

» 5-Jahres-Evaluation ambulanter Alkoholentwöhnungsbehandlung:

Erfolge eines vernetzten Strukturmodells mit hausärztlichem Case-Management

Zusammenfassung: Ergebnisse der Katamnese/Nachuntersuchung von 82 Patienten aus 5 Jahren meist 1-jähriger **ambulanter Alkoholentwöhnungsbehandlung** durch einen Therapieverbund mit einem niedergelassenen Allgemeinarzt als Case-Manager werden referiert und erörtert samt Rahmenbedingungen. 75% der Nachuntersuchten waren im letzten Halbjahr abstinent. Die ICD-10-Abhängigkeitskriterien erfüllten statt anfangs 92% nur noch 15%. Die kontinuierliche Abstinenzrate seit Therapieende betrug 63%. Ambulante Entzüge waren komplikationsfrei. Die stark nachgefragte Behandlung ist kostengünstig, aber unzureichend finanziert.

Schlüsselwörter: Ambulante Alkoholentwöhnungsbehandlung – Ambulante Entzüge – Suchttherapieverbund – Case-Manager-Hausarzt

5 year Evaluation of Out-Patient Alcohol Dependency Treatment: Success of a Network Structure with a General Practitioner as Case Manager: Results of the evaluation over 5 years of a mostly 1 year out-patient alcohol dependency treatment via therapeutic cooperation with the medical practitioner as case manager are reported and discussed with remarks to the general context. 75% of the later re-examined patients were abstinent in the proceeding half year. Only 15% fulfilled ICD-10-dependency criteria instead of 92% initially. The continuous abstinence rate since end of therapy was 63%. There was clear improvement of neurological and biochemical conditions. The patients' general satisfaction note rose from 4.37 to 2.49 on a scale ranging from lowest 6 to highest 1. Out-patient professional detoxification in indicated cases was without complications. The treatment is much more cost efficient than hospitalization methods, but coverage is insufficient.

Key words: Out-patient Alcohol Dependency Treatment – Out-Patient Detoxification – Dependency Therapeutic Connection – Case-Manager-General Practitioner

Frank Jochen Köhler, Joachim Lauterbach,
Hans Werner Kelber, Egon Heeg-Matthaei

Einführung

In den letzten Jahren ist der Ruf nach dem Hausarzt als „Case-Manager“ bei Alkoholkrankungen laut geworden [1–3]. „Alkoholpatienten“ sind meist ungeliebte Besucher unserer Praxen. Sie erinnern uns an unseren eigenen fragwürdigen Umgang mit alkoholischen Getränken. Sie schieben unsere wohl gemeinten (wohlfeilen?) Ratschläge bei ersten Schädigungszeichen beharrlich zur Seite. Wenn sie abhängig (geworden) sind, konfrontieren sie uns mit ihrem und unserem Versagen und ihrer/unserer Hilflosigkeit. Der Trinker versteht es, seine Verantwortung, seine Schuldgefühle und seine Resignation an uns abzutreten. Dabei ist gerade die Hausarztpraxis ein geeigneter Ort zur psychosozialen Reintegration und damit intrapsychischen Stabilisierung des Patienten, der sich in seinen oft unbewussten Nöten dem Therapeuten Alkohol anvertraut hat, was seine Ausgrenzung nur verstärkte. Professioneller Umgang mit „Alkoholpatienten“ bedeutet neben der Verbesserung unserer Diagnostik an erster Stelle, dem Trinker seine Verantwortung zurückzugeben. Dies erfordert Selbsterkenntnis beim Behandler (z. B. der Gegenübertragungsgefühle), Akzeptanz des Patienten mit seinem Problem und geeignete Interaktionsformen, die im Wesentlichen die Problem- oder Krankheitsakzeptanz beim Patienten und seine Veränderungsmotivation hin zu weniger schädlichen Lebensformen wecken und verstärken sollen.

Die Patientenerfahrung kompetenter, empathischer Zuwendung und konsequente, strukturierende Hilfestellung bei der Entwicklung neuer Perspektiven sind die wichtigsten Therapiemomente. Auch wenn die komplexe hausärztliche Diagnostik und Behandlung an legalen Drogen Erkrankter durch die gegenwärtige Honorierung nicht gefördert wird, stellt diese dennoch eine interessante Aufgabe dar, die therapeutisch ebenso lohnend ist wie die Behandlung von Diabetes- oder Hochdruckkranken. Signifikant belegt sind die Erfolge frühzeitiger u. routinemäßiger **motivationaler Kurzintervention bei Patienten mit schädlichem (missbräuchlichem) oder riskantem Alkoholkonsum** [4, 5], s. a. die Arbeiten des Hausarztes Günter Theiß [6, 7].

