

Plenumsvorträge

Strategien der Indikation im Suchtbereich und empirische Ergebnisse

Heinrich Küfner

1. Einleitung

Die formale Struktur von Indikationsentscheidungen ist im Grunde einfach: Sie besteht darin, Abhängige von psychotropen Substanzen verschiedenen Behandlungsalternativen so zuzuordnen, daß für den Einzelnen, aber auch für das jeweilige Behandlungssystem der Behandlungserfolg optimiert wird, wie immer dieser auch im Einzelnen definiert ist. Das Indikationsproblem gilt aber mit Recht als eine der schwierigsten Aufgaben im Bereich der Evaluationsforschung, hauptsächlich wegen der großen Vielfalt potentieller Indikationsmerkmale der Patienten und der Behandlungsalternativen und methodisch wegen des geforderten Interaktionseffektes zwischen Patientenmerkmal und Behandlungsmerkmal auf den Behandlungserfolg. Die Frage der Indikation oder im Englischen das Matching zwischen Klient und Therapie stellt sich je nach Entwicklungsstand des Behandlungssystems und je nach unserem Wissen über Behandlungsergebnisse in unterschiedlicher Weise. Für das Dilemma unserer Unsicherheit bei vielen Indikationsfragen gibt es eine radikale Lösung, bei der man lediglich Augen und Ohren gegenüber klinischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Einzelergebnissen zur Indikation zu verschließen braucht. Stellen Sie sich vor, es gäbe verschiedene Einrichtungen zur Behandlung, bei denen folgende Beobachtung gemacht wurde: Auf unerklärliche Weise wird der eine Klient bei der Therapie A, der andere bei dem Typ B und ein Dritter bei Typ C erfolgreich behandelt. Viele, sagen wir die Hälfte in jeder Gruppe, wird aber auch wieder rückfällig und beginnt erneut eine Behandlung. Wir können bei dem Rückfallgeschehen keine Regelmäßigkeit erkennen. Aber offensichtlich sind alle Therapien irgendwie brauchbar, wenn auch in der Durchführung unterschiedlich aufwendig und kostspielig für den Betroffenen selbst und für die beteiligten Träger. In diesem Fall bestünde die zu klärende Frage lediglich darin, ob überhaupt mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit ein Behandlungserfolg erwartet werden kann, der über der Spontanremissionsrate liegt. Abgesehen von dieser Frage liegt es auf der Hand, daß man nach dem Prinzip der minimalen Intervention im Sinne einer Meta-Regel der Indikation vorgehen könnte. Prinzipiell sind dem Nutzen (hier der Erfolgswahrscheinlichkeit) immer auch die zu erwartenden Kosten gegenüberzustellen. Bei Pharmakotherapien sind abgesehen von den monetären Kosten meist auch unerwünschte Nebenwirkungen zu beachten. Dagegen wird das Risiko eventuell schädlicher Auswirkungen psycho-

sozialer Therapien im Suchtbereich im Allgemeinen gleich Null gesetzt, so daß sich insofern eine leichte Vereinfachung der Situation ergibt. Dieses Szenario der Indikation wurde einfürend gewählt um klar zu machen, daß wir, ganz gleich wie der wissenschaftlich abgesicherte Wissensstand auch ist, in jedem Fall unter den jeweiligen Bedingungen und Voraussetzungen zu optimalen Indikationsregeln kommen können, auch wenn wir kein Indikationswissen hätten, ja daß das empirische Wissen über solche Zusammenhänge die Entwicklung von Indikationsregeln eher erschwert und es unter Umständen einfacher ist, über kein Indikationswissen zu verfügen (weiterführend siehe dazu Punkt 3).

2. Überblick

Tab. 1: Strategien zur Indikation im Suchtbereich

Globale Matching-Aufgaben	Prinzipien der Indikation			
	Minimale Intervention	Generell erfolgreichste Behandlung	Störungsspezifische Behandlung	Differentielle Behandlung
Optimale Behandlung für einen Klienten	Kein Indikationswissen Alle Behandl. gleich Hierarchie bez. Aufwand	Gibt es nicht Im Zweifelsfall für die relativ erfolgreichere Therapie	Zuordnung von Störung/Defizit und Therapiebaustein	Zuordnungsregeln: Merkmale d. Klient. X Merkmale der Behandlung X Ergebnis → spez. Behandlg.
Optimierung eines Behandlungsprogramms	Minimierung der Interventionen	Orientierung an der besten Einrichtung (Benchmarking)	Differenzierung in Therapiebausteine: Wieviele und welche?	Auswahl von pass. Klienten (Aufnahmekriterien)
Optimierung e. Behandlungssystems mit unterschiedl. Therapieeinrichtungen	Hierarchie der Interventionen und Programme hinsichtlich des Aufwandes	Einheits-therapie? Kosten-Nutzen Abwägung	Welche störungsspezifischen Einrichtungen?	Auswahl von Therapieformen zur Indikation? Nach welchen Regeln soll eine Zuordnung erfolgen?

Bei der Optimierung von Behandlungsergebnissen lassen sich drei globale Aufgaben unterscheiden, die man auch unter dem Begriff des Matching-Problems zusammenfassen kann, während der Begriff der Indikation sich mehr auf die individuelle Indikationsentscheidung bezieht. Die drei globalen Matching-Aufgaben stehen in der linken Spalte des tabellenartigen Überblicks und bilden die Zeilen des Tabellenüberblicks. In den anderen Spalten sind im Kopf jeweils die verschiedenen Indikationsprinzipien beschrieben, die im Sinne von Meta-Regeln verstanden werden können. Man kann vier übergeordnete Prinzipien der Indikation unterscheiden:

1. Das eingangs bereits besprochene Prinzip der minimalen Intervention.
2. Das Prinzip, die beste das heißt die generell erfolgversprechendste oder effektivste Behandlung ohne Berücksichtigung von Patientenmerkmalen oder Kosten zu wählen.
3. Das Prinzip eines störungsspezifischen Ansatzes, der davon ausgeht, daß jedes Problem, jede einzelne Störung oder jedes Defizit einer eigenen Intervention bzw. eines eigenen Therapiebausteines bedarf.
4. Das Prinzip der differentiellen Behandlung im engeren Sinne, das einen interaktionellen Zusammenhang von Patientenmerkmal, Behandlungscharakteristika und Behandlungserfolg voraussetzt. Dieses Prinzip wird oft mit dem Indikationsproblem insgesamt gleichgesetzt.

Diese vier Indikationsprinzipien können dann jeweils auf die Aufgabe der Optimierung der individuellen Indikationsentscheidung, auf die Optimierung eines Behandlungskonzepts und auf die Optimierung eines umfassenderen Behandlungs- oder Versorgungssystems angewandt werden. Durch Kombination von Indikationsprinzipien und Aufgaben ergeben sich unterschiedliche Indikationsstrategien in den 12 Feldern.

Es wird nun versucht, die einzelnen Felder zu beschreiben und dabei anhand von Beispielen wissenschaftlicher Studien auf mögliche, empirisch gestützte Indikationszusammenhänge hinzuweisen.

