

46. Jahrgang · Sonderheft 2 · Dezember 2000

**Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogen-  
abhängigen Patienten einen positiven Einfluss  
auf den Therapieerfolg?**

**Does the Treatment Duration Positively Influence  
the Treatment Outcome in Alcohol and Drug  
Dependent Patients?**

Dilek Sonntag, Jutta Künzel

ISSN 1617-108X

C 5732 F

# SUCHT

Zeitschrift für  
Wissenschaft und Praxis

Deutsche Hauptstelle gegen  
die Suchtgefahren (DHS)

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung  
und Suchttherapie (DG-SUCHT)

**NEULAND**

Dr. Dipl.-Psych. Reinhold Abfalg, Renchen;  
 Prof. Dr. med. Jobst Böning, Würzburg;  
 Prof. Dr. med. Gerhard Buchkremer, Tübingen;  
 Prof. Dr. med. Helmut Busch, Bernkastel-Andel;  
 Prof. Dr. med. Horst Coper, Berlin;  
 Prof. Dr. Horst Dilling, Lübeck;  
 Prof. Dr. Rudolf Egg, Wiesbaden;  
 Prof. Dr. Roman Ferstl, Kiel;  
 Prof. Dr. phil. Herbert Feser, Aachen;  
 Prof. Dr. med. Wilhelm Feuerlein, München;  
 Prof. Dr. Alexa Franke, Dortmund;  
 Prof. Dr. med. Joachim Gerchow, Frankfurt/Main;  
 Dr. rer. nat. Gerd Glaeske, Bremen;  
 Dr. rer. nat. Ursula Havemann-Reinecke, Göttingen;  
 Dipl.-Päd. Dipl.-Soz. Arb. Irene Helas, Kassel;  
 Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Bielefeld;  
 Prof. Dr. phil. Ulrich John, Greifswald;  
 Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Helmut Kampe, Darmstadt;  
 Dr. med. Volker Kielstein, Magdeburg;  
 Prof. Dr. Dieter Kleiber, Berlin;  
 Prof. Dr. phil. Joachim Körkel, Nürnberg;  
 Prof. Dr. jur. Otto Ernst Krasney, Kassel;  
 Prof. Dr. jur. Arthur Kreuzer, Gießen;  
 Prof. Dr. Hans-Peter Krüger, Würzburg;  
 Dr. Dipl.-Psych. Heinrich Küfner, München;  
 Prof. Dr. Klaus Kuschinsky, Marburg;  
 Prof. Dr. med. D. Ladewig, Basel;  
 Prof. Dr. Otto Michael Lesch, Wien;  
 Prof. Dr. med. Karl Mann, Mannheim;  
 Prof. Ph. Dr. G. Alan Marlatt, Seattle, Washington;  
 Prof. Dr. Hans H. Maurer, Homburg/Saar;  
 Dr. Richard Müller, Lausanne;  
 Prof. Dr. med. Dieter Naber, Hamburg;  
 Prof. Dr. Dr. Robert Olbrich, Mannheim;  
 Dr. Wolfgang Pittrich, Münster;  
 Dr. Ph. D. Jerome J. Platt, Camden, New Jersey;  
 Dr. med. Niels Pörksen, Bielefeld;  
 Prof. Dr. Wolfgang Poser, Göttingen;  
 Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Hamburg;  
 Prof. Dr. rer. pol. Heinz Renn, Hamburg;  
 Prof. Dr. Karl-Heinz Reuband, Dresden;  
 Prof. Dr. med. Hans Rommelspacher, Berlin;  
 Dipl.-Theol. Dipl.-Soz. Arb. Wolfgang Scheiblich, Köln;  
 Dipl.-Psych. Ralf Schneider, Friedrichsdorf;  
 Prof. Dr. Helmut K. Seitz., Heidelberg;  
 PD Dr. med. Michael Soyka, München;  
 Prof. Dr. Alfred Springer, Wien;  
 Prof. Dr. Karl-Ludwig Täschner, Stuttgart;  
 M. B. A. Dr. med. Jan Auke Walburg, Amsterdam;  
 Karl-Rudolf Winkler, Koblenz;  
 Dr. med. Erik Winter, Berlin.

### SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis

ehemals »Suchtgefahren« (Jahrgänge 1–36)

#### Herausgeber:

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) e.V. Westring 2, Postfach 1369, 59003 Hamm

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V., Postfach 1453, 59004 Hamm

#### Redaktion:

Dr. Gerhard Bühringer, Leiter des IFT Institut für Therapiefor- schung, München; E-Mail: buehringer@ift.de

Rolf Hüllinghorst, Geschäftsführer der DHS, Hamm;

E-Mail: huellinghorst@dhs.de

Prof. Dr. med. Lutz, G. Schmidt, Psychiatrische Klinik der Univer- sität Mainz; E-Mail: schmidt@psychiatrie.klinik.uni-mainz.de

Dr. Hans Watzl, Forschungsgruppe der Universität Konstanz im Zentrum für Psychiatrie Reichenau.

E-Mail: hans.watzl@uni-konstanz.de

#### Redaktionsanschrift:

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)

Redaktion SUCHT, Postfach 1369, 59003 Hamm

Telefon: 0 23 81/90 15 19, Telefax: 0 23 81/90 15 30

E-Mail: kaldewei@dhs.de

#### Verlag:

Neuland-Verlagsgesellschaft mbH.

Postfach 1422, 21496 Geesthacht

Telefon: 0 41 52/8 13 42, Telefax: 0 41 52/8 13 43

E-Mail: vertrieb@neuland.com

Internet: <http://www.zeitschrift-sucht.de>

Bestellungen und Vertriebsfragen: Frank Lindemann

Anzeigen: Jens Burmester

Es gilt z. Zt. Anzeigenpreisliste Nr. 8

**Erscheinungsweise:** Sechs Hefte pro Jahrgang, jeweils Ende Febru- ar, April, Juni, August, Oktober, Dezember

**Bezugsbedingungen:** Bestellungen sind nur an den Verlag oder den Buchhandel zu richten.

**Bezugspreise:** Inland: DM 168,-, Ausland DM 234,- jährlich. Ein- zelheft DM 42,-. Die Preise beinhalten Versandkosten und 7% Umsatzsteuer.

Die Rechnungsstellung erfolgt zu Jahres- bzw. Abonnementsbeginn. Das Abonnement verlängert sich, wenn es nicht einen Monat vor Auslieferung des ersten Hefes gekündigt wird. Im Falle von Liefer- hindernissen durch höhere Gewalt (auch durch Streiks) entstehen keinerlei Rechtsansprüche seitens des Abonnenten.

#### Herstellung:

Satz: KCS GmbH, Buchholz/Hamburg

Druck: Nieswand, Kiel

#### Copyright: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhe- berrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzun- gen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen (mit Ausnahme der genannten Daten- banken).

Die Zeitschrift SUCHT wird ausgewertet für die Datenbanken: EMBASE/JURIS/PSYINDEX/SOLIS/SoLit

Außerdem werden Aufsätze in folgenden gedruckten Diensten (Referatezeitschriften) nachgewiesen:

EMBASE/Excerpta Medica: Section 40 Drug Dependence (Auszüge aus EMBASE); Referatedienst Kriminologie; Addiction Abstracts

**Haftungsausschluss:** Der Inhalt dieses Hefes wurde sorgfältig erar- beitet; jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus die- sem Grund übernehmen Autoren, Herausgeber und Verlag keine Haf- tung für die Richtigkeit von Angaben, Hinweisen und Ratschlägen.

Dilek Sonntag, Jutta Künzel

**Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten  
einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?**

**Does the Treatment Duration Positively Influence the Treatment Outcome  
in Alcohol and Drug Dependent Patients?**

Editorial	
<i>Gerhard Bühringer</i>	
Kurzfassung .....	92
Abstract .....	94
1. Einführung .....	96
1.1 Ausgangslage .....	96
1.2 Zielsetzung der Expertise .....	97
1.3 Gliederung .....	98
2 Methodik .....	99
2.1 Methodisches Vorgehen für die Darstellung der Therapieangebote und der Therapiedauer in Europa (Themenbereich 1) .....	99
2.2 Methodisches Vorgehen für die Auswertung des Therapieerfolgs und des Zusammenhangs mit der Therapiedauer bzw. anderen Variablen (Themenbereich 2) .....	100
2.3 Zuordnung von Fragestellungen und Formen der Informationsgewinnung .....	102
2.4 Methodische Probleme bei der Auswertung der Untersuchungen .....	102
3 Vergleich der Behandlungsformen in Europa .....	104
3.1 Begriffsklärungen .....	104
3.2 Darstellung der Behandlungssysteme und -formen in den einzelnen Staaten .....	105
3.2.1 Deutschland .....	105
3.2.2 Frankreich .....	107
3.2.3 Großbritannien .....	108
3.2.4 Italien .....	109
3.2.5 Niederlande .....	111
3.2.6 Schweden .....	111
3.3 Diskussion und Schlussfolgerungen .....	112
4 Kriterien für die Bewertung der Therapieerfolge in Europa .....	113
4.1 Behandlung von Alkoholabhängigen .....	113
4.1.1 Ambulante und stationäre Entgiftung von Alkoholabhängigen .....	113
4.1.2 Ambulante Entwöhnung von Alkoholabhängigen .....	114
4.1.3 Stationäre Entwöhnung von Alkoholabhängigen .....	114
4.2 Behandlung von Drogenabhängigen .....	117
4.2.1 Ambulante und stationäre Entgiftung von Drogenabhängigen .....	117
4.2.2 Ambulante Entwöhnung von Drogenabhängigen .....	117
4.2.3 Stationäre Entwöhnung von Drogenabhängigen .....	117
5 Erfolgsquoten für verschiedene Therapieformen in Europa .....	120
5.1 Behandlung von Alkoholabhängigen .....	120
5.1.1 Ambulante und stationäre Entgiftung von Alkoholabhängigen .....	120
5.1.2 Ambulante Entwöhnung von Alkoholabhängigen .....	120
5.1.3 Stationäre Entwöhnung von Alkoholabhängigen .....	120
5.1.4 Kombinierte stationär-ambulante Entwöhnung von Alkoholabhängigen .....	123

