

Integrierte Versorgung der Abhängigkeitserkrankungen - vom Entzug zur Rehabilitation -

Rainer Steffen

Meine sehr geehrten Damen und Herren, Kolleginnen und Kollegen,

am 18. Juni 1968 hat das Bundessozialgericht in einem Grundsatzurteil festgestellt, dass die Sucht selbst eine Erkrankung ist und folgerichtig wie alle anderen Erkrankungen zu behandeln ist. Fast auf den Tag, 42 Jahre später, sind wir weit davon entfernt, für Abhängigkeitskranke ähnliche Versorgungsstrukturen wie für andere Erkrankte zu haben. Ich berichte Ihnen im Folgenden über eine Integrierte Versorgung für Abhängigkeitserkrankte an der Schnittstelle zwischen Diagnosestellung, vertragsärztlicher Versorgung, qualifiziertem Entzug und nachfolgender medizinischer Rehabilitation. Dabei werde ich versuchen, die bestehenden Versorgungsdefizite zunächst einmal zu benennen. Ich werde die bestehende Integrierte Versorgung in ihrer Struktur erklären, Ihnen danach einen Überblick über den inhaltlichen Ablauf der Versorgung geben und schließlich über erste Ergebnisse des Programms berichten.

Wir alle wissen seit Jahren um die Kennzahlen der Versorgungssituation. Abhängigkeitserkrankte kommen überaus häufig in der primärmedizinischen Versorgung, in den vertragsärztlichen Praxen und in den Kliniken der Inneren Medizin sowie der Chirurgie und Orthopädie vor. 80 % aller Alkoholabhängigen sind einmal im Jahr bei ihrem Hausarzt. Die Wahrscheinlichkeit, dass dort die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung gestellt wird, liegt bei etwa 10 %. Bis zu 20 % der Patienten in den erwähnten stationären Versorgungen sind Suchtkranke. Etwa 40 % der Aufnahmen in psychiatrischen Kliniken entfallen auf Abhängigkeitserkrankte. Deren Anteil in den psychiatrischen Institutsambulanzen, in den Tageskliniken und in den Schmerzzambulanzen sind hoch. Die Krankenkassen beobachten seit Jahren zunehmend das Problem der Drehtürentgiftungen. Eine große Untersuchung der Deutschen Angestellten Krankenkasse zusammen mit dem Fachverband Sucht hat ergeben, dass im Anschluss an eine stationäre Alkoholentzugsbehandlung nur in 4,1-4,7 % der Fälle eine stationäre Suchtrehabilitation durchgeführt wurde^{1, 2}. Ein Großteil der Abhängigkeitserkrankten befindet sich außerhalb des medizinischen Versorgungssystems im sogenannten Hilfesystem der Beratungsstellen. Von dort erfolgt eine kaum nennenswert höhere, etwa 10 %ige Vermittlung zurück in das Versorgungssystem der medizinischen Rehabilitation. Dabei wissen wir bei diesen Zahlen nichts über die Differenz zwischen Häufigkeit des Rehabilitationsantrages und der Antrittsquote. Aus den Zahlen der Rentenversicherung wissen wir, dass gebietsweise nur etwa jede zweite beantragte medizinische Rehabilitation als Entwöhnungsbehandlung angetreten wird².

Wir sehen also, Abhängigkeitserkrankte sind überall überaus häufig, jedoch nur etwa 1 % von ihnen sind im Jahr dort, wo es in der Versorgung hingehen soll: nämlich in einer Behandlung, in einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme.

Abhängigkeitskranke werden in der Regel in einer süchtigen Kollusion, letztendlich wohl aufgrund von Eigeninteressen der Akteure, fehlplatziert gehalten. Es dauert Jahre von der ersten Behandlungsauffälligkeit bis zur ersten Rehabilitationsmaßnahme. Abhängigkeitskranke haben darüber hinaus einen enorm gesteigerten Kostenbedarf innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung; die Untersuchung der DAK zusammen mit dem Fachverband Sucht hat einen Faktor 7 gegenüber den Durchschnittsversicherten ergeben^{1, 2}. Dies begründet für die Krankenkassen die Notwendigkeit angesichts der defizitären Versorgungslage, sich mit Alternativen zu beschäftigen.

