

# Indikationskriterien für eine stationäre Behandlung

Ralf Schneider

Die Indikation zur stationären Behandlung kann nicht ohne Berücksichtigung der Unterschiede zwischen der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen umfassend diskutiert werden. Das aber würde den hier zur Verfügung stehenden Rahmen sprengen. Das Thema wird auf die Indikation zur stationären Behandlung Alkoholabhängiger eingegrenzt.

## 1. Thematischer Hintergrund

Bis heute gibt es keine zwingenden und international gültigen Kriterien für die Zuweisung von Suchtkranken zu irgendeiner Behandlungsform. In besonderem Maße trifft dies auf die Indikationskriterien für eine stationäre Behandlung zu. Gäbe es sie, müßten sich viele hochentwickelte Industrienationen fragen lassen, warum sie über diese Behandlungsform gar nicht oder nur in eingeschränktem Umfang verfügen. Da nicht erwartet werden kann, daß sich die anderen Nationen dem hervorragenden deutschen System der Suchtkrankenversorgung anschließen werden, sondern auch in diesem Bereich eher mit einer zunehmenden Amerikanisierung Deutschlands zu rechnen ist, wird es schon aus diesem Grund nicht so bald zu einer allgemein akzeptierten Klärung der Indikationsfrage bezüglich einer stationären Therapie kommen.

In Deutschland ist die Indikationsfrage bis in die späten 80er Jahre erheblich vernachlässigt worden. Unter Forschungsaspekten wurde sie zwar gelegentlich diskutiert (siehe Vollmer und Kraemer 1982), aber in der Praxis waren die entsprechenden Antworten nicht gefragt. Erst in jüngster Zeit widmen die Standardwerke zur Therapie der Abhängigkeit diesem Thema ein Kapitel (zum Beispiel Lindenmeyer 1999). Der Hintergrund dafür lag in der Aufteilung des Hilfesystems für Suchtkranke in Entgiftung und Entwöhnung, für die verschiedene Leistungsträger zuständig sind. Die Entwöhnung, also die eigentliche Therapie mit dem Ziel der Überwindung der Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, war und ist dem Leistungsbereich der Rentenversicherung und damit der Rehabilitation zugeordnet. Per Gesetz hatte Rehabilitation grundsätzlich stationär zu erfolgen. Erst seit 1991 kann Rehabilitation auch ambulant erbracht werden. In der Folge wurden gemeinsame Leitlinien der Kranken- und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung vereinbart. Die darin zum Ausdruck kommende Grundidee läuft darauf hinaus, daß eine stationäre Therapie eher für schwerere und eine ambulante für leichtere Fälle geeignet ist. Dies betrifft die Schwere der körperlichen, seelischen und sozialen Störungen, die sich unter anderem in einem pathogenen Umfeld, mangelnder beruflicher Integration, schwieriger Wohnsituation, Abstinenz-

unfähigkeit und unzureichender aktiver Mitarbeit manifestiert. Selbstverständlich muß das dem Einzelfall optimal angemessene Verfahren auch tatsächlich verfügbar und mit vertretbarem Aufwand erreichbar sein. Diese Leitlinien besitzen aber nur einen vorläufig gültigen, grob orientierenden Charakter, weil aus Sicht der Wissenschaft derartige Kriterien bisher nur unzureichend begründet sind.

## 2. Wissenschaftliche Begründungen

Watzl (1999) hat die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Therapie der Alkoholabhängigkeit prägnant zusammengefaßt.

Erstens sind danach Behandlungen eindeutig besser als keine Behandlungen. Dieses Ergebnis ist nur scheinbar trivial. In der Vergangenheit ist diese Tatsache nämlich immer wieder in Frage gestellt worden. Die heute verfügbaren Daten haben derartige Zweifel aber endgültig ausgeräumt.