5.2	Behandlung von Drogenabhängigen .....	123
5.2.1	Ambulante und stationäre Entgiftung von Drogenabhängigen .....	123
5.2.2	Ambulante Entwöhnung von Drogenabhängigen .....	123
5.2.3	Stationäre Entwöhnung von Drogenabhängigen .....	123
6	Ergebnisse der Meta-Analysen zum Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg .....	134
6.1	Zur Methodik der Meta-Analyse .....	134
6.2	Methodisches Vorgehen .....	135
6.2.1	Auswahl der Studien für die durchgeführten klassischen Meta-Analysen .....	135
6.2.2	Auswahl der Studien für die durchgeführte korrelative Meta-Analyse .....	136
6.3	Ergebnisse der Meta-Analysen der Studien zur stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit .....	136
6.3.1	Ergebnisse der klassischen Meta-Analysen .....	136
6.3.2	Ergebnisse der Korrelation .....	136
7	Diskussion der Ergebnisse der Meta-Analysen unter besonderer Berücksichtigung der amerikanischen Ergebnisse .....	140
7.1	Effektivität von Behandlungen der Alkoholabhängigkeit .....	140
7.2	Einfluss der Therapiedauer bei der Behandlung von Alkoholstörungen .....	141
7.3	Indikationsstellung und Behandlungsdauer bei Alkoholabhängigen .....	141
7.4	Effektivität von Behandlungen der Drogenabhängigkeit .....	142
7.5	Einfluss der Therapiedauer bei der Behandlung von Drogenabhängigen .....	142
7.6	Therapiedauer als Moderatorvariable für den Therapieerfolg .....	144
8	Zusammenhang zwischen weiteren Kriterien und Therapieerfolg .....	144
8.1	Behandlung von Alkoholabhängigen .....	144
8.1.1	Behandlungsmerkmale und Therapieerfolg .....	144
8.1.2	Behandlungssetting und Therapieerfolg .....	145
8.1.3	Behandlungskonzepte bzw. -schulen .....	146
8.1.4	Selbsthilfe und Nachsorge .....	148
8.1.5	Stellenwert von Kurzinterventionen .....	148
8.1.6	Patientenmerkmale .....	148
8.1.7	Spezielle Behandlungen für spezielle Patientengruppen? .....	149
8.2	Behandlung von Drogenabhängigen .....	150
8.2.1	Behandlungsmerkmale .....	150
8.2.2	Behandlungssettings .....	151
8.2.3	Patientenmerkmale .....	152
8.2.4	Spezielle Behandlungen für spezielle Patientengruppen? .....	153
9	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	155
9.1	Zielsetzung .....	155
9.2	Methodisches Vorgehen .....	155
9.3	Ergebnisse zum Themenbereich 1 .....	156
9.4	Ergebnisse zum Themenbereich 2 .....	156
9.5	Methodische Probleme .....	160
9.6	Schlussfolgerungen .....	161
9.7	Vorschläge .....	162
10	Literatur .....	165
10.1	Für die empirische Meta-Analyse verwendete Literatur .....	165
10.2	Für die gesamte Literaturexpertise verwendete Literatur .....	167

## Editorial

Nicht erst seit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz von 1996 ist eine der Grundlagen der Suchtkrankenhilfe in Frage gestellt worden, nämlich die Maxime, Patienten möglichst lange (stationär) zu behandeln. Um 1980 galten für Alkoholabhängige 6–12 und für Drogenabhängige 12–24 Monate als optimale Zeiträume. Erste ausländische und deutsche Untersuchungen haben dies bereits damals angezweifelt, und einige Träger bzw. Einrichtungen in Deutschland konnten zeigen, dass man Alkoholabhängige auch in 2–4 Monaten und Drogenabhängige in 3–6 Monaten erfolgreich behandeln kann. Leider hat die damals begonnene Diskussion über die Therapiedauer in Deutschland in den meisten Fällen nicht zu einer rationalen Analyse der neuen Erkenntnisse und Erfahrungen und zu einer entsprechenden Überarbeitung der stationären Programme geführt. Die Leistungsträger haben etwa 15 Jahre später die Therapiezeiten aus ökonomischen Gründen verkürzt, zumeist ohne fachliche Beteiligung der Einrichtungen und mit erheblichen finanziellen Problemen für diese, da die Umstellung dann sehr schnell erfolgen musste. Kernpunkt der damals wie heute kontrovers geführten Diskussion ist die Frage, ob die Dauer der Therapie einen entscheidenden (positiven) Einfluss auf den Therapieerfolg hat oder nicht.

Der Zusammenhang von Therapiedauer und Therapieerfolg ist auch zentrales Thema der vorliegenden Expertise. In einem Satz zusammengefasst lautet das Ergebnis, dass beide Seiten Recht haben. Die Aussage soll nicht die mangelnde Praxisrelevanz von Forschungsergebnissen, sondern die Komplexität des Sachverhalts verdeutlichen:

- Es gibt einen eindeutigen positiven Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg. Die Aussage ist durch unsere (europäische) Meta-Analyse und durch die Auswertung von europäi-

schen und U.S.-amerikanischen Einzelstudien, Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen belegt. Sie gilt für Alkohol- und Drogenabhängige.

- Die Aussage gilt nicht universell für das gesamte Spektrum möglicher Therapiezeiten. Vielmehr gibt es anscheinend optimale Zeitfenster für Therapiefortschritte, ohne dass jedoch eine empirisch gut abgesicherte Aussage über diese Dauer gemacht werden könnte.
- Die Aussage zu den optimalen Zeitfenstern gilt für *Gruppen von Patienten mit durchschnittlichen Störungsausprägungen* (Schweregrad, Komorbidität und Veränderungsbereitschaft). Für Gruppen mit spezifischen Charakteristika und insbesondere im *Einzelfall* können die optimalen Zeitfenster (nach unten und oben) variieren. Eine gute Eingangs- und Verlaufsdiagnostik und ein hoch individualisierter Programmablauf sind Konsequenzen dieses Ergebnisses.
- Ein weiterer Einflussfaktor, neben Therapiedauer und Patientenmerkmalen, ist das therapeutische Setting (Therapieverfahren, Therapieintensität, Mitarbeitercharakteristika und Therapeut-Patient-Interaktion). Verkürzungen der Therapiedauer können durch eine optimale Gestaltung des Settings – zumindest teilweise – ausgeglichen werden.

Viele Aspekte in dem Wirkgefüge zwischen Therapiesetting, Therapiedauer, Patientencharakteristika und Therapieerfolg sind derzeit noch unklar und erfordern weitere Forschung. Doch erlauben bereits die Aussagen aus dem heutigen Forschungsstand zahlreiche Schlussfolgerungen für die Praxis, um das Therapieergebnis unter Berücksichtigung fachlicher *und* ökonomischer Gesichtspunkte möglichst optimal zu gestalten.

München, April 2000

Dr. Gerhard Bühringer

## Kurzfassung

### 1. Zielsetzung

Die vorliegende Expertise hat zwei Zielsetzungen:

- (1.) Überblick über Therapieangebote für Alkohol- und Drogenabhängige und die Dauer der Therapie in Deutschland und in ausgewählten europäischen Staaten (Frankreich, Italien, Großbritannien, Niederlande und Schweden)
- (2.) Darstellung der Therapieerfolge in Europa und Analyse des Zusammenhangs zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg einschließlich der Berücksichtigung zusätzlicher Einflussvariablen

### 2. Methodisches Vorgehen

Für die beiden Fragestellungen wurden unterschiedliche methodische Vorgehensweisen angewandt.

Für die erste Fragestellung wurde zunächst eine Literatursuche in einschlägigen Datenbanken durchgeführt. Weiterhin wurden in den ausgewählten Ländern Schlüsselpersonen, die entweder in Forschung oder Praxis tätig sind, zu den relevanten Aspekten des Behandlungssystems in ihrem jeweiligen Land befragt.

Für die zweite Fragestellung wurden alle verfügbaren Primärstudien, die sich mit der Evaluation von Entgiftung bzw. Entwöhnung von Alkohol- und Drogenabhängigen beschäftigt haben, gesammelt und analysiert. Für die Durchführung der Meta-Analyse (Zusammenhang von Therapiedauer und -erfolg) wurden Einzeluntersuchungen, für den Überblick über zusätzliche Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg neben relevanten Einzelstudien auch Überblicksarbeiten und Meta-Analysen aus Deutschland, Europa und zusätzlich den USA einbezogen.

