

**Rahmenkonzept
für die
stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung
alkoholkranker Menschen in Nordrhein-Westfalen**

Gliederung

Präambel

- 1 Regelversorgung - Versorgungsverpflichtung
- 2 Zielgruppe und Indikation
- 3 Bedeutung der qualifizierten Entzugsbehandlung (Q.E.) im Suchtkrankenhilfesystem
- 4 Grundsätzliche Charakteristika in der Q.E.
 - 4.1 Ziele
 - 4.2 Inhalte und Maßnahmen
 - 4.3 Behandlungsdauer
- 5 Strukturelle Voraussetzungen in der Q.E.
 - 5.1 Behandlungskonzept
 - 5.2 Personelle Ausstattung und Qualifikation
 - 5.3 Sozialleistungsrechtliche Zuständigkeit
- 6 Behandlungsergebnisse (Evaluation)
 - 6.1 Dokumentation der Befunde und erbrachten Leistungen
 - 6.2 Informationsfluss und Datenschutz
- 7 Qualitätsmanagement

Präambel

Zielgruppe dieses Rahmenkonzeptes sind alle Personen, die an alkoholbedingten Störungen nach ICD-10-SGB V leiden. Dieses Krankheitsbild hat in der Regel einen prozesshaften, langwierigen Verlauf und bedarf der psychiatrisch-psychotherapeutischen und ggfs. somatischen Behandlung.

Das Konzept umfasst die inhaltlichen und strukturellen Bedingungen für eine stationäre und/oder teilstationäre qualifizierte Entzugsbehandlung Alkoholkranker (Q.E.) einschließlich der notwendigen Qualitätsanforderungen.

Der Begriff Q.E. im Sinne dieses Rahmenkonzeptes bezeichnet eine teil- oder vollstationär zu erbringende Entzugsbehandlung unter Berücksichtigung der psychischen, somatischen und sozialen Dimensionen der Erkrankung. Die Q.E. umfasst also weit mehr als die reine Entgiftungsbehandlung (Detoxifikation), die ebenfalls fachlich qualifiziert durchgeführt werden muss. Q.E. ist eine unter Berücksichtigung moderner suchtmmedizinischer Gesichtspunkte fachärztlich geleitete Behandlung Alkoholkranker, die im Sinne des § 39 SGB V als wirksam, notwendig, zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich zu bezeichnen ist.

Die Akutbehandlung alkoholkranker Menschen wird derzeit stationär in somatischen oder / und psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, an Universitätskliniken und in psychiatrischen Fachkrankenhäusern sowie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung in Arztpraxen, Institutsambulanzen und in Polikliniken auf der Grundlage des SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen geleistet.

Die Vernetzung der Hilfsangebote für alkoholabhängige Menschen ist entscheidend. Sie ist weiter zu verbessern, um die Chancen sowohl für eine dauerhafte Abstinenz als auch für eine soziale und berufliche Reintegration zu erhöhen (1).

Eine umfassende Darstellung des Suchthilfesystems findet sich im Landesprogramm gegen Sucht NRW (2).

Auch privat krankenversicherte alkoholranke Menschen haben Anspruch auf die Erstattung der Kosten von Entgiftungsbehandlungen, soweit diese medizinisch notwendig sind.

Medizinische Leistungen zur Rehabilitation werden für sozialversicherte alkoholranke Menschen stationär, teilstationär und ambulant überwiegend zu Lasten der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung erbracht. Die Übernahme der Kosten von Entwöhnungsbehandlungen bei privatversicherten alkoholranken Menschen durch private Krankenversicherungen ist durch die allgemeinen Versicherungsbedingungen in der Regel ausgeschlossen. Im Einzelfall kommt im Rahmen der Bemühungen privater Krankenversicherungen um Krankheitsmanagement abhängig vom individuellen Versicherungstarif eine (teilweise) Kostenübernahme im Rahmen von Kulanzregelungen in Frage.

Die Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker (Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“) vom 04.05.2001 geht von einem zweigeteilten Behandlungssystem für Alkoholranke aus, in dem Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung sowohl konzeptionell als auch kostentechnisch getrennt sind. Nicht jeder Entzugsbehandlung muss eine Entwöhnungsbehandlung folgen.

Die Versorgung Suchtkranker ist inzwischen durch flexible und an den Bedürfnissen der Kranken gezielt ausgerichtete Hilfen ergänzt und weiterentwickelt worden. Es handelt sich hierbei um ein differenziertes Hilfenetzwerk, das ein bedarfsgerechtes wohnortnahes Behandlungs- und Betreuungsangebot beinhaltet, das allen alkoholranken Menschen offen steht und die psychische, somatische und soziale Dimension der Alkoholkrankheit berücksichtigt.

