

# Auf der Suche nach Indikationskriterien zur Therapiezeitplanung

Heinz C. Vollmer

## 1. Stand der Forschung

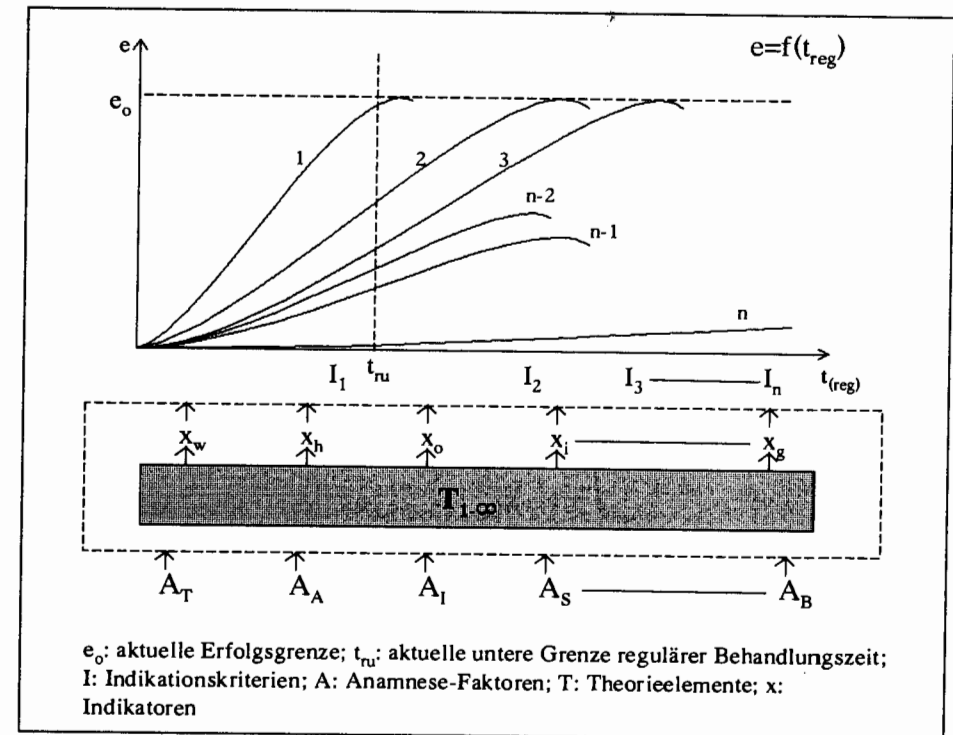
Die beiden besten wissenschaftlich fundierten Prognosekriterien für Abstinenz und Erwerbsfähigkeit nach Therapieende sind bei Drogenabhängigen die Art der Therapiebeendigung und die geplante reguläre Behandlungszeit. Die Anzahl der ein und zwei Jahre nach Therapieende abstinent lebenden Drogenabhängigen ist nach einer regulären Therapiebeendigung gegenüber einer vorzeitigen um ein Vielfaches höher (De Jong & Henrich 1978). Außerdem steigt mit zunehmender regulärer Behandlungszeit die Anzahl der abstinent lebenden Patienten (McCusker, Bigelow, Vickers-Lahti, Spotts, Garfield & Frost 1997; Toumbourou, Hamilton & Fallon 1998). Drogenabhängige mit einer stationären Behandlungsdauer von 360 Tagen leben eher abstinent als diejenigen mit einer 240tägigen Behandlungszeit, und beide Gruppen haben eine geringere Rückfallwahrscheinlichkeit als Patienten mit 120tägiger Behandlungszeit (Herbst, Hanel & Haderstorfer 1989). Abstinenz korreliert wiederum mit Arbeit (Vollmer, Ferstl & Leitner 2000). Auch bei der Behandlung Alkoholabhängiger besteht eine positive Korrelation zwischen Behandlungszeit und Therapieerfolg (Süß 1998). Bei der Therapiezeitplanung sollten solche Zusammenhänge berücksichtigt werden, um eine effiziente Behandlung Abhängiger zu erreichen. Im folgenden wird zuerst ein Überblick gegeben, inwiefern diese und andere Faktoren bei der Therapiezeitplanung einzubeziehen sind; anschließend werden erste Ergebnisse vorgestellt. Derzeit gibt es noch keine objektiven Kriterien zur Therapiezeitplanung. Die Anzahl vorheriger regulär abgeschlossener Therapien als Indikationskriterium ist theoretisch und empirisch (siehe Küfner, Denis, Roch, Arzt & Rug 1994; Vollmer 1993; Vollmer, Ellgring & Ferstl 1992) nicht vertretbar. Potentielle Indikationskriterien zur Therapiezeitplanung müssen vorerst empirisch geprüft werden, bevor sie verbindlich in therapeutische Entscheidungsprozesse eingehen. Die Beliebigkeit der Aussagen über Therapiezeiten, wie sie momentan von einigen Fachleuten, Meinungsführern und gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern gemacht werden, wird deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, was wir derzeit wissen, was wir nicht wissen und was wir wissen sollten, bevor wir gesundheitspolitische Behauptungen aufstellen. Wenn subjektives Wissen nicht einer wissenschaftlichen Prüfung unterzogen wird oder die wissenschaftliche Forschung lediglich der Bestätigung des subjektiven Wissens dient, dann wird, um es in der Sprache von Bourdieu (1998) auszudrücken, Willkürliches in den Forschungsgegenstand und die Köpfe hineingetragen und bald als natürlich und selbstverständlich empfunden. Selbst für den wissenschaftlich besser untersuchten Bereich Alkoholabhängigkeit gibt es nach derzeitigem Kenntnisstand keine klaren

