

(Früh-)Erkennung und Intervention im (Allgemein-)Krankenhaus im Rahmen von Kooperationsmodellen

Wlfrid Grgen

1. Ausgangssituation

Mit Blick auf eine Verbesserung der Hilfen fr Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken rückt in der Fachdiskussion der letzten Jahren das (Allgemein-)Krankenhaus zunehmend in den Fokus der Aufmerksamkeit. Es wird dabei als Ort identifiziert, an dem vor allem alkoholgefährdete und -abhängige Personen häufiger als andere Personengruppen behandelt werden. So kommen JOHN u.a. (1996) zu dem Ergebnis, dass bei 17,5% der Patienten eines Krankenhauses im Alter von 18 bis 64 Jahren Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit nachweisbar ist und bei weiteren 9,7% ein Verdacht vorliegt. Während 1997 72.500 ambulante und stationäre Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation von Leistungsträgern bewilligt worden sind, wurden bspw. 1995 über 350.000 Krankenhausbehandlungen mit einer suchtspezifischen Diagnose durchgeführt, wobei davon auszugehen ist, dass nur ein Teil der suchtbezogenen Erkrankungen diagnostiziert worden ist (vgl. HOLZ, LEUNE 1998). Beim derzeitigen Entwicklungsstand psychiatrischer Konsiliardienste an Krankenhäusern gehen AROLT u.a. (1995) davon aus, dass lediglich 9% des tatsächlichen suchtbezogenen Behandlungsbedarfs abgedeckt werden.

Vor diesem Hintergrund werden verstärkt Konzepte der suchtbezogenen (Früh-)Erkennung und Früh- bzw. Kurzintervention im (Allgemein-)Krankenhaus diskutiert, erprobt und angewandt. Unter zielgruppenspezifischen Aspekten können dabei

- 1) Menschen mit Alkoholproblemen in einem möglichst frühen Stadium der Suchtkarriere bspw. bereits bei riskantem oder missbräuchlichem Konsum oder zu Beginn der Abhängigkeitsentwicklung und
- 2) Menschen mit einer fortgeschrittenen Suchtmittelabhängigkeit, die aktuell nicht bereit oder in der Lage sind, sucht-

spezifische Hilfen in Anspruch zu nehmen, unterschieden werden. Bei beiden Patientengruppen steht i.d.R. die Behandlung der körperlichen Erkrankung im Vordergrund. Diese „maskiert“ (vgl. JOHN u.a. 1994) Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit und macht es erforderlich, dass sowohl der Arzt als auch der Patient diese erkennen, um geeignete Maßnahmen einleiten zu können. Allgemein bestehen gerade mit Blick auf (Früh-)Erkennung und (Früh-)Intervention vor allem bei alkoholgefährdeten und -abhängigen Personen während eines Krankenhausaufenthalts gravierende Mängel. Alkoholbedingte (Folge-)Erkrankungen werden zwar behandelt, eine Ansprache der Patienten auf den Alkoholmissbrauch bzw. die -abhängigkeit erfolgt i.d.R. nicht, suchtspezifische Handlungskonzepte und Interventionsstrategien fehlen weitgehend und Vermittlungen in Suchtfachrichtungen erfolgen kaum (vgl. JOHN u.a. 1996, KREMER u.a. 1997).

Dabei zeigen die Ergebnisse von Modellvorhaben in der Bundesrepublik Deutschland zur Verbesserung der (sekundärpräventiven) Versorgung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Menschen in Lübeck (vgl. JOHN u.a. 1996), Bielefeld (KREMER u.a. 1997) und Erlangen (vgl. GÖRGEN/HARTMANN 2002), dass durch den Einsatz qualifizierten Personals sowie spezifischer Handlungskonzepte bspw. im Rahmen von Konsiliar- und Liaisondiensten (Früh-)Erkennung und Behandlung von alkoholgefährdeten und -abhängigen Patienten im Krankenhaus verbessert werden können.