Im Landesprogramm gegen Sucht Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 1998 (2) wird die Entwicklung einer Rahmenkonzeption für die stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung Alkoholkranker gefordert, wie sie für Drogenranke bereits seit 1996 existiert und hier allerdings im Rahmen einer besonderen und überregionalen Schwerpunktsetzung angeboten wird (3).

Ausgangspunkt war die zu beobachtende Tendenz zu kürzeren stationären Entzugsbehandlungsperioden bei gleichzeitig steigenden (Wieder)Aufnahmefrequenzen, was im Ergebnis zu insgesamt steigenden kumulativen Behandlungszeiten und Behandlungskosten pro Patient und Jahr führt (4), (5). Diese Entwicklung hat ersichtlich keine Verbesserung der Versorgungsqualität zur Folge.

Das Hilfsangebot soll grundsätzlich allen alkoholkranken Personen möglichst niedrighschwellig zur Verfügung stehen.

Die Vorgaben dieses Rahmenkonzeptes insbesondere zur Indikation der Q.E., ihrer Dauer und ihrer Qualitätsmerkmale gelten grundsätzlich auch für selbstzahlende Patienten. Die Erstattung der Behandlungskosten durch private Krankenversicherungen richtet sich nach den individuellen Versicherungsbedingungen. Eine Entzugsbehandlung stellt eine medizinisch notwendige Heilbehandlung dar. Die spezifischen Inhalte der Q.E. sind als unverzichtbarer Bestandteil jeder Entgiftung ebenfalls medizinisch notwendige Heilbehandlung.

1. Regelversorgung - Versorgungsverpflichtung

Die Q.E. soll als Regelbehandlung in stationären Einrichtungen mit psychiatrischer Pflichtversorgung angeboten werden. Zu diesen Einrichtungen gehören alle im Krankenhausplan aufgenommenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken und Abteilungen. Selbstzahlende ggf. privatversicherte alkoholranke Menschen können für die Q.E. auch Einrichtungen in Anspruch nehmen, die nicht in die Regelversorgung einbezogen sind. Diese sollten Qualitätsmerkmale aufweisen, die diesem Rahmenkonzept entsprechen.

Zur Bedarfsdeckung kann die Q.E. ausnahmsweise auch in anderen (z.B. internistischen) Kliniken und Abteilungen durchgeführt werden, wenn die Vorgaben dieses Rahmenkonzeptes erfüllt sind.

2. Zielgruppe und Indikation

Zielgruppe für die Q.E. über die Detoxifikationsphase hinaus sind diejenigen alkoholkranken Menschen (siehe Präambel)

- denen ihr pathologischer Alkoholkonsum als Problem begreifbar gemacht werden kann,
- die bereit sind, während der Behandlung auf Alkoholkonsum zu verzichten
- und die wenigstens langfristig das Ziel der Abstinenz anstreben.

Da sich bei Alkoholkranken eine dauerhafte Abstinenz häufig erst nach mehreren Anläufen und nach wiederholten Behandlungen erreichen lässt (7), (8) ist die Q.E. gerade auch für diejenigen Alkoholkranken geeignet, die bereits mehrere erfolglose Abstinenzversuche hinter sich haben und bei denen ambulante Angebote nicht oder nicht mehr in Betracht kommen.

3. Bedeutung der qualifizierten Entzugsbehandlung im Suchtkrankenhilfesystem

Die Q.E. ist integraler Bestandteil des wohnortnahen und differenzierten Suchtkrankenhilfesystems. Im Vorfeld haben Suchtberatungsstellen, Betriebe und deren Suchtkrankenhilfe, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, der ärztliche Notdienst sowie Selbsthilfeorganisationen eine wesentliche Vermittlungsfunktion.

Die Entscheidung über eine Q.E. im vollstationären oder teilstationären Setting hängt von den medizinischen Möglichkeiten, der Schwere des aktuellen Krankheitsbildes und der Stabilität der sozialen Situation ab (9).

Die Vermittlung in die Suchtselbsthilfe und die Weiterversorgung und -behandlung nach Abschluss der Q.E. kann in allen Einrichtungen der professionellen Suchtkrankenhilfe erfolgen (z. B. ambulante, teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlung (10), betreutes Wohnen).