Die qualifizierte Entzugsbehandlung als die Maßnahme, welche Abstinenz herstellt und die Rehabilitationsvoraussetzungen erarbeitet, stellt das letztendlich limitierende Nadelöhr der Versorgung dar. Dabei sind die Rahmenbedingungen über die „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen und den gesetzlichen Rentenversicherungen klar geregelt. Der ehemalige ärztliche Leiter der Kliniken Daun, Herr Dr. Roeb-Rienas³, hat vor Jahren anlässlich einer Tagung der DAK in Hamburg zu Recht darauf hingewiesen, dass genau dieser Schritt der Versorgung mit der höchsten Fachkompetenz versehen sein soll. Dies ist nicht verwunderlich, entspricht es doch unserem üblichen medizinischen Vorgehen, dass gerade die Indikationsentscheidung und die vorbereitenden Maßnahmen vor schwerwiegenden Behandlungen bei lebensbedrohlichen und chronischen Erkrankungen von der höchsten Fachkompetenz durchgeführt werden. Davon sind wir im Bereich der Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen in der Regel weit entfernt.

Ich berichte Ihnen über einen Vertrag zur Integrierten Versorgung, der im Jahre 2005 von der Deutschen Angestellten Krankenkassen ausgearbeitet und geschlossen wurde. Diesem Vertrag ist mittlerweile die AOK für das Saarland beigetreten. Einen fast gleichlautenden, gleichwohl separaten Vertrag gibt es mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Rheinland-Pfalz/Saar. Andere gesetzliche Krankenversicherungen prüfen derzeit ihren Beitritt. Vertragspartner sind neben den Krankenversicherungen meine psychiatrisch-psychotherapeutische Facharztpraxis, lanua, Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie als anerkannte ambulante Suchtrehabilitationseinrichtung sowie derzeit etwa 50 Hausarztpraxen. Auf diesen vier Säulen - den Krankenkassen, der hausärztlichen Versorgung, der fachärztlichen Versorgung und der hohen Kompetenz der medizinischen Rehabilitation - wird, wie von einem stabilen Tisch, die Versorgung von alkohol-, drogen- und medikamentenabhängig erkrankten Patienten getragen. Die Ziele der Integrierten Versorgung sind Frühdiagnostik und Frühintervention. Der letztendliche Zielpunkt ist die Vermittlung bzw. das Antreten einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Die Hausärzte, für die eine kontinuierliche Fortbildung im Rahmen der Versorgung obligatorisch ist, haben die Möglichkeit, Abhängigkeitskranke mit kurzfristiger Terminvereinbarung zuzuweisen. Der Facharztpraxis kommt dabei die Position des Fallmanagers zu. Sie entscheidet über die Art und Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung. Dabei ist es das Ziel, möglichst viele Entzugsbehandlungen ambulant im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen und die Zahl der stationären Entzugsbehandlungen mit Drehtüreffekt zu begrenzen. Von Anfang

an wird dabei die vertragsärztliche hausärztliche und vertragsärztliche fachärztliche Versorgung mit der Kompetenz und den Möglichkeiten einer ambulanten Suchtrehabilitationseinrichtung intensiv vernetzt. Dort finden kontinuierliche Gespräche zur Abklärung und zur Erarbeitung einer stabilen Motivation statt. Für die Krankenkasse gibt es dabei die Möglichkeit, die Struktur der Integrierten Versorgung für ihr Fallmanagement bei Auftreten von häufigen Arbeitsunfähigkeiten zu nutzen. Als qualitätssichernde Maßnahmen sind eine umfangreiche Dokumentation, eine Patientenbefragung, eine Evaluation des Verlaufs und der Ergebnisse über 2 Jahre sowie, wie bereits erwähnt, kontinuierliche Fortbildungsmaßnahmen vorgesehen. Aufgrund der ersten Ergebnisse und auch aufgrund der bereits erwähnten Untersuchungen der DAK mit dem Fachverband, sind die ersten 3 Monate nach Beendigung irgendeiner Rehabilitation ein Zeitraum hoher Rückfallgefährdung. Bei rückfälligen Suchtpatienten nach Rehabilitation explodieren in der Versorgung die Behandlungskosten. Aus diesem Grunde haben die Kassen die Integrierte Versorgung ergänzt durch 3 Nachsorgetermine nach durchgeführter Rehabilitationsmaßnahme.