3. Indikation nach dem Prinzip der minimalen Intervention

3.1 Optimierung im Einzelfall

Das erste Feld in Tabelle 1 ist durch die Aufgabe charakterisiert, für einen Patienten die optimale Behandlung zu finden und dabei nach dem Prinzip der minimalen Intervention vorzugehen. Die Frage ist, unter welchen Bedingungen wäre dieses Indikationsprinzip die beste Regel, um den Behandlungserfolg auch im individuellen Fall zu optimieren.

Eingangs sind die Bedingungen bereits skizziert worden, daß es verschiedene Therapieformen mit einem unterschiedlichen Kostenaufwand gibt, die alle einen gleichen Erfolg aufweisen, ohne daß deutlich wird, von welchen Bedingungen dieser Erfolg abhängig ist. Da der Aufwand unterschiedlich ist, wird man eine Hierarchie der verschiedenen Behandlungsformen hinsichtlich des Aufwandes erstellen. Man würde also z. B. mit einer minimalen Intervention von ein oder zwei Beratungsgesprächen anfangen, und bei einem Mißerfolg zur nächstaufwendigen Therapieform übergehen. Wenn man beispielsweise nach der Indikationsregel „ambulant vor stationär“ entscheidet, dann geht man nach diesem Prinzip der minimalen Indikation vor. Unausgesprochen wird dabei angenommen, daß wir kein

Indikationswissen zu dieser Frage haben, womit man gar nicht so Unrecht hätte, wenn man als Entscheidungsgrundlage methodisch fundierte Ergebnisse eines direkten Vergleichs ambulanter und stationärer Therapie fordert (vgl. z.B. Zemlin, 1993, Finney et al 1996).

3.2 Optimierung eines Behandlungsprogramms

Bei der zweiten Aufgabe, die sich auf die Optimierung eines bestimmten Behandlungsprogrammes bezieht, könnte man nach dem Prinzip der minimalen Intervention an eine Verschlankung und zeitliche Straffung unterschiedlicher Interventionen denken. Zum Beispiel hinsichtlich der Häufigkeit von Therapiekontakten, der Dauer einer Sitzung oder der Dauer des gesamten Programms. Die Leitfrage ist dabei, welche Therapie ist gerade ausreichend, um beispielsweise eine stabile Abstinenz zu erreichen. Vor der Aufgabe einer Optimierung eines Behandlungsprogramms steht vor allem die Leitung einer Einrichtung bzw. eines Behandlungsprogrammes. Die Rahmenbedingungen können dabei unter Umständen von außen gesetzt sein. Wenn beispielsweise die Rentenversicherungsträger generell die Therapiezeiten gekürzt haben, haben sie nach dem Prinzip der minimalen Intervention gehandelt, dabei aber das Gesamtsystem der stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung für Abhängige von psychotropen Substanzen im Blickfeld gehabt. Dieser Ansatz gehört schon zum nächsten Feld, das ein umfassenderes Behandlungssystem zum Gegenstand hat.

3.3 Optimierung eines Behandlungssystems

Die Planer eines Therapieverbundes und vor allem die Leistungsträger der Sozialversicherung stehen vor der Aufgabe, ein vorhandenes Behandlungssystem durch geeignete Regeln für eine Zuordnung von Klienten und Behandlungsprogrammen zu optimieren. Beurteilungskriterium für eine solche Optimierung ist nicht nur der Behandlungserfolg, das heißt im weiteren Sinne der Nutzen, sondern auch die damit verbundenen monetären und sonstigen Kosten. Unter der Bedingung, daß nichts über unterschiedliche Behandlungsergebnisse verschiedener Therapieformen bekannt ist, besteht ein Ansatz darin, ähnlich wie im Abschnitt 3.1 die verschiedenen gleich wirksamen Therapieformen hinsichtlich ihrer monetären Kosten hierarchisch zu ordnen und dann nach dem Prinzip der minimalen Intervention, das heißt hier der minimalen Kosten eine Therapiezuordnung zu treffen. Das ist eine einfache Lösung, wenn man die Kosten auf die direkten monetären Ausgaben beschränkt. Bei diesem Vorgehen würden differenzielle Ergebnisse zum Behandlungserfolg nur „stören“ und die Aufgabe der Indikation beträchtlich erschweren. Auf die Durchführung einer Kosten-Nutzen-Analyse kann hier nicht weiter eingegangen werden (s. z.B. Neumer, 1998) Es besteht in Deutschland aber sicher ein Nachholbedarf an fundierten Kosten-Nutzen Untersuchungen.

4. Indikation nach dem Prinzip der besten Behandlung

4.1 Optimierung im Einzelfall

Das Indikationsprinzip der besten das heißt der generell erfolgreichsten Behandlung wird zunächst auf den Fall der Auswahl einer Therapie für einen bestimmten Klienten bezogen. Wenn keine indikationsrelevante Information über einen Klienten vorliegt, von denen aus auf unterschiedliche Behandlungsergebnisse verschiedener Therapieformen geschlossen werden kann, dann steht man vor der Situation, beispielsweise bei einer Entscheidung zwischen ambulanter oder stationärer Therapie oder zwischen einer Kurz- oder einer Langzeitbehandlung, nach unterschiedlichen Behandlungserfolgen der in Frage kommenden Therapieformen zu suchen. Wenn man annimmt, daß für die verschiedenen Behandlungsformen vergleichbare Evaluationsstudien zum globalen Behandlungserfolg durchgeführt worden sind, und diese uns verlässlich erscheinen, dann können wir die zur Auswahl stehenden Behandlungsprogramme hinsichtlich ihres Behandlungserfolgs hierarchisch ordnen. Unter der Bedingung, daß monetäre Kosten und sonstiger Aufwand keine Rolle spielen, sowie auch Motivation und äußere Bedingungen des Klienten keine Bedeutung haben, ergäbe sich eine eindeutige Indikationsregel, nämlich sich für das Behandlungsprogramm mit dem größten Behandlungserfolg zu entscheiden. Aber die Frage ist natürlich, gibt es ein solch generell erfolgreichstes Therapieprogramm? Ein solches Programm würde bedeuten, daß es für alle Teilgruppen in der Gesamtpopulation von Abhängigen immer zu den größten Behandlungserfolgen führen würde. Das wäre natürlich die einfachste Lösung des Indikationsproblems. Ein solches Behandlungsprogramm gibt es jedoch nicht. Wenn man jedoch mit einem solchen Argument dieses Indikationsprinzip vorschneidelt auf die Seite stellt, wird dessen Bedeutung für die Praxis der Indikationsentscheidung beträchtlich unterschätzt werden. Die klinische Praxis ist durch ein hohes Maß an Unsicherheit und durch vage, mehr oder weniger ungesicherte Vorstellungen über die Wirksamkeit verschiedener Therapieprogramme charakterisiert. Man stelle sich in einem Einzelfall vor, daß Geld und Zeit nur eine untergeordnete Rolle spielen und gleichzeitig angenommen wird, daß eine längere Behandlungsdauer tendenziell mit größerer Wahrscheinlichkeit zu leicht besseren Ergebnissen führt. Dies entspricht im großen und ganzen dem Ergebnis der Metaanalyse von Süß (1995) über den Zusammenhang von Behandlungsdauer und Behandlungserfolg bei Alkoholabhängigen. Außerdem sei angenommen, daß im ungünstigsten Fall keine Verschlechterung, sondern lediglich keine positive Veränderung zu erwarten ist. Unter solchen Annahmen erscheint die Strategie, sich für die effektivste Behandlungsform zu entscheiden, durchaus als ein vernünftiges Vorgehen. Insbesondere bei der Behandlung von Drogenabhängigen läßt sich die Aussage belegen, je länger die Behandlungsdauer desto wahrscheinlicher ein Behandlungserfolg (vgl. Kufner, 1997). Wenn man also kein weiteres Indikationswissen hat und wenn der Aufwand des Patienten keine große Rolle spielt, dann würde man sich klar für die längere Therapie entscheiden. Dieses Beispiel macht deutlich,