4. Grundsätzliche Charakteristika der Q.E.

4.1. Ziele

Globale Ziele der Q.E. sind Überlebens- und Gesundheitssicherung der Betroffenen. Teilziele sind die körperliche Entgiftung sowie die Förderung der Veränderung von Einstellung und Verhalten der Alkoholkranken bzgl. des Alkoholkonsums, um den Einstieg in den Ausstieg einzuleiten (11). Kurzfristig ist die Reduktion von Menge und Häufigkeit des pathologischen Alkoholkonsums anzustreben. Da Veränderungsbereitschaft mit ausreichender Veränderungskompetenz einhergehen muss, um verhaltenswirksam werden zu können, besteht ein weiteres Teilziel der Q.E. darin, die Entwicklung entsprechender psychosozialer Kompetenzen zu fördern. Hierzu gehört auch, die vorhandenen psychosozialen Ressourcen zu

stabilisieren bzw. neu aufzubauen (soziale Integration und materielle Grundsicherung), Bewältigungsstrategien zu entwickeln und konkrete weitere Behandlungsschritte zu planen (z. B.: Vermittlung in eine erforderliche und mögliche Entwöhnungsbehandlung).

4.2. Inhalte und Maßnahmen

Bestandteile der Q.E. sind grundsätzlich eine umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische, somatische und soziale Diagnostik einschließlich eines Substanz-Screenings unter besonderer Berücksichtigung psychischer Komorbidität (12).

Sofern die körperliche Entgiftung nicht bereits vor der (teil-) stationären Ausnahme abgeschlossen wurde, erfolgen im Rahmen der Q.E. zunächst die Detoxifikation und die Behandlung des Alkoholentzugssyndroms. Ferner ist eine adäquate Diagnostik und Behandlung der somatischer Beschwerden, ggf. in Zusammenarbeit mit Einrichtungen der somatischen Medizin, durchzuführen.

Weitere Bestandteile der Q.E. sind eine umfassende Information und Aufklärung der Betroffenen über das komplexe Krankheitsbild, die insbesondere auch die individuellen Besonderheiten und das Zusammentreffen mehrerer Erkrankungen neben der Alkoholkrankheit einschließen. Q.E. ist ein psychiatrisch-psychotherapeutisch fundiertes Behandlungsangebot, dessen Fokus die Reduzierung belastender psychischer Symptome bzw. Syndrome und die Förderung von Veränderungsbereitschaft und zumindest langfristig die Befähigung zur Alkoholabstinenz ist (13), (14), (15).

Im Rahmen der sozialtherapeutischen Maßnahmen werden auch die familiäre und berufliche Situation der Betroffenen in die Behandlung einbezogen.

Ergo- und bewegungstherapeutische Maßnahmen (16), Entspannungsverfahren (17) und weitere anerkannte Therapieformen ermöglichen eine umfassende und individuelle Behandlung. Sie erleichtern die Formulierung individueller Behandlungsziele. Sie dienen u.a. der Förderung kognitiver und koordinativer Fähigkeiten, die bei Alkoholkranken häufig gestört sind (18), (19). Sie sollen darüber hinaus den nonverbalen Zugang zur eigenen Person, der Erkrankung, den

Veränderungsmöglichkeiten und der Förderung bzw. Stärkung von Selbstbewusstsein, Eigenverantwortung und sozialer Kompetenz der Betroffenen ermöglichen.

Ein unverzichtbarer Bestandteil der Q.E. ist die Einleitung und Organisation erforderlicher und konkreter weiterführender Hilfen bzw. Therapiemaßnahmen nach Abschluss der Behandlung, sofern dies möglich erscheint.

4.3. Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer bemisst sich nach dem akuten Alkoholentzugssyndrom, der (häufig mehrere Wochen andauernden) Restitution neuropsychologischer und kognitiver Fähigkeiten und der emotionalen Stabilität sowie den komorbiden psychischen und somatischen Erkrankungen. Zudem muss die Behandlungsdauer den häufig auftretenden psychosozialen Krisensituationen Rechnung tragen. Für eine bei Behandlungsbeginn eingeräumte Behandlungsdauer von 3 bis 4 Wochen ist für die qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen die Wirksamkeit und Kosteneffizienz wissenschaftlich nachgewiesen (20), (21), (22).