Bei der Behandlung von Alkoholabhängigen empfiehlt sich dagegen meist die **Zusammenarbeit mit einer psycho-sozialen Beratungsstelle**. Mitte der 80er-Jahre wurden gemeinsam von Krankenkassen, Suchthilfeverbänden und KBV ambulante Alkoholentwöhnungsbehandlungen initiiert, deren Weiterentwicklung in den geeigneten Fällen rasche Hilfe in zeit- und wohnortnaher, kostensparender und für Patienten, Angehörige und Arbeitgeber freundlicher Be-

handlungsform bieten soll. Seit 1991 existiert die Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht (EVARS) zwischen den gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherern. Gegen starke Widerstände auf vielen Ebenen wurde die ambulante Alkoholrehabilitation inzwischen fest etabliert. Vorgesehene Kostenträger-Auswertungen der Methode blieben jedoch aus oder uns verborgen. Die fehlende Evaluation ambulanter Therapien wurde öffentlich beklagt [8–10]. Wir selbst hatten von der Art der Kooperation und den jährlich zu Austausch und Motivation veranstalteten „Ehemaligen“-Treffen zwar den Eindruck **erfolgreicher und effektiver** Behandlung, wollten aber Gewissheit. Die Kostenträger verweigerten Finanzhilfe für eine Studie, der von der hessischen Gesundheitsministerin zugesagte Zuschuss wurde auf unterer Ebene hintertrieben, Selbsthilfe war angesagt. Die nachfolgend vorgestellten Ergebnisse beruhen auf der ersten 5-Jahres-Evaluation ambulanter Alkoholrehabilitation unseres Therapieverbundes in Frankfurt/Main, der diese Behandlung 1990 als Pilotprojekt mit den Ersatzkrankenkassen begann und in Rhein-Main die größte und längste ununterbrochene Therapieerfahrung aufweisen kann.

Die Patienten

Die Patienten kamen freiwillig, anfangs oft fremdmotiviert durch Angehörige und Arbeitgeber, oder angeregt von Haus- und Facharzt(inn)en, SH-Gruppen, Betriebsärzten oder -räten sowie KV-Mitarbeitern. Oft war ein Entzug erforderlich, andere kamen bereits entgiftet auf Empfehlung der Entzugsklinik. In die Untersuchung einbezogen wurden alle, die die ambulante Rehabilitation im Untersuchungszeitraum April 1991 (Beginn der Leistungen durch die Rentenversicherungen) bis März 1996 durchgeführt hatten. Dies waren 82: 76 mit regulärem Abschluss, 5 mit selbst gewähltem und 1 mit disziplinarischem Abbruch.

Zur Nachuntersuchung kamen 59; 14 waren unbekannt verzogen, 7 antworteten nicht, 2 verweigerten sich. Die 59 Nachuntersuchten waren 41 Männer und 18 Frauen im Alter von 29 bis 63, durchschnittlich 45 Jahren. 83% waren erwerbstätig.

8 Patienten hatten Alkoholkonsum im Halbjahr vor Therapiebeginn verneint, bei 51 lag die Tagesdurchschnittstrinkmenge bei 144 (60 bis 700) Gramm reinen Alkohols. Auffällige BAK-Werte bei der Aufnahmeuntersuchung lagen zwischen 0,29 bis 3,33 Promille. Neben der Alkoholabhängigkeit bestanden oft – zum Teil mehrfache und schwere psychische und/oder körperliche – Begleit- oder Folgeerkrankungen. 44% bejahten Alkoholprobleme in der Herkunftsfamilie.

Team, Konzept, Therapieverfahren, Finanzierung, Evaluation

Das Team bestand aus einem niedergelassenen Allgemeinarzt mit psychotherapeutischer Erfahrung, dessen suchtmmedizinische Schwerpunktpraxis nahe der psychosozialen Beratungsstelle liegt, einem Diplomsozialarbeiter und zwei Diplomsozialpädagogen mit therapeutischer Zusatzausbildung sowie einem stundenweise mitarbeitenden Diplompsychologen. Bei Bedarf standen zwei niedergelassene Psychiater/Psychotherapeuten zur Verfügung, daneben kooperierten wir eng mit anderen Fach- und Hausärzten sowie Krankenhaus-

ambulanzen und stationären Akut- und Langzeiteinrichtungen. Regelmäßig wurden Fall- und Team-Supervisionen durchgeführt. **Die Behandlung** erfolgte gemäß den Bedingungen der „Empfehlungsvereinbarung über die Leistungen zur Ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger“ zwischen gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherern vom 29.1.1991, EVARS [11], eingebettet in ein integriertes Gesamtkonzept von Suchtprävention, Information und Motivation, Diagnostik, ambulantem oder stationärem Entzug, Therapie, Krisenintervention, Nachsorge, Hilfe zur Selbsthilfe, Überleitung in stationäre Therapieformen oder SH-Gruppen, begleitenden Hilfen im psychosozialen Umfeld usw.

