

Weiterbehandlung von rückfälligen Patienten während stationärer Suchtbehandlung:

Indikation und Effektivität

Johannes Lindenmeyer, Clemens Veltrup, Hans Joachim Kirschenbauer

Zusammenfassung

In diesem Artikel wird über ein individualisiertes Vorgehen bei Rückfällen in einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige berichtet, bei dem die Mehrheit der rückfälligen Patienten ihre Behandlung fortsetzen konnte. Es werden Daten zur Rückfallhäufigkeit, dem Kontext dieser Rückfälle, den durchgeführten therapeutischen Maßnahmen und deren Konsequenzen dargestellt. Abschließend wird die Bewertung dieses Vorgehens durch die Patienten wie auch durch die Zuweiser der Einrichtung beschrieben.

Einleitung

Aufgrund der vorliegenden Zahlen aus Entwöhnungskliniken ist zu vermuten, daß etwa 2000 Alkoholranke in der Bundesrepublik pro Jahr während ihrer stationären Therapie rückfällig werden. Die in traditioneller Weise erfolgende disziplinarische Entlassung stellt für diese Personen in der Regel kein adäquates Behandlungsangebot dar. Beispielsweise zeigte die MEAT-Studie von Kufner und Feuerlein (1989), daß nur knapp 5 % der wegen Rückfalls entlassenen Patienten in einem nachklinischen Zeitraum von 18 Monaten abstinent blieben. Dagegen erreichten die nach einem während der stationären Behandlung aufgetretenen Rückfall weiterbehandelten Patienten im nachklinischen Zeitraum von 18 Monaten eine ähnlich hohe Abstinenzquote (von ca. 50 %) wie jene Patientengruppe, die keinen Rückfall während der Entwöhnungsbehandlung erlitten.

Vor diesem Hintergrund wird seit einiger Zeit in der Suchtbehandlung immer öfter eine grundlegende Umorientierung im Umgang mit rückfälligen Patienten gefordert (Körkel, 1995). Vorgeschlagen wird, Rückfälle nicht mehr auszugrenzen, sondern zu einem zentralen Gegenstand der Behandlung zu machen, auf deren Prävention und Bearbeitung spezifische therapeutische Maßnahmen gerichtet sind. Von in stationären Settings tätigen Praktikern wird allerdings häufig die Befürchtung geäußert, daß eine Weiterbehandlung von rückfälligen Patienten die Rückfallrate in einer Suchtklinik erhöhen, zu erheblicher Beeinträchtigung des therapeutischen Milieus führen und den Organisationsablauf einer Fachklinik überfordern könnte. Tatsächlich stellen Rückfälle nicht nur für den Betroffenen

und seine Angehörigen sondern auch für die Mitarbeiter einer Therapieeinrichtung eine Krisensituation dar (Herder & Sakowski, 1992). Außerdem steht eine Weiterbehandlung von rückfälligen Patienten zum Teil in Widerspruch zu zentralen Grundannahmen der Suchtbehandlung (Lindenmeyer & Tünste, 1994).

Erforderlich ist daher ein individualisierter Umgang mit rückfälligen Patienten, bei dem im konkreten Einzelfall die Vor- und Nachteile einer Weiterbehandlung für den betroffenen Patienten, aber auch die Auswirkungen auf Mitpatienten und die Zusammenarbeit mit Beratungsstellen gegeneinander abgewogen werden. Außerdem bedarf es im Sinne der Prozeß- und Ergebnisqualitätssicherung einer kontinuierlichen empirischen Überprüfung der Haupt- und Nebeneffekte des Umgangs mit rückfälligen Patienten innerhalb einer stationären Entwöhnungseinrichtung. Im Folgenden sollen erste Erfahrungen eines Modellversuchs¹ zum individualisierten Umgang mit rückfälligen Patienten in einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige beschrieben werden, bei dem die Mehrheit der Betroffenen weiterbehandelt wurde. Im Einzelnen werden Daten zur Rückfallhäufigkeit, dem situativen Kontext dieser Rückfälle, den durchgeführten therapeutischen Maßnahmen und deren Konsequenzen dargestellt. Zur Vermeidung retrospektiver Verzerrungen wurde hierbei eine ereignisnahe Dateneingabe unmittelbar durch die behandelnden Therapeuten mittels eines edv-unterstützten Dokumentationssystems (vgl. Lindenmeyer et al., 1998) sichergestellt. Abschließend wird die Bewertung dieses Vorgehens durch die Patienten ebenso wie die Zuweiser der Klinik beschrieben.