Zweitens läßt sich ein Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und dem Behandlungserfolg konstatieren. Er ist insgesamt aber nur mäßig. Für eine einzige Untergruppe von Patienten läßt sich ein klarer Zusammenhang zwischen Dauer und Erfolg nachweisen. Es handelt sich um Patienten mit ungünstiger Prognose in kurzen Behandlungsdauern: Unter dieser zeitlichen Bedingung sind die Ergebnisse eindeutig schlechter als bei mittlerer oder langer stationärer Therapie. Diese Klientel findet sich häufig unter Therapiewiederholern. Für einen großen Teil der Patienten in Zweit- oder Drittbehandlungen wäre folglich eine kurzfristige Therapie von 6 bis 8 Wochen kontraindiziert.

Drittens erzielen die in Deutschland üblichen Behandlungen deutlich bessere Ergebnisse als die kürzeren anglo-amerikanischen.

Viertens führen ambulante Behandlungen (im Mittel) zu etwas ungünstigeren Ergebnissen als stationäre Behandlungen oder als die Kombination von kurzer stationärer mit nachfolgender ambulanter Behandlung.

Fünftens sind für die Voraussage des Behandlungserfolgs bisher lediglich die soziale Anpassung (Arbeit, Partnerschaft, Wohnsituation) und psychiatrische Auffälligkeiten einigermaßen brauchbar. Ansonsten gibt es nach derzeitigem Kenntnisstand noch keine überzeugenden Befunde, daß eine gezielte Zuweisung von Patienten zu bestimmten Therapien zu insgesamt besseren Behandlungsergebnissen führt.

Grundsätzlich haben Kufner & Feuerlein (1989) darauf hingewiesen, daß bei Alkoholabhängigen die erste Behandlung die erfolgreichste ist und daß das Therapieergebnis sich mit jeder weiteren Behandlung verschlechtert. Es muß dahingestellt bleiben, ob dieses Ergebnis unter den heutigen Bedingungen replizierbar wäre, aber die Schlußfolgerung, daß die erste Therapie „Nägel mit Köpfen“ machen sollte, liegt nahe. Für die verlockend plausible Rationalität des Ansatzes, es anfangs mit einer geringen Dosis Therapie zu versuchen, steht eine empirische Beweisführung jedenfalls noch aus.

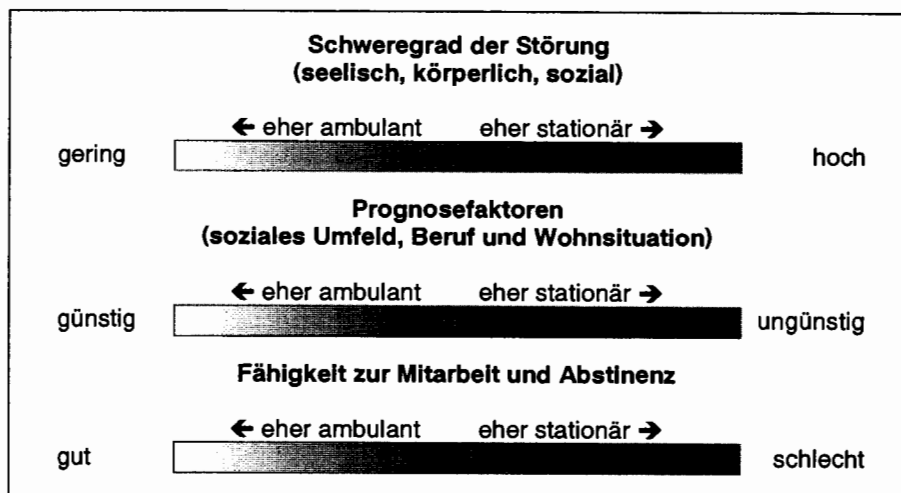
Wenn also nur Wirksamkeit und Wissenschaftlichkeit die Indikation bestimmen, würde sich nach dem derzeitigen Erkenntnisstand die Frage nach der Wahl der Therapie nur in Ausnahmefällen stellen. Die Regel wäre die stationäre Behandlung.