### 3. Ergebnisse zum Themenbereich 1: Therapieangebote in Europa

#### *Behandlungsangebote*

Die Therapieangebote in den einzelnen europäischen Staaten ähneln sich bis auf einige spezifische Ausnahmen sehr. Alle untersuchten Länder haben ein mit Deutschland vergleichbares differenziertes Therapieangebot für Alkohol- und Drogenabhängige. Die für die Entwöhnungs- und Nachsorgebehandlung ähneln sich in den untersuchten Ländern, allerdings gibt es unterschiedliche Schwerpunktsetzungen.

In den meisten Ländern fanden in den letzten Jahren vergleichbare Umstrukturierungen statt, z. B. zur stärkeren Dezentralisierung und Privatisierung der therapeutischen Versorgung.

#### *Dauer der Behandlung*

In allen für diese Expertise untersuchten europäischen Staaten gibt es in den letzten Jahren gleichermaßen eine Tendenz, die Therapiedauer zu kürzen. Dabei stehen vor allem finanzielle Gründe, nicht so sehr fachliche Gründe im Vordergrund. Dieser finanzielle Einfluss überlagert die in ganz Europa zu beobachtende Tendenz, die Therapiedauer nicht mehr wie früher für alle Patienten einheitlich festzulegen, sondern je nach Einzelfall und Indikation auszuwählen.

### 4. Ergebnisse zum Themenbereich 2: Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg

#### *Kriterien für die Bewertung der Therapieerfolge*

Bei den ausgewerteten Studien hat sich gezeigt, dass zwar in der Regel die gleichen Outcome-Variablen verwendet werden, die dazugehörigen Erfolgsdefinitionen jedoch sehr variieren. Die Unterschiede in den Erfolgsdefinitionen bedingen die Unterschiede in den einzelnen Erfolgsraten. Je weiter der Erfolgsbegriff definiert ist, desto besser sind die Ergebnisse. Je enger und auch exakter die Definition ausfällt, desto geringer fällt der Anteil der erfolgreich behandelten Patienten aus.

#### *Therapieerfolge*

Aus den vorhandenen europäischen Studien zum Therapieerfolg bei der Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen können verlässliche Aussagen über die Erfolgsquoten nur für den Bereich der *stationären Entwöhnungsbehandlung* gemacht werden, da zu den übrigen Behandlungsbereichen zu wenige Untersuchungen vorlagen. Sowohl die stationäre Therapie für Alkoholabhängige als auch für Drogenabhängige zeigte positive Effekte, wobei die Ergebnisse für Alkoholabhängige europaweit etwa doppelt so gut sind wie für Drogenabhängige.

Die Abstinenzquoten bei den Alkoholpatienten variieren über alle Studien betrachtet zwischen etwa 10 und etwa 65%, bei den Studien mit Ergebnissen ein Jahr nach Therapieende zwischen 12% und 63%. Die etwas längere Therapiezeit für die Alkoholbehand-

lung in Deutschland geht mit einem höheren Therapieerfolg einher. Die Abstinenzquoten von Drogenabhängigen bewegen sich zwischen 14% und 37%.

#### *Zusammenhang von Therapiedauer und Therapieerfolg*

In der aufgrund der methodischen Voraussetzungen nur für die stationäre Entwöhnung von Alkoholabhängigen durchgeführten korrelativen Meta-Analyse konnte, in Übereinstimmung mit früheren Überblicksarbeiten, ein Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und dem Erfolg nachgewiesen werden.

Bei der Behandlung der Drogenabhängigkeit konnte aufgrund der zu geringen Anzahl geeigneter Studien keine Meta-Analyse über den Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg durchgeführt werden. Er ist jedoch in zahlreichen Einzelstudien belegt.

Insgesamt kann man aufgrund der Auswertungen (1.) darauf schließen, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und dem Therapieerfolg für den Alkoholbereich gibt: Je länger die Therapie dauert, desto wahrscheinlicher wird der Therapieerfolg.

Die Ergebnisse sowohl unserer korrelativen Meta-Analyse als auch des Überblicks über alle für die Expertise berücksichtigten Studien, Überblicksarbeiten und Meta-Analysen hinweg deuten (2.) darauf hin, dass die obige Aussage nur für eine kritische Therapiedauer gilt, innerhalb derer der Therapieerfolg mit der Dauer zunimmt. Dieser Zeitraum kann aufgrund der fehlenden empirischen Basis und zahlreicher weiterer Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg nicht exakt festgelegt werden. Aufgrund der vorhandenen Studien und unseren Meta-Analysen kann der Zeitraum vorläufig auf etwa 3 bis 9 Monate eingegrenzt werden (Alkoholabhängige: 3–6, Drogenabhängige: 4–9 Monate). Nach Überschreiten der kritischen Zeitspanne scheint die weitere Behandlung keinen weiteren Einfluss auf den Therapieerfolg zu haben. Für diese generelle Aussage müssen verschiedene Einschränkungen beachtet werden: (1.) das Ergebnis gilt nur für Gruppen mit einer durchschnittlichen Ausprägung der substanzbezogenen Störungen, nicht für Einzelpersonen, insbesondere mit einem überdurchschnittlichen Schweregrad. (2.) die bisherigen Therapiezeiten dürfen nicht einfach anteilig gekürzt werden, vielmehr ist eine Überarbeitung der Konzeption und der Therapieintensität notwendig. Letzteres gilt insbesondere auf dem Hintergrund zahlreicher Studi-

en zum Einfluss von Behandlungsvariablen auf den Therapieerfolg<sup>1</sup>.

#### *Weitere Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg*

In vielen Untersuchungen, die die Effektivität der Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen untersuchen, werden zusätzlich Zusammenhänge zwischen Therapieerfolg, Behandlungs- und *Patientenmerkmalen* analysiert. Aufgrund der referierten Studienbefunde scheinen die untersuchten Patientenmerkmale im Vergleich zu den Behandlungsmerkmalen einen geringeren Einfluss auf den Therapieerfolg zu haben.

### 5. Schlussfolgerungen

Als Fazit der vorhandenen Studien und unseren Untersuchungen kann festgehalten werden, dass Kürzungen der Therapiedauer bis zu einer kritischen Grenze von drei bis vier Monaten im Grundsatz ohne Verluste des Therapieerfolgs möglich sind. Die Aussage gilt nur für Gruppen mit durchschnittlicher Störungsausprägung und nicht für den Einzelfall. Wahrscheinlich gilt die Aussage auch nur dann (eindeutige Belege lagen nicht vor), wenn Kürzungen nicht einfach zeitanteilig erfolgen, sondern die verbleibende Therapiedauer konzeptionell umgestellt und in der Intensität verbessert wird. Dies bedeutet, dass die möglichen Einsparungen bei den Therapiekosten zumindest zum Teil durch eine intensivere Behandlung und damit möglicherweise höhere Tagesätze verringert werden.

Weiterhin können ungünstige Patientencharakteristika eine längere Behandlung erfordern. Wegen des Einflusses solcher Patientenvariablen wird die in den letzten Jahren geforderte Individualisierung und Flexibilität der Behandlung in Hinblick auf den Schweregrad der jeweiligen Störung und der Veränderungsbereitschaft im Einzelfall durch vorliegende Ergebnisse bestätigt.

Therapiedauer muss als ein Faktor des Therapieerfolges angesehen werden, allerdings ist durch die bisher vorliegenden Untersuchungen nicht geklärt, ob diesem Faktor die höchste Gewichtung bei der Erreichung des Therapieerfolges zukommt. Als weitere wesentliche Einflussfaktoren haben sich eine ganze

1 vgl. z. B. Ergebnisse von Kufner, Denis, Roch, Arzt und Rug (1994). Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Band 37 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

Reihe von Variablen auf Seiten der Einrichtung und der Patienten erwiesen. Es besteht hier noch erheblicher Forschungsbedarf, um die Gewichtungen der einzelnen Faktoren zu quantifizieren.

Weitere Forschungsaufgaben in diesem Bereich sind: die Entwicklung von optimalen Therapieinhalten und -strukturen für die zur Verfügung stehende Behandlungsdauer; in diesem Zusammenhang auch die Klärung der Frage nach dem Verhältnis von Therapiedauer und Therapieintensität; die Abklärung der Indikation von speziellen Behandlungen für spezielle Patientengruppen sowie die Durchführung multizentrischer Studien zur Untersuchung des Einflusses von Behandlungs- und Einrichtungsmerkmalen auf den Therapieerfolg. Für alle zukünftigen Studien wäre eine Verbesserung der methodischen Vergleichbarkeit notwendig hinsichtlich Signifikanzwerten, Parameter für Teilstichproben, Erfolgsmaße, Therapiedauer und Abbruchrate.

## **Abstract**

### **1. Objective**

This report has two objectives:

- (1.) Overview on treatment services for alcohol and drug addicts and treatment duration in Germany and some selected European countries (France, Italy, United Kingdom, The Netherlands and Sweden).
- (2.) Overview on treatment success in Europe and the correlation between duration and outcome of treatment considering also additional variables.

### **2. Methods**

For both topics different methodical approaches were used.

For topic 1 a search for literature using relevant data banks was carried out. Additionally key persons of the selected countries that are working in research or practice have been interviewed on relevant aspects of the treatment systems in their countries.