Beschreibung des Rückfallkonzepts

Es stellt sowohl für den betroffenen Patienten als auch für die mitbetroffenen Therapeuten einer Suchtklinik eine Überforderung dar, wenn der therapeutische Umgang mit dem Rückfall erst im Moment der Krise entwickelt werden muß. Es ist vielmehr notwendig, daß eine Einrichtung über ein klares und eingeübtes Vorgehen im Umgang mit Rückfällen verfügt. Ein solches Procedere darf andererseits weder zu umfangreich noch zu konkret sein, um auf den jeweiligen Einzelfall zugeschnitten werden zu können. Es sollte aber zur Entlastung aller Beteiligten allgemeine Entscheidungskriterien und insbesondere die Reihenfolge bestimmter Ablaufschritte im Umgang mit rückfälligen Patienten verbindlich festlegen.

Das dieser Studie zugrunde liegende Konzept zum Umgang mit rückfälligen Patienten enthält drei Komponenten (vgl. Lindenmeyer & Veltrup, 1998):

1. Kriterien für Weiterbehandlung

Jede Suchtbehandlungseinrichtung wird bestimmte Grenzen finden müssen, wann sie rückfällige Patienten weiterbehandelt und wann nicht mehr. Hier sind in erster Linie medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. In zweiter Linie sind aber auch therapeutische Gesichtspunkte in Abhängigkeit des konkreten Behandlungs-

settings einer Einrichtung von Bedeutung. Die in dieser Studie zugrunde gelegten Kriterien für eine Weiterbehandlung von rückfälligen Patienten sind in Abb. 1 aufgelistet.

Abbildung 1: Kriterien für eine Weiterbehandlung von rückfälligen Patienten

- Medizinisch vertretbar
(z.B. keine akute Suizidalität, keine psychotische Dekompensation, kein Prädelir, kein lebensbedrohlicher Zustand)
- Keine aktiven Vertuschungs- oder Verleugnungsversuche
(z.B. kein Überziehen von Heimfahrten oder Ausgangszeiten, kein Suchtmitteldepot auf dem Klinikgelände, kein Versuch, Kontrollen zu entgehen)
- Kooperation im Moment des Rückfalls
(z.B. freiwilliger Aufenthalt auf der Aufnahmestation bis zur Wiedererlangung von Nüchternheit, keine Gewalttätigkeit gegen Personen)
- Veränderungsbereitschaft
(z.B. Bereitschaft, Konsequenzen für die weitere Therapie zu ziehen)

2. Verbindliche Reihenfolge der Interventionen

Jeder Suchtmittelrückfall ist ein potentiell gefährlicher Krisenzustand, der ein rasches und sicheres Handeln aller Beteiligten erfordert. Entscheidend ist v.a. eine verbindliche Reihenfolge der einzelnen Schritte (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Therapeutisches Vorgehen bei Rückfällen

1. Medizinische Abklärung/Versorgung
(z.B. Atemalkoholkontrolle, prophylaktische Anfallsmedikation, engmaschige Überwachung der Vitalfunktionen)
2. Wieder nüchtern werden
(z.B. Aufenthalt auf der Aufnahmestation, Beseitigung von Suchtmitteln, keine Gespräche über Rückfallursache, keine übertriebene Zuwendung)
3. Therapie- und Abstinenzsicherung
(z.B. Veränderung der Ausgangsregelung, Expositionsübungen, Ablehnungstraining, Rückfallanalyse in der Bezugsgruppe, Rückfallmitteilung an Angehörige, Abänderung von Therapiezielen)