Soweit zum Rahmen des Vertrages. Inhaltlich besteht eine starke Vernetzung, in der ein Erkrankter mindestens 2 Hausarzttermine mit umfangreicher labordiagnostischer und internistischer Abklärung absolviert. Der Hausarzt erstellt darüber einen Befundbericht. In der psychiatrischen Facharztpraxis wird kurzfristig, aus der Intoxikation heraus, in der Regel eine Entzugsbehandlung begonnen. Nach Abklingen der akuten Entzugssymptomatik erfolgt eine umfangreiche psychiatrisch-psychotherapeutische Abklärung mit möglichst vollständiger Erhebung der vorliegenden Kranken- und Rehabilitationsberichte der letzten Jahre, der Durchführung von standardisierten Persönlichkeitstests sowie von Leistungstests zur Abschätzung möglicher kognitiver Defizite, die ggf. durch die Beauftragung bildgebender Verfahren ergänzt werden. Bei Ina, der medizinischen Rehabilitationseinrichtung erfolgen verzahnt von Beginn an regelmäßige Einzelgespräche und wöchentliche Gruppentermine zur Klärung der Suchtgeschichte und zur Erarbeitung einer stabilen, belastbaren Motivationslage. Zudem sind notwendige Kriseninterventionen möglich. Wir alle wissen, dass die Herstellung von Abstinenz für Abhängigkeitserkrankte bedeutet, bisherige, wenn auch pathogene, Bewältigungsmuster aufzugeben und darüber in psychische Dekompensation zu geraten. Die höchste Fachkompetenz und damit letztendlich die Entscheidung über den weiteren Behandlungsablauf mit Indikationsentscheidung kommt dabei der wöchentlichen Fallkonferenz zu. In ihr erörtern die 3 beteiligten Fachärzte für Psychiatrie, nichtärztliche Therapeuten sowie die leitenden Mitarbeiter der beiden Sekretariate den bisherigen Verlauf. Dabei wird für jeden Patienten seine Vorgeschichte, die Ergebnisse der hausärztlichen und fachärztlichen Behandlung, seine soziale Situation, der Verlauf der motivationalen Behandlung und seine Mitarbeit in der Erledigung der formalen Dinge der Antragsbearbeitung miteinander in Bezug gesetzt. Wir erarbeiten ein umfassendes somato-psycho-soziales Assessment und beurteilen die Fähigkeit des Patienten, mit den gesetzten Grenzen und Vorgaben zurechtzukommen. Insbesondere geht es dabei um die Fähigkeit, die erreichte Abstinenz im Alltag aufrechtzuerhalten. Wir erfüllen so die Forderung der Anlage 3 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen durch das Programm,

wonach die Indikationsentscheidung zu einer medizinischen Rehabilitation als Ergebnis einer mehrwöchigen Probebehandlung unter Abstinenzbedingungen erfolgen soll. Wörtlich heißt es dort: „Die der Rehabilitation vorangehende Motivationsphase dauert mindestens 4 Wochen, wobei ein regelmäßiger Besuch vorausgesetzt wird“. Die Integrierte Versorgung endet entweder mit einem vorzeitigen Abbruch durch den Patienten, durch eine vorzeitige Beendigung bei mangelnder Kooperation durch das Behandlungsteam oder mit dem Zeitpunkt des Beginns einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, sei es ambulant, ganztagsambulant oder stationär.