Die bisherigen Erfahrungen verweisen aber auch auf Problembereiche bei der Umsetzung von (Früh-)Erkennung und (Früh-)Intervention. Diese sind häufig verknüpft mit den besonderen (Arbeits-)Bedingungen und Routinen in Krankenhäusern, die den Mitarbeitern einen Mehraufwand nur in begrenztem Rah-

men erlauben, es notwendig machen, das neue Angebote sich den besonderen organisatorischen und institutionellen Bedingungen des Krankenhauses anpassen und Behandlungstraditionen und -dynamiken wie bspw. das Arzt-Patientenverhältnis beachtet werden müssen. Darüber hinaus ergeben sich besondere Anforderungen an das Angebot aus der i.d.R. kurzen Aufenthaltsdauer im Hinblick auf gezielte Interventionen während des Krankenhausaufenthalts sowie hinsichtlich der Betreuungskontinuität nach dem Aufenthalt. Im Folgenden werden ausgewählte Aspekte suchtbezogener (Früh-)Interventionen im Krankenhaus dargestellt und diskutiert.

2. Kooperationsmodell mit der Suchthilfe

Wünschenswert wäre es, wenn suchtspezifische Diagnostik und ggf. Intervention zum Standard der Krankenhausbehandlung zählen würden. Dies setzt allerdings Strukturveränderungen u.a. im Bereich der universitären und klinischen Ausbildung von Ärzten, eine langfristige Veränderung von Einstellungen und Haltungen gegenüber Suchtkranken sowie die Klärung der Finanzierung von suchtbezogenen Leistungen voraus. Insofern suchtspezifische Interventionen nicht ausschließlich durch ärztliche Krankenhausmitarbeiter durchgeführt werden, verspricht – unter Berücksichtigung vorhandener Versorgungsstrukturen – die Kooperation zwischen (Allgemein-)Krankenhaus und einem externem Leistungsanbieter wie bspw. Suchtberatungsstelle und psychiatrisches Krankenhaus (im Folgenden: Suchthilfe) kurz- und mittelfristig ein tragbares Modell zur Weiterentwicklung von suchtbezogener (Früh-)Erkennung und (Früh-)Intervention im Krankenhaus zu sein. In einer Art „aufsuchendem Dienst“ können suchtbezogene Hilfen in das Leistungsangebot des Krankenhauses integriert werden.

Um eine tragfähige und konstruktive Kooperation zwischen (Allgemein-)Krankenhaus und einem (externen) Anbieter sucht spezifischer Hilfen zu ermöglichen, sind allerdings bestimmte Anforderungen und Bedingungen zu beachten. Die Kooperation sollte bspw. auf verbindlichen, präzisen und transparenten Absprachen basieren. Schriftliche Vereinbarungen können, gerade zu Beginn einer Zusammenarbeit, den verbindlichen Charakter der Absprachen stärken. Über die Zusammenarbeit bei suchtbezogenen Interventionen im Krankenhaus hinaus sollte die Kooperation zwischen Krankenhaus und Suchthilfe auf eine generelle Zusammenarbeit im Rahmen regionaler Netzwerke zielen (vgl. FVS 1998, OLIVA u.a. 2001), in die insbesondere die Hausärzte einbezogen werden sollten (vgl. DEIGNER u.a. 1994).

Die Kooperation von (Allgemein-)Krankenhaus und Suchthilfe kann nur Bestand haben, wenn sie institutionell und personell abgesichert ist. Insbesondere bei den (Stations-)Ärzten des Krankenhauses muss mit einer vergleichsweise hohen Fluktuation gerechnet werden. Deshalb ist bei der Implementierung und Sicherung der Kooperation ein „top-down“-Vorgehen notwendig, das auf eine aktive Unterstützung des sucht spezifischen Angebots und der Zusammenarbeit durch den Chefarzt und die Oberärzte zielt. Darüber hinaus sollten in beiden Institutionen Verantwortlichkeiten so festgelegt werden, dass auch personell eine möglichst hohe Kontinuität („Kooperationsbeauftragter“) gewährleistet ist.