Das Fazit von Watzl gibt allen Grund, das gegliederte deutsche Suchthilfesystem zu bewahren. Gültige pragmatische Kriterien für die Indikation zu verschiedenen Behandlungsmodalitäten, die natürlich auch den Wirtschaftlichkeitsaspekt einzubeziehen haben, sollten mit aller gebotenen Sorgfalt und Redlichkeit entwickelt werden. In diese Richtung wurden bereits seit einiger Zeit erhebliche Anstrengungen unternommen. Missel und Zemlin beispielsweise haben ein Indikations- und Prognoseinventar (IPA) vorgestellt und empirisch validiert (Zemlin & Herder 1994), das die Schwere der Abhängigkeit, körperliche Probleme, psychische Probleme, soziale Stabilität, Veränderungsmotivation und Compliance erfaßt, um eine begründete Entscheidung bezüglich der Dauer einer stationären Entwöhnungsbehandlung treffen zu können. Die Ergebnisse bestärken aber die Zweifel, daß eindeutige, sichere Indikationsentscheidungen allein auf solche Daten gegründet werden können. Auch die Hoffnung, aus dem Modell der Änderungsstadien von Prochaska & Di Clemente (1986) wissenschaftlich begründete Kriterien für die Indikation zu verschiedenen Behandlungsformen ableiten zu können, hat sich bisher nicht erfüllt (Fecht et al. 1998).

### 3. Pragmatische Kriterien

Angesichts der Lage, daß die von der Praxis täglich zu treffenden Entscheidungen wissenschaftlich nur unzureichend fundiert werden, plädieren Schneider, Buschmann und Gies (1999) dafür, sich nicht an zwingenden Kriterien zur Indikation einer Therapieform zu orientieren, die nur eine trügerische Sicherheit suggerieren, sondern polarisierte Kontinua zu favorisieren.

Abb. 1: Indikationsentscheidung entlang eines Kontinuums



Die weite Entscheidungs-Grauzone wird im Kontinuum gut sichtbar. Nach derzeitigem Wissensstand kann dieser Spielraum nicht mit wissenschaftlicher Begründung verkleinert werden, so daß in der Praxis zusätzliche, plausible Kriterien für die Entscheidungsfindung hinzugezogen werden. Eines der langfristig besonders relevanten Kriterien ist die Rückfallgefährdung. Wetterling und Veltrup (1997) haben aus den vorliegenden Literaturdaten die Merkmale zusammengestellt, die im Zusammenhang mit der Rückfallgefährdung aufgeführt werden:

- Schwere der Abhängigkeit
- fehlende Abstinenzmotivation
- Craving im frühen Entzug
- familiäre Belastung
- geringe soziale Integration
- niedriger sozialer Status
- geringe Intelligenz bzw. kognitive Störungen
- Alter < 40

Man kann mit einer gewissen Berechtigung postulieren, daß die Notwendigkeit einer stationären Behandlungsphase mit der Anzahl der vorliegenden Rückfallgefährdungsmerkmale steigt.

Die selben Autoren haben noch eine ausführlichere Checkliste vorgelegt, anhand derer man die Entscheidung zur stationären Behandlung zumindest formalisiert dokumentieren, eventuell sogar etwas besser absichern könnte (siehe Abb. 2). Gewiß vermittelt eine derartige Checkliste dem Berater eine real nicht vorhandene Entscheidungsgenauigkeit, aber besser nachvollziehbar als die diesbezüglich unpräzisen Sozialberichte ist sie sicherlich.

Neben diesen Kriterien der Fachleute aus der Suchtkrankenhilfe und bei den Leistungsträgern gibt es aber noch ein wesentliches Entscheidungsmerkmal, das durch die Forschung in Bezug auf den Therapieerfolg so gut untermauert ist, daß man ihm tunlichst Rechnung tragen sollte. Es handelt sich um den Wunsch des Patienten. Das Interesse der Patienten ist nur wenig am Schweregrad der Störung orientiert. Viel mehr richtet es sich an Vorbildern im Bekanntenkreis, an eigenen Vorerfahrungen und an dem Bedürfnis nach Unterstützung und Sicherheit aus.