For topic 2 all available primary studies that deal with evaluation of detoxification or addiction therapy of alcohol and drug addicts have been collected and analysed. For the meta-analysis (correlation between treatment duration and success) single studies, for the overview on additional influencing factors on treatment outcome besides single studies also reviews and meta-analyses from Germany, Europe and the USA have been consulted.

### **3. Topic 1 – Results**

#### *Treatment services*

Treatment services are very similar within the European countries except some specific forms. All of the selected countries have a differentiated treatment system for alcohol and drug addicts that is comparable with the German one. The treatment approaches concerning rehabilitation and aftercare are similar, but there are different fields of main emphasis.

During the last years in nearly each country there have been comparable restructuring measures such as more decentralization and taking of treatment services into private ownership.

*Duration of treatment*

During the last years in all of the selected countries there has been the tendency to shorten duration of treatment. This is mostly not because of treatment philosophy but because of financial reasons. This financial influence eclipses the tendency in many European countries of no fixed duration of treatment for all patients, but a duration depending on the single case and indication.

**4. Topic 2 – Results***Criteria for treatment success*

In the analysed studies mostly the same outcome variables have been used but there was a considerable variation in definition of treatment success. The differences in definition of success are the cause of differences in success rates. The broader success is defined, the better is the treatment outcome. And more exact definitions lead to lower rates of successful patients.

*Treatment success*

The available European studies on the outcome of treatment of alcohol and drug addicts allow some reliable statements on success rates only for the area of residential treatment, because of the small number of studies in the remaining areas of treatment. Residential treatment as well for alcohol as for drug addicts shows remarkable positive effects. Within Europe results for alcohol addicts are nearly twice as good as for drug addicts.

Over all studies the abstinence rates vary concerning alcohol addicts between about 10 and 65%. If only studies with results of 12 months after discharge are chosen, the rates differ between 12% and 63%. The duration of treatment that is a bit longer in Germany than in other countries correlates with a better outcome. The abstinence rates of drug addicts are between 14% and 37%.

*Association between duration and success of treatment*

The results of the meta-analysis, that could be carried out only for residential treatment for alcohol addicts because of methodological requirements, show a correlation between duration and success of treatment. These results correspond with results of former re-

views. Due to the small number of studies on treatment of drug addicts that have fulfilled the inclusion criteria for the meta-analysis, it is not possible to refer to the correlation between duration and treatment outcome. But this correlation is proved already in numerous single studies.

Overall the results of the correlative meta-analysis indicate that (1.) there is a clear association between treatment duration and treatment outcome in the alcohol field: the probability of treatment success increases with treatment duration.

The results of our correlative meta-analysis as well as of our review of all studies, which were included for this report and of the other reviews and meta-analyses indicate (2.) that the positive association between time and outcome is valid for a critical treatment duration, within this period the success increases with time spent in treatment. Due to the weak empirical basis this duration can't be exactly determined. Based on the findings of the single studies and our meta-analyses this period of time can be provisionally fixed between three and nine months (alcohol addicts: 3–6; drug addicts: 4–9 months). Passing these critical time thresholds seems to be not of positive effect on treatment success. For this general statement some different limitations have to be considered: (1.) the result are only valid for patients with an average severity of substance-related disorders, not for single persons, especially with an above-average severity of disorders. (2.) the present treatment duration may not be proportionally shortened, it is rather necessary to revise the conception and intensity of treatment. The last is particularly true against the background of numerous studies on the influence of treatment variables on treatment success<sup>2</sup>.

*Further impact factors on treatment success*

In many studies, that examine the effectiveness of treatment for alcohol- and drug dependent patients, the association of treatment success and patient characteristics are also analysed. Due to the findings of the reviewed articles the patient characteristics seem to be less powerful in prognosing treatment success as compared to treatment characteristics.

2 See e.g. results of Küfner, Denis, Roch, Arzt und Rug (1994). Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen [Crisis intervention in the residential treatment of drug addicts]. Band 37 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.

## 5. Conclusions

On balance of the results one can conclude, that shortenings of treatment durations are possible until a critical limit of three to four months without deterioration of treatment success. This statement is only valid for patients with an average severity of substance-related disorders and not for the single case. Probably this statement is only valid (there is no definite evidence) if the shortening is not only proportional to time but it is accompanied by changes of concept and intensity of treatment. This means, that the aimed economical savings in the treatment costs are at least to a certain part reduced because of the more intense treatment and possible higher daily rates.

Furthermore, disadvantageous patient characteristics can require longer treatments. Because of the influence of such patient variables our results confirm the demand of the last years to offer individualized and flexible treatments according to the individual severity and readiness to change.

Duration of treatment has to be seen as one factor of treatment success, but up to now there is no evidence if this factor has the highest weight in achievement of treatment success. Rather a series of treatment or facility factors and patient characteristics are also associated with treatment success. There is an considerable need for research to quantify the differential weights of these factors.

Further tasks for research within this area are: development of optimal treatment contents and – structures for the available time; within this context also the answering of the questions on the relation of duration and intensity of treatment and on the indication of specific treatments for specific groups of patients as well as the carrying out of multicenter studies on the influence of treatment and patient characteristics on treatment success. For all future studies an improvement of the methodological comparability is necessary concerning significance values, parameters for different subgroups, outcome measures, treatment duration and drop-out rate.

## 1 Einführung

### 1.1 Ausgangslage

In den letzten Jahren ist der Kostendruck auf das Gesundheitsversorgungssystem auch im Bereich der Behandlung und Rehabilitation Suchtkranker deutlich gestiegen. Mit der Verabschiedung des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) im September 1996, das der Konsolidierung der Rentenversicherungsbeiträge dienen sollte, kam es zu langfristig angelegten Einsparungsmaßnahmen vonseiten der Rentenversicherungsträger, die unter anderem zu einer Verkürzung der Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängige führten. Auf fachlicher Seite wurde dadurch eine Diskussion über die Bedeutung der Therapiedauer für den Therapieerfolg ausgelöst. Diese Diskussion wird auch heute noch sehr kontrovers geführt. Ein Konsens darüber, ob die Verkürzung der Therapiedauer schadet, keinen Einfluss hat oder sogar nützlich für den Erfolg ist, ist nicht in Sicht. Da aber das weitere Vorgehen nicht nur an den Kosten, sondern auch an der Effektivität der Behandlung im Sinne einer umfassenden Effizienzbeurteilung orientiert werden sollte, wurde die folgende Expertise über den Zusammenhang von Therapiedauer und Erfolg und weiterer, damit zusammenhängender Faktoren erstellt.

Zu Beginn der Etablierung des Versorgungssystems für Drogenabhängige in den 70er Jahren galt nicht nur in Deutschland für die gesamte Suchtkrankenhilfe die Devise: lang andauernde stationäre Therapie für jeden Patienten sowie einheitliche Therapieeinhalte (je nach Abhängigkeitsform). Das Prinzip der möglichst langen Behandlung wurde Ende der 70er Jahre von Orford, Oppenheimer und Edwards (1976) sowie Orford und Edwards 1977 und ihren Folgestudien (Edwards et al., 1977, 1983, 1988), die die Ergebnisse einer einmaligen Beratung von Alkoholabhängigen mit denen einer langzeitlichen Psychotherapie verglichen, erstmals grundsätzlich in Frage gestellt. In Deutschland wurde die Diskussion u. a. mit einem Beitrag von Bühringer (1983) angestoßen (»Argumente zur Neuorientierung der Therapiedauer bei Abhängigen«), der aber überwiegend auf Ablehnung stieß und – aus heutiger Sicht – leider nicht zu einer damals dringend notwendigen fachlichen Auseinandersetzung mit dem Thema geführt hat.

In den folgenden Jahren gab es eine Vielzahl von Forschungsergebnissen, die zeigten, dass der Erfolg einer Therapie im Bereich der Abhängigkeitserkran-

kungen von einer ganzen Reihe von Faktoren abhängt, die in einem komplexen Zusammenhang stehen. 1990 wurden in einer umfangreichen Dokumentation des US-amerikanischen Institute of Medicine (Institute of Medicine, 1990) zum Stand der Forschung im Bereich der Behandlung von Alkoholproblemen entscheidende Fragen zur Effektivität formuliert: Welche Art von Patienten werden behandelt? Welche Art von Alkoholproblemen haben diese Patienten? Auf welche Formen der Behandlung sprechen diese Patienten an? Welche Ziele erreichen sie in der Therapie und von welcher Art von Therapeuten werden diese Patienten behandelt?

Eine differenzierte Betrachtung ist beim Vergleich der Therapie von Patienten mit Alkohol- bzw. Drogenproblemen angezeigt. Dass es wenig sinnvoll ist, die Untersuchungen zu diesen Substanzgruppen zusammenzufassen, belegt das Ergebnis, dass im Bereich der Behandlung von Alkoholabhängigen die Haltequoten mit 75–85% erheblich höher liegen (Küfner, 1998) als die Haltequote bei der Behandlung von Drogenabhängigen mit durchschnittlich 30% (Roch et al., 1992). Die Interpretation der Therapieergebnisse bei Therapiebeendern müssen beispielsweise entsprechend interpretiert werden. Als Erfolgskriterien bei der Behandlung der Drogenabhängigkeit müssen in Vergleich mit der Behandlung Alkoholabhängiger neben dem Substanzkonsum und der Arbeitsfähigkeit in stärkerem Ausmaß weitere Kriterien (z. B. Legalbewährung) berücksichtigt werden.