Wir verstehen Abhängigkeit als chronische/chronisch-rezidivierende Erkrankung des sensibilisierten/traumatisierten Individuums mit schweren Folgeerkrankungen, hoher Mortalitätsrate und immensen sozialen Folgekosten, wobei für die Entstehung Dispositionsfaktoren im Sinn unzureichender Bewältigungsabläufe ebenso bedeutsam sind wie die gestörte psychosoziale Interaktion: Der Abhängige ist oft der Symptomträger gestörter familiärer und sozialer Beziehungsgeflechte. Rückfälle hatten für uns Appellcharakter, Rückfälle wurden nach Möglichkeit ambulant entzogen, erforderlichenfalls in andere Therapieformen übergeleitet. Die **Therapie** gliederte sich in die 1- bis mehrmonatige diagnostische Klärungs-, Motivations- und Vorbereitungsphase mit einem ärztlichen Tätigkeitsschwerpunkt und die meist 12-monatige Hauptphase mit wöchentlichen Gruppen- und/oder Einzelgesprächen mit den Therapeuten der Beratungsstelle, ärztlichen Verlaufsuntersuchungen und Kriseninterventionen sowie der Ablösungszeit mit Bahnung weiterer Betreuungsformen. **Die Finanzierung** der Behandlung oblag teils der Krankenversicherung: ärztliche Diagnostik im Vorfeld, Entzugs- und Notfallbehandlung, Krisenintervention u.a., teils – falls vorhanden – der Rentenversicherung: Therapiehauptphase, Berichte. Hinzu kamen Beratungsstellenzuschüsse aus Landes-/Kommunalmitteln und logistische Unterstützung durch den Trägerverein, ferner Eigenaufwendungen des Teams, das auch weitestgehend für die Kosten von Katamnese, Nachuntersuchung und Evaluation aufkam, da mehrfach zugesagte Landesfördermittel ausblieben. **Untersuchungsmethodik:** Die Datenerhebungen für Therapiebeginn und -ende und zur Nachuntersuchung erfolgten anhand der um einige Zusatzfragen erweiterten „Dokumentationsstandards für die Behandlung von Abhängigen“ der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie [12] sowie der ärztlichen Untersuchungsbefunde und Alkohol- und Labortests. Katamnese und Nachuntersuchung erfolgten im Juni und November 1996, frühestens 6, durchschnittlich 25 Monate nach Therapieende.

Fragedaten wurden erhoben im persönlichen Interview durch ein extern-internes Team und ergänzt durch die ärztliche Nachuntersuchung inkl. Labortests und Analyse der BAK mit dem Lion Alcolmeter SD-400 über die Ausatemluft. Die EDV-gestützte Datenanalyse zur abstinenzorientierten Erfolgsuntersuchung anhand einer zentralen Erfolgsvariablen aus 12 Einzelvariablen verdanken wir **Edgar Zeissler** [13].

Ergebnisse (auszugsweise) im Detail

Die Arbeitsunfähigkeitstage der letzten zwei Jahre vor Aufnahme verringerten sich von durchschnittlich 1,72/Monat auf 1,59/Monat vor der Katamnese. **Deutlich verbesserten sich bei der weit überwiegenden Zahl der Patienten die subjektive Zufriedenheit mit der Gesundheit, der objektive Gesundheitszustand und zahlreiche Erfolgsparameter** und es kam zur Verbesserung biochemischer Alkoholismusermarker (Abb. 1).

Bis auf eine die Bestimmung verweigernde Patientin hatten alle Nachuntersuchten negative Alkoholtests. Die palpierbare **Lebergröße** war nur selten zum Therapieerfolg in Beziehung zu setzen. **Erhöhte Blutdruckwerte** hatten anfangs (= a) 27%

der Männer/33% der Frauen, bei der Nachuntersuchung (= k) 20%/28%. Bei der **neurologischen Prüfung** war die Verbesserung am deutlichsten für (selbst diskreten) Fingertremor (a 49%, k 27%) und Koordinationsstörungen (a 42%, k 12%). Die **kumulierte Abstinenzzeit** vervierfachte sich vom Halbjahr vor Therapiebeginn bis zu dem vor der Katamnese. Die **Survival-(= absolute Abstinenz-)Rate** (d. h. Rate derer, die seit Therapieende bis zur Katamnese Alkoholabstinenz angaben) betrug **63%**.