3. Regelmäßige Thematisierung des therapeutischen Umgangs mit Rückfällen

Das Konzept im Umgang mit Rückfällen während einer Therapie ist nur so viel wert, wie es Patienten und therapeutischen Mitarbeitern transparent ist. Entsprechend wurde der Umgang mit Rückfällen allen Patienten zu Behandlungsbeginn

erklärt und außerdem im Verlauf der Behandlung bei einer Vielzahl von Gelegenheiten (vgl. Abbildung 3) routinemäßig thematisiert.

Abbildung 3: Thematisierung des Umgangs mit Rückfällen im Therapiealltag

- Informationsmaterial über die Klinik
- Erstgespräch (u.U. in Gegenwart der Angehörigen)
- Rückfallrisikodiagnostik
- Auswertungsgespräch der Eingangsdiagnostik
- Besucherinformation
- Anschreiben an alle Angehörigen
- Routinekontrollen
- Patienten-Vorträge
- Einzeltherapie
- Aufstellen eines Notfallplans
- Ablehnungstraining/Vorstellungsübungen/Expositionsübungen
- Therapeutische Erprobungs-Heimfahrten

Beschreibung der Patienten

Insgesamt liegen Angaben über die Rückfälligkeit von 161 alkoholabhängigen Patienten während der stationären Behandlung vor: 91 Patienten sind einmal rückfällig geworden, bei 43 Patienten wurden zwei Rückfälle dokumentiert, insgesamt 27 Patienten haben mehr als zweimal während ihrer stationären Therapie Alkohol getrunken. Die Gesamtzahl der Rückfälle während dem Erhebungszeitraum lag bei 271.

Die wichtigsten Kenndaten der 161 rückfälligen Patienten finden sich in Tabelle 1. Zum Vergleich wurden die Kenndaten von 248 nicht-rückfälligen Patienten im gleichen Erhebungszeitraum herangezogen. Hinsichtlich Geschlecht, Partnerschaftssituation und Arbeitssituation finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Hervorzuheben ist in beiden Gruppen dieser Studie die hohe Arbeitslosenquote von insgesamt 81,6 %, die weit über dem Durchschnitt des in Suchtfachkliniken behandelten Patientenguts liegt.

Dagegen sind diejenigen Patienten, die während der stationären Therapie rückfällig wurden mit 37,5 Jahren (SD= 6,3) im Mittel signifikant jünger als jene, bei denen kein Rückfall während der stationären Behandlung bekannt wurde (T-Wert= 5,1; p= .000). Bezüglich der Entlassungsdiagnosen (Rehabilitationsdiagnosen) fällt auf, daß bei Rückfälligen gehäuft mehr als eine psychische Störung festgestellt werden konnte.

Tabelle 1: Merkmale der rückfälligen Patienten im Vergleich zu nicht-rückfälligen Mitpatienten

Merkmals	Nicht-Rückfällige n= 248	Rückfällige N= 161	P (Chi ²)
Geschlecht			
Männlich	210 (84,7 %)	146 (90,7 %)	n. s.
Weiblich	38 (15,3 %)	15 (9,3 %)	
Alter			
21-30 Jahre	21 (8,5 %)	19 (11,8 %)	s. s.
31-40 Jahre	96 (38,7 %)	92 (57,1 %)	
41-50 Jahre	105 (42,3 %)	46 (28,6 %)	
51-65 Jahre	36 (10,5 %)	4 (2,5 %)	
Aktuelle Partnerschaft			
Ohne feste Partnerschaft	109 (44,0 %)	75 (46,6 %)	n. s.
In fester Partnerschaft	139 (56,0 %)	86 (53,4 %)	
Aktuelle Berufssituation			
Arbeitslos	206 (83,1 %)	137 (85,1 %)	n. s.
Berufstätig	37 (14,9 %)	22 (13,7 %)	
Berentet	5 (2,0 %)	2 (1,2 %)	
Frühere Entzugsbehandlung			
Nein	29 (11,7 %)	9 (5,6 %)	s.
Ja	219 (88,3 %)	152 (94,4 %)	
Frühere Entwöhnungsbehandlung			
Nein	201 (81,0 %)	117 (72,7 %)	s.
Ja	47 (19,0 %)	44 (28,4 %)	
Anzahl der Rehabilitationsdiagnosen bei Entlassung			
Eine Diagnose	191 (77,0 %)	100 (62,1 %)	s. s.
Mehr als eine Diagnose	57 (23,0 %)	61 (37,9 %)	