Befunde, daß gezielte Zuweisungen zu besseren Ergebnissen führen (Watzl 1999). Im ersten Teil der folgenden Ausführungen soll gezeigt werden, welche Aspekte bei der Suche nach Indikationskriterien zu berücksichtigen sind. Anschließend werde ich auf einige ausgewählte potentielle Indikationskriterien eingehen.

## 2. Prämissen und offene Fragen

Die reguläre Behandlungszeit als bestes Prognosekriterium wird nur Gültigkeit haben bis zu einer oberen Therapiezeit-Grenze. Wenn die Anzahl der erfolgreich behandelten Patienten nicht mehr durch eine Verlängerung der regulären Therapiezeit gesteigert werden kann, dann ist die obere Erfolgsgrenze erreicht (Abb. 1). Für verschiedene Patientengruppen (in Abb. 1: G1,2,3) kann die Erfolgsgrenze durch unterschiedliche reguläre Therapiezeiten erreicht werden. Einige Patientengruppen (Gn-x) bleiben trotz längerer Therapiezeit unterhalb dieser durchschnittlichen Erfolgsgrenze, für sie gibt es eine gruppenspezifische Erfolgsgrenze.

Abb. 1: Behandlungszeit und Therapieerfolg



So ist zum Beispiel die Erfolgsgrenze bei im Maßregelvollzug behandelten delinquenten Drogenabhängigen wesentlich geringer. Reguläre Therapiebeender dieser Gruppe erreichen nach einer Behandlungszeit von wenigstens 9 Monaten eine Erfolgsquote von 31 %. Diese Erfolgsquote liegt niedriger, wenn die vorzeitigen Therapiebeender in die Berechnung einbezogen werden. Die besten Ergebnisse wurden hier mit einer 19 bis 24 monatigen Behandlungsdauer erzielt.

Erfolg kann definiert werden über ein einziges Kriterium oder eine Kombination mehrerer Kriterien (Baumann 2000) und über den Katamnesezeitraum.