Für das Halbjahr vor Aufnahme verneinten 5 Patienten Alkoholkonsum gegenüber 44 vor der Katamnese. Die gegebenenfalls objektiv zum Negativen hin korrigierten Antworten zu den ICD-10-Fragen zur manifesten Abhängigkeit zeigt Abb. 2. Die Häufigkeit von „Filmrissen“, Prädelir, Delir und

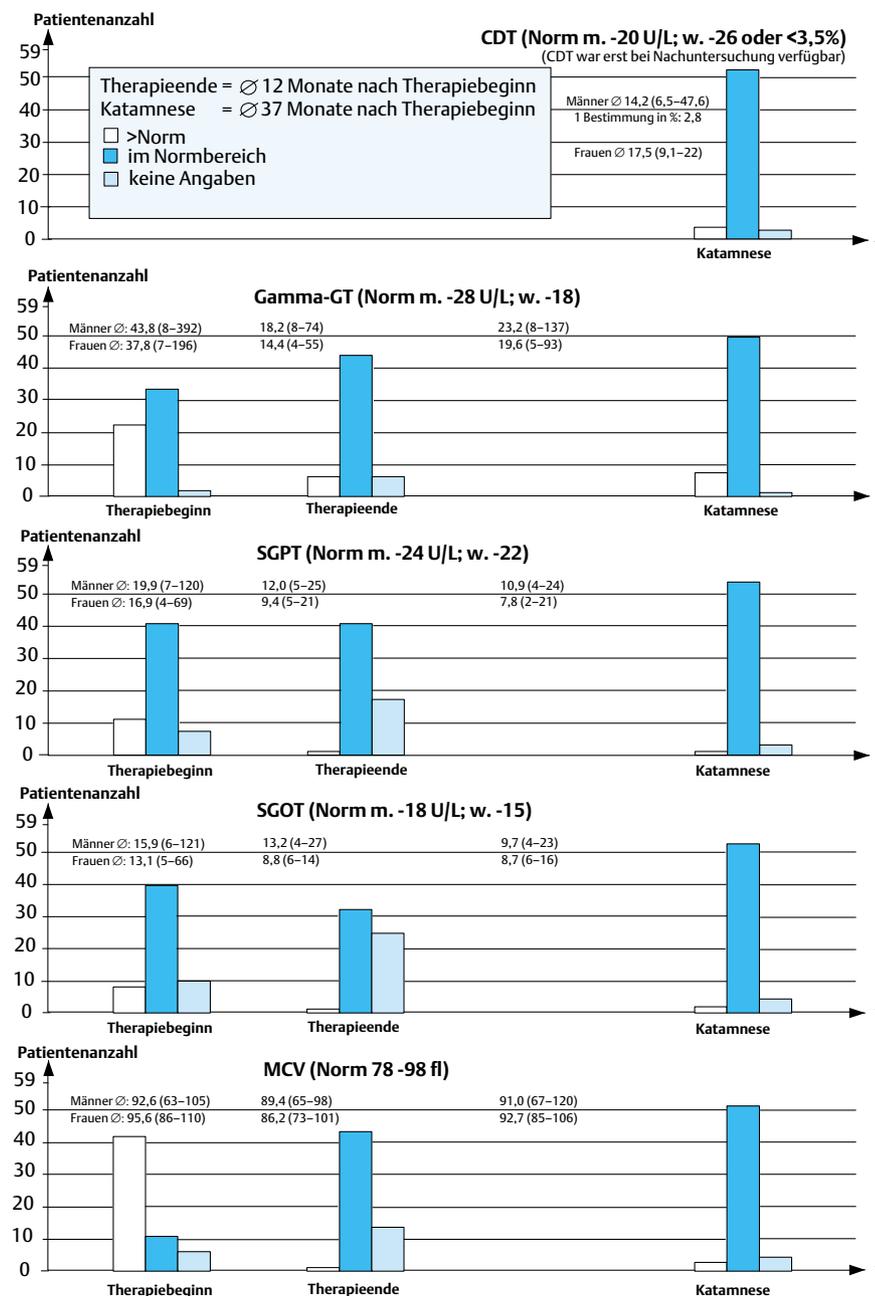


Abb. 1 Entwicklung alkoholrelevanter Laborwerte.