Nun möchte ich Ihnen einige wenige ausgewählte Ergebnisse des Programms vorstellen. Die Ergebnisse sind Teil einer Zwischenauswertung von bis jetzt 194 Patienten, die bis zum Nachbeobachtungszeitraum der Katamnese 1 Jahr nach Beendigung des Programms nachverfolgt worden sind. Insgesamt ist vorgesehen, in die Auswertung 300 Patienten einzuschließen. Die Auswertung wird jeweils mit einer Erhebung zum Zeitpunkt 2 Jahre nach Beendigung der Integrierten Versorgung abschließen. Für jeden Patienten im Programm liegt eine umfangreiche Dokumentation sowohl der medizinischen Befunde als auch der soziodemographischen Daten vor. Dies beginnt mit einem standardisierten Rating der Schwere der Entzugssymptomatik bis hin zur Erhebung und Berücksichtigung des deutschen Kerndatensatzes Sucht⁴⁻⁷.

Im Jahr werden etwa 140 Patienten im Rahmen der Integrierten Versorgung behandelt. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist 2 : 1. Das mittlere Alter der Patienten beträgt 41 ± 13 Jahre.

Die mittlere Dauer der Behandlung beträgt 50 Tage. Die Dauer ist dabei insbesondere im letzten Jahr angestiegen. Wir führen dies u. a. zurück auf die gestiegenen, längeren Bearbeitungszeiten in der Rehabewilligung. An diesen 50 Tagen haben die Patienten im Durchschnitt in der Facharztpraxis 17 Behandlungstermine gehabt, bei IANUA als ambulanter Rehabilitationseinrichtung 9. Die Anzahl der Behandlungskontakte variiert natürlich erheblich zwischen denjenigen Patienten, die das Programm frühzeitig abbrechen und denjenigen, die es bis zum Antritt einer Rehabilitation fortführen. Werfen wir einen Blick auf die Verteilung der Hauptdiagnosen. 60 % der Patienten haben als Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit – F 10.2. 37 % der Patienten verteilen sich auf die Diagnosen F 12 – Cannabisabhängigkeit, F 15 – Stimulanzienabhängigkeit und F 19 – Polytoxikomanie und Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen. Der Anteil der Patienten mit einer F 19 Abhängigkeit beträgt dabei 27 %. Sie sehen, dass wir in dem Programm alle Abhängigkeitserkrankungen behandeln mit einem deutlich hohen Anteil von Patienten mit einer Drogenabhängigkeit. Bei den mehrfach abhängigen Patienten handelt es sich überwiegend um junge Erwachsene mit einer in der Regel jahrelang bestehenden Abhängigkeit von Haschisch, Stimulanzien und Alkohol, oft mit einem zusätzlichen Gebrauch von Psychopharmaka. Unter der Diagnose einer Abhängigkeit von Sedativa und Hypnotika, es handelt dabei überwiegend um Benzodiazepinabhängige, finden sich fast ausschließlich Frauen. Bei den Frauen macht diese Hauptdiagnose etwa 12 % der Patientinnen aus.

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung der Beobachtungsgruppe (n=194)

Merkmal	Kategorie	Anzahl	Prozent
Geschlecht	männlich	128	66,0%
	weiblich	66	34,0%
Art der Behandlungsbeendigung	planmäßig	97	50,0%
	unplanmäßig	97	50,0%
Hauptdiagnose	F10 - Alkohol	115	59,3%
	F11 - Opiate	4	2,1%
	F12 - Cannabis	11	5,7%
	F13 - Benzodiazepine	11	5,7%
	F19 -Polytoxikomanie	53	27,3%
Höchster Schulabschluss	kein Schulabschluss	11	5,7%
	in Schulausbildung	1	0,5%
	Sonder-/Hauptschulabschluss	140	72,2%
	Realschulabschluss	31	16,0%
	Hochschulreife	11	5,7%
Partnerbeziehung	keine Angaben	1	0,5%
	Keine feste Beziehung	88	45,4%
	zweitweilige Bez.	7	3,6%
	Feste Beziehung	98	50,5%
problematische Schulden	keine	142	73,2%
	bis 10.000 Euro	34	17,5%
	mehr als 10.000 Euro	18	9,3%
Erwerbstätigkeit	erwerbstätig	87	44,8%
	erwerbslos	69	35,5%
	nicht erwerbstätig	29	14,9%
	sonstige	9	4,6%