Trotz der umfangreichen Forschungsbemühungen im Bereich der Behandlung von Personen mit Alkohol- oder Drogenproblemen ist es nach wie vor schwierig, die Ergebnisse zusammenzufassen und zu bewerten. Zwar gibt es bereits eine Vielzahl von Reviews und meta-analytischen Untersuchungen, in denen die vorhandenen Einzelstudien zusammengefasst und bewertet wurden. Doch auch diese zeigen, wie unterschiedlich die Untersuchungsansätze, die erhobenen Daten und die Auswertungen sind.

Die wohl bekannteste, deutschsprachig publizierte und deutschsprachige Studien einbeziehende Meta-Analyse zur Therapie bei Alkoholabhängigen (Süß, 1995) konnte insbesondere für Deutschland einen positiven Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg nachweisen. Miller et al. (1995) konnten in ihrer international bekannten meta-analytischen Betrachtung derselben Thematik (ohne die Einbeziehung deutschsprachiger Publikationen) diese Aussage nicht bestätigen. Dies gilt auch für die Aussage von Süß (1995), dass die stationäre Therapie etwas günstigere Ergebnisse aufweist als die ambulante.

Retrospektiv durchgeführte Studien aus dem angloamerikanischen Raum unterstützen zwar die Aussage, dass zumindest eine minimale Therapiedauer für ein positives langfristiges Ergebnis notwendig ist (Hubbard et al., 1989; Simpson, 1997). Dennoch ist immer noch ungeklärt, ob längere Therapien bessere Ergebnisse produzieren oder ob Patienten mit besseren Prognosen einfach länger in der Therapie bleiben (McLellan et al., 1997). Wie relevant die Beziehung zwischen Therapiedauer und einem positiven Therapieergebnis auch sein mag, die Länge der Therapie kann dessen ungeachtet als ein Surrogatmaß für Verhaltensänderungsprozesse während einer Therapieperiode auftreten. Diese Prozesse im Kontext der Therapiedauer zu definieren, könnte einerseits Therapieanbietern helfen, zu bestimmen, wie und wann bestimmte spezielle Leistungen im Laufe einer Therapie angeboten werden sollten. Andererseits könnten Kostenträger dadurch Indikatoren für eine gute Therapieleistung entwickeln, die zum Therapiefortschritt der Patienten in engem Zusammenhang stehen.

Inzwischen gibt es einige Studien, die dazu beigetragen haben, die Effektivität verschiedener Therapiekomponenten (z. B. Carroll et al., 1994 a,b; Higgins et al., 1994; Miller et al., 1994), sowie den Zusammenhang zwischen Patientenmerkmalen, Therapieinhalten und Ergebnissen zu untersuchen und zu belegen (Joe et al., 1991; McLellan et al., 1994; Widman et al., 1997). Dadurch wird deutlich, dass neben der Therapiedauer zahlreiche andere Faktoren den Therapieerfolg beeinflussen. Nach wie vor fehlen aber integrierte, komplexe und überprüfbare Modelle der Behandlungsprozesse, der Prozesse der Verhaltensänderung und der jeweiligen Einflussfaktoren, die in typischen Behandlungssettings ablaufen. Leider liegen die meisten Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Sprachraum vor. Es ist aber aus guten Gründen zumindest umstritten, ob die Schlussfolgerungen auch für die therapeutischen, sozialen, rechtlichen und kulturellen Bedingungen in Europa gelten.

## 1.2 Zielsetzung der Expertise

Hauptziel dieser Expertise ist die Analyse des Zusammenhangs zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg. Dabei sollen Evaluationsstudien im Bereich der Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen in Deutschland und in ausgewählten europäischen Staaten betrachtet werden. Da der Therapieerfolg häufig ganz unterschiedlich definiert wird und darüber hinaus mit hoher Sicherheit noch von anderen Faktoren

als der Dauer abhängig ist, sollten auch Informationen zu diesen Faktoren gesammelt werden. Im Einzelnen ergeben sich daraus zwei Themenkomplexe mit den folgenden *sechs Fragestellungen*:

1. Therapiekonzepte in Europa
  - 1.1 Wie sehen die Formen der Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen aus?
  - 1.2 Wie lange dauern die unterschiedlichen Therapieangebote?
2. Therapieergebnisse in Europa
  - 2.1 Was sind die Erfolgskriterien für die Bewertung der Therapieergebnisse?
  - 2.2 Wie hoch sind die Therapieerfolge?
  - 2.3 In welchem Zusammenhang stehen Therapiedauer und Therapieerfolg?
  - 2.4 Welche weiteren Kriterien beeinflussen den Therapieerfolg?

### 1.3 Gliederung

In Kapitel 2 wird das methodische Vorgehen bei der Erstellung der Expertise dargestellt. In Kapitel 3 werden folgende Themen bearbeitet:

- Welche unterschiedlichen Formen der Behandlung von Suchtkranken gibt es in Europa und wie lange dauern sie in der Regel (Fragestellung 1.1 und 1.2)?

In den folgenden Kapiteln 4 bis 6 werden die Forschungsergebnisse zu den Evaluationsstudien im Bereich der Alkohol- und Drogenabhängigkeit in Europa vorgestellt. Dabei geht es insbesondere um die Bearbeitung folgender Fragen:

1. Welche Erfolgskriterien gibt es für die Bewertung verschiedener Therapieformen? (Kapitel 4; Fragestellung 2.1)
2. Wie hoch sind die Erfolgsquoten der verschiedenen Therapieformen? (Kapitel 5; 2.2)
3. In welchem Zusammenhang stehen Therapiedauer und Therapieerfolg? (Kapitel 6; 2.3)

Die Themenbereiche werden für den Alkohol- und Drogenbereich jeweils unter Bezugnahme auf vorhandene Überblicksartikel, insbesondere solche mit einem meta-analytischen Ansatz und zusätzlichen ausgewählten empirischen Ergebnissen, getrennt beschrieben. Da die Mehrheit der wissenschaftlichen Untersuchungen zu der genannten Thematik im angloamerikanischen Raum durchgeführt wurde, kann das Thema nicht umfassend behandelt werden, wenn der Blick nur nach Europa gerichtet ist. Daher werden die im Kapitel 6 berichteten Ergebnisse zur Frage-

stellung 2.3 im Kapitel 7 durch Einbeziehung der angloamerikanischen Literatur diskutiert (s. a. Agosti, 1994, 1995; Bien, Miller und Tonigan, 1993; Brewer et al., 1998; Broekaert et al., 1998, 1999; Hox, Gils und Klugkist, 1998; Kufner, 1997; Feuerlein, Kufner und Soyka, 1998; Miller et al., 1995; Roch et al., 1992; Süß, 1995).

In Kapitel 8 wird der Einfluss zusätzlicher therapeutischer und nicht-therapeutischer Einflusskriterien auf den Therapieerfolg dargestellt (Fragestellung 2.4), um im abschließenden 9. Kapitel die Ergebnisse in ihrer Gesamtheit zu bewerten und Schlussfolgerungen für das weitere Vorgehen abzuleiten.

## 2 Methodik

### 2.1 Methodisches Vorgehen für die Darstellung der Therapieangebote und der Therapiedauer in Europa (Themenbereich 1)

#### *Informationsgewinnung*

Um die verschiedenen Therapieangebote in Europa für Personen mit Abhängigkeiten durch psychotrope Substanzen sowie die Behandlungsdauer zu erfassen, wurden zwei Suchstrategien verfolgt: Zunächst wurde in den Datenbanken, die über das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zugänglich sind, eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Recherche erfolgte mit den Suchbegriffen »health system«, »treatment system«, »policy« und ihren Kombinationen mit »alcohol« und/oder »drugs« in allen Literaturdatenbanken, die unter dem Segment »Suchtkrankheiten« zusammengefasst sind. Dieses Segment enthält für den untersuchten Bereich relevante und wichtige Datenbanken wie MEDLINE, PSYCLIT oder EMBASE.

Ferner wurden in den für die Expertise relevanten Staaten Schlüsselpersonen gebeten, das Behandlungssystem in ihrem eigenen Land sowie die Behandlungsdauer zu beschreiben. Die Kontaktaufnahme lief nach dem Schneeballverfahren ab: die Experten, die über persönliche Kontakte bekannt waren, wurden gebeten, die Namen und Adressen weiterer relevanter Personen zu nennen, um die entsprechenden Fragen zu beantworten. Diese Personen sind entweder in der Forschung oder Praxis tätig oder arbeiten in einem gesundheitspolitischen Kontext. Sie wurden in Interviews – teils in persönlichen Gesprächen, teils telefonisch – zu den relevanten Aspekten des Behandlungssystems in ihrem jeweiligen Land befragt. Als potenziell wichtige Quellen wurden Anfragen an die EBDD in Lissabon sowie die verschiedenen nationalen Knotenpunkte gerichtet, leider jedoch mit geringem Erfolg.