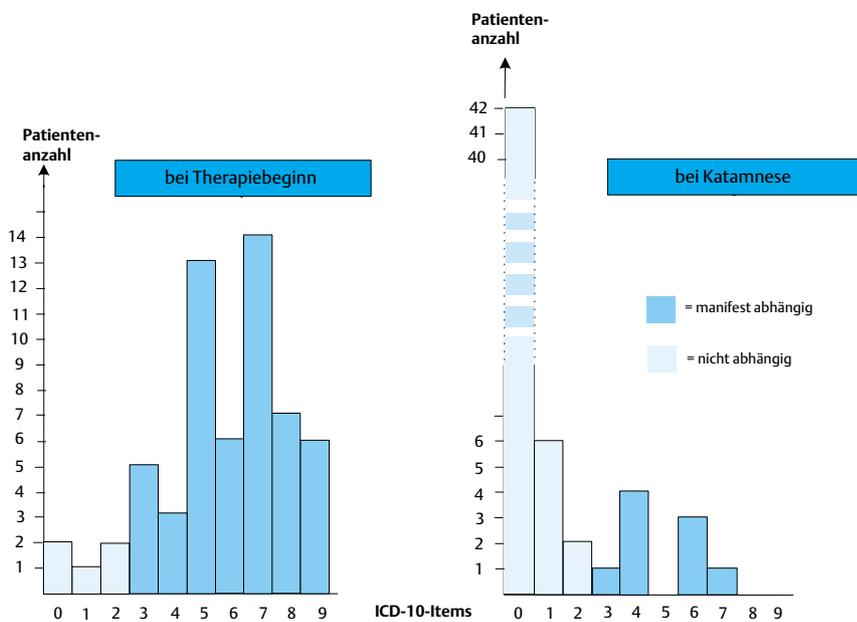


Abb. 2 Manifeste Abhängigkeit nach ICD-10. 3 und mehr ICD-10-Items = manifeste Abhängigkeit.

zerebralen Anfällen als schweren Alkoholintoxikations-/entzugsfolgen in der Vorgeschichte beeinflusste den Therapieerfolg ebenso wenig wie die Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten der letzten 2 Jahre vor Therapiebeginn, ein frühes Einstiegsalter, starke tägliche Trinkmengen oder Trinkmengenreduzierung vor der Therapie, die Schulbildung, anfängliches Überwiegen von Eigen- oder Fremdmotivation. Die Gruppe der 47- bis 63-Jährigen war deutlich erfolgreicher als die der 29- bis 45-Jährigen. Cravingerscheinungen kurz vor Therapieende zeigten Misserfolge an.

Suchtverlagerung: Der bereits bei Therapieende deutliche **Rückgang des Zigarettenkonsums** hatte sich bis zur Katamnese fortgesetzt, eine leichte **Zunahme des Körpergewichts** ebenso: Rauchten zu Therapiebeginn 66% der Patienten durchschnittlich 33 Zigaretten/Tag, so waren es zur Katamnese noch 59% mit 26 Zigaretten/die. Deutlichen KG-Zuwachs zeigten die Nikotinreduzierer/Ex-Raucher (durchschnittlich 5,2 kg/7,3 kg). **Psychosoziale Situation:** Die subjektive Zufriedenheit mit der beruflichen Situation verbesserte sich von 44 auf 81%, Partnerschaften mit Suchtstoffmissbrauch des Partners nahmen ab, die subjektive Zufriedenheit mit der Partnerschaft erhöhte sich oder blieb stabil. Der Anteil an Untersuchten mit Vertrauenspersonen im persönlichen Umfeld nahm ebenso zu wie die Zufriedenheit mit dem Freundes- und Bekanntenkreis und der Freizeitgestaltung. Den Antwortverlauf auf die Frage: „Wie zufrieden waren Sie im letzten halben Jahr generell mit Ihren Lebensumständen?“ zeigt Abb. 3. **Selbstentzüge versus Entzugsbehandlung:** Vor und nach der Therapie überwogen Selbstentzüge (ohne ärztliche Hilfe) = „S“ jeweils ambulante Entzugsbehandlungen (mit ärztlicher Hilfe) = „B“: Aus den letzten 5 Jahren vor Therapie berichteten 29 Patienten von insgesamt ca. 300 „S“ und 6 Patienten von insgesamt ca. 30 „B“, aus der Zeit zwischen Therapieende und Katamnese 13 Patienten von 39 „S“ und 4 Patienten von 8 „B“. Während der Therapie verschob sich das Verhältnis zugunsten ärztlicher Entzugsbehandlungen: 10 „B“ bei 10 Patienten gegenüber 18 „S“ bei 6

Patienten. Stationäre Entzugsbehandlungen waren in allen Zeiträumen bei ca. 5% der Patienten jährlich meist 1x nötig.

Schwere Komplikationen wie Delire und zerebrale Krampfanfälle wurden sowohl von den Selbstentzügen als auch von den stationären Entzugsbehandlungen berichtet, nicht von den ambulanten. Während vorher überwiegend stationäre Entzugsbehandlung erfolgte, war während und nach der Therapie das Gegenteil der Fall.