weshalb man sich früher sehr leicht für eine Langzeitbehandlung bei Drogenabhängigen, aber auch bei Alkoholabhängigen entschieden hat. Allerdings hat man dabei die Erreichbarkeit der Klienten und deren Bereitschaft, eine solche Langzeitbehandlung anzutreten nicht weiter berücksichtigt. Wenn man im angloamerikanischen Raum generell von kurzen Therapieformen ausgeht, dann kann das Merkmal der Behandlungsdauer auch wenig für eine Indikationsentscheidung beitragen. In der Meta-Analyse von Süß (1995) ergab sich für den Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Abstinenz in den angloamerikanischen Studien eine Rangkorrelation von 0,12, in den deutschen Studie mit den weit längeren Therapiezeiten eine Rangkorrelation von 0,50 und insgesamt eine Rangkorrelation von 0,35.

Behandlungsprogramme unterscheiden sich aber nicht nur bezüglich der Behandlungsdauer, sondern in vielen Aspekten, die für das Behandlungsergebnis von entscheidender Bedeutung sein können. Das heißt, selbst wenn wir bezüglich der Behandlungsdauer klare Aussagen machen, würde die Annahme einer generell erfolgreichsten Behandlung, die ja aus sehr viel mehr Komponenten besteht, nicht gerechtfertigt sein. Außerdem ist zu sagen, daß die Therapiezeit zwar nicht unmittelbar als Wirkfaktor in Betracht kommt, aber als zentrale Rahmenbedingung zu betrachten ist, in der sich Wirkfaktoren für Veränderungsprozesse entfalten können.

Folgerung:

Man kann also sagen, die generell erfolgreichste Therapieform gibt es nicht. Bestenfalls lassen sich globale Wahrscheinlichkeitsaussagen für bestimmte Aspekte eines Therapieprogrammes, wie zum Beispiel der Behandlungsdauer empirisch begründen (s. Watzl, 1999). In der klinischen Praxis wird aber wahrscheinlich das Prinzip der besten Behandlung bei Indikationsentscheidungen unter großer Unsicherheit den Ausschlag für die eine oder andere Therapieform geben.

4.2 Optimierung eines Behandlungsprogramms

Die Strategie der generell besten Behandlung läßt sich nicht unmittelbar auf die Aufgabe der Optimierung eines Behandlungsprogramms übertragen.

Wenn wir davon ausgehen, daß es zwar die generell erfolgreichste Behandlung nicht gibt, aber in jedem Behandlungsbereich eine Rangfolge von Einrichtungen aufgestellt werden kann, so bedeutet hier Optimierung eine Annäherung an die in diesem Bereich erfolgreichste Behandlung. In der Wirtschaft spricht man in solchen Fällen von Benchmarking. Man meint damit einen systematischen Ansatz, die Merkmale und Charakteristika des erfolgreichsten Unternehmens zu erfassen und auf das eigene Unternehmen zu übertragen (s. Siebert & Kempf, 1998). In der Suchtbehandlung wird ein solches Vorgehen eher unsystematisch ablaufen. Beispielsweise wird eine als besonders erfolgreich geltende Einrichtung häufiger von Experten besucht, die planen, eine entsprechende Therapieeinrichtung aufzubauen oder zu verändern und die sich einen Eindruck über das dort realisierte Therapie-konzept verschaffen wollen. Dies wird jedoch in der Regel intuitiv und wenig systematisch durchgeführt. Es fehlen Konzepte, wie ein solcher Lerntransfer von der Mustertherapie auf ein anderes Setting erfolgen kann.

4.3 Optimierung eines Behandlungssystems

Bei der Optimierung eines Behandlungssystems stellt sich hinsichtlich der Prinzips der besten Therapie konsequenterweise die Frage, entweder in jeder Einrichtung ein Einheitssystem einzuführen, das als optimal angesehen wird, oder verschiedene Störungstypen, z.B. jugendliche Abhängige, Abhängige mit Psychose, und verschiedene Behandlungsbereiche, z.B. Kurz- oder Langzeittherapien zu unterscheiden, in denen jeweils die beste Einrichtung eine entsprechende Musterfunktion erfüllt. Voraussetzung dafür ist also, im Gesamtsystem der Suchtbehandlung unterschiedliche Störungstypen und Behandlungsbereiche pragmatisch festzulegen, für die dann jeweils getrennt eine derartige Optimierung erfolgen kann. Meines Wissens ist das bislang nicht systematisch bei der Planung von Versorgungssystemen versucht worden.

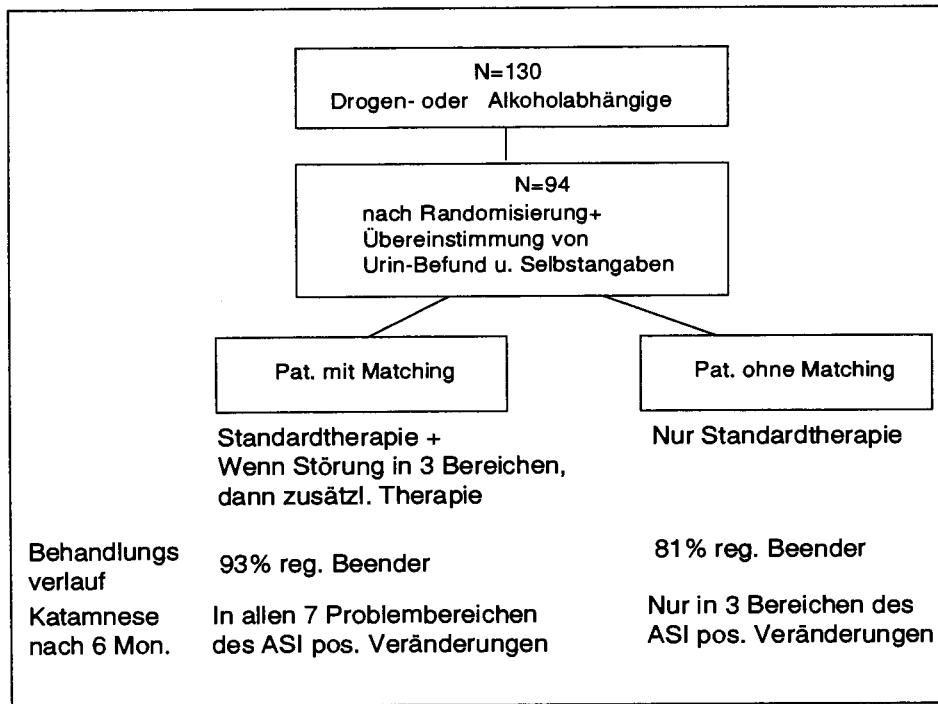
5. Das Prinzip der störungsspezifischen Behandlung