Insgesamt konnte von den vielen Personen, die in den ausgewählten Ländern kontaktiert wurden, nur von einigen wenigen Zielpersonen in schriftlichem, telefonischem oder persönlichem Kontakt, Informationen zu ihrem Land erhalten werden:

- Frankreich: C. Pallé
- Großbritannien: M. Gossop, M. Farrell, J. Strang, D. Best
- Italien: E. Versino, P. Koller, E. Tempesta
- Niederlande: A. Gageldonk
- Schweden: A. Bergmark, U. Malmström, M. Fridell

Des Weiteren wurde auf schriftliche Ausarbeitungen von Coletti (1999), der DHS (1996, 1997a, b, 1998, 1999), Fridell (1996), Hohmann (1998), Klingemann, Takala und Hunt (1992), Klingemann und Hunt (1998) sowie Klingemann und Bergmark (1999), Statistisches Bundesamt (1998), internationale Übersichtsarbeiten und die Jahresberichte der EBDD (1998, 1999) zurückgegriffen.

#### *Einbezogene Therapieformen*

Die Behandlung für Alkohol- und Drogenabhängige unterscheidet sich nicht nur in der Therapiedauer, sondern auch in der jeweiligen Zielsetzung und den therapeutischen Inhalten. Die Behandlung der Begleit- und Folgeerkrankungen, die Entgiftungsbehandlung, die Methadon-Substitution (bzw. die seit einiger Zeit diskutierten Maintenance-Behandlungen bei Alkoholabhängigen), die ambulante sowie die stationäre abstinentenorientierte Behandlung oder gar die mit anspruchsvoller Zielsetzung verbundene medizinische Rehabilitation in Deutschland, können nicht miteinander verglichen bzw. in statistischen Analysen gleichermaßen untersucht werden, wenn es um den Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Behandlungserfolg geht. Es gibt auch keinen methodischen Ansatz bzw. kein statistisches Modell, alle genannten Aspekte, dazu noch die Unterschiede in der Klientel, z. B. in Hinblick auf Dauer und Schwere der Problematik oder bisherige Therapieerfahrung, zu verarbeiten. Aus diesem Grund mussten für die Expertise verschiedene Einschränkungen in Hinblick auf die einbezogenen Therapieziele und -strategien vorgenommen werden. Diese Einschränkungen orientieren sich an der Ausgangslage in Deutschland, die Grundlage für diese Expertise ist. Auslöser ist die Frage, inwieweit die Verkürzung der Therapiedauer bei der in Deutschland üblichen *medizinischen Rehabilitation* für Alkohol- und Drogenabhängige zu einer Veränderung der Therapieergebnisse führt, insbesondere zu einer von vielen Praktikern erwarteten Verschlechterung. Wissenschaftlich ergibt sich daraus die Fragestellung, ob es einen Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg gibt.

Zwar gibt es das umfassende Konzept der medizinischen Rehabilitation aus Deutschland in anderen europäischen Ländern nicht in vergleichbarer Form, doch ist der Begriff »rehabilitation« im englischsprachigen Raum und in anderen europäischen Ländern durchaus bekannt. Er beschreibt eine Behandlung von Abhängigen, die nicht nur die unmittelbare Beendigung der substanzbezogenen Problematik zum Ziel hat, sondern auch umfassendere Ziele im Bereich der

Lebensführung (z. B. Distanzierung von der Drogenszene bzw. von einem ebenfalls abhängigen Bekanntenkreis), sowie des Arbeits- und Freizeitbereichs einbezieht. Aus diesem Grund liegt der Schwerpunkt der untersuchten Studien bei dieser Form der eher umfassenden Behandlung der gesamten Problematik von Alkohol- und Drogenabhängigen.

Da die Behandlung im Sinne der umfassenden medizinischen Rehabilitation in Deutschland bisher noch nahezu ausschließlich stationär durchgeführt wird, und es zu der ambulanten Durchführung kaum Untersuchungen gibt, liegt der Schwerpunkt der Expertise auf der stationären Behandlung. Dies entspricht auch dem Bild in den untersuchten europäischen Ländern, wenn man die abstinenzorientierten Behandlungsformen berücksichtigt.

»Maintenance«-Behandlungen werden derzeit nahezu ausschließlich bei Drogenabhängigen in Form einer ambulanten Methadon-Substitution durchgeführt, wobei es auch erste Überlegungen zu einer entsprechenden (»maintenance«-) Behandlungsform bei Alkoholabhängigen gibt. So weit in Europa Drogenabhängige ambulant behandelt werden, erfolgt dies nahezu ausschließlich unter Substitution. Die Methadon-Substitution wurde für diese Expertise ausgeschlossen, da sich hier die Frage des Zusammenhangs zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg derzeit nicht stellt. Es ist fachlich wie gesundheitspolitisch anerkannt, dass eine Substitution möglichst lange erfolgen soll, und dass therapeutisch angestrebte Verkürzungen der Substitution in aller Regel zum raschen Rückfall führen. Insofern wurde der gesamte Bereich der Methadon-Substitution aus der Expertise ausgeschlossen. Darüber hinaus wurden auch Behandlungen ausgeschlossen, die sich von der Zielsetzung und den Inhalten so weit von der umfassenden Entwöhnungsbehandlung unterscheiden, sodass ein Vergleich keinen Sinn macht. Dies gilt für reine Behandlungen der Begleit- und Folgeerkrankungen, da hier die üblichen medizinischen Kriterien für die Therapiedauer gelten, sowie für alle Maßnahmen, die von Selbsthilfegruppen durchgeführt werden. Zusammenfassend steht im Mittelpunkt die umfassende, abstinenzorientierte Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen, deren Behandlungsdauer seit Jahren in der internationalen Literatur kontrovers diskutiert wird, und seit der Verkürzung der Behandlungszeiten durch die Rentenversicherungsträger auch in Deutschland. Diese wird in Europa überwiegend, aber nicht ausschließlich, stationär durchgeführt.

### *Methodische Probleme bei der Informationsgewinnung*

Die Fachliteratur wird in Frankreich und in Italien überwiegend, in den Niederlanden und in Schweden zu einem großen Teil nicht in Englisch publiziert. Dies gilt insbesondere für die so genannte »graue Literatur«, das heißt für Manuskripte und Veröffentlichungen außerhalb des internationalen Zeitschriftenwesens, die aber gerade für uns in Hinblick auf die Beschreibung der Therapien relevant sind. Zwar wurden teilweise von den Autoren Übersetzungen aus dem Italienischen und Schwedischen veranlasst, doch führen die Sprachprobleme dazu, dass wir uns in Hinblick auf die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben in den nicht englischsprachigen Ländern vor allem auf die Interviewpartner verlassen mussten. Auch die in die EBDD gesetzte Hoffnung, sie könne gerade zum Themenkomplex I viele Informationen zum Drogenbereich beitragen, konnte trotz mehrfacher Bemühungen aufgrund der unzureichenden Datenbasis der EBDD nicht erfüllt werden. Es kann deshalb nicht ausgeschlossen werden, dass aufgrund dieses »Filters« einzelne Informationen unzureichend bzw. verzerrt erhalten und ausgewertet wurden. Durch den nicht immer erfolgreichen Versuch, mehrere Interviewpartner pro Land auszuwählen bzw. die Einbeziehung europäischer Überblicksarbeiten (z. B. EBDD zum Drogenbereich und Überblicksarbeiten über die Behandlung in verschiedenen Staaten von der Arbeitsgruppe um Klingemann) wurde aber versucht, diese mögliche Fehlerquelle auszuschließen bzw. gering zu halten.

### **2.2 Methodisches Vorgehen für die Auswertung des Therapieerfolgs und des Zusammenhangs mit der Therapiedauer bzw. anderen Variablen (Themenbereich 2)**

#### *Datenerhebung*

Um eine umfassende Datenbasis zu gewinnen, wurden im ersten Schritt alle verfügbaren Primärstudien, die sich mit der Evaluation von Entgiftung, Entwöhnung für Alkohol- und Drogenabhängige beschäftigen haben, gesammelt. Dabei wurde auch sogenanntes »Graues Material« wie Dissertationen, Institutsberichte, Klinikberichte oder Kongressposter berücksichtigt, um den »Publikation-Bias« und das »file-drawer«-Problem (Brinkmann, 1990; Rosenthal, 1991) gering zu halten. Die Literatursammlung fand auf folgendem Wege statt:

– DIMDI-Recherche in der Sektion »Suchtkrankhei-

ten« mit den allen hier erfassten Dokumentations-systemen wie z. B. Medline, Psyn dex, Embase und zwar mit den Stichworten »Entgiftung«, »Entwöhnung«, »Behandlung«, »Therapie«, »therapy«, »Treatment«, »detoxification« und den Kombinationen von »follow-up«, »Katamnese«, »Erfolg«, »outcome«, »Alkohol«, »Drogen«, »alcohol«, »drugs«, »opiate« sowie »Dauer«, »Länge« bzw. »duration« und »length«.

- Bibliografien und Projektdatenbanken
- Wissenschaftliche Poster und Vorträge der internationalen Kongresse
- Bibliografien der Primärliteratur
- Spezifische Anfragen bei der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) sowie
- Anfragen bei Fachkollegen aus dem europäischen Ausland, um insbesondere Informationen über aktuell laufende Forschungsprojekte zu erhalten.