Merkmal	MW	STD
Alter bei Behandlungsende (Jahre)	41,23	12,89
Anzahl der Einzelkontakte	3,92	2,78
Anzahl der Gruppenkontakte	4,58	0,55
Anzahl der Angehörigenkontakte	0,13	4,33
Anzahl der Arztkontakte	17,2	6,41

Der qualitätsbestimmende Endpunkt des Programms ist die Vermittlung bzw. der Antritt einer Suchtrehabilitation. 50 % aller Patienten im Programm werden in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme vermittelt. Alle Patienten haben tatsächlich die Rehabilitationsmaßnahme angetreten. Die erreichte Vermittlungsquote unterscheidet sich deutlich in Bezug auf die Hauptdiagnose der Patienten. Von den alkoholabhängigen Patienten werden insgesamt 60 % in eine Rehabilitation vermittelt, 54 % in eine ambulante Rehabilitation und 6 % in eine stationäre Rehabilitation. Bei den Polytoxikomanen erreichen wir eine Vermittlungsquote von lediglich 38 %, 32 % beginnen eine ambulante, 6 % eine stationäre Rehabilitation. Das Vermittlungsergebnis bei den ausschließlich Haschischabhängigen ist leicht besser. Insgesamt beginnen dort 45 % eine Rehabilitation, 36 % eine ambulante und

9 % eine stationäre. Das schlechteste Ergebnis erreichen wir bei den sedativa- und hypnotikabhängigen Frauen. Dort beginnen lediglich 18 % eine nachfolgende Rehabilitationsmaßnahme.

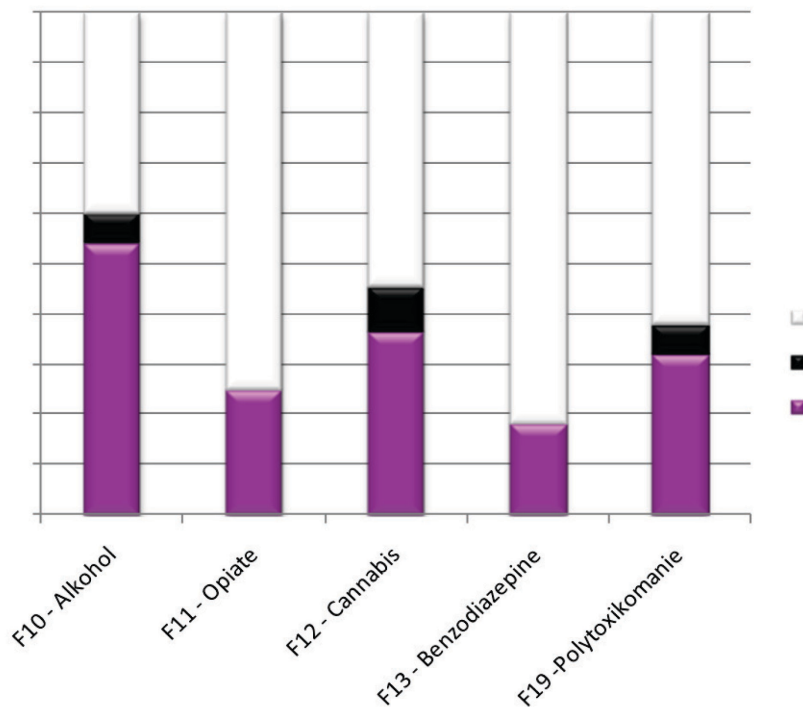


Abb. 1: Kumulativ prozentuale Verteilung der Vermittlung nach Hauptdiagnose (n=194)