Die Behandlungsdauer der Q.E. beträgt in der Regel bis zu 3 Wochen, bei kompliziertem Verlauf der Detoxifikationsphase und in besonders gelagerten und begründeten Einzelfällen kann sie bis zu 6 Wochen dauern. Die Krankenhäuser und die jeweils zuständigen Sozialleistungsträger führen während der stationären Behandlung eine enge Kommunikation über weitere einzuleitende Maßnahmen in der Anschlussversorgung. Entsprechende Leistungsanträge sind rechtzeitig zu stellen.

Treten (teil-)stationär behandlungsbedürftige komorbide psychische und/oder somatische Erkrankungen in den Vordergrund, sind diese nach fachärztlicher Indikationsstellung für die Art und Dauer der Behandlung führend und gehen ggf. über den Zeitrahmen der Q.E. hinaus.

5. Strukturelle Voraussetzungen der Einrichtungen des Q.E.

5.1. Behandlungskonzept

Auf der Grundlage dieses Rahmenkonzeptes entwickeln die Behandlungseinrichtungen, die Q.E. anbieten, ein Behandlungskonzept, das auch der notwendigen Transparenz in der Therapie für Patienten und Kostenträger Rechnung trägt. Die jeweiligen Behandlungskonzepte der Einrichtungen können unter Berücksichtigung institutioneller bzw. struktureller Besonderheiten variieren. Sowohl entzugslindernde als auch motivationsfördernde Anteile der Behandlung bilden grundsätzlich eine funktionelle Einheit, auch wenn im Einzelfall zwischen Detoxifikationsphase und Motivationsphase unterschieden werden kann.

5.2. Personelle Ausstattung und Qualifikation

Die Q.E. setzt ein multiprofessionelles Behandlungsteam unter fachärztlicher Leitung mit psychiatrischer, psychotherapeutischer, psychologischer, sozialarbeiterischer/sozialpädagogischer, (fach-)krankenschwesterlicher, ergotherapeutischer und bewegungstherapeutischer Kompetenz voraus.

Bei psychiatrischen Stationen richtet sich die personelle Besetzung qualitativ und quantitativ nach der Psych-PV (23), (24).

Stationen außerhalb des Psych-PV-Anwendungsbereiches haben eine analoge Personalausstattung vorzuhalten.

Da selbstzahlende ggfs. privatversicherte alkoholranke Personen auch Einrichtungen in Anspruch nehmen können, die nicht in die Regelversorgung eingebunden sind und nicht dem Psych-PV-Anwendungsbereich unterliegen, sollten diese der Psych-PV vergleichbare Qualitätsmerkmale in quantitativer und qualitativer Hinsicht aufweisen, wobei die Struktur der multiprofessionellen Zusammensetzung des Behandlungsteams den Besonderheiten bestimmter Patientengruppen

angepasst werden kann.

Neben den notwendigen Fort- und Weiterbildungen sind ferner eine Supervision für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch und Wissensvermittlung unverzichtbar.

5.3. Sozialleistungsrechtliche Zuständigkeit

Stationäre Q. E. im Krankenhaus wird gem. § 39 SGB V durch die zuständige Krankenkasse finanziert.

Die Erstattung der Behandlungskosten durch private Krankenversicherungen richtet sich nach den individuellen Versicherungsbedingungen. Eine Entgiftungsbehandlung stellt eine medizinisch notwendige Heilbehandlung dar. Die spezifischen Inhalte der Q.E. sind als unverzichtbarer Bestandteil jeder Entgiftung ebenfalls medizinisch notwendige Heilbehandlung und fallen ausdrücklich nicht unter den Ausschluss der Übernahme von Kosten für Entwöhnungsbehandlungen, wie dies die allgemeinen Versicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherungen in der Regel für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren vorsehen.

6. Behandlungsergebnisse (Evaluation)

6.1. Dokumentation der Befunde und erbrachten Leistungen

Die im Rahmen der Q.E. erhobenen Befunde werden schriftlich dokumentiert.

Die Dokumentation der im Rahmen der Q.E. erbrachten Leistungen umfasst die körperliche und psychiatrische Untersuchung, Diagnostik und Anamnese einschließlich Eigen-, Familien- und Suchtanamnese, die pflegerischen und sozialtherapeutischen Befunde sowie den Behandlungsverlauf einschließlich der Einzel-

und Gruppentherapie, der Co-Therapien und der weiteren fakultativ zu erhebenden Befunde (z.B. weitere psychologische Diagnostik, somatische Differentialdiagnostik etc.).

Im Bereich der Q.E. ist eine einheitliche Dokumentation anzustreben.