Die kürzeste Behandlungszeit mit der bei einer Patientengruppe die obere Erfolgsgrenze (eo) erreicht werden kann, stellt die allgemeine untere Therapiezeitgrenze (tru) dar. Sie ist gleichzeitig für diese Gruppe die obere Therapiezeitgrenze, da durch eine Verlängerung der Behandlungszeit keine Zunahme des Erfolges geschieht. Der einzige bekannte Wert der in Abbildung 1 dargestellten Variablen ist die obere Erfolgsgrenze. Sie beträgt bei Drogenabhängigen 32%, wenn man Erfolg als Abstinenz zur 2-Jahreskatamnese definiert, vorzeitige Therapiebeender sind bei dieser Berechnung berücksichtigt. Bei Verwendung anspruchsvollerer Erfolgskriterien sinkt die Erfolgsgrenze, bei weniger anspruchsvollen steigt sie (z.B. 37% Abstinenz zur Einjahreskatamnese). Durch wissenschaftliche und therapeutische Fortschritte können die Erfolgsgrenzen ansteigen. Unbekannt sind die untere Therapiezeitgrenze (tru) und Indikationskriterien (I1-n) für unterschiedliche reguläre Behandlungszeiten. In der Regel gehen wir anfangs von einer negativen Beschleunigung der Erfolgskurven aus, die dann in eine positive Beschleunigung übergeht bis schließlich die Erfolgsgrenze erreicht wird. Gn sind die Abhängigen, die nicht bzw. kaum auf eine Therapie ansprechen, in der Literatur gerne als „schwerstabhängig“ bezeichnet. Eine empirisch valide Definition der Schwerstabhängigkeit ist uns nicht bekannt.

So ist zu Beginn einer Behandlung nicht vorhersagbar, welche Patienten die Therapie vorzeitig beenden oder welche rückfällig werden. Drogenabhängige mit mehreren Therapieversuchen, sehr langer Abhängigkeitsdauer, mit starken Persönlichkeitsstörungen oder schweren medizinischen Folgeerkrankungen haben die gleiche Wahrscheinlichkeit, die Behandlung erfolgreich zu beenden wie Patienten ohne diese Merkmale. Selbst Aussagen der Drogenabhängigen wie „ich höre wahrscheinlich nicht mit Drogen auf“, „ich weiß nicht ob ich diese Therapie machen soll“ oder „ich bin nur hier, um nicht in Haft zu sein“ haben keine prognostische Relevanz (Vollmer, Ellgring & Ferstl 1992). Begriffe wie „schwerstabhängig“ oder „therapie-resistent“ negieren Forschungsergebnisse zu Prozessen der Veränderung (Prochaska & DiClemente 1986, Heckhausen 1977) und entsprechen einem psychotherapeutischen Denken, daß seit den Veröffentlichungen von Bandura (1979), Kanfer & Saslow (1965), Scasz (1960), Schulte (1973, 1996) (siehe auch Kanfer, Reinecker & Schmelzer 1996, Sieland 1994) und anderen führenden Vertretern als anachronistisch gilt. Solche wahrscheinlich politisch motivierten Begriffsbildungen und Denkstrukturen führen in wissenschaftliche Sackgassen.

Solange es keine wissenschaftlich fundierten Indikationskriterien für alternative Therapieformen und für die Therapiezeitplanung gibt, ist eine pragmatische Orien-

tierung an Indikationsleitlinien sinnvoll, die klinische Erfahrung und Forschung und interdisziplinäre Aspekte berücksichtigen (Kulick 1999). Gleichzeitig sollte im Rahmen der normalen Versorgung Abhängiger und in Forschungsprojekten versucht werden trotz des hohen Schwierigkeitsgrades dieser Aufgabe, valide Indikationskriterien zu ermitteln.

### 3. Indikationskriterien der Therapiezeitplanung

Um die regulären Therapiezeiten für Drogenabhängige individuell zu gestalten, versuchen wir I1-n zu definieren. Trotz hoher Plausibilität eignen sich bestimmte anamnestiche Faktoren (A1-n) wie Therapie- (AT) oder Abstinenz Erfahrung (AA) nicht zur Festlegung von Therapiezeiten.