5.1 Optimierung im Einzelfall

Das Prinzip der störungs- bzw. symptom-spezifischen Behandlung geht im Extrem davon aus, daß jedes Problem, jedes Symptom eine spezifische Behandlungseinheit braucht. Dieses Vorgehen ist die große Alternative zur differentiellen Behandlungsindikation im engeren Sinne, das später noch dargestellt wird. Man könnte auch beide Strategien als differentiell bezeichnen, weil ein Zusammenhang hergestellt wird zwischen Patientenmerkmalen einerseits und den unterschiedlichen Behandlungsformen andererseits. Dennoch ist das Grundmodell verschieden. Bei der differentiellen Behandlung im engeren Sinne geht man von einer ganzheitlichen Störung, wie z.B. der Abhängigkeit aus, und fragt, welche Patientenmerkmale in einem Interaktionseffekt mit einem Merkmal der Behandlung stehen, so daß davon die Behandlungsergebnisse abhängig sind. Bei einer störungsspezifischen Behandlungsindikation wird angenommen, daß neben der Abhängigkeit bzw. dem abhängigen Verhalten auch eine Reihe anderer Störungen, Symptome bzw Defizite vorliegen, die erheblich zur Gesamtbelastung eines Klienten beitragen. Die entscheidende Frage ist: Welche zusätzlichen Störungen und Defizite neben dem spezifischen Suchtverhalten unterschieden werden und welche Bausteine der Therapie zu deren Bewältigung angeboten werden? Für den Bereich stationärer Behandlung haben Missel und Zemlin einen solchen Ansatz im Rahmen eines adaptiven Indikationsmodells systematisch durchgeführt und erprobt. Die Behandlungsergebnisse waren durchaus günstig. Zum Beispiel waren 77% der Alkoholiker nach einem halben Jahr abstinent (Missel et al 1987). Das Problem dieser Vorgehensweise besteht in der Aufsplitterung in zahlreiche Therapiebausteine, ohne daß die Ganzheitlichkeit des Programms verloren geht (s. auch Zemlin & Herder, 1994).

Im Drogenbereich hat McLellan et al. (1997) einen solchen Ansatz untersucht, der generell für den ambulanten Bereich gut realisierbar und evaluierbar erscheint. In dieser Studie wurden 94 Drogenabhängige aufgeteilt auf vier Programme untersucht.

Abb. 1: Studie von McLellan et al 1997



Es wurde zwischen zwei stationären und zwei ambulanten Behandlungsprogrammen unterschieden. In beiden Bereichen gab es jeweils ein traditionelles Therapieprogramm und ein psychiatrisch ausgerichtetes Therapieprogramm. Jedes Therapieprogramm konnte alternativ mit seinem Standardprogramm arbeiten oder es sollte zusätzlich noch mindestens drei störungsspezifische Sitzungen durchführen. Ausgehend vom Addiction Severity Index (ASI) wurde festgestellt, ob der Betroffene bedeutsame Probleme in den Bereichen Arbeit, Familie oder psychiatrischen Status aufwies. Bei Vorliegen eines entsprechenden Schweregrads in diesen Bereichen sollten drei Einzelsitzungen zusätzlich zu dem Standardprogramm durchgeführt werden (Matching-Gruppe). Die geplante Behandlungsdauer für den stationären Bereich umfaßte 21 Tage, für den ambulanten Bereich 45 Tage, wobei in der ersten Woche drei Sitzungen geplant waren und danach jeweils eine wöchentliche Einzelsitzung stattfand. Das traditionelle Behandlungskonzept baute jeweils auf dem 12-Stufen Programm der AA auf, das zwar teilweise auch bei den psychiatrischen Programmen berücksichtigt wurde, dort aber durch zusätzliche Aspekte erweitert wurde. Da die einzelnen Teilgruppen sehr kleine Klientenzahlen aufwiesen, wurde lediglich die Standardtherapie mit der

Matching-Gruppe verglichen. Es kam zu folgenden Ergebnissen: 93% der Patienten mit Matching beendeten die Behandlung regulär, im Vergleich zu 81% bei der Standardbehandlung. Die Behandlungsdauer in stationären Einrichtungen betrug 11 Tage. Bei den Patienten mit Matching betrug die Aufenthaltsdauer in stationären Einrichtungen 12 Tage (kein signifikanter Unterschied). Das bedeutet, daß auf diese Weise die Quote regulärer Therapiebeendigung um 12 Prozentpunkte gesteigert werden konnte, aber die Behandlungsdauer im wesentlichen unverändert blieb.

Wenn man die sieben Problembereiche des ASI als Zielgröße betrachtet, ergaben sich bei der Standardbehandlung in den Bereichen Alkohol, Drogen, Familie und psychische Störungen signifikante Verbesserungen, nicht aber in dem Bereich medizinisch-körperlicher Status und im Arbeitsbereich, bei dem es sogar zu einer Verschlechterung kam. Die Gruppen mit Matching weisen dagegen Verbesserungen in allen sieben Problembereichen des ASI auf. Eine Testung über alle Problembereiche ergab allerdings für das Matching keinen Haupteffekt. Hat man dagegen nur die drei ausgewählten Problembereiche in die Auswertung einbezogen, dann ergab sich der erwartete positive Effekt des Matching gegenüber dem üblichen Vorgehen der Standardbehandlung.

Folgerung:

Der Ansatz nach dem Prinzip einer störungsspezifischen Indikation erscheint auch im ambulanten Bereich durchführbar und in einer Evaluationsuntersuchung überprüfbar.

5.2 Behandlungsprogramm und Behandlungssystem

Das störungsspezifische Vorgehen führt wahrscheinlich zu einer Optimierung des jeweiligen Behandlungsprogramms, wenn die einzelnen Störungen und Symptome auch gleichzeitig Erfolgskriterien sind. Die Annahme ist dabei, daß eine symptom-spezifische Therapie bezogen auf das jeweilige Symptom auch erfolgreicher ist als ein indirekter Therapieansatz.