Bisher gibt es noch keine empirischen Befunde, wie sich die Patienten bei völliger Wahlfreiheit der Therapieform entscheiden würden. Trotzdem argumentieren energische Verfechter des Prinzips „ambulant vor stationär“ gelegentlich so, als würden sie damit die vernachlässigten Interessen der Patienten vertreten. Selbst ernannte Anwälte der Interessen anderer wurden durch das Ergebnis ihrer guten Absicht jedoch schon des öfteren enttäuscht, besonders wenn sie mehr mit ideologischem als empirischem Rüstzeug ausgestattet waren.

**Abb. 2: Checkliste zur Abschätzung der Schwere einer Alkoholabhängigkeit (CASE) und Behandlungsindikation**

1. Dauer der Abhängigkeit (Jahre)	
2. Anzahl der stationären Entgiftungen	
3. Anzahl der ambulanten Entgiftungen mit medikamentöser Unterstützung	
4. Craving im Entzug	ja=1, nein=0
5. Anzahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen	
6. Anzahl der ambulanten Entwöhnungsbehandlungen	
7. Anzahl der Therapieabbrüche	
8. Anzahl der Rückfälle während einer Therapie	
9. Leberschädigung (alkoholbedingt)	ja=1, nein=0
10. sonstige körperliche Alkoholfolgeschäden	ja=1, nein=0
11. neurologische Alkoholfolgeschäden*	ja=1, nein=0
12. psychische Folgeerscheinungen**	ja=1, nein=0
13. arbeitslos	ja=1, nein=0
14. wohnungslos	ja=1, nein=0
15. alleinstehend	ja=1, nein=0
16. Alter < 40	ja=1, nein=0
17. Kontrollverlust (anfallartiges Trinken)	ja=1, nein=0
18. morgendliches Trinken	ja=1, nein=0
19. positive Erwartungen an Alkohol	ja=1, nein=0
20. Abstinenzmotivation fehlt	ja=1, nein=0
<b>SUMME (CASE)</b>	
B1. Behandlungsbedürftige psychische Störung	ja=1, nein=0
B2. Kognitive Störung oder Minderbegabung	ja=1, nein=0
B3. Mißbrauch von Drogen oder Medikamenten	ja=1, nein=0
B4. lebt in alkoholgefährdetem Milieu	ja=1, nein=0

\* z.B. Polyneuropathie, Ataxie, Entzugskrampfanfälle, kognitive Störungen  
 \*\* z.B. Delir, Halluzinose

**Auswertung:**  
 Case: Über 15 Punkte: stationäre Entwöhnungstherapie empfehlenswert.  
 Case-B > 0: stationäre Entwöhnungstherapie dringend empfehlenswert.

Wir haben ehemalige Patienten befragt, was sie selbst an der stationären Behandlung geschätzt haben und warum sie anderen dazu raten würden. Folgende Argumente und Meinungen bekamen wir besonders oft zu hören:

- Wenig Ablenkung vom zentralen Thema „Sucht“: Anregung bis Zwang zur Auseinandersetzung damit.
- In der Gemeinschaft mit anderen gleichermaßen Betroffenen rund um die Uhr wird man nicht so schnell von Selbstzweifeln und demoralisierenden Gefühlen geplagt.
- Am Anfang nimmt man alles noch gar nicht wirklich ernst, aber man wird in der Klinik trotzdem durch den äußeren Rahmen stabil gehalten, „bis endlich der Groschen gefallen ist“.
- Wenn Erprobungen nicht optimal verlaufen, hat man gleich wieder die volle Unterstützung zum zweiten Anlauf und muß nicht erst Stunden oder Tage warten, bis man sich aussprechen kann.
- Ich habe eigentlich alle Freiheiten, trotzdem fühle ich mich irgendwie geschützt und sicher. Das ist besonders wichtig für mich, denn ich habe lange Zeit das Aufhören aus dem Grund hinausgezögert, daß ich Angst vor dem Mißerfolg hatte.
- Man erhält durch Experten und Mitpatienten so viel Hintergrundwissen, wie es ambulant nur mit sehr großer Mühe oder gar nicht erreichbar wäre.
- Die Gruppengespräche, aber vor allem die informellen privaten Gespräche am Abend und an den Wochenenden, in denen man alles wieder und wieder beredet und in denen persönliche Freundschaften entstehen, sind ganz entscheidend.
- Es hat mir sehr gut getan, daß ich es offensichtlich wert bin, daß man sich so intensiv mit mir beschäftigt.
- Für Arbeitstiere wie mich, die jedes vernünftige Maß überzogen haben und natürlich am liebsten ultraschnell ambulant die Therapie durchgezogen hätten, wäre es ohne diese „Auszeit“ wohl nie etwas geworden.
- Daß ich die vielen Belastungen für einige Zeit ganz abstreifen konnte, hat mir dazu verholfen, mich zum ersten Mal nach langer Zeit wieder richtig frei zu fühlen.
- Es war für mich höchste Zeit, mit dem Trinken aufzuhören. Dafür war diese „Insel im Lebensfluß“, diese Denkpause, in der ich Wichtiges von Unwichtigem trennen konnte, absolut nötig.
- Neben der Sucht gab es bei mir ja noch weitere Probleme, die hier gleich bei der Wurzel gepackt wurden.
- Ich kann jedem nur empfehlen, „Nägel mit Köpfen zu machen“: Wenn die Therapie deutlich länger als jeder Jahresurlaub dauert, wird auch erst richtig klar, daß Sucht eben keine Kleinigkeit ist, mit der man so nebenher schon leicht fertig wird und bei der man sich ruhig ein paar Rückfälle leisten kann, nach dem Motto: „Wenn das so leicht ist aufzuhören, dann schaffe ich das auch noch ein paar Mal!“
- Da ich im Sicherheitsbereich arbeite, war die stationäre Therapie die einzige Chance, meinen Arbeitsplatz zu halten.

- Erst durch den Abstand wurde der eigene Anteil an meinen familiären Schwierigkeiten deutlich, zum Beispiel daß ich immer andere ändern wollte.

Diese und ähnliche Gründe können Patienten dazu bewegen, eine stationäre Therapie zu wählen oder zu empfehlen. Auch wenn diese Sammlung nicht repräsentativ für die Einstellung von Personen ohne Therapieerfahrung ist, so spiegeln die teilweise persönlich gefärbten Meinungen doch gut wider, wo die potentiellen Stärken der stationären Behandlung liegen (nach Schneider 1982):

- Umfassende und detaillierte Möglichkeiten zur Beobachtung, zum Kontakt und zur Diagnostik
- Befreiung aus einer belastenden, schwer erträglichen oder lebensbedrohlichen Situation
- Vorübergehende Ausschaltung ungünstiger sozialer Umgebungsbedingungen für Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen
- Der Genesungsprozeß wird seltener (als beispielsweise in der Ambulanz) durch Krisen verzögert oder gefährdet
- Subjektives Sicherheitsbedürfnis der PatientInnen: Demoralisierung wird gemindert, Hoffnung auf Erfolg gestärkt
- Aktivierung der Wirkfaktoren von Gruppentherapie: Die Bildung formeller und informeller Gruppen ist permanent gesichert und mit hoher Frequenz möglich
- Multimorbidität: Die Therapie mehrerer Störungsaspekte ist zeitgleich und – bei entsprechender Größe der Einrichtung und demgemäßen Ressourcen – qualifiziert möglich
- Freiraum und Hilfestellung für ein notwendiges Experimentieren mit neuen, subjektiv ungewohnten Verhaltensweisen für den Aufbau eines gesundheitsförderlichen Lebensstils und für eine systematische Hinführung zur Abstinenzhaltung bei anfänglich geringer Motivation.