Mit Blick auf die Organisationsform eines aufsuchenden (Sucht-)Dienstes hat sich eine Mischform aus Konsiliar- und Liaisondienst bewährt. Erforderlich ist – auf jeden Fall – eine kontinuierliche Präsenz des Dienstes bzw. seiner Mitarbeiter im Krankenhaus, die über einen aktuellen Bedarf, bspw. nach einer konsiliarischen Beratung hinausreicht (vgl. ARNOLD u.a. 1999; HAPKE 2000). Wahrgenommen werden kann der Dienst dabei als ärztlicher Konsiliar-/Liaisondienst (vgl. GÖRGEN/HARTMANN 2002) oder als aufsuchendes Angebot einer Suchtberatungsstelle (vgl. GÖRGEN/HARTMANN 2000; GÖRGEN 2002). Institutionell muss der aufsuchende Dienst in die Arbeitsabläufe und -routinen des Krankenhauses integriert werden. Erreicht werden sollte, dass der Dienst von Ärzten, Pflegekräften und Patienten als integrierter „Bestandteil“ des Krankenhauses angesehen wird. So steigen bspw. Akzeptanz und Kooperationsbereitschaft bei Ärzten u.a. mit der persönlichen Entlastung durch einen qualifizierten Kooperationspartner (vgl. GÖRGEN/HARTMANN 2002).

Darüber hinaus sind für die Akzeptanz des Angebots durch das Krankenhaus

regelmäßige Rückmeldungen über die Weiterbehandlung, den sozialen Hintergrund und die persönliche Entwicklung der Patienten nicht zu unterschätzen. Ärzte und Pflegekräfte erfahren darüber oft erstmalig eine positive Rückmeldung über ihre ehemaligen Patienten, die über einen erneuten Krankenhausaufenthalt u.U. aufgrund eines fortgesetzten Missbrauchs hinausgeht. Erfahrungen zeigen zudem, dass das Bild von Suchtkranken, z.B. im Hinblick auf ihre Behandelbarkeit (Linderung bzw. Heilung), durch solche Rückmeldungen verändert werden kann (vgl. GÖRGEN 2002). Schließlich sollten auf der Ebene der alltäglichen Kooperation „Festigungs-routinen“ in Form von regelmäßigem Kontakt und Informationsaustausch implementiert werden.

3. Methoden der (Früh-)Erkennung

Im Rahmen der Kooperation von Krankenhaus und Suchthilfe durch einen aufsuchenden Dienst wird die suchtbezogene Erstdiagnose vom behandelnden Arzt erstellt. Sie kann u.a. auf dem klinischen Erscheinungsbild (z.B. Gesichtsröte, Tremor u.a.), Laborwerten (z.B. GGT, MCV, CDT u.a.) (vgl. SEITZ u.a. 1995, SOYKA 1995) bzw. der Einweisungsdiagnose beruhen. Darüber hinaus können Beobachtungen während des Krankenhausaufenthalts und Hinweise der Pflegekräfte einbezogen werden. Die Festigung einer ersten Verdachtsdiagnose sollte im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs, z.B. im Rahmen der Anamnese, entlang der diagnostischen Leitlinien des ICD-10 bzw. DSM IV erfolgen.

Unterstützt werden kann das diagnostische Vorgehen durch den Einsatz von Screeningverfahren wie bspw. LAS, CAGE, MAST (vgl. u.a. JOHN u.a. 1997, VOLZ 1999)¹. Der Einsatz von Screeningverfahren wird in der Praxis allerdings durchaus kontrovers beurteilt. Während in einigen Modellversuchen der regelmäßige Einsatz von Screeningverfahren zum Untersuchungsdesign zählt, beurteilen Kliniker den Einsatz von suchtbezogenen Screeningverfahren oft skeptisch und weisen eher auf die Angemessenheit des ärztlichen Gesprächs sowie die Nutzung klinischer Zeichen und Werte auch bei der Diagnose einer Suchtproblematik (vgl. LESLIE/LEARMONTH 1997; GÖRGEN/HARTMANN 2002). Unstrittig ist, dass durch Screeningverfahren die Identifikationsrate von Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken deutlich erhöht werden kann (vgl. HAPKE 2000). Dies gilt insbesondere für die Personengruppe, bei der ein schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen vorliegt. Erfahrungen zeigen, dass der „klinische Blick“ des Arztes allein vornehmlich Personen

mit einer bereits manifesten Abhängigkeitserkrankung identifiziert (vgl. GÖRGEN/HARTMANN 2002).

