, in: Hester RH, Miller WR (eds) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: effective alternatives*, 2nd edn. Allyn and Bacon, New York, pp 12–44
22. Miller WR, Hester RK (1986) The effectiveness of alcoholism treatment. What Research reveals. In: Miller WR, Heather N (eds) *Treating addictive behaviors. Processes of change*. Plenum Press, New York, pp 121–174
23. Mundle G, Ackermann K, Günthner A, Munkes J, Mann K (1999) Treatment outcome in alcoholism – A comparison of self-report and the biological markers Carbohydrate-Deficient Transferrin and  $\gamma$ -Glutamyl Transferase. *Eur Addict Res* 5:91–96
24. Mundle G, Brugel R, Urbaniak H, Langle G, Buchkremer G, Mann K (2001) Short- and medium-term outcome of outpatient treatment of alcohol dependent patients. A 6-, 18- and 36-month follow-up. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69:374–8
25. Pfeiffer WE, Fahrner EM, Feuerlein W (1987) Katamnestic Untersuchung von ambulante behandelten Alkoholabhängigen. *Suchtgefahren* 33:309–320
26. Preuss UW, Schütz C, Koch J, Soyka M (1999) Psychometrische Erfassung von subjektivem Craving mit der Obsessive compulsive drinking skale (OCDS) und Einflüsse von Befindlichkeit und Persönlichkeit. *Suchtmed* 1: 33–38
27. Project MATCH Research Group (1997) Matching alcoholism treatments to patient heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes, *J Stud Alcohol* 58: 7–29
28. Project MATCH Research Group (1997) Project MATCH secondary a priori hypothesis. *Addiction* 92:1671–1698
29. Project MATCH Research Group (1998) Matching alcoholism treatments to patient heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes, *Alcohol Clin Exp Res* 22:1300–1311
30. Rössler W, Riecher-Rössler A, Meise U (1993) Von der ambulanten Langzeitentwöhnung zur gemeindenahen Versorgung Alkoholkranker. *Nervenheilkunde* 12: 438–444
31. Sonntag D, Künzel J (2000) Hat die Therapie alkohol- und drogenabhängiger Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? *Sucht* 46 (Sonderheft 2):89–176
32. Soyka M (1997): *Alkoholismus – eine Krankheit und ihre Therapie*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart
33. Soyka M (1998) Sozialpsychiatrische Aspekte der Alkoholabhängigkeit: Epidemiologie, Versorgungsstrukturen und neuere Ergebnisse der Therapieforschung. *Gesundheitswesen* 60: 87–94
34. Soyka M (2000) *Ratgeber Alkohol*. Unimed-Verlag, Bremen
35. Soyka M, Kirchmayer C, Kotter G, John C, Löhnert E, Möller HJ (1997) Neue Möglichkeiten der Therapie und Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten – Katamnestiche Untersuchung zur Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien am Beispiel einer Modelleinrichtung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 65:407–412
36. Süß HM (1988) *Evaluation von Alkoholismus-therapie*. Verlag Hans Huber, Stuttgart
37. Tecklenburg HJ (2001) Umsetzung und Effektivität ambulanter Rehabilitation – Ergebnisse einer prospektiven multizentrischen Katamnestiche (1994–1998) an anerkannten Behandlungsstellen in Schleswig-Holstein. *Sucht* 47:350–358
38. Zeissler E (1999) Indikationsorientierte Evaluation einer ambulanten Alkoholentwöhnungsbehandlung: Erste katamnestiche Ergebnisse. *Sucht* 45:100–107