Im Rahmen eines Behandlungssystems führt ein störungsspezifischer Ansatz dazu, daß Einrichtungen mit Therapieprogrammen für spezielle Teilgruppen von Abhängigen geschaffen werden. Zum Beispiel Therapieeinrichtungen für Abhängige mit einer Psychose, für süchtige Jugendliche, für Straftäter im Maßregelvollzug, für ältere Abhängige und so fort. Auch hier ist die Frage, wieviel Spezifizierung ist nützlich, wieviel Heterogenität kann in ein- und derselben Einrichtung erfolgreich bewältigt werden. Bei der Lösung dieser Fragen dominiert ein pragmatisches Vorgehen, abhängig von der Nachfrage nach speziellen Therapieprogrammen und auch abhängig von den Ausschlußkriterien der etablierten Suchtfachkliniken, z.B. ist eine Psychose häufig ein Ausschlußkriterium und erfordert dann Spezialstationen oder Spezialkliniken für diese Klientel.

6. Prinzip der differentiellen Behandlung

Zu diesem Feld gehören die wichtigsten praktischen Indikationsfragen. Sie lauten:

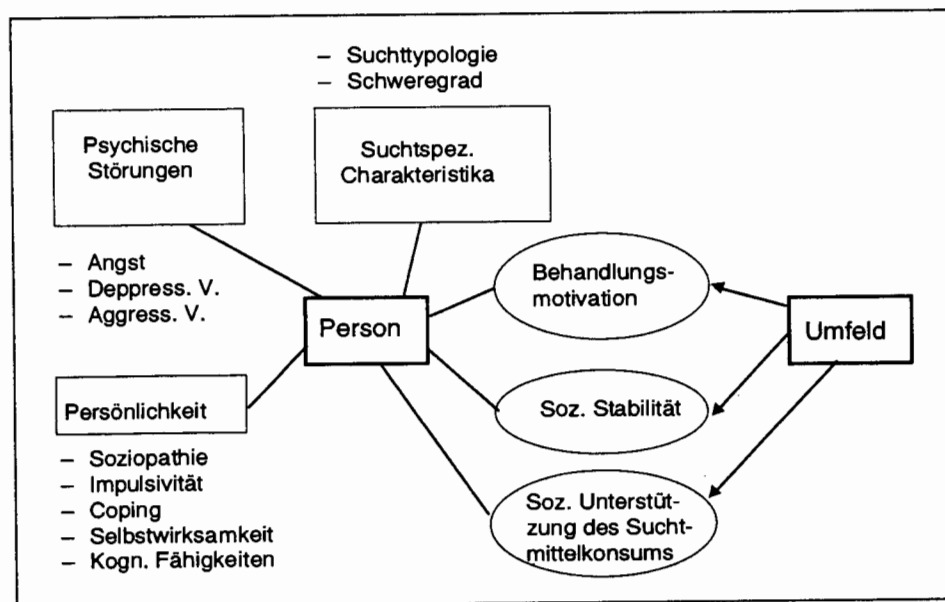
1. Ist eine stationäre Entgiftung bzw. Entzug erforderlich?
2. Ist eine ambulante Therapie oder eine stationäre Therapie angezeigt?
3. Wie lang sollte die Behandlung sein?
4. Welche Art der Behandlung ist für den Betroffenen am erfolgversprechendsten?
5. Ist eine Nachsorge bzw. eine Nachbehandlung angezeigt?

Die weitere Darstellung beschränkt sich jedoch hauptsächlich auf die Frage nach der Entwöhnungsbehandlung. Indikationsfragen hinsichtlich der Pharmakotherapie werden hier nicht berücksichtigt.

6.1 Indikationsmerkmale

In dem Überblick über die wichtigsten in der Literatur diskutierten und empirisch zum Teil belegten Indikationsmerkmale werden die einzelnen Merkmale systematisch dargestellt. So lassen sich einige Merkmale unterscheiden, die als suchtspezifische Charakteristika zusammengefaßt werden können. Dazu gehören vor allem der Schweregrad der Abhängigkeit, der meist mit dem ASI von McClelland (deutsche

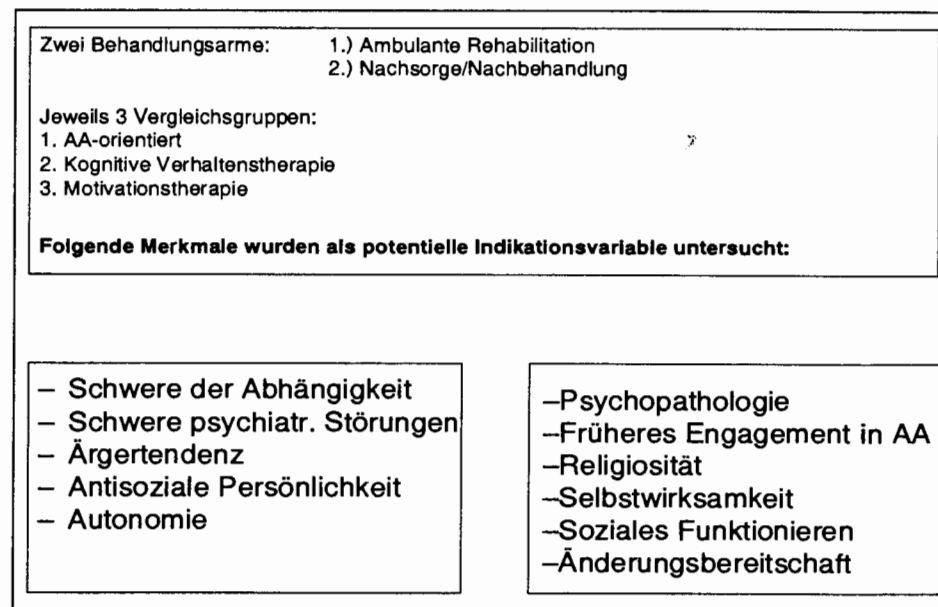
Abb. 2: Übersicht von potentiellen Indikationsmerkmalen



Version des EuropASI, Gsellhofer et al., 1999) erfaßt wurde, und Ansätze der Suchttypologie, denen bislang wenig Bedeutung zukommt. Eine Ausnahme stellen die Ergebnisse einer Studie von Orford und Edwards (1977) dar, die zum Erhebungszeitpunkt nach 12 Monaten gezeigt haben, daß Gamma-Alkoholiker mehr von einer langen Therapie profitieren, bei der Katamnese nach 24 Monaten konnte dieser Zusammenhang jedoch nicht mehr reproduziert werden (Edwards & Taylor, 1994).

Der nächste Bereich ist die Schwere psychischer Störungen, der ebenfalls in mehreren Studien mit dem ASI erfaßt wurde, und damit zusammenhängend der Grad der Belastung und der Gestörtheit. Als Beispiel sei hier die MATCH-Studie dargestellt, die praktisch alle hier aufgeführten Merkmale untersucht hat und als die umfangreichste Studie zum Indikationsproblem anzusehen ist (Project Match Research Group, 1997, 1998).