Aufgabe einer Klinik ist es, diese potentiellen Stärken des stationären Settings wirkungsvoll zu nutzen und die Patienten dann in einen anderen Behandlungsmodus – teilstationäre Entlaßform oder ambulant – zu überführen, wenn die genannten Vorteile nicht mehr benötigt oder sogar hinderlich werden, wenn zum Beispiel die Entwicklung der Selbstwirksamkeit und Realitätsbewältigung mit der Lage und den Möglichkeiten der Klinik kollidieren.

In der stationären Rehabilitation sind seit Anfang der achtziger Jahre die Standardbehandlungspläne um indikative Behandlungselemente erweitert worden, so daß zunehmend individualisierte Rehabilitationspläne realisiert wurden. Diese Tendenz setzt sich weiter fort, indem als Binnendifferenzierung innerhalb einzelner Kliniken spezialisierte Angebote für Subgruppen mit besonderen Problemkonstellationen vorgehalten werden. Beispiele hierfür sind geschlechtsspezifische Angebote, differenzierte Rehabilitationsprofile für Patienten mit einer Komorbidität, für Erstbehandlungen und Rückfallbehandlungen, für stark chronifizierte Patienten, für pathologische Spieler, für Medikamentenabhängige und polyvalent Abhängige sowie für bestimmte Altersgruppen (z.B. Junioren, Senioren). Es hat sich als positiv

erwiesen, solche Subgruppen nicht exklusiv in kleinen Einrichtungen zu behandeln, sondern zugleich spezialisiert und gemeinsam mit anderen Suchtkranken. Dieses Setting lenkt die Selbstaufmerksamkeit von der besonderen Problematik der Subgruppe immer wieder zurück auf die allgemeine Kernproblematik. Und das ist in der Behandlung der Sucht von erheblicher Bedeutung.

Ein in der Praxis häufig unterschätzter Grund für die Bevorzugung einer stationären Therapie liegt nicht in den Bedürfnissen des Patienten oder in der Indikationsstellung der Fachleute, sondern im Sicherheitsbedürfnis von Arbeitgeber und Familie. Besonders an sicherheitsrelevanten Arbeitsplätzen können Arbeitgeber alkoholabhängige Mitarbeiter nicht weiter beschäftigen, so lange sie keine Gewähr dafür haben, daß deren Abstinenz hinlänglich stabil ist. Sie können dafür deutlich besser haften, wenn der Mitarbeiter mittelfristig unter engmaschiger Kontrolle abstinent war und die fortgesetzte Fähigkeit zur abstinenten Lebensführung mit ausreichender Wahrscheinlichkeit prognostiziert wird. Diese Voraussetzung bietet keine Behandlungsform besser als die – zumindest anfänglich – stationäre. Da die Anzahl solcher Arbeitsplätze in Zukunft noch weiter steigen wird, werden voraussichtlich Suchtgefährdete und Suchtkranke immer früher im Krankheitsverlauf auffällig. Der Bedarf an entsprechenden Therapieplätzen dürfte folglich eher zu als abnehmen.

#### 4. Nachbetrachtung

Wir Deutschen sind für die Gründlichkeit bekannt, mit der wir Vorschriften und veränderte Vorgaben bis ins kleinste Detail durchdeklinieren. So wäre uns zuzutrauen, daß wir auf Grund von politisch korrekten Prinzipien, wie beispielsweise „ambulant vor stationär“, ein völlig neues Suchthilfesystem organisieren, um dann eventuell einige Jahre später mit Bedauern feststellen zu müssen, daß weder die versprochenen finanziellen Einsparungen noch die Verbesserungen für die Betroffenen eingetreten sind, sondern die Kosten lediglich in andere Finanzierungszuständigkeiten verschoben wurden und nur eine Minderheit lohnenswerte Vorteile von der Änderung hatte. Aber selbst wenn in Zukunft politische Entscheidungen, mit welcher Begründung auch immer, zu einer Nachrangigkeit der stationären gegenüber der ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken führen sollten, setzen die regionalen Bedingungen von Flächenstaaten und die Interessen der Betroffenen der Umsetzung Grenzen.