6.2. Informationsfluss und Datenschutz

Die Integration der Kliniken und Abteilungen von Krankenhäusern, die die Q.E. durchführen, in das vernetzte Hilfesystem vor Ort hängt wesentlich von der Effektivität und Effizienz der Informationsweitergabe zwischen den verschiedenen an der Behandlung beteiligten Institutionen und Personen ab. Besonders an den Schnittstellen innerhalb des Systems (z.B. Planung von Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt, Organisation von Anschlusslösungen etc.) ist eine enge Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen erforderlich. Die Sicherstellung tragfähiger Anschlusslösungen zur Unterstützung des angestrebten Behandlungserfolgs erfordert eine zeitnahe Informationsweitergabe bereits während der Q.E.. Dabei sind stets die psychische, somatische und soziale Dimension der Suchterkrankung und damit zugleich auch die konkrete Lebenssituation des Patienten angemessen zu berücksichtigen. Bei der Datenerfassung und –weitergabe sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Zur Wahrung des Datenschutzes ist u. a. eine Entbindung von der Schweigepflicht durch die Patientinnen / Patienten oder ggfs. ihre gesetzlichen Vertreter sicherzustellen. Spezifische Problemstellungen, die sich aufgrund regionaler Besonderheiten ergeben und besonderer Regelungen bedürfen, sind in den regionalen Arbeitskreisen zu analysieren, um Kommunikationshemmnisse zu überwinden und die Integration aller von diesem Behandlungsangebot zu erreichenden Zielgruppen sicherzustellen.

Den Krankenkassen sind die Daten gem. § 301 SGB V nach den in der Vereinbarung über den Datenträgeraustausch genannten Fristen zu übermitteln.

Hierbei sollten - unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen -

auch sachdienliche Zusatzinformationen zur Q.E. beigefügt werden.¹

Für privatversicherte Patienten gilt, dass die Einrichtungen der Q.E. dem Patienten alle zur Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der Q.E. als stationäre Heilbehandlung durch die private Krankenversicherung erforderlichen Informationen zugänglich machen (soweit deren Offenlegung nicht aus medizinischen Gründen kontraindiziert ist). Dabei sollte der Patient auf seine - aus dem Vertragsverhältnis mit der privaten Krankenversicherung resultierende - Mitwirkungspflicht bei der Prüfung der medizinischen Notwendigkeit hingewiesen werden. Dem Patienten ist ferner die alternative Möglichkeit aufzuzeigen, eine schriftliche, individuell auf die jeweils aktuell durchzuführende bzw. durchgeführte Q.E. bezogene Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der/den konkret benannten privaten Krankenversicherung/en zu erteilen und damit sein Einverständnis zu erklären, dass die Ärzte bzw. die Einrichtung der Q.E. die medizinischen Dokumente dem/den Versicherungsunternehmen direkt zukommen lassen/lässt.

Die Einrichtungen der Q.E. und die Kostenträger erklären sich bereit, anonymisierte Daten retro- und prospektiv für Maßnahmen zur Verbesserung der Transparenz und für die Evaluation zur Verfügung zu stellen.

7. Qualitätsmanagement

Eine qualitativ hochwertige Behandlung der Patientinnen / Patienten ist durch geeignetes Qualitätsmanagement sicherzustellen. Eine wesentliche Rolle spielt hierfür eine einheitliche Dokumentation, in die u.a. Daten zur geschlechtsspezifischen Differenzierung, zur Vernetzung der Hilfen sowie zur beruflichen Situation einzubeziehen sind. Qualitätsmanagement umfasst alle Maßnahmen, die für die Konzeption, die praktische Umsetzung und das Erreichen der

¹ Im Rheinland werden zur Zeit standardisierte Abfragen zur angemessenen Datenübermittlung entwickelt und erprobt, die u. a. den Datenfluss zwischen Leistungserbringern, Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern erleichtern und effektiver machen sollen. Diese Erhebungsbögen sind gegenwärtig noch nicht ausreichend konsentiert.

entsprechenden Behandlungsergebnisse erforderlich sind. Qualitätsmanagement umfasst auch externe Vergleiche der Krankenhäuser untereinander. Zum Qualitätsmanagement gehört auch die kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung sowohl der Behandlung als auch des Qualitätsmanagements selbst, um zu gewährleisten, dass alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen nach dem aktuellen und anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft vorgehalten werden.