Tabelle 2: Vermittlungsquoten nach der Diagnose in Rehabilitationsbehandlung (n=194)

Diagnose	Vermittlung in				keine Vermittlung		n (Gesamt)
	amb. Reha		stat. Reha		n	%	
	n	%	n	%			
F10 - Alkohol	62	53,9%	7	6,1%	46	40,0%	115
F11 - Opiate	1	25,0%	0	0,0%	3	75,0%	4
F12 - Cannabis	4	36,4%	1	9,1%	6	54,5%	11
F13 - Benzodiazepine	2	18,2%	0	0,0%	9	81,8%	11
F19 -Polytoxikomanie	17	32,1%	3	5,7%	33	62,3%	53

Wenn wir unsere Ergebnisse mit den veröffentlichten Studien zum qualifizierten Entzug der letzten 10 Jahre vergleichen, erreichen wir höhere Vermittlungsquoten⁸⁻¹³. In der Zwischenauswertung der 1-Jahreskatamnese erreichen wir bei einer Ausschöpfungsquote von 60,8%, unter DGSS4-Kriterien eine Abstinenzquote von 51% über allen Diagnosen. Es zeigen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Diagnosebezogen sehen wir eine Einjahresabstinenzrate von 60,8% bei der Alkoholabhängigkeit.

Es ist anzumerken, dass die veröffentlichten Studien fast ausschließlich sich mit dem qualifizierten Entzug und der Vermittlung von Alkoholabhängigen beschäftigen. Aus

der Zusammensetzung nach Hauptdiagnosen haben sie gesehen, dass der Anteil der Patienten mit einem eher prognostisch schlechten Verlauf, also den Drogenabhängigen, einen relativ hohen Anteil hat. Als weitere Kennzeichen mit prognostischer Bedeutung berichte ich ihnen, dass die Arbeitslosenquote in unserer Gesamtstichprobe bei 35 % liegt.

Tabelle 4: Abstinenzquoten nach der Diagnose in Rehabilitationsbehandlung (n=194)

Diagnose	abstinent				rückfällig				n (Gesamt)
	durchgehend		nach Rückfall		nach Angabe		per Definition		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
m	60	46,9%	7	5,5%	11	8,6%	50	39,1%	128
w	27	40,9%	5	7,6%	8	12,1%	26	39,4%	66
F10 - Alkohol	61	53,0%	9	7,8%	10	8,7%	35	30,4%	115
F11 - Opiate	1	25,0%	0	0,0%	2	50,0%	1	25,0%	4
F12 - Cannabis	5	45,5%	1	9,1%	1	9,1%	4	36,4%	11
F13 - Benzodiazepine	2	18,2%	0	0,0%	3	27,3%	6	54,5%	11
F19 -Polytoxikomanie	18	34,0%	2	3,8%	3	5,7%	30	56,6%	53
Gesamt	87	44,8%	12	6,2%	19	9,8%	76	39,2%	194

Tabelle 3: Übersicht relevanter Studien zur Qualifizierten Entzugsarbeit und Vergl. zu den gezeigten Daten

	Driessen et al. 1999	Schwoon et al. 2002	Stetter & Mann 1995	Bauer & Hasenöhrl 2000	Olbrich 2001	Weithmann & Hoffmann 2006	Steffen et al. Zwischenauswertung Publikation geplant
n =	Übersichtsarbeit	198	529	92	102	107	194
Katamnesezeitraum (Monate)	4-12	3	8	28	6	3-6-9	12 (+24)
Abstinenz (%)	~ 40	36,8	46	31,5	48	?	51
Irgendeine Anschlussbehandlung (%)	5-50	/	46	21,7	/	/	76
Vermittlung in Entwöhnung (%)	12	23,2	/	20,7	/	?	50
Antritt der Entwöhnung (%)	/	12,6	/	/	/	15,8	50

Zum Schluss jetzt die Frage nach der Effizienz und damit nach den Kosten. Im Durchschnitt entstehen Gesamtkosten für die Integrierte Versorgung von etwa 913 € je Fall. Wir setzen diese Kosten in Relation zu den geschätzten Kosten einer stationären qualifizierten Entzugsbehandlung zwischen 3.800 und 6.000 € je nach Abrechnungsart und Tagessatz.