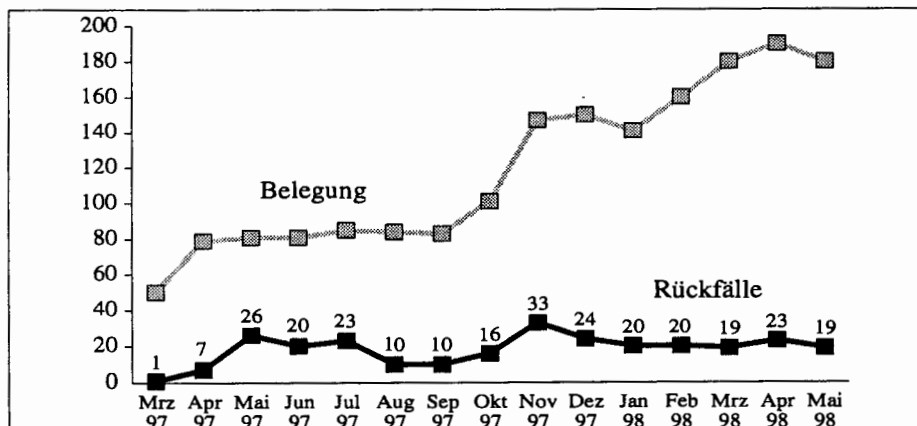
Ergebnisse

1. Zur Häufigkeit von Rückfällen

Die Abbildung 4 zeigt die Verteilung der insgesamt 271 dokumentierten Rückfälle während der Therapie über einen Erhebungszeitraum von 15 Monaten. Als Referenzgröße ist jeweils die monatliche Durchschnittsbelegung der Klinik aufgeführt (die Behandlungskapazität der Klinik wurde im Erhebungszeitraum sukzessive erweitert). Bei der Interpretation der Rückfallzahlen ist außerdem zu beachten, daß wenn ein Patient mehrere Rückfälle hatte, jeder einzelne Rückfall gezählt wurde.

Der Verlauf zeigt, daß die Rückfallquote gemessen an den im Haus befindlichen PatientInnen mit zunehmender Erfahrung der therapeutischen Mitarbeiter im Umgang mit Rückfällen in etwa halbiert werden konnte. Die absoluten Zahlen zeigen außerdem, daß es auch in einer großen Suchtklinik für Alkoholabhängige zu keinen inakzeptabel hohen Rückfallquoten kommt, wenn rückfällige Patienten nicht prinzipiell entlassen werden.

Abbildung 4: Die Häufigkeit von Rückfällen im Erhebungszeitraum



2. Zur Entdeckung von Rückfällen

Der überwiegende Teil (57,9 %) der 271 dokumentierten Rückfällen wurde durch die Mitarbeiter der Klinik bzw. bei Routinekontrollen entdeckt (vgl. Tabelle 2). Etwa jeder 10. Rückfall wurde durch Mitpatienten (7,4 %) bzw. durch Angehörige (3,3 %) gemeldet. Fast ein Drittel (31,4 %) der Betroffenen meldete ihren Rückfall schließlich selbst. Wir sehen hierin eine wichtige positive Auswirkung eines Rückfallkonzepts, das die Möglichkeit einer Weiterbehandlung von der Kooperation des rückfälligen Patienten abhängig macht.