Der Einsatz von Screeningverfahren erfordert zuallererst, die Compliance bei den Anwendern zu verbessern, was im Krankenhaus voraussichtlich nur durch zusätzliche (personelle) Ressourcen möglich ist. Da auch in Zukunft die regelhafte Anwendung von Screeningverfahren eher die Ausnahme bleiben dürfte, ist es sinnvoll, der Sensibilisierung der (ärztlichen) Mitarbeiter im Krankenhaus im Hinblick auf die Erkennung von Patienten mit Suchtproblemen einen zentralen Stellenwert beizumessen. Neben suchtbezogenen Qualifizierungsanforderungen an die ärztliche Ausbildung (vgl. u.a. JOHN 1997, KREMER u.a. 1997, ENGLER u.a. 1998) kann auch im Zusammenhang mit der Kooperation zwischen (Allgemein-)Krankenhaus und Suchthilfe ein wichtiger Beitrag hierzu geleistet werden. Die patientenbezogene Zusammenarbeit sowie der regelmäßige fachliche Austausch können dazu führen, dass beim einzelnen Mitarbeiter, aber auch insgesamt im Krankenhaus die „Suchtproblematik bei Patienten“ zum Thema wird. Diese „Sensibilisierung“ kann dabei bspw. durch regelmäßige Beiträge des sucht spezifischen Dienstes im Rahmen der internen ärztlichen Fortbildungen gestützt und gefestigt werden.

4. Behandlungs- und Betreuungskontinuität

Die begrenzte Aufenthaltsdauer macht im Krankenhaus kurze Interventionen erforderlich. „Minimal Interventions“ wie bspw. schriftliche Informationen, Rat-schlag, Kurzberatung bzw. -behandlung zeichnen sich dadurch aus, dass sie auch ohne weitere Maßnahmen im Hinblick auf definierte (Teil-)Ziele wirksam sind (vgl. z.B. JOHN 1996, VOLZ 1999, RUMPF 2001). Dies ist auch deshalb von Bedeutung, weil der Krankenhausaufenthalt u.a. als „Krise“ mit einer verstärkten Bereitschaft der Patienten, sich mit dem Thema Krankheit/Gesundheit auseinander zusetzen, gesehen werden kann (vgl. JOHN u.a. 1994, HAPKE 2000). Diese Sensibilisierung für die eigene Situation gilt es durch geeignete Maßnahmen in Richtung Krankheitseinsicht, Herstellung von Behandlungsmotivation, aber auch Trinkmengenreduktion zu stärken (vgl. FDR 1997, RUMPF u.a. 1997). Die Maßnahmen können dabei u.a. sowohl auf die Verhinderung von Abhängigkeit als auch auf die Verkürzung chronischer Verläufe und wiederholter Behandlungen zielen (vgl. DHS

1 LAS (Lübecker Alkoholismus Screening); MAST (Michigan Alkoholismus Screening Test); CAGE (vgl. Ewing 1984).

1999, GÖRGEN/HARTMANN 2002). Außerdem muss die Patientenarbeit bei vielen Patienten auch unter dem Gesichtspunkt der Kontraktbildung im Hinblick auf eine generelle Behandlungsbereitschaft gesehen werden.

Damit der Kontrakt nach einem Krankenhausaufenthalt noch Gültigkeit besitzt, muss aktiv eine „Brücke“ zu Anschlussmaßnahmen geschlagen werden. Der Gebrauch psychotroper Substanzen kann mit verschiedenen substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken einhergehen und unterschiedliche Hilfebedarfe hervorrufen. Die den suchtspezifischen Dienst im Krankenhaus tragende Institution sollte deshalb ein breites Spektrum von Interventionen, Angeboten und Hilfen bereitstellen. Zur Sicherung einer breiten fachlichen Grundlage sowie institutioneller bzw. personeller Betreuungskontinuität sollten (Früh-)Interventionen im Krankenhaus – die ihrem Charakter nach Kurzinterventionen sind – integriert sein in ein breiteres Spektrum von Behandlungs- und Betreuungsleistungen (vgl. GÖRGEN/HARTMANN 2002). Dies u.a. auch deshalb, weil bei der Behandlung und Betreuung von suchtgefährdeten und -abhängigen Personen häufig institutionelle und personelle Kontinuität indiziert ist. Einer solchen Kontinuität steht u.a. die Segmentierung der Hilfen (vgl. WIENBERG 1992, OLIVA u.a. 2001) entgegen, sodass Brüche in der Betreuung, die insbesondere beim Einrichtungswechsel auftreten, häufig mit „Abbrüchen“ einhergehen, gemildert bzw. vermieden werden sollten. Um dem zu begegnen, sollte der suchtspezifische Dienst Krankenhauspatienten eine „sichere“ Betreuungsperspektive im Rahmen seines institutionellen Gesamtangebots anbieten können.