Bisher hat man m.E. auch die Auswirkungen viel zu wenig durchdacht, die eine konsequente Durchsetzung der Indikationsregel „leichte Fälle ambulant, schwere stationär“ mit sich bringt. Zumindest zwei Folgen sind absehbar und stimmen den Praktiker bedenklich. Erstens wird das Stigma, ein schwerer Fall zu sein, zu erheblichen Widerständen gegen die bisher weitgehend akzeptierte stationäre Rehabilitation führen, auch und gerade bei Patienten, für die sie besonders notwendig ist. Zweitens würde sich die Zusammensetzung der Klientel, die für das Zustandekommen der unspezifischen Wirkfaktoren von stationärer Therapie (Schneider 1991)

zentral wichtig ist, dramatisch ändern. Gerade die Mischung aus „leichten“ und „schweren“ Fällen ist es ja, die für beide Gruppen von Patienten hilfreich und unterstützend im Genesungsprozeß wirkt. Mögen also einfache Indikationsregeln auf den ersten Blick auch noch so logisch und stimmig scheinen, sollten doch erst ihre Folgen zweiten und dritten Grades durchgespielt werden, ehe man sie umfänglich realisiert.

Unabhängig von solchen Vorgaben ist aus fachlichen Überlegungen heraus eine Zunahme der Kombination von verschiedenen Behandlungsmodalitäten in flexibler, aber nicht beliebiger Anpassung an die persönlichen Bedürfnisse der jeweiligen Person und der verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten anzustreben. Die dafür nötige Leistung der Intégration von einzelnen Komponenten des Suchthilfesystems in einem adaptiven Indikationsprozeß ist weitaus wichtiger und höher zu bewerten als die Leistung der selektiven Indikationsregelung. Indikation ist und bleibt dabei in jedem Fall ein hypothesengeleiteter adaptiver Prozeß, der durch keine theoretischen oder verwaltungsrechtlichen Vorschriften vollständig und sinnvoll ersetzt werden kann.

#### Literatur:

- Fecht, J.; Heidenreich, T.; Hoyer, J.; Lauterbach, W. & Schneider, R. (1998). Veränderungsstadien bei stationärer Alkoholentwöhnungsbehandlung – Probleme der Diagnostik –. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 4/98, 403-419.
- Küfner, H. & Feuerlein, W. (1989). *In-patient-treatment of alcoholism. A multi-centre evaluation study*. Berlin: Springer.
- Lindenmeyer, J. (1999). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Prochaska, J.O. & Di Clemente, C.C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (p. 3-27). New York: Plenum.
- Schneider, R. (1982). *Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen*. München: Röttger.
- Schneider, R. (1991). Wirkfaktoren in der Therapie. In: A. Heigl-Evers; I. Helas & H.C. Vollmer, *Suchttherapie: psychoanalytisch, psychotherapeutisch* (S. 85-107). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Schneider, B.; Buschmann, H.C. & Gies, C. (1999). Indikationskriterien für die stationäre Behandlung auch unter Berücksichtigung spezieller Therapieprogramme. *Sucht aktuell*, 1/99, 22-24.
- Vollmer, H. & Kraemer, S. (1982). *Ambulante Behandlung junger Alkoholabhängiger*. München: Röttger.
- Watzl, H. (1999) Wissenschaftliche Befunde zur Therapieindikation und ihr praktischer Nutzen. *Sucht aktuell*, 1/99, 4-7.
- Wetterling, T. & Veltrup, C. (1997). *Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen*. Berlin: Springer.
- Zemlin, U. & Herder, F. (1994). Ergebnisse der summativen und differentiellen Evaluation eines indikativen Behandlungsprogramms für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 27, 128-192.

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