Tabelle 2: Art der Entdeckung von Rückfällen (N=271)

Entdeckung durch Mitarbeiter	54	(19,9 %)
Routinekontrollen	103	(38,0 %)
Mitteilung durch Patient selbst	85	(31,4 %)
Information durch Mitpatient	20	(7,4 %)
Information durch Angehörige	9	(3,3 %)

3. Zum Zeitpunkt der Rückfälle innerhalb der Therapie

Tabelle 3: Zeitpunkt der Rückfälle im Therapieverlauf (N=271)

Aufnahmephase	1	(0,4 %)
Diagnostikphase	8	(3,0 %)
Selbstreflexionsphase	63	(23,2 %)
Veränderungsphase	107	(39,5 %)
Erprobungsphase	92	(33,9 %)

Als „rückfallkritische“ Therapiephasen erwiesen sich die Veränderungs- und Erprobungsphase, also jene Zeit, in der die Patienten üben, ihre Abstinenzkompetenzen zu stärken und in der Alltagsrealität umzusetzen (vgl. Tabelle 3). Befürchtungen, daß eine liberale Handhabung von Rückfällen insbesondere eine rückfallträchtige Überforderung von Patienten zu Beginn der Behandlung darstellen könnte, ließen sich somit nicht bestätigen.

4. Auslösesituation der Rückfälle

In Anlehnung an das Inventory of Drug Taking Situations (Lindenmeyer & Florin, 1998) wurden die situativen Auslösebedingungen der Rückfälle kategorisiert. Es zeigt sich in Übereinstimmung mit Studien zum nachklinischen Rückfall von anderen Autoren (vgl. Körkel & Lauer, 1992), daß unangenehme Gefühlszustände mit 34,7 % die wichtigste intrapersonelle Rückfallsituation darstellten (vgl. Tabelle 4). Die zweithäufigste Nennung von plötzlichem Verlangen (24,4 %) liegt über den Ergebnissen anderer Studien zu den situativen Rückfallauslösern. Möglicherweise führt hierbei der geringe zeitliche Abstand von wenigen Stunden zwischen dem Rückfall und der Erhebung zu einer stärkeren Akzentuierung von physiologischen Aspekten des Rückfallgeschehens im Erleben der Patienten.

Tabelle 4: Situative Auslösebedingungen des Rückfalls (N=271)

Unangenehme Gefühlszustände	94	(34,7 %)
Angenehme Gefühlszustände	15	(5,5 %)
Körperliche Beschwerden	0	
Plötzliches Verlangen	66	(24,4 %)
Austesten des kontrollierten Trinkens	15	(5,5 %)
Soziale Konflikte	30	(11,1 %)
Geselligkeit	31	(11,4 %)
Soziale Verführung	20	(7,4 %)

5. Therapeutische Reaktion auf Rückfälle

Tabelle 5 zeigt den therapeutischen Umgang mit Rückfällen. In der Mehrzahl der Fälle (71,6 %) entschieden sich die behandelnden Therapeuten für eine Weiterbehandlung der rückfälligen PatientInnen. Voraussetzung hierfür waren, daß die Betroffenen auch im Moment des Rückfalls kooperierten (u.a. einer Verlegung auf die Aufnahmestation zur Ausnüchterung zustimmten) und sich alle Beteiligten sich auf eine angemessene Bearbeitung des Rückfallgeschehens im weiteren Therapieverlauf verständigen konnten. 21 (7,7 %) der Rückfälligen haben die Behandlung von sich aus durch Therapieabbruch beendet. Bei 56 (20,7 %) der Rückfälligen wurde eine disziplinarische Entlassung durch die Klinik ausgesprochen, weil die behandelnden Therapeuten keinerlei Ansatzpunkt für eine Weiterbehandlung sahen.