Neben dem institutionellen Angebot wäre zumindest für eine anschließende ambulante Betreuung oder Behandlung (z.B. ambulante Rehabilitation) die Möglichkeit einer Weiterbetreuung bzw. -behandlung durch den Mitarbeiter des aufsuchenden Dienstes wünschenswert. Die Kontinuität im persönlichen Kontakt kann bei den Patienten die Bereitschaft, suchtspezifische Hilfen auch nach einem Krankenhausaufenthalt wahrzunehmen, stärken (vgl. GÖRGEN 2002).

5. Ausblick

Zur (Früh-)Erkennung und (Früh-) bzw. Kurzintervention bei substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken bei Menschen während eines Krankenhausaufenthalts liegen mittlerweile einige Ergebnisse aus Modellprojekten sowie systematische Praxiserfahrungen vor. Ausgeführt und diskutiert wurden – mit Blick auf die Umsetzung – einige ausgewählte Aspekte eines Angebots, bei dem das (Allgemein-

)Krankenhaus eng mit einem (externen) Träger suchtspezifischer Hilfen kooperiert. Deutlich geworden ist, dass die bloß funktionale Implementierung eines Angebots (z.B. Sprechstunde) oder Anwendung eines Instruments (z.B. Screeningverfahren) nicht ausreicht, um die Versorgung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken im (Allgemein-)Krankenhaus zu verbessern.

Gegenwärtig wird eine wichtige Aufgabe darin gesehen, die fundierten Ergebnisse aus Modellvorhaben und Praxiserfahrungen so aufzubereiten, dass sie Trägern und Einrichtungen zur Implementierung entsprechender Angebote in systematisierter Form zur Verfügung stehen. Die Einzelergebnisse und -erfahrungen sollten darüber hinaus zu fachlichen Standards weiterentwickelt werden, wobei die bisherigen Modellerfahrungen in einem Abstimmungs- und Konsensfindungsprozess verdichtet werden sollten.

Eine weitere Aufgabe besteht darin, tragfähige Finanzierungsgrundlagen für suchtspezifische Leistungen zu schaffen. Im Zusammenhang mit dem o.g. Kooperationsmodell zwischen psychiatrischem Krankenhaus und den regionalen Allgemeinkrankenhäusern ist denkbar, dass die ärztlichen Konsiliar-/Liaisonleistungen im Budget des „entsendenden“ Krankenhauses berücksichtigt werden. Im Modell des aufsuchenden Dienstes einer Suchtberatungsstelle in den örtlichen Allgemeinkrankenhäusern könnten die Leistungen kostenmäßig im Budget des Allgemeinkrankenhauses berücksichtigt werden. Die Beratungsstelle würde in diesem Fall die suchtspezifischen Einzelleistungen (z.B. Erstgespräch, Gruppengespräch) dem Krankenhaus in Rechnung stellen. Durch die Kooperation von (Allgemein-)Krankenhaus und (externem) Anbieter suchtspezifischer Leistungen könnte mit einem vergleichsweise geringen finanziellen Mehraufwand ein Beitrag zur deutlichen Verbesserung der Versorgung von Suchtkranken im Allgemeinkrankenhaus geleistet werden.