Anamnesevariablen als Indikationskriterien zur Therapiezeitgestaltung zu verwenden entspricht einem metaphysischen Behaviorismus<sup>1</sup>, wie er von der Verhaltenstherapie nie vertreten wurde, sondern lediglich von ihren damaligen Kritikern und heute von einigen nichtpsychologischen Anhängern der Verhaltenstherapie auf sie projiziert wird. Valide Indikationskriterien können erst dann gefunden werden, wenn psychische Prozesse in die Suche einbezogen werden (gestrichelte Umrandung in Abb. 1). Daß eine Anamnesevariable Indikationskriterium sein kann, dürfte eher die Ausnahme als die Regel sein. Auch Persönlichkeitsstörungen dürften als einziges Indikationskriterium nicht ausreichen, wenn man in Betracht zieht, wie stark sich Patienten mit gleicher Persönlichkeitsdiagnose (z.B. Borderline, ICD-10, F60.31) voneinander unterscheiden. Die Berücksichtigung von Anamnesedaten und psychischen Störungen bei der Suche nach Indikationskriterien erfordert die Einbeziehung ausgewählter Theorieelemente (T).

In unserer Klinik untersuchen wir derzeit folgende Theorieelemente, von denen wir vermuten, daß sie prognostische Relevanz für Abstinenz und Erwerbsfähigkeit haben: das subjektive Wissen eines Abhängigen über Rückfallgefahren, die Handlungs-Ergebnis-Erwartung, die Oberpläne eines Abhängigen und die Motivations- & Volitionsstärke für Abstinenz und abstinenz erleichternde Reaktionen (Vollmer 2000). Es sind zum Beispiel folgende Zusammenhänge vorstellbar: Die Art der vorherigen Therapieerfahrung hat Einfluß auf die Handlungs-Ergebnis-Erwartung eines Patienten. Beurteilt er die bisherigen Therapien positiv und hat er den Eindruck, daß ihm die Therapien geholfen haben, dann hat er eine hohe Handlungs-Ergebnis-Erwartung und die Wahrscheinlichkeit für Abstinenz ist hoch. Glaubt hingegen ein Patient, daß er den therapeutischen Systemen hilflos ausgeliefert ist, da er bereits mehrmals gescheitert ist, dann ist die Handlungs-Ergebnis-Erwartung gering und die Rückfallwahrscheinlichkeit hoch. Eine hohe Handlungs-Ergebnis-Erwartung würde eine kürzere Behandlungszeit erlauben als eine niedrige Handlungs-Ergebnis-Erwartung. Als alleiniges Indikationskriterium reicht die

<sup>1</sup> methaphysischer Behaviorismus leugnet im Gegensatz zum methodischen Behaviorismus psychische Vorgänge

Handlungs-Ergebnis-Erwartung vermutlich nicht aus. Sie kann unterstützt oder auch aufgehoben werden durch andere Variablen wie dem subjektiven Wissen oder den Plänen. Ein Patient, der zum Beispiel nicht weiß, welche Situationen und Verhaltensweisen für ihn eine erhöhte Rückfallgefährdung darstellen, wird trotz hoher Handlungs-Ergebnis-Erwartung scheitern. Diese Patienten werden von Therapeuten häufig als „sich überschätzend“ eingestuft. Das subjektive Wissen wird mit Anzahl und Dauer der Therapien zunehmen, die Handlungs-Ergebnis-Erwartung kann sogar durch die Anzahl der Therapien abnehmen. So kann zum Beispiel Therapieerfahrung (AT) nur in Kombination mit theoretischen Konstrukten (bzw. operationalisierte Definitionen dieser Konstrukte) als Indikationskriterium für die Therapiezeitplanung verwandt werden.