Literatur

- (1) Marcea IT, Kuhlmann T, Summa-Lehmann P, Reymann G, Reinert T, Endres J et al. Leitlinien für die Erbringung medizinischer Leistungen in der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeit und / oder schädlichem Gebrauch von psychotropen Substanzen für das Fachgebiet Psychiatrie/Psychotherapie. Suchttherapie 2001; 2:45-50.
- (2) Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW. Landesprogramm gegen Sucht. W&S Druck, Köln 1999.
- (3) Heudtlass JH, Sawalies D, Kuhlmann T. NRW- Krankenhausbedarfsplanung für qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger. Sucht 1996; 42(3):196-199.
- (4) Richter D, Eikermann B. Verweildauerrückgang bei stationären Behandlungen in der Psychiatrie: Positive oder negative Konsequenzen. Spektrum 3/2000; 29. Jahrgang
- (5) Richter D. Die Dauer der psychiatrischen Behandlung, Fortschr. Neurol. Psychiat. 2001; 69; 19 – 31
- (6) Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Abt. Krankenhäuser und Psychiatrie, Abt. Gesundheitswesen, Tagungsband 13. März 2000 „Die qualifizierte Akutbehandlung alkoholkranker Menschen – Ein Element in der psychiatrischen stationären Krankenbehandlung“. Münster: LWL, 2001
- (7) Reinert T, Reymann G. Über die Notwendigkeit einer suchtmmedizinisch qualifizierten stationären Akutbehandlung bei Alkoholabhängigkeit. Psychiatrische Praxis 2000; 26:294-298.
- (8) Reymann G. Qualifizierte Entzugsbehandlung Alkoholabhängiger nach regulärer und nach notfallmäßiger Krankenhausaufnahme- ein Vergleich der Behandlungsverläufe. Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000; 29(5):120-123.
- (9) Bauer U, Hasenöhr A. Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung und konventioneller Entgiftung (vergleichende 28-Monats- Katamnese). Sucht 2000; 46(4):250-259.
- (10) Prochaska JO, Di Clemente CC. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. Am Psychol 1992; 47:1102-1114.
- (11) Stetter F. Psychotherapie von Suchterkrankungen, Teil 1: Von der Diagnostik zur Motivationstherapie. Psychotherapeut 2000; 45:63-71.
- (12) Driessen M. Psychiatrische Komorbidität des Alkoholismus und Verlauf der Abhängigkeit. Steinkopf, 1999
- (13) Kuhlmann Th. Die Bedeutung von Harm Reduction in der Suchthilfe, Sucht 47 (2) 2001. 131 - 137
- (14) Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing. 1 ed. New York: Guilford, 1991.
- (15) Miller WR, Rollnick S. Motivierende Gesprächsführung- Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1999.
- (16) Reymann G, Erdmann A. Ergotherapie in der qualifizierten Akutbehandlung Alkoholabhängiger. praxis ergotherapie 1999; 12(5):399-400.
- (17) Stetter F, Mann K. Der Wunsch nach Entspannung – eine autonome Entscheidung. Das autogene Training als Komponente in der Behandlung Alkoholabhängiger. Psycho 17, 305-310 (1999)
- (18) Horak M, Soyka M. Restitution neuropsychologischer Defizite von Alkoholkranken in der Phase der frühen Abstinenz: Ergebnisse einer neuropsychologischen Studie. Sucht 1999; 45(6):376-389.

- (19) Mann K, Günthner A, Stetter F, Ackermann K. Rapid recovery from cognitive deficits in abstinent alcoholics: A controlled test-retest study. *Alcohol and Alcoholism* 34, 567-574 (1999)
- (20) Stetter F, Mann K. Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Nervenarzt* 1997; 68(7):574-581.
- (21) Driessen M, Veltrup C, Junghanns K, Przywara A, Dilling H. Kosten- Nutzen- Analyse klinisch evaluierter Behandlungsprogramme am Beispiel einer erweiterten Entzugstherapie bei Alkoholabhängigkeit. *Nervenarzt* 1999; 70:463-470.
- (22) Stetter F. Psychotherapie in der Entgiftungs- und Motivationsbehandlung- Konzepte, Ergebnisse und Prognose. In: Stetter F, (editor). *Suchttherapie an der Schwelle zur Jahrtausendwende- Herausforderungen für Forschung und Therapie*. Geesthacht: Neuland, 2000: 70-87.
- (23) Bundesregierung. Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie- Personalverordnung - Psych-PV). *Bundesgesetzblatt*, 2930-2939. 18-12-1990.
- (24) Kunze H, Kaltenbach I. *Psychiatrie Personalverordnung- Textausgabe mit Materialien und Erläuterungen für die Praxis*. 3 ed. Stuttgart: Kohlhammer, 1996.