Eingeschlossen wurden alle Publikationen ab 1980 bis Dezember 1999, die in deutscher und englischer Sprache publiziert wurden (zusätzlich wurden wichtige italienische und eine schwedische Publikationen mit Hilfe von Übersetzern bearbeitet). Für die Durchführung der Meta-Analyse wurden ausschließlich Einzeluntersuchungen aus Europa, für die Erstellung der gesamten Expertise zusätzlich Überblicksarbeiten und Meta-Analysen sowie relevante Einzeluntersuchungen aus den USA ausgewählt.

#### *Probleme bei der Datenerhebung*

Das Ergebnis der Datensuche ist in den verschiedenen Themenbereichen sehr unterschiedlich gewichtet. Insbesondere ist – wie so oft – eine erhebliche US-amerikanische Dominanz festzustellen. Dies wird auch bei der Durchsicht der von europäischen Autoren verfassten Überblicksartikel bzw. durchgeführten Meta-Analysen bestätigt, die als Analysegrundlage in der Hauptsache amerikanische Untersuchungen verwendet haben. Bei den europäischen Forschungsaktivitäten kommt zu der weitaus geringeren Anzahl an Untersuchungen auch das bekannte Problem hinzu, dass die Publikationen meist nur in der Landessprache und nur in wenigen Fällen, und dann auch oft nur in kurzen zusammenfassenden Artikeln, in Englisch abgefasst wurden. Sie sind damit für die ausländische Fachöffentlichkeit nicht verwertbar, da insbesondere für statistische Weiterverarbeitungen zahlreiche spezifische Informationen benötigt werden. Diese können, im Gegensatz zu Informationen über Therapieansätze (vgl. Kap. 2.1), kaum von nationalen An-

sprechpartnern geliefert werden. Für die Patientengruppe der Alkoholabhängigen liegen – aufgrund der längeren »Forschungsgeschichte« – vor allem eine Vielzahl von *Überblicksarbeiten* zur Effektivität verschiedener, meist stationärer Behandlungsformen vor. Für Abhängige von illegalen Drogen überwiegen Publikationen von *Einzelstudien* zur stationären Entwöhnungsbehandlung, in neuerer Zeit auch zur Entgiftung, während die ambulante Behandlung und Nachsorge wenig berücksichtigt sind.

#### *Studien für die Meta-Analyse*

Für die Meta-Analyse wurden in einem zweiten Schritt die Studien ausgewählt, die nach den üblichen Standards (methodische Voraussetzungen) den folgenden Einschlusskriterien genügen:

- Die Therapiedauer musste angegeben sein
- Ergebnisse mussten in Effektstärken umrechenbar sein
- Eindeutige Definitionen der Patientengruppen (reine Alkoholpatienten oder reine Drogenabhängige)
- Publikation in englischer oder deutscher Sprache.

Ausgeschlossen wurden aus methodischen Gründen diejenigen Studien, die die Effektivität von Kurzzeittherapien, Selbsthilfegruppen, Psychopharmaka oder Methadon-Substitution untersuchten. Da es in Deutschland bzw. in Europa in dem untersuchten Zeitraum keine bzw. kaum experimentelle randomisierte Studien gab, wurde auf dieses übliche Einschlusskriterium für Meta-Analysen verzichtet, um die Zahl der einbezogenen Studien nicht noch weiter zu reduzieren. Stattdessen wurden auch die Studien, die eine Prä-Post-Messung berichteten, einbezogen. Aber auch hierbei zeigte sich, dass die Ergebnisse nur bei wenigen Studien in Effektstärken umgerechnet werden können, sodass auch auf dieses Kriterium zugunsten einer möglichst großen Zahl von Untersuchungen für die weitere Analyse verzichtet wurde.

Insgesamt wurden nach dem beschriebenen Selektionsprozess für den Bereich der *Alkoholabhängigkeit* folgende Studien in Europa gefunden:

- Entgiftung ambulant: eine Studie
- Entgiftung stationär: vier Studien
- Entwöhnung ambulant: drei Studien
- Entwöhnung stationär: 26 Studien
- Kombinierte stationäre und ambulante Behandlung: vier Studien.

Dabei ist zu beachten, dass hier tatsächlich die Anzahl der Studien und nicht die der Publikationen berichtet wird. Die Letzte liegt durchaus höher, da die Ergebnisse einer Studie mehrfach publiziert wurden bzw. werden. 29 der 38 Studien aus dem Alkoholbereich stammen aus Deutschland (etwa 75%), fünf Studien aus Großbritannien, je eine aus Österreich, der Schweiz, Italien und Irland. Bei den ausschließlich stationären Entwöhnungsbehandlungen stammt die Mehrheit (22 von 26) aus Deutschland.

Für den Bereich der *Drogenabhängigkeit* wurden wesentlich weniger methodisch brauchbare Untersuchungen gefunden:

- Entgiftung ambulant: zwei Studien
- Entgiftung stationär: zwei Studien
- Entwöhnung ambulant: zwei Studien
- Entwöhnung stationär: 12 Studien.

Auch bei den Studien zu der Evaluation der Behandlung von Drogenabhängigen dominierten Studien aus Deutschland, allerdings in geringerer Höhe: So kommen bei der stationären Entwöhnungsbehandlung sechs der 12 Studien aus Deutschland (50%), zwei aus der Schweiz und je eine aus Schweden, Norwegen, den Niederlanden und Großbritannien.

Die 50 für die Meta-Analyse ausgewählten Studien stammen aus einer Gesamtzahl von etwa 100 Untersuchungen und weit mehr als 100 Publikationen, die für diese Expertise ausgewertet wurden. Dieses auf den ersten Blick auffällige »Missverhältnis« ist bei Meta-Analysen durchaus üblich, da sie hohe methodische Voraussetzungen erfordern. So wurden z. B. in der renommierten Studie von von Süß (1995) 276 von 320 Studien ausgeschlossen.

### 2.3 Zuordnung von Fragestellungen und Formen der Informationsgewinnung

Da die Formen der Informationsgewinnung für die zwei Themenbereiche und die einzelnen Fragestellungen jeweils unterschiedlich gewählt wurden, soll folgende Übersicht zum besseren Verständnis dienen:

Themenbereiche und Fragestellungen	Informationsgewinnung
1. Therapiekonzepte	(ausschließlich Europa)
1.1 Therapieformen	– Experteninterviews
1.2 Therapiedauer	– Experteninterviews – Literaturlauswertung
2. Therapieerfolg	(Schwerpunkt Europa)
2.1 Erfolgskriterien	– Literaturlauswertung
2.2 Therapieerfolge	– Experteninterviews – Überblicksarbeiten – Einzelpublikationen
2.3 Therapiedauer und Therapieerfolg	– Eigene Meta-Analyse (Einzelpublikationen) – Literaturlauswertung Europa * Meta-Analysen * Überblicksarbeiten – Literaturlauswertung USA * Einzelpublikationen * Meta-Analysen * Überblicksarbeiten
2.4 Andere Einflussfaktoren	– Literaturlauswertung Europa – Literaturlauswertung USA

### 2.4 Methodische Probleme bei der Auswertung der Untersuchungen

Ehe in den folgenden Kapiteln Aussagen über die Erfolgskriterien und die Erfolgsquoten verschiedener Therapieformen und über Erfolg in Abhängigkeit von verschiedenen Variablen gemacht werden, sind zunächst drei Hinweise auf die Schwierigkeit der Vergleichbarkeit der verschiedenen Studien in diesem Bereich notwendig. Diese Hinweise beziehen sich sowohl auf die einfache Darstellung der Erfolgskriterien und Erfolgsquoten (Fragestellung 2.1 und 2.2 der Expertise; vgl. Kap. 4 und 5) als auch auf die Analyse des Zusammenhangs von Therapieerfolg und Therapieergebnis (Fragestellung 2.3 und 2.4; vgl. Kap. 6–8).

#### *Unterschiedliche Erfolgsdefinitionen*

Es hat sich gezeigt, dass in der Regel die gleichen Ergebnis-Variablen (in allerdings unterschiedlicher Menge) in den Studien verwendet werden. Allerdings variieren die einzelnen Definitionen dazu erheblich, in welchen Ausprägungen die Variablen vorhanden

sein müssen, um einen Patienten als erfolgreich bezeichnen zu können. Dieser Punkt wird an entsprechender Stelle noch ausführlicher dargestellt, er ist hier nur der Vollständigkeit halber aufgeführt.

#### *Unterschiedliche Berechnungsformen der Erfolgsquoten*

In den einzelnen Studien wurden die Erfolgsquoten, zumeist Abstinenzquoten, sehr unterschiedlich berechnet. Maßgeblich für die Unterschiede ist dabei die jeweils gewählte Teilgruppe für die Berechnung der Quote. Je nachdem welche Bezugsgruppe der Berechnung zugrunde gelegt wird, erhöhen oder verringern sich die Erfolgsquoten. Die positivsten Ergebnisse werden erreicht, wenn z. B. auf die Gruppe der regulären Therapiebeender Bezug genommen wird, die zum Katamnesezeitpunkt erreicht wurde. Die schlechtesten Ergebnisse erhält man dagegen, wenn die Ausgangsstichprobe zugrunde gelegt wird. Insgesamt wurden bei den analysierten Untersuchungen neun verschiedene Berechnungsformen vorgefunden. Bezugsgruppen für die Erfolgsberechnung waren dabei

- 1) Alle regulären Beender und Abbrecher, einschließlich Todesfälle (Ausgangsstichprobe)
- 2) Alle regulären Beender und Abbrecher, ohne Todesfälle
- 3) Alle regulären Beender, einschließlich Todesfälle
- 4) Alle regulären Beender, ohne Todesfälle
- 5) Alle regulären Beender und Abbrecher, die zum Katamnesezeitpunkt erreicht wurden, einschließlich Todesfälle
- 6) Alle regulären Beender und Abbrecher, die zum Katamnesezeitpunkt erreicht wurden, ohne Todesfälle
- 7) Alle regulären Beender, die zum Katamnesezeitpunkt erreicht wurden, einschließlich Todesfälle
- 8) Alle regulären Beender, die zum Katamnesezeitpunkt erreicht wurden, ohne Todesfälle
- 9) Alle regulären Beender und Abbrecher, die zum Katamnesezeitpunkt erreicht wurden, einschließlich Todesfälle und Patienten, die die Befragung verweigern, aber von denen verlässlich bekannt ist, dass sie zum Katamnesezeitpunkt Drogen in beträchtlichem Umfang konsumieren.