#### 4. Erste Ergebnisse

Solche theoretischen Überlegungen versuchen wir empirisch zu prüfen, indem zu Beginn und bei Abschluß der Behandlung Elemente für potentielle Indikationskriterien erhoben werden. Erste Ergebnisse mit Drogenabhängigen, die eine stationäre Behandlung beginnen (N=31) zeigen, daß Patienten mit Therapieerfahrung höhere Werte im subjektiven Wissen über Zusammenhänge zwischen Abstinenz und Gefühlen und Kommunikation haben, eine höhere Handlungs-Ergebnis-Erwartung in den Faktoren therapeutische Nachbetreuung und Abstand von drogen-nahen Verhaltensweisen besitzen und ihre Oberpläne gestatten eher eine Distanzierung von Drogenpersonen. Patienten mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung haben höhere Handlungs-Ergebnis-Erwartungen, eine therapeutische Nachbetreuung (z.B. Adaption) erfolgreich zu bewältigen und sich von Drogenpersonen zu distanzieren. Drogenabhängige, die in freier Umgebung länger als sechs Monate abstinent von psychotropen Substanzen gelebt haben, weisen zu Beginn der Behandlung eine höhere Handlungs-Ergebnis-Erwartung in den Faktoren Distanz zu Drogenpersonen und soziale Kontakte zu Nicht-Abhängigen auf. Ein Leben fern von ihrem alten Drogenorten läßt sich bei diesen Personen auch besser mit ihren Oberplänen vereinbaren. In einer prospektiven Studie konnten wir zeigen, daß Drogenabhängige, die gegen Ende der Behandlung den Rubikon (siehe Heckhausen 1977) überschritten haben, die sich also in der Phase der Volition befinden drei Monate nach Abschluß der Behandlung signifikant häufiger abstinent leben (Vollmer & Krauth 1999). Motivation und Volition korreliert aber bei Therapiebeginn nicht mit Anamnesedaten wie Therapieerfahrung, abstinente Phasen etc.. Auch wenn hier nur signifikante Ergebnisse genannt wurden, ist eine Überprüfung dieser Unterschiede und Korrelationen durch weitere Studien notwendig. Bedingt durch die Stichprobengröße sind zufällig verteilte Signifikanzen nicht unwahrscheinlich. Außerdem wurden gleichzeitig Hypothesen generiert zur Identifizierung von Indikationskriterien und Meßinstrumente zur Operationalisierung der Konstrukte entwickelt. Die Ergebnisse sind daher lediglich als Hypothesen zu verstehen.

#### 5. Ausblick

Therapieerfolg ist nicht nur eine Funktion der Therapiezeit, sondern auch der Therapie und deren Rahmenbedingungen. Verschiedene Therapien werden unterschiedliche Erfolgsquoten haben und bei gleichen Patientengruppen unterschiedliche Behandlungszeiten benötigen.

Um die damit verbundenen Probleme zu lösen, versuchen wir die Variablen der folgenden Aussageform zu definieren: Wenn Gruppe G(1) der Therapie Th(1) unterzogen wird, ist die zu erwartende Erfolgsquote  $E(1) \times \%$  und  $E(2) \times \%$  mit einer Standardabweichung von  $s_x$  und  $s_y$ . Th(1) ist definiert durch unsere derzeitige Therapiekonzeption (Vollmer 1995), einschließlich der therapeutischen Rahmenbedingungen. E(1) ist der Drogenstatus und E(2) die berufliche Situation jeweils zur 3-Monatskatamnese. G(1) ist eine zu Therapiebeginn nach eindeutigen Merkmalen (Geschlecht, Therapieerfahrung, Handlungs-Ergebnis-Erwartung etc.) definierte Patientengruppe. Weitere Gruppen G(2-n) werden noch definiert. Th(f) ist indiziert für die Gruppen G(f), die in E(1,2) die höchsten Werte (x,y) aufweisen. Für die Gruppen G(a), die signifikant niedrigere Werte (x,y) aufweisen, ist Th(f) kontraindiziert und zwar dann und nur dann, wenn es eine Therapie Th(a) gibt, die bei den Gruppen G(a) signifikant höhere Werte (x,y) aufweisen. Vor der Erstellung solcher Entscheidungsrichtlinien sind noch grundsätzliche Überlegungen zur Definition des Erfolges, zum Beispiel des Katamnesezeitraumes, zu berücksichtigen (siehe Baumann 2000).