Tabelle 5: Therapeutische Reaktion auf Rückfälle (N=271)

Abbruch durch Patienten	21	(7,7 %)
Disziplinarische Entlassung	56	(20,7 %)
Weiterbehandlung	194	(71,6 %)

6. Weiterbehandlung von rückfälligen Patienten

Tabelle 6 zeigt den inhaltl. Schwerpunkt bei der Weiterbehandlung von 194 rückfälligen Patienten. Lediglich in 8 Fällen (4,1 %) war eine medizinische Behandlung aufgrund von erheblichen körperl. Komplikationen vorrangig. In insgesamt 44 Fällen (22,6 %) machte der Rückfall eine Veränderung des bisherigen therapeutischen Vorgehens in Form von einer Einschränkung der Ausgangsregelung (11,3 %), einer Veränderung des Therapieplans (4,6 %) bzw. der Entwicklung neuer Therapieschwerpunkte (6,7 %) erforderlich. In fast drei Viertel der Fälle konnte der Schwerpunkt der Rückfallbewältigung unmittelbar auf eine konkrete Auseinandersetzung mit künftigen Rückfallrisikosituationen in Form einer Bearbeitung der auslösenden Bedingungen (47,4 %), der Entwicklung eines Notfallplans bei künftigen Rückfällen (10,8 %) bzw. von Expositionsübungen (14,9 %) gelegt werden.

Tabelle 6: Inhaltlicher Schwerpunkt der Weiterbehandlung von rückfälligen Patienten (N=194)

Medizinische Behandlung	8	(4,1 %)
Bearbeitung der auslösenden Bedingungen	92	(47,4 %)
Veränderung des Therapieplans	9	(4,6 %)
Veränderung der Ausgangsregelung	22	(11,3 %)
Entwicklung neuer Therapieschwerpunkte	13	(6,7 %)
Entwicklung eines Notfallplans	21	(10,8 %)
Expositionsübung	29	(14,9 %)

Nach unserer Auffassung ist ein derart differenzierter Umgang mit rückfälligen Patienten einer standardisierten Vorgehensweise wie sie zum Beispiel von Wohlfahrt (1995) vorgeschlagen wurde überlegen.

7. Akzeptanz des Vorgehens bei Patienten und Zuweisern

Bei Therapieabschluß wurden alle Patienten des Erhebungszeitraums schriftlich nach ihrer Zufriedenheit mit dem Rückfallkonzept der Klinik gefragt. Von insgesamt 343 der insgesamt 409 alkoholabhängigen Patienten (73,4 %) konnten Angaben erhoben werden. Es zeigte sich insgesamt eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Vorgehen der Klinik im Umgang mit rückfälligen Patienten (vgl. Tabelle 7). Über zwei Drittel bewerteten das Procedere als „sehr gut“ bzw. „gut“. Lediglich 7,7 Prozent waren hiermit unzufrieden.

Tabelle 7: Zufriedenheit der Patienten mit dem Rückfallprocedere (N=409)

Sehr gut	129	(37,6 %)
Gut	102	(29,7 %)
Befriedigend	44	(12,8 %)
Nicht befriedigend	20	(5,8 %)
Schlecht	9	(1,9 %)
Keine Meinung	39	(11,4 %)

Wir haben gegen Ende des Erhebungszeitraums alle Zuweiser von Patienten aus 1997 um eine Bewertung unserer bisherigen Arbeit gebeten. 55 (63 %) der angeschriebenen Zuweiser haben geantwortet. Tabelle 8 zeigt die Bewertung des Rückfallkonzepts durch die Zuweiser. Auch hier ergab sich mit 84 % eine sehr starke Zustimmungsrate.