In einigen Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum werden die von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie empfohlenen Berechnungsformen (1992), die den Punkten 1, 3, 5, 7 in der o. g. Auflistung entsprechen, angewandt.

In der Regel werden die Ergebnisse dann für alle vier Berechnungsarten dargestellt. Um die Abstinenzquoten der einzelnen Studien vergleichen zu können, wurden sie für diesen Bericht – soweit möglich und soweit in den Studien nicht schon geschehen – anhand der Berechnungsform 1) neu errechnet. Für die untersuchten europäischen Länder liegen solche, per Konsens entwickelten Standardisierungen für Berechnungen wie in Deutschland nicht vor.

#### *Unterschiedliche Katamnesezeiträume und unterschiedlich erfasste Zeitfenster im Katamnesezeitraum*

Für einen Vergleich der Ergebnisse wurde versucht – soweit vorhanden –, die Ergebnisse der Ein-Jahres-Katamnesen gegenüberzustellen. In den Dokumentationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1992) wird die Katamnese ein Jahr nach Behandlungsende als Standardkatamnese empfohlen, da sich in diesem Zeitraum in den meisten Fällen der Suchtmittelgebrauch stabilisiert. Vor allem im Zeitraum bis sechs Monate nach Therapieende findet ein großer Teil der Rückfälle statt. Bei Katamnesen, die weit über ein Jahr hinausgehen, besteht das Problem, dass es schwieriger wird, die Ergebnisse auf die Indextherapie zurückzuführen, da in der Zwischenzeit z. B. weitere Behandlungen oder, vor allem bei Drogenabhängigen, Inhaftierungen stattgefunden haben können. Auch bei gleichem Katamnesezeitraum werden bei den Outcome-Variablen oft unterschiedliche Zeitfenster betrachtet, wie z. B. die letzten drei oder sechs Monate oder der Befragungszeitpunkt, die in der Regel auch für die Erfolgsmessung verwendet werden.

Bei der meta-analytischen Korrelationsstudie und bei der Meta-Analyse wurden nur solche Studien berücksichtigt, die eine Ein-Jahres-Katamnese angaben sowie die Abstinenz auf die gesamte Katamnesezeit bezogen. Insofern sind die hier berichteten Erfolgsquoten sehr konservativ berechnet und liegen wahrscheinlich etwas höher als hier berechnet, wenn man nur den aktuellen Therapieerfolg (das heißt für ein kürzeres Zeitfenster) berücksichtigt.

### 3 Vergleich der Behandlungsformen in Europa

In Kapitel 3 erfolgt die Beschreibung der verschiedenen Behandlungsformen in Europa. In Abschnitt 3.1 werden einige Begriffe aus dem Behandlungsbereich geklärt, die Behandlungssysteme und -formen werden in Abschnitt 3.2 dargestellt. Dieser Abschnitt ist jeweils für die Staaten Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien, die Niederlande und Schweden mit den Gliederungsaspekten (1.) Art und Umfang des Behandlungsangebotes und (2.) die Behandlungsdauer untergliedert.

#### 3.1 Begriffsklärungen

##### *Entgiftung*

Die Entgiftung stellt eine im Rahmen der Behandlung Substanzabhängiger wichtige und bei einer abstinenzorientierten Behandlung zumeist erste Maßnahme dar, die eine Unterbrechung des Konsums und das Erreichen einer vorläufigen Abstinenz des Abhängigen zum Ziel hat. Unter dem Begriff »Entgiftung« (auch Entgiftungs- oder Entzugsbehandlung) wird die Gesamtheit der Maßnahmen zur Beseitigung der in den Körper gelangten (toxischen) Substanzen bzw. der damit verbundenen Stoffwechselveränderungen zusammengefasst. Bei einigen Substanzen ist dies wegen der Gefahr des Auftretens lebensbedrohlicher Gegenregulation nur schrittweise und/oder mit Unterstützung von sedierenden Medikamenten möglich; bei anderen erfolgt die Entgiftung ohne Medikamentenzugabe (sog. kalter Entzug) oder akupunkturgestützt. Diese traditionellen Entzugsbehandlungen sind in der Regel auf medizinische Interventionen beschränkt und werden entweder als Akutbehandlung nach einem Drogen- bzw. Alkoholnotfall oder als Voraussetzung für eine nachfolgende Entwöhnungsbehandlung durchgeführt (Görge, Hartmann, Möller und Oliva, 1996). Erst in den letzten Jahren wurde das Spektrum der Entgiftungsbehandlung sowohl für Alkohol- als auch für Drogenabhängige um den so genannten »qualifizierten Entzug« erweitert, obwohl erste Programme nach entsprechenden Forschungsvorhaben bereits ab etwa 1975 vorlagen (z. B. de Jong und Bühringer, 1978; Kraemer und de Jong, 1980). Er stellt eine Erweiterung des oben beschriebenen traditionellen Konzeptes dar, da hier über die medizinischen Maßnahmen hinaus eine psychotherapeutische bzw. psychosoziale Behandlung zusätzlich durchgeführt wird. Die Informationsvermittlung, die

Motivationsentwicklung und die Rückfallprophylaxe spielen in Form von Einzel- und Gruppengesprächen als weitere zentrale Komponenten eine wichtige Rolle.

Speziell für reine Opiatabhängige gibt es seit wenigen Jahren noch die Möglichkeit des so genannten »Turbo-Entzugs« (Küfner et al., 1999). Dabei wird durch Einsatz von Opiatantagonisten der körperliche Entzug beschleunigt. Diese Maßnahme wird aufgrund der hohen Belastung für den Betroffenen stationär unter Vollnarkose auf der Intensivstation durchgeführt. Dabei kann die Entgiftungsphase auf ca. sechs bis zehn Stunden verkürzt werden.

Die Entgiftung kann ambulant oder stationär erfolgen. Im Bereich der Alkoholabhängigkeit ist im Falle von weniger schwerer Abhängigkeit die ambulante Form üblich, nur bei schweren Abhängigkeitsbildern ist ein stationärer Klinikaufenthalt notwendig. Abgesehen von den Akutbehandlungen nach Drogennotfällen sind die Zugangsvoraussetzungen eher hochschwierig, es besteht jedoch die Tendenz zunehmend auch niedrigrschwellige und/oder qualifizierte Entzugsbehandlungen anzubieten.

##### *Entwöhnungsbehandlung*

Die Entwöhnungsbehandlung, in einer auch soziale und berufliche Maßnahmen umfassenden Form auch als medizinische Rehabilitation bezeichnet, findet in der Regel im Anschluss an die Entgiftung statt. Ihr Ziel ist es, die erreichte Abstinenz zu festigen und dauerhaft das Konsumverhalten positiv zu verändern. Die Behandlung ist in der Regel psycho- und soziotherapeutisch ausgerichtet, wobei je nach Einrichtung unterschiedliche therapeutische Richtungen, zumeist aber ein eklektischer Ansatz verfolgt wird. Die Entwöhnung kann ambulant, teilstationär oder stationär erfolgen. Die ambulante Entwöhnung wird (in Deutschland eher selten) von Suchtberatungsstellen, suchtmmedizinischen Fachambulanzen, im Falle von Alkoholabhängigen auch von suchtmmedizinisch ausgebildeten Ärzten oder Selbsthilfe-Vereinigungen (z. B. AA) durchgeführt. Für den Bereich der stationären Entwöhnung sind die entsprechenden Behandlungseinrichtungen Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern oder psychiatrischen Kliniken, Suchtfachkliniken oder therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige. Letztere sind Einrichtungen, in denen Drogenabhängige nach den Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft drogenfrei zusammenleben. Das Leben in der Gruppe ist nach festen Regeln strukturiert und organisiert und soll auf ein späteres drogenfreies Leben in der Gesellschaft vor-

bereiten. Darüber hinaus gibt es sowohl im ambulanten als auch stationären Setting Behandlungsangebote für spezifische Zielgruppen, wie z. B. abhängige Frauen oder Jugendliche.

Die medizinische Rehabilitation im umfassenden Sinne der Wiederherstellung bzw. Sicherung der Erwerbsfähigkeit und sozialen Integration sowie der damit verbundenen Voraussetzungen (z. B. Belastbarkeit am Arbeitsplatz) wird traditionell stationär mit dem Ziel der Abstinenz durchgeführt. Zunehmend, aber absolut gesehen noch in geringem