Die **Kooperation zwischen niedergelassenem Allgemein- arzt und psychosozialer Beratungsstelle bewährte** sich zum Nutzen der gemeinsamen Aufgabe trotz Inkongruenzen und Reibungen hervorragend. Hilfreich für Hausärzte war die Vorgehensweise, Abhängige, bei denen zumindest Ansätze von Eigenmotivation erkenn- oder erweckbar waren, mit der benannten Alkoholverdachtsdiagnose an einen versierten Kollegen zu überweisen, der die 3 bis 6 halbstündigen Klärungs- und Motivationstermine bereitstellte und den

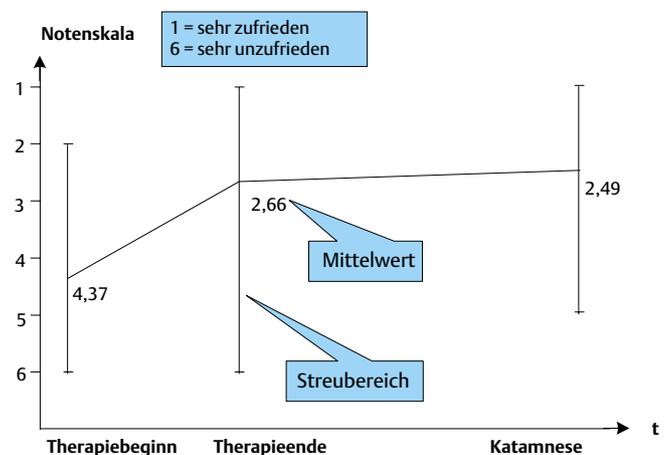


Abb. 3 Subjektive Zufriedenheit mit der Gesamtsituation.

nötigen Kontakt zur geeigneten psychosozialen Beratungsstelle bahnte, wo es kompetente Hilfe bei der weiteren Prozessklärung und Vermittlung in eine Selbsthilfegruppe oder bei der hürdenreichen Antragstellung auf ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung gab. Der Gang zum „versierten Kollegen“, der z.B. bereits der Arzt der psychosozialen Beratungsstelle sein kann, wurde nach unseren Erfahrungen besser gemeistert, wenn dieser selbst als Hausarzt (Allgemeinmediziner, Internist) niedergelassen war – die Hemmschwelle gegenüber dem Psychiater oder Nervenarzt war deutlich höher.

Kosten: Die ambulante Entzugsbehandlung ebenso wie die ambulante Alkoholrehabilitation sind deutlich **kostengünstiger als** vergleichbare stationäre Verfahren. Wir arbeitete(n) v.a. mit 4 Entzugskliniken zusammen, deren Kosten spannen für gesetzlich versicherte Entzugspatienten im Juli 2001 von täglich 402 DM für durchschnittlich 4,5 Tage über 596 DM für 14 Tage (sog. qualifizierter Entzug [14]) bis zu 809 DM für 10 Tage betragen. Der ambulante Entzug von durchschnittlich 10 Tagen kostete die Krankenkasse hingegen 3000 bis 8000 Gebührenpunkte (Punktwert < 0,10 DM), also meist weniger als $\frac{1}{10}$ des stationären Entzugs. Die stationäre Alkoholrehabilitation in den 4 von uns meistbesuchten Einrichtungen kostete bei einer Dauer von durchschnittlich 10 bis 16 Wochen mit Tagessätzen von 181 DM bis 217 DM durchschnittlich 16 664 DM (Juli 2001). Die 1-jährige ambulante Alkoholrehabilitation hingegen kostete mit 80 Tagessätzen à 85 DM weniger als die Hälfte.

Diskussion

Die Studie ist vergleichsweise [15] gut validiert, das Patientengut hinsichtlich soziodemographischer Daten vergleichbar [16–21] – der abweichend hohe Anteil Erwerbstätiger ist durch die EVARS-Bedingungen erklärt [22].

Der reizvolle Vergleich zwischen Ausgangs- und Nachuntersuchungsstichprobe war nicht möglich, da die Einwilligung in die Datenverwendung zu Studienzwecken erst bei der Katamnese eingeholt wurde (der Plan zur Studie reifte erst 1995). Während die Kurzintervention beim schädlich Trinkenden Hervorragendes leistet, bedarf es beim Abhängigen auch in der hausärztlichen Praxis zeitaufwändigerer Klärungs- und Motivationsarbeit. Oft kann der aufmerksame Hausarzt hier bei seinen eigenen Patienten nur als ein zusätzlicher, aber wichtiger Verstärker wirken neben den potenziellen Top-Fremdmotivatoren Arbeitgeber und Angehörige, deren Part zu eruieren und **ggf.** zu verstärken ihm daher obliegt. Entgegen der von Joachim Köhler referierten Befragungsergebnisse dominierte bei unserer Klientel aus Großstadt und Umland der Wunsch nach ambulanter Behandlung bei weitem, was die selbstkritische Anmerkung des Autors zur ungünstigen Altersauswahl der Versichertenbefragung unterstreicht [22]. Im Gegensatz zum Gerichtsmediziner ist die Messung der BAK über die Ausatemluft eine wertvolle Methode für den Praktiker [23]. Ambulante Alkoholentzugsbehandlungen sind bei strenger Patientenauswahl, klarem Betreuungsetting und Beachtung der Eigenschaften und Nebenwirkungen der Entzugsmedikamente [24] weitgehend komplikationsfrei möglich [25].