Tabelle 8: Zufriedenheit der Zuweiser mit dem Rückfallkonzept (N=343)

Sehr gut	79	(23,0 %)
Gut	158	(46,0 %)
Befriedigend	51	(15,0 %)
Nicht befriedigend	41	(12,0 %)
Schlecht	14	(4,0 %)

Diskussion

Insgesamt zeigt die vorgestellte Untersuchung, daß ein individualisierter Umgang mit rückfälligen Patienten auch innerhalb einer großen Entwöhnungsklinik für Alkoholabhängige erfolgreich sein kann. Obwohl ein solches Vorgehen im Gegensatz zu traditionellen Vorstellungen von Suchtbehandlung steht, kann offenbar eine hohe Zustimmung hierfür sowohl bei Patienten als auch bei Zuweisern erzielt werden.

Offenbleiben muß allerdings zum gegenwärtigen Zeitpunkt, ob die Weiterbehandlung von rückfälligen Patienten langfristig erfolgreich ist. Diese Fragestellung wird gegenwärtig in einer prospektiven 1-Jahres-Katamnese studie untersucht. Nur wenn die weiterbehandelten rückfälligen Patienten längerfristig günstige Verlaufsdaten aufweisen, erscheint der mit der Weiterbehandlung verbundene therapeutische Aufwand gerechtfertigt.

Wir danken Herrn Stern von der Leistungsabteilung der LVA Brandenburg sowie Frau Dr. Witt und Frau Dr. Kellenberger von der ärztlichen Abteilung der LVA Brandenburg für ihre Unterstützung.

Literatur

- Herder, S. & Sakofski, A. (1992). Der Rückfall und seine Bedeutung für die Psychohygiene des Therapeuten. In: J. Körkel (Hrsg.), *Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht?* (2. Aufl.) Springer: Berlin.
- Küfner, H. & Feuerlein, W. (1989): Inpatient treatment for alcoholism. A multi-center evaluation study. Springer: Berlin.
- Körkel, J. (1995). Rückfälle während stationärer Alkoholismusbehandlung: Häufigkeiten, Ursachen, Interventionen. In J. Körkel, M. Wernado, & R. Wohlfarth (Hrsg.), *Stationärer Rückfall – Ende der Therapie? Pro und Contra stationärer Rückfallarbeit mit Alkohol* (S. 7–52) Geesthacht: Neuland.
- Körkel, J. & Lauer, G. (1992). Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik. In J. Körkel (Hrsg.), *Der Rückfall des Suchtkranken – Flucht in die Sucht?* (S. 6–122). (2. Aufl.) Springer: Berlin.
- Lindenmeyer, J. & Florin, I. (1998). Testgütekriterien einer deutschen Version des Inventory of Drug Taking Situations für Alkoholabhängige (IDTSA). *Verhaltenstherapie*, 8, 26–37.
- Lindenmeyer, J. & Tünte, R. (1994). Rückfallprävention in der Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. *Praxis Ergotherapie*, 6, S. 373–377.
- Lindenmeyer, J. & Veltrup, C. (1998): Therapeutischer Umgang mit rückfälligen Alkoholabhängigen während einer Entwöhnungsbehandlung. *Praxis Ergotherapie*, 11, S. 232–237.
- Lindenmeyer, J., Kirschenbauer, H.J., Veltrup, C. (1998). Effizienzsteigerung durch die Einführung von Personal- und Organisationsentwicklungskonzepten am Beispiel einer Fachklinik. In *Fachverband Sucht* (Hrsg.), *Suchttherapie unter Kostendruck. Band 21 der Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.* (S. 120–132). Neuland: Geesthacht.
- Wohlfarth, R. (1995). Das 4-Schritte-Verfahren der stationären Bearbeitung von Alkoholrückfällen: Praktische Anwendung, Probleme und Perspektiven. In: J. Körkel, M. Wernado & R. Wohlfarth (Hrsg.), *Stationärer Rückfall – Ende der Therapie? Pro und Contra stationärer Rückfallarbeit mit Alkoholabhängigen* (S. 71–96). Neuland: Geesthacht.

Suchtbehandlung : Entscheidungen und Notwendigkeiten /
Fachverband Sucht e. V. – Geesthacht : Neuland, 1999
(Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 22)
ISBN 3-87581-197-6