Abb. 3: MATCH-Studie (Projekt MATCH Research Group 1997)



In ihr wurden drei verschiedenen Programme, nämlich ein an den 12 Stufen der AA orientiertes Behandlungskonzept, ein Konzept der kognitiven Verhaltenstherapie und ein Konzept der Motivationsentwicklung nach Miller einmal als ambulante Therapie und zum anderen als Nachsorge bzw. Nachbehandlung nach einer kurzen stationären Behandlung hinsichtlich differentieller Wirkungen untersucht. Bezüglich des Schweregrads psychiatrischer Störungen zeigte sich, daß die Klienten mit weniger ausgeprägten psychischen Störungen mit dem 12-Stu-

fen-Konzept etwas bessere Behandlungsergebnisse (12-Monatskatamnese) hinsichtlich des Alkoholkonsums aufwiesen, während bei einem hohen Schweregrad solche Unterschiede zwischen den Gruppen nicht nachgewiesen werden konnten. Einschränkend muß gesagt werden, daß die Therapie nur 12 Sitzungen umfaßt hat, und bei der Motivationsgruppe sogar nur vier über den gleichen Zeitraum verteilt waren. In der MATCH-Studie hatten noch zwei andere Merkmale, nämlich Ärger und Schwere der Abhängigkeit eine indikative Bedeutung. In der Motivationsentwicklungsgruppe waren die Ergebnisse für die Klienten mit hohem Ärgerverhalten gemessen an Konsumvariablen wie Anzahl der Tage ohne Alkohol etwas besser als in den beiden anderen Therapiegruppen. Bezüglich der Schwere der Abhängigkeit zeigten Klienten mit einem höheren Schweregrad bessere Ergebnisse in dem AA-orientierten Behandlungsprogramm. Die Effekte waren allerdings wenig stabil, das heißt beispielsweise nur bei einem Indikator für Alkoholkonsum (Tage mit Alkoholkonsum) nachweisbar, nicht dagegen bei einem anderen (Anzahl der Drinks pro Trinktag). Außerdem sind die Effekte bescheiden, das heißt, es geht etwa um maximal 12% der Tage mit Alkohol, das sind Differenzen von 3-4 Tagen mit Alkohol im letzten Monat. Die Ergebnisse können wahrscheinlich nicht auf andere Behandlungssysteme mit deutlich längerer Therapiedauer, zumindest was die schwerer gestörten Klienten angeht, übertragen werden.

In der Katamnese nach 3 Jahren zeigte sich für die ambulante Therapie ein Interaktionseffekt zwischen geringer versus hoher sozialer Unterstützung des Trinkverhaltens und dem AA-orientierten Therapieprogramm versus der Motivations-therapie. Bei starker Unterstützung des Trinkens war die Anzahl der Abstinenz-tage im AA orientierten Therapieprogramm signifikant höher als in der Motivations-therapie (83% versus 66% Tage mit Abstinenz in den letzten 3 Monaten). Dieser Interaktionseffekt hatte sich auch im ersten Monat der Behandlung gezeigt, nicht dagegen bei späteren Meßzeitpunkten. Beim Vergleich mit dem kognitiven Verhaltenstherapieprogramm war der Interaktionseffekt nur tendenziell signifikant ($p < 0,09$; Longabaugh et al., 1998).

Im Bereich der Persönlichkeit sind eine Reihe von Merkmalen untersucht worden, deren Bedeutung umstritten ist. So wurde überprüft, ob die antisoziale Persönlichkeit als Indikatorvariable geeignet ist. Die Ergebnisse von zwei Studie legen dies nahe. Kadden und andere (1989) haben gezeigt, daß Alkoholabhängige mit antisozialer Persönlichkeit bessere Behandlungsergebnisse in einem verhaltenstherapeutischen Gruppentraining für soziale Kompetenz aufweisen als in einer mehr interaktionsorientierten weniger strukturierten Therapie. Longabaugh et al. (1994) untersuchte die Ergebnisse für einen ähnlichen Therapievergleich, nämlich einer kognitiven Verhaltenstherapie und einer Therapie, die auf die Verbesserung der sozialen Beziehungen ausgerichtet war (Partner und andere Beziehungen). Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, daß Alkoholiker mit antisozialer Persönlichkeit mehr von der kognitiven Verhaltenstherapie profitierten als die ohne antisoziale Persönlichkeit. Bei der interaktionsorientierten Therapie gab es dagegen keine Unterschiede zwischen Personen mit und ohne antisozialer Per-

sönlichkeit. Allerdings wurde dieser Unterschied nicht für alle Trinkmaße, sondern nur für die Trinkintensität gefunden. Vor schnellen Verallgemeinerungen muß daher wiederum gewarnt werden.

Ein Faktor, den man als Strukturiertheit benennen könnte, im englischen ursprünglich von McLachlan als „conceptual level“ bezeichnet, wurde in einer neueren Studie (Nielsen et al., 1998) wieder aufgegriffen. Personen mit hoher Strukturiertheit sind charakterisiert durch Unabhängigkeit, Toleranz, Selbst-reflexion; Personen mit geringer Strukturiertheit sind dagegen charakterisiert durch den größeren Einfluß externer Faktoren, sie verhalten sich mehr autoritär und haben Schwierigkeiten zwischen eigenen und anderen Bedürfnissen zu unterscheiden. Das Ergebnis in der älteren Studie von McLachlan (1972) war, daß bei Übereinstimmung der Strukturiertheit zwischen Klient und Therapeut ein besseres Ergebnis erreicht wurde. In der MATCH-Studie konnte dieses Ergebnis allerdings nicht bestätigt werden. In der neueren Studie von Nielsen et al. (1998) wurde dieses Konstrukt in einer differenzierteren Weise untersucht, indem zusätzlich noch der Grad der Strukturiertheit des Therapieprogramms miteinbezogen wurde. Die geplante ambulante Therapie war mit 12 Monaten auch wesentlich länger als in der MATCH-Studie. Patienten konnten gegenüber dem Therapeuten oder der Therapie und gegenüber beiden hinsichtlich ihrer Strukturiertheit übereinstimmen. Es zeigte sich ein Zusammenhang hinsichtlich der Übereinstimmung zwischen der Strukturiertheit des Patienten und der Strukturiertheit der Therapie in der Weise, daß bei Übereinstimmung mehr Patienten die Therapie abgeschlossen haben (63% versus 38%) In einer Nachuntersuchung nach 24 Monaten wiesen dann die Patienten in der Compliance Gruppe bessere Behandlungsergebnisse auf.

Für andere Persönlichkeitsmerkmale zur Indikation, wie Impulsivität, internale oder externale Kontrolle oder das allgemeine Konstrukt der Selbstwirksamkeit haben sich bislang keine stabilen Interaktionseffekte mit der Behandlung finden lassen. Eine Schlüsselvariable ist die soziale Stabilität vor allem für die Frage stationärer oder ambulanter Therapie, für deren indikative Bedeutung einige Studien, aber meist ältere angeführt werden können, wie ein Literaturüberblick von Finney et al. (1996) gezeigt hat. Bei sozial instabilen Alkoholabhängigen, das heißt bei erheblichen familiären, rechtlichen und/ oder beruflichen Problemen erscheint eine stationäre Therapie erfolversprechender, während umgekehrt bei sozial kompetenten Abhängigen eine ambulante Therapie bessere Ergebnisse verspricht. (Kissin et al., 1970; Meyerson, 1971; McLellan et al., 1983). Die übrigen in Abbildung 2 aufgeführten Merkmale sind fast alle in der MATCH-Studie untersucht worden und konnten dort nicht bestätigt werden.