Die Erfolgsrate unserer ambulanten Alkoholentwöhnungsbehandlung entspricht der stationärer Methoden [17] – wobei Indikationen und therapeutische Möglichkeiten differieren, was für eine sinnvolle gegenseitig ergänzende Kooperation zu beachten ist – und übersteigt, soweit vergleichbar, die ambulante Acamprosat-gestützte Verfahren deutlich [26]. Zwar sind **stationäre Entwöhnungsbehandlungen** mit ca. 13 000 bis 22 000 DM heute um 20% billiger als 1996, was v.a. aus der kürzeren Dauer resultiert, sie **kosten** aber weiterhin im Durchschnitt **mehr als das Doppelte von ambulanten Entwöhnungsbehandlungen**. Auch die **Kosten stationärer Entwöhnungsbehandlungen** von ca. 1800 bis 8400 DM **übersteigen diejenigen ambulanter Behandlung um das 10-**(unter Schwerpunktpraxisbudgetbedingungen z.T. um das 100)**fache!** Trotz effektiver Kostenersparnis und erneuter Entlastung des stationären Sektors war und ist die **Finanzierung** dieser kostendämpfenden ambulanten Behandlungsformen nur **unzureichend** gewährleistet. Dabei verlang(t)en die Anforderungen z.B. an die Qualität der „fachgerechten Abklärung des Ausmaßes der Abhängigkeitserkrankung und ihrer individuellen Ausprägung“ exakt die gleichen „differenzierten diagnostischen Maßnahmen“, die Kuhlmann u.a. an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Alkoholabhängiger stellen [27]. Diese Leistungen finden im Vorfeld der ambulanten Entwöhnungsbehandlung und als Kriseninterventionen während der Therapie statt, fallen also in den Leistungsbereich der Krankenversicherung, wobei viele Hausärzte damit überfordert sind und die „schwierigen“ Patienten gern an Schwerpunktpraxen abgeben. Anders als für z.B. die im Betreuungsaufwand vergleichbaren Methadonsubstitutionsbehandlungen gab und gibt es hierfür jedoch keine Zusatzbudgets.

Da in Schwerpunktpraxen kein Verdünnungseffekt durch zahlreiche, wenig ausgelastete Behandlungsscheine erzielt werden kann, ist die faktische 3-Monats-Honorarbudgetgrenze von ca. 50 bis 70 DM bereits nach dem Erstkontakt des Alkoholpatienten ausgeschöpft. Ein zur wirtschaftlichen Kalkulation gezwungener niedergelassener Arzt kann (sich) wegen des großen Zeitaufwandes ambulante Entzugs-/Entwöhnungsbehandlungen schwerpunktmäßig nur leisten, wenn KBV und Krankenversicherer geeignete Gebührensätze und extrabudgetäre Finanzmittel zur Verfügung stellen, was bisher nicht geschieht. Die vorgestellten Ergebnisse bestätigen die von Antonius Holz und Jost Leune im Jahrbuch Sucht 2000 erneuerten Forderungen der „angemessenen finanziellen Absicherung – vor allem für den ambulanten Bereich –, die den sich verändernden Strukturen Rechnung trägt“ [28].

Danksagung

Herrn Prof. Berndt Kirchlechner von der Fachhochschule Frankfurt am Main, Fachbereich Sozialpädagogik, sei Dank für die Ermöglichung der Datenanalyse, den Herren Karl-Heinz Scheid und Walter Neu für die Erstellung der Grafiken.