Ein Hauptproblem in der Identifizierung von Indikationskriterien liegt in der Definition der einzelnen Variablen der obigen Aussageform. Dazu ist eine Veränderung des Sprachgebrauchs notwendig, so daß eine (unbewußte) Instrumentalisierung wissenschaftlicher Forschung (siehe Franck 1998) unwahrscheinlicher wird. Selbst alltagspsychologische Begriffe wie zum Beispiel „Erfolg“ sind für die Weiterentwicklung von Therapien hinderlich (siehe Vollmer 1998). In Therapieforschung und -praxis sind wir noch weit entfernt von der Verwendung einer intersubjektiven Sprache, in der die Begriffe wie Verhaltenstherapie, Therapeutische Gemeinschaft, Motivierende Gesprächsführung, Rollenspiel oder Therapieerfolg für die meisten Fachleute die gleiche Bedeutung besitzen. KTL (BfA 1997), Psychotherapiemanuale oder differenzierte Therapieprogrammbeschreibungen (z.B. Beck, Wright, Newman & Liese 1997; deJong & Bühringer 1978, Schneider 1982, Vollmer & Kraemer 1982), Fragebogen zur Strukturqualität, die Dokumentations- und Katamnese-standards für die Behandlung von Abhängigen (DGS, 1992, EuropASI, 1999), DSM (APA, 1980) und ICD (Dilling, Mombour & Schmidt, 1992) stellen erste Ansätze dar für die Klassifikation therapierelevanter Variablen. Die Verwendung lernender anstatt starrer Klassifikationssysteme und flexibler Therapiemanuale (Baukastensystem) anstatt der Vorgabe zeitlich vorgeschriebener Behandlungsabläufe ist wegen der adaptiven Indikationsentscheidungen bei der Therapie Abhängiger notwendig (Vollmer 1993). Erst die Verwendung von Klassifikationssystemen gestattet die Identifizierung wissenschaftlich fundierter Indikationskriterien und die Erstellung

von Entscheidungsregeln. Erst dann wird es möglich sein, durch gezielte Zuweisungen bessere Behandlungsergebnisse zu erreichen, und die Effizienz der Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger und insbesondere die der Drogenabhängigen wesentlich zu verbessern.