Abb. 4: Ausgewählte Behandlungsmerkmale zur Indikation

Wirkkomponenten (n. Grawe 1995)	Therapie Merkmale	Strukturkomponenten
- Problem-aktivierung	- ambulant/stationär	- Patientenauswahl
- Ressourcenaktivierung	- Dauer der Behandlung	- Ziele, Werte
- Motivationsförderung	- Coping orientiert (z.B. soz. Kompetenz)	- Therapieaktivitäten
- Aktive Hilfe	- Einzel oder Gruppe Therapie	- Regeln, Kontrolle
	- Intensität	- Phasenablauf
	- Interaktions- oder beziehungsorientiert	
	- Grad der Strukturiertheit (niedrig: klientenorientiert hoch: Vt-orientiert)	
	- Beziehung z. Therapeuten	

Bei der Darstellung einzelner Untersuchungen zur Indikation wurden zwangsläufig bereits einige Merkmale und Aspekte der Therapie erwähnt. In einer kurzen Übersicht (s. Abbildung 4) sollen die in der Literatur am häufigsten beachteten Merkmale der Behandlung zusammenfassend dargestellt werden. Generell fällt auf, daß zwischen den untersuchten Behandlungsmerkmalen und den Konzepten über Wirkfaktoren der Therapie, z.B. dem Konzept von Grawe (1995), wenig Zusammenhang zu erkennen ist. Das ist auch ein Punkt, der bei den Folgerungen aus den Ergebnissen der MATCH-Studie angesprochen wurde. Am häufigsten untersucht wurden Konzepte, die sich an das 12-Stufen-Programm der AA orientieren, und verhaltenstherapeutisch geprägte Konzepte. Bestandteil dieser Programme sind meist eine Verhaltensanalyse, Rückfallprävention, Training sozialer Kompetenzen und andere Techniken. Eine andere Therapieform wurde als beziehungsorientiert oder interaktionsorientiert charakterisiert. Das heißt, daß dort die sozialen Beziehungen zum Lebenspartner, zu anderen Bezugspersonen oder die Interaktion mit anderen Patienten im Mittelpunkt standen.

Das Ausmaß der Strukturiertheit einer Therapie ist ein Aspekt, der in einem engen Zusammenhang mit der Unterscheidung interaktionsorientiert und copingorientierter Therapie steht, wenn auch nicht damit gleichgesetzt werden kann. In der Regel ist das Vorgehen in einer weniger stark strukturierten Therapie mehr beziehungs- und interaktionsorientiert, eher psychodynamisch und weniger

verhaltenstherapeutisch aufgebaut, während strukturierte Therapien stärker nach einem festen Schema ablaufen, wie das für die Verhaltenstherapie eher charakteristisch ist. Einige Untersuchungsergebnisse dazu sind vorher schon erwähnt worden.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß eine der Schlüsselvariablen im Bereich der Behandlungsmerkmale gegenwärtig das Konstrukt der Strukturiertheit der Therapie vor allem im Vergleich von verhaltenstherapeutischen Programmen und einer beziehungs- und interaktionsorientierten Therapieform darstellt. Die Dauer der Therapie ist immer noch oder immer wieder eine weitere Schlüsselvariable (siehe 4.1). Um näher an das Kausalgeschehen heranzukommen, erscheint es erforderlich, die wahrscheinlichen Wirkfaktoren einer Therapie erfassen zu können, z.B. nach dem Modell von Grawe (1995), so daß beispielsweise für ein Therapieprogramm eine Art Wirkungsprofil erstellt werden kann.

Abschließend zu diesem Bereich wird ein im Ansatz übersichtliches Indikationschema von Lindström (1992) vorgestellt, das in noch überschaubarer Weise zu Indikationsregeln führt:

Tab. 2: Modell differentieller Behandlungsindikation (nach Lindström, 1992)

Behandlungsform	Schweregrad psychiatr. Störungen	Soziale Instabilität	Bedürfnis nach Struktur	Grad der Abhängigkeit
Rückfallprävention, Kontroll. Trinken	gering	gering/mittel	gering	gering
Rückfallprävention, Abstinenz	gering	gering/mittel	gering	hoch
ambulante Therapie/wenig strukturiert	mittel	gering/mittel	gering	hoch
amb. Therapie/stark strukturiert	mittel	gering/mittel	hoch	hoch
stationär, wenig strukturiert	mittel	hoch	niedrig	hoch
stationär, stark strukturiert	mittel	hoch	hoch	hoch
Geschützte Umgebung, Dauerunterbringung	hoch	hoch	hoch	hoch

Er unterscheidet vier Indikationsvariablen der Patienten, nämlich den Schweregrad psychiatrischer Störungen, die soziale Stabilität, das Bedürfnis nach Struktur und den Grad der Abhängigkeit. Bezüglich der Behandlungsalternativen werden unterschieden eine Rückfallprävention mit dem Ziel kontrollierten Trinkens und der

Abstinenz, jeweils zwei Formen der ambulanten und stationären Therapie, die sich hinsichtlich des Grades der Strukturierung unterscheiden und schließlich die dauerhafte Unterbringung in einer geschützten Umgebung. Diese Liste von Behandlungsangeboten ist je nach Behandlungssystem veränderbar. Die Indikationsregel lautet beispielsweise für die wenig strukturierte ambulante Therapie, daß ein Patient einen mittleren Schweregrad hinsichtlich psychiatrischer Störungen, eine geringe bis mittlere soziale Stabilität, ein geringes Bedürfnis nach Struktur und einen hohen Grad der Abhängigkeit aufweisen sollte, um in dieser Therapie im Vergleich zu anderen ein optimales Ergebnis zu erreichen. Dieses Modell ist als Ganzes empirisch nicht überprüft worden, und viele Fragen bleiben offen. Wir wissen nicht, wie häufig die einzelnen Kategorien der Indikationsvariablen vorkommen und nicht alle Kombinationsmöglichkeiten sind hier aufgeführt. Dennoch ist dies ein Weg, ein Indikationsschema mit einem vertretbaren Aufwand einzurichten und empirisch zu überprüfen.