Literatur

- ¹ Fischer GC, Pulwitt DH. Hausärztliche Aufgaben und Möglichkeiten im Bereich ambulanter Rehabilitation. *Münch med Wschr* 1997; 22: 339–343
- ² Kuth N, Kruse W. Die Rolle des Hausarztes in der Behandlung des Alkoholkranken. *Fortschr Med* 1995; 33: 473–475
- ³ Wetterling T, Veltrup C, Junghanns K. Mögliche Indikationen zur Behandlung mit „Anti-Craving“-Medikamenten. *Sucht* 1996; 42: 323–329
- ⁴ Wetterling T, Veltrup C. Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Berlin u.a.: Springer, 1997
- ⁵ Schmidt LG. Frühdiagnostik und Kurzintervention beim beginnenden Alkoholismus. *Dt Ärztebl* 1997; 94: A-2905–2908
- ⁶ Theiß G. Den Teufelskreis Alkohol mit Kurzinterventionen durchbrechen. *Der Allgemeinarzt* 2000; 11: 836–844
- ⁷ Theiß G. Gemeinsam gegen die Alkoholkrankung. *Z Allg Med* 2001; 77: 134–136
- ⁸ Fuchtmann E. Ambulante Suchttherapie. Freiburg: Lambertus, 1994
- ⁹ Kufner H. Bei dem Treffen der Arbeitsgruppe „Methoden und Standards für die Behandlung von Alkoholabhängigen“ am Forschungsschwerpunkt Suchtforschung (Prof. Karl Mann) der Eberhard-Karls-Universität Tübingen, 29. Sept. 1997
- ¹⁰ Mundle G. Aktuelle Entwicklungen in der Suchttherapie. *Sucht* 1997; 43: 283–286
- ¹¹ Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht. *Sucht* 1991; 37: 127–130
- ¹² Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg: Lambertus, 1992
- ¹³ Zeissler E. Indikationsorientierte Evaluation einer ambulanten Entwöhnungsbehandlung: Erste katamnestische Ergebnisse. *Sucht* 1999; 45: 100–107
- ¹⁴ Mann K, Stetter F, Günthner A, Buchkremer G. Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. *Dt Ärzteblatt* 1995; 92: A-3052–3059
- ¹⁵ Holz H, Bork J, Oberlaender FA. 1-Jahres-Katamnese nach Alkoholentwöhnungsbehandlung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus. *Sucht* 1996; 42: 183–187
- ¹⁶ Zeissler E. Therapieerfolg einer ambulanten Alkoholentwöhnungsbehandlung – erste katamnestische Studie. Diplomarbeit bei Prof. B. Kirchlechner, Fachhochschule Frankfurt a. M., Fachbereich Sozialpädagogik. Frankfurt, 1997
- ¹⁷ Kufner H, Feuerlein W, Huber M. Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahres-Katamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren* 1988; 34: 157–272
- ¹⁸ Längle G, Schied W. Zehn-Jahres-Katamnese eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungsprogrammes für Alkoholkranken. *Suchtgefahren* 1990; 36: 97–105
- ¹⁹ Lehnitz-Keiler C, Simon R. Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe – Daten aus EBIS und SEDOS 1995. In: DHS (Hrsg). *Jahrbuch Sucht '97*. Geesthacht: Neuland, 1996
- ²⁰ Missel P, Zemlin U. Basisdokumentation Sucht und Katamnese Sucht. In: Fachausschuss des Wissenschaftsrates (Hrsg). *Qualitätssicherung in der stationären Behandlung Abhängigkeitskranker*. Hilden: AHG, 1994: 11–38
- ²¹ Pfeiffer W, Fahrner EM, Feuerlein W. Katamnestische Untersuchung von ambulant behandelten Alkoholabhängigen. *Suchtgefahren* 1987; 33: 309–320
- ²² Köhler J. Ambulante Rehabilitation Sucht: Rahmenbedingungen, Daten zur Entwicklung und Versicherteneinstellungen. *Suchttherapie* 2000; 1: 137–142
- ²³ Kijewski H, Eggert A, Sprung R. Zur Verfälschung der Messung der Atemalkoholkonzentration. *Blutalkohol* 1991; 28: 684–692
- ²⁴ Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Risiken von Carbamazepin im ambulanten Entzug. *Dt Ärztebl* 1997; 94: A-1154
- ²⁵ Ulmer A. Ärztliche Behandlung von alkoholabhängigen Patienten in der Praxis – unser Vorgehen und die Begründung des DGDS-Symposiums. Suchtmedizinischer Kongress der Dt. Ges. f. Drogen- u. Suchtmedizin. Karlsruhe: Kongressreader 5, 1996: 97–104
- ²⁶ Saß H. Ergebnisse der deutschen Multicenter-(PRAMA-)Studie. Heidelberg: Einführungssymposium für Campral der Fa. Lipha, Mai 1996
- ²⁷ Kuhlmann T, Summa-Lehmann P, Reymann G, Marcea JT. Anforderungen an eine qualifizierte Akutbehandlung Alkoholabhängiger in NRW. *Suchttherapie* 2001; 2: 93–97
- ²⁸ Holz A, Leune J. Versorgung Suchtkranker in Deutschland. *Jahrbuch Sucht* 2000. Geesthacht: Neuland, 1999: 139–160

Dr. med. Frank J. Köhler
 Brückenstraße 42
 60594 Frankfurt am Main

E-mail: koehlerdoc@telemed.de