Literatur:

- ARNOLD, TH., SCHMID, M., SIMMENDINGER, R. 1999 Suchtkrankenhilfe im Krankenhaus, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 120, Baden-Baden.
- AROLT, V., DRIESSEN, M., SCHÜRSMANN, A. 1995 Häufigkeit und Behandlungsbedarf von Alkoholismus bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten, in: Fortschr. Neurol. Psychiat. 63, S. 283-288.
- DEIGNER, S., REITZE, R., HORSCH, A. 1995 Ergebnisse einer kombinierten Behandlung Alkoholabhängiger durch ein Akutkrankenhaus und eine externe Beratungsstelle, in: Sucht 42 (5), S. 342-347.
- ENGLER, U., SCHLANSTEDT, G., OLIVA, H. 1998 Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholiker und Menschen mit Alkoholproblemen. Ab-

schlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 106, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden.

FACHVERBAND SUCHT (Hg.) 1998 Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, Bonn.

FACHVERBAND DROGEN UND RAUSCHMITTEL (Hg.) 1997 Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe, Geesthacht.

GÖRGEN, W., HARTMANN, R. 2000 Aufsuchende Arbeit der Psychosozialen Beratungsstelle Fürth im Klinikum Fürth, FOGS – GmbH, Köln.

GÖRGEN, W., HARTMANN, R. 2002 Neue Wege in der Behandlung Suchtkranker in der frühen Sekundärprävention, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Neuland Verlag, Geesthacht.

GÖRGEN, W. 2002 (Qualitäts-)Standards für Interventionen im Krankenhaus bei Menschen mit substanzbezogenen Störungen bzw. Risiken im Auftrag der Fachambulanz für Suchtkranke in Bad Reichenhall, Köln.

HAPKE, U. 2000 Sekundärpräventive Interventionen bei einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus, Freiburg i. Br.

HOLZ, A., LEUNE, J. 1998 Versorgung Suchtkranker in Deutschland, in: DHS (Hg.): Jahrbuch Sucht 1999, Geesthacht, S. 154-174.

JOHN, U. u.a. 1994 Motivationsarbeit bei alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten in somatischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern, in: Aktion psychisch Kranke, Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen, Tagungsbericht, Bd. 21, Köln.

JOHN, U. u.a. 1996 Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit in der allgemeinmedizinischen Versorgung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 71, Baden-Baden.

JOHN, U., HAPKE, U., RUMPF, H.-J. 1997 Gesundheitsversorgung und Sekundärprävention der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, in: WATZL, H., ROCKSTROH, B. (Hg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen, Göttingen, S. 185-199.

KREMER, G. u.a. 1997 Erkennung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitskranke, in: ENGLER, U. u.a.: Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholiker und Menschen mit Alkoholproblemen, Abschlussbericht der Projektgruppe im Modellverbund, S. 8 – 50.

LESLIE/LEARNMOUTH 1997 Beratung im Allgemeinkrankenhaus, in: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen, Freiburg, S. 42-48.

OLIVA, H., GÖRGEN, W., SCHLANSTEDT, G., SCHU, M., SOMMER, L. 2001 Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke – Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit, Schriftenrei-

he des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 135, Baden-Baden.

RUMPF, H.-J., HAPKE, U., JOHN, U. 1997
Spezifika des Settings im Allgemeinkrankenhaus und ihre Bedeutung für die Vernetzung von Suchthilfen, in: JOHN, U., DHS (Hg.): Regionale Suchtkrankenversorgung – Konzepte und Kooperationen, Lambertus, Freiburg i.Br.

RUMPF, H.-J. 2001
Die Bedeutung von Kurzintervention für die Suchthilfe, in: DHS (Hg.) Individuelle Hilfen für Suchtkranke – Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren, Freiburg i.Br.

SERTZ, K. (Hg.) 1995
Handbuch Alkohol, Alkohollismus, alkoholbedingte Organschäden, Leipzig.

SONKA, M. 1995
Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie, London.

VOLZ, M. 1999
Sekundärprävention der Alkoholabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus, in: PITTRICH, W., ROMETSCH, W., SARRAZIN, D. (Hg.): Aktuelle Entwicklungen in der Behandlung Alkoholabhängiger, Forum Sucht, Bd. 24, Münster.

WIENBERG, G. (Hg.) 1992
Die vergessene Mehrheit – zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen, Bonn.

Der Autor:

Wilfried Görgen
FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbh
Prälat-Otto-Müller-Platz 2, 50670 Köln
Tel.: 02 21/97 31 01 26
e-mail: goergen@fogs-gmbh.de