6.2 Differentielle Indikation bezogen auf ein Behandlungsprogramm und Behandlungssystem

Abschließend noch eine Anmerkung zur Optimierung eines Behandlungsprogramms und Behandlungssystems. Die Berücksichtigung eines Indikationsmerkmals für ein Behandlungsprogramm bedeutet, daß eine Einrichtung sich auf eine entsprechend dem Indikationsmerkmal ausgewählte Klientel einstellt und dadurch im umfassenden Behandlungssystem oder auch in der betreffenden Einrichtung selbst größere Behandlungserfolge als vorher erzielt werden. Gründe dafür können sein, daß vermehrt Klienten aufgenommen werden, die anderswo weniger erfolgreich behandelt werden oder daß solche Klienten abgelehnt werden, die in einem anderen Programm eine größere Erfolgserwartung aufweisen. Auch kann die Behandlung selbst in einem internen Prozeß der Anpassung an die homogenere Klientengruppe optimiert werden. Es gibt einige empirische Hinweise dafür, daß in den Therapieeinrichtungen erfolgreich solche Patienten aufgenommen werden, für die zumindest die Behandlungsdauer angemessen ist. In der MEAT-Studie (Küfner & Feuerlein, 1989) zeigt sich eine solche erfolgreiche Patientenselektion in der Weise, daß beispielsweise in den kurzfristigen Behandlungsformen weniger prognostisch ungünstige Patienten vertreten waren, die dort auch wesentlich schlechtere Ergebnisse aufwiesen. Erfolgreiche Einrichtungen zeichnen sich dadurch aus, daß sie in der Lage sind, die für sie erfolgreich behandelbaren Patienten auszusuchen, und auf diese Weise ihren Behandlungserfolg optimieren. Das führt nicht zu ungerechtfertigt geschönten Ergebnissen, wie das manchmal den Suchtfachkliniken vorgehalten wird, sondern erscheint sachlich berechtigt und sinnvoll, wenn dabei offen auf die Patientenselektion hingewiesen wird.

7. Folgerungen

1. Das Prinzip der minimalen Intervention als Interventionsregel gilt vor allem in Fällen ohne Indikationswissen. Wenn man dagegen Ergebnisse zur Indikation als ausreichend gesichert ansieht, wird man auf dieses Prinzip nur in Ausnahmefällen zurückkommen.
2. Für die ambulante Therapie sollte ein störungsspezifischer Indikationsansatz als Zusatz zur Standardbehandlung in Erwägung gezogen werden. Wie das McLellan (1997) in einer Studie, auch wenn diese einen Pilotcharakter hat, erfolgreich nachweisen konnte. Ein solcher Ansatz erscheint gut realisierbar und außerdem auch klar empirisch überprüfbar.
3. Prognostisch ungünstige, das heißt hinsichtlich der sozialen und psychischen Situation deutlich gestörte Patienten sollten nicht kurzfristig behandelt werden.
4. Indikationsschemata nach dem Prinzip der differentiellen Indikation wie das von Lindström (1992) erscheinen bei entsprechender Standardisierung und bei den jetzigen EDV-Möglichkeit unter Umständen auch in der Routine einsetzbar und überprüfbar.
5. Wenn die Einflußfaktoren komplex sind, wie bei Indikationsentscheidungen und kein eindeutiges Indikationswissen vorhanden ist, sollten bei der Optimierung eines Behandlungssystems immer auch Marktprinzipien miteinbezogen werden. Das bedeutet die Förderung einer Vielzahl von Steuerungsmöglichkeiten der Indikation, z.B. durch die Auswahlkriterien der Behandlungseinrichtungen bis zu Indikationslisten von Klientenmerkmalen bei der Entscheidung über die Behandlungsdauer.
6. Das Matching-Problem ist eine Daueraufgabe, die sich auch immer wieder neu stellt, wenn sich das jeweilige Behandlungssystem, dessen Rahmenbedingungen und das gesicherte Indikationswissen geändert haben oder neue Therapieansätze entwickelt werden.
7. Für die Indikation vor allem der ambulanten Therapie sind in Deutschland dringend Studien erforderlich, die eine Indikationsstellung erleichtern und die ambulanten Therapieansätze verbessern.

Literatur

- Edwards, G. & Taylor C. (1994). A test of the matching hypothesis: alcohol dependence, intensity of treatment, and 12-month outcome. *Addiction* 89, 553-561.
- Finney, J. W., Hahn, A. C. & Moos, R. H. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: The need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91, 1773-1796.
- Grawe, K. (1995). Grundriß einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Gsellhofer, B., Küfner, H., Vogt, M. & Weiler, D. (1999). *European Addiction Severity Index – EuropASI. Manual für Training und Durchführung*. Stuttgart: Schneider Verlag.
- Kadden, R. M., Getter, H., Cooney, N. L. & Litt, M. D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (6), 698-704.
- Küfner, H. (1997). Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen. In Watzl H. & Rockstroh B. *Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol- und Drogen*. Göttingen, Bern, Toronto: Hogrefe Verlag.

- Küfner, H. & Feuerlein, W. (1989). *In-patient-treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study.* Berlin: Springer.
- Lindström, L. (1992). *Managing Alcoholism. Matching clients to treatments.* Oxford: University Press.
- Longabaugh, R. et al. (1998). Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction* 93(9), 1313-1333.
- Longabaugh, R. et al. (1994). Drinking Outcomes of Alcohol Abusers Diagnosed as Antisocial Personality Disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 18(4), 778-785.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., O'Brien, C. P. & Druley, K. A. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.
- McLellan, A. Thomas, Grissom, Grant R., Zanis, D., Randall, M., Brill, P. & O'Brien, Charles P. (1997). Problem-service 'matching' in addiction treatment. *Arch gen Psychiatry*, 54, 730-735.
- Missel, P., Zemlin, U., Lystoff, G. & Braukmann, W. (1987). Individualisierung in der stationären Therapie Abhängigkeitskranker: Erste Ergebnisse einer Halbjahreskatamnese. *Suchtgefahren* 33, 272-285.
- Neumer, S. (1998). Modell einer Kosten-Effektivitäts-Analyse für die stationäre Therapie Alkoholkranker in Deutschland. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 30 (1), 91-100.
- Orford, I. & Edwards, G. (1977). *Alcoholism.* Oxford: University Press.
- Project MATCH Research Group, (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction* 92 (12), 1671-1698.
- Project MATCH Research Group, (1998). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Treatment Main Effects and Matching Effects on Drinking during Treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 59), 631-639.
- Siebert, G. & Kempf, S. (1998). *Benchmarking: Leitfaden für die Praxis.* München; Wien: Hanser.
- Süß, H.-M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, 248-266.
- Watzl, H. (1999). Wissenschaftliche Befunde zur Therapieindikation und ihr praktischer Nutzen. *Sucht aktuell* 1, 4-6.
- Zemlin, U. (1993). Indikationskriterien für ambulante und/oder stationäre Therapie. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), *Ambulante und stationäre Suchttherapie.* Geesthacht: Neuland.
- Zemlin, U., Herder, F. (1994). Ergebnisse der summativen und differentiellen Evaluation eines individualisierten stationären Behandlungsprogramms für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 7, 128-200.

**Indikationsstellung und Therapieplanung bei
Suchterkrankungen / Fachverband Sucht e.V. - Geesthacht :**
Neuland, 2000
(Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 23)
ISBN 3-87581-201-8