Die ersten Ergebnisse unserer Datenauswertung berechtigen uns nach unserer Meinung zu der Annahme, dass es sich bei der vorgestellten Integrierten Versorgung um eine wirksame und kostengünstige Behandlung an der Schnittstelle zwischen Entzug und Rehabilitation handelt. Der Behandlungsweg der meisten Abhängigen erscheint für mich wie ein in der Regel jahrzehntelanger Aufenthalt in einem Irrgarten, mit einem hohen Risiko, daran zu sterben und mit einer erschreckend geringen Wahrscheinlichkeit, den in der Regel rettenden Ausgang in eine Rehabilitationsmaßnahme zu finden. Die Integrierte Versorgung bietet dagegen einen klaren, zielführenden Behandlungspfad mit einer guten Aussicht, die rettende Tür der Rehabilitationsmaßnahme zu finden und auch tatsächlich durch sie hindurch zu gehen.

Literaturverzeichnis

1. Zielke M. Krankheitsverläufe von Versicherten mit aktuellen alkoholbedingten Intoxikationen auf der Basis von Sekundärdaten der DAK. *SUCHT AKTUEL*. 2006;13(1):13.
2. Spörkel K. Fallmanagement: Steuerungs- und Verbesserungspotentiale bei Gesundheitsstörungen durch Alkohol aus Sicht der Krankenversicherung. *SUCHT AKTUEL*. 2006;13(1):3.
3. Roeb-Rienas W. Fallmanagement - effektiv und nahtlos: Impulse aus Sicht der Behandler. *SUCHT AKTUEL*. 2006;13(1):7.
4. *Deutscher Kerndatensatz Katamnese*: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. ; 2004.
5. Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.; 2006: www.dhs.de.
6. e.V. DGfSuS. Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung Abhängigkeitskranker. *Sucht*. 2001;47(Sonderheft 2).
7. Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.; 1985.
8. Driessen M, Veltrup C, Junghanns K, Przywara A, Dilling H. [Cost-efficacy analysis of clinically evaluated therapeutic programs. An expanded withdrawal therapy in alcohol dependence]. *Nervenarzt*. May 1999;70(5):463-470.
9. Schwoon DR, Schulz P, Höppner H. Qualifizierte Entzugsbehandlung für Alkoholranke in der Innere Medizin. *Suchttherapie*. 2002;3:6.
10. Mann K, Stetter F. Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Der Nervenarzt*. 1997;68(7):7.
11. Bauer U, Hasenöhr A. Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung u. konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats-Katamnese). *Sucht*. 2000;46(4):9.
12. Olbrich R. Die qualifizierte Entzugsbehandlung in der stationären Alkoholismustherapie. In: Olbrich R, ed. *Suchtbehandlung. Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen*. Regensburg: Roderer; 2001.
13. Weithmann G, Hoffmann M. Vermittlung in Entwöhnung nach Alkoholentzugsbehandlung. *Sucht*. 2006;52(2):7.

Korrespondenzanschrift:

Rainer Steffen
FA für Psychiatrie und Psychotherapie
FA für Psychosomatische Medizin
Lothringerstraße 1
66740 Saarlouis
Tel. 06841/42084
rainersteffen@ianua-gps.de

Ianua G.P.S: mbH
Lisdorfer Straße 2
66740 Saarlouis
Tel. 06841/460055
Fax 06841/460057
info@ianua-gps.de
www.ianua-gps.de