## Literatur

- APA (American Psychiatric Association) (1980): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition, revised. American Psychiatric Association, Washington, D.C. (dt., Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV (1998). Göttingen: Hogrefe.)
- Baumann, (2000). Indikationsstellung und Therapieplanung in der Psychotherapie (in diesem Band).
- Bandura, A. (1979). Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim, Beltz.
- Bourdieu, P. (1998). Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns. Frankfurt: Suhrkamp.
- BfA (1997). KTL Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation. Berlin: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.
- De Jong, R. & Bühringer, G. (Hrsg.) (1978). Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen. München.
- De Jong, R. & Henrich, G. (1978). Ergebnisse eines stationären Programms zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger. In: R. de Jong & G. Bühringer (Hrsg.). Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen (S. 281-310). München: Röttger.
- DGS Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg) (1992) Dokumentationstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M. (Hrsg.) (1992). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Bern: Huber.
- EuropASI (1999). Elektronische Datenbank. Salus-Therapiezentrum. (dt. Original: Gsellhofer, B., Fahrner, E.-M. & Platt, J.J. (1994). European addiction severity index. IFT Institut für Therapieforchung).
- Franck, G. (1998). Ökonomie der Aufmerksamkeit. München: Hanser.
- Heckhausen, H. (1977): Motivation: Kognitionspsychologische Aufspaltung eines summarischen Konstrukts. Psychologische Rundschau 28, 175-189.
- Herbst, K.; Hanel, E. & Haderstorfer, B. (1989). Rückfallgeschehen bei stationär behandelten Drogenabhängigen. In H. Watzl & R. Cohen (Hrsg.), Rückfall und Rückfallprophylaxe (S. 139-148). Berlin: Springer.
- Kanfer, F.H.; Reinecker, H.; Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagement-Therapie. Springer-Verlag, Hamburg.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis. Archives of General Psychiatry, 12, 529-538 (dt. Verhaltenstheoretische Diagnostik. In D.Schulte, (Hrsg.) (1974). Diagnostik in der Verhaltenstherapie (S.24-59). München: Urban & Schwarzenberg).
- Küfner, H., Denis, A., Roch, I., Arzt, J. & Rug, U. (1994). Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Baden-Baden: Nomos.
- Kulick, B. (1999). Warum bewilligen wir genau das? - Indikationskriterien in der Auswahl von Maßnahmen aus Sicht eines Leistungsträgers. Sucht aktuell, 6, 8-13.
- McCusker, J., Bigelow, C., Vickers-Lahti, M., Spotts, D., Garfield, F. & Frost, R. (1997). Planned duration of residential drug abuse treatment: efficacy versus effectiveness. Addiction, 92 (11), 1467-1478.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller & N. Heather (Hrsg.). Treating addictive behaviors: processes of change. New York: Plenum Press.
- Scasc, T.S. (1960). The myth of mental illness. American Psychologist, 15, 113-118.
- Toumbourou, J.W., Hamilton, M. & Fallon, B. (1998). Treatment level process and time spent in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment, Addiction, 93 (7), 1051-1064.
- Schneider, R. (Hrsg.) (1982). Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen. München: Gerhard Röttger.
- Schulte, D. (1973). Der diagnostisch-therapeutische Prozeß in der Verhaltenstherapie. In J.C. Brengelmann & W. Tunner (Hrsg.), Behavior Therapy - Verhaltenstherapie (S. 28-39). München: Urban & Schwarzenberg.
- Schulte, D. (1996). Indikation - Problemanalyse - Therapieplanung. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.) Grundlagen der Klinischen Psychologie, Bd 1 (S. 145-193). Göttingen: Hogrefe.

- Sieland, B. (1994). Klinische Psychologie. Bd 1. Grundlagen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Süß, H.M. (1998). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen. Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau, 46, 248-266.
- Vollmer, H.C. (1993). Therapie als kontinuierlicher Entscheidungsprozeß. In: A. Heigl-Evers, I. Helas, & H.C. Vollmer (Hrsg.). Eingrenzung und Ausgrenzung. Zur Indikation und Kontraindikation für Suchttherapien (S.67-100). Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Vollmer, H.C. (1995). Konzeption des salus-Therapiezentrum Friedberg. www.tz-friedberg.de.
- Vollmer, H.C. (1998). Wirkungen und Wirksamkeit der Therapie Drogenabhängiger. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.). Suchttherapie unter Kostendruck (S. 67-89). Neuland-Verlag, Geesthacht.
- Vollmer, H.C. (2000). Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), Psychotherapie der Suchterkrankungen (S. 55-69). Stuttgart: Thieme
- Vollmer, H.C., Ellgring, H. & Ferstl, R. (1992). Prediction of premature termination of therapy in the treatment of drug addicts. In: Bühringer, G. & Platt, J.J. (Hrsg.). Drug addiction treatment research (S. 253-269). Malabar: Krieger.
- Vollmer, H.C. Ferstl, R. & Leitner, A. (2000). Ein retrospektiver Vergleich vorausgehender Bedingungen rückfälliger und nicht-rückfälliger Drogenabhängiger. Manuskript in Vorbereitung.
- Vollmer, H.C. & Kraemer, S. (Hrsg.) (1982). Ambulante Behandlung junger Alkoholabhängiger. München: Gerhard Röttger.
- Vollmer, H.C. & Krauth, J. (1999). Motivations- und volitionspsychologische Aspekte der Drogenabhängigkeit, erste Ergebnisse. Poster, 1. interdisziplinärer Kongreß für Suchtmedizin (1.-3. Juli 1999) München.
- Watzl, H. (1999). Wissenschaftliche Befunde zur Therapieindikation und ihr praktischer Nutzen. Sucht aktuell, 6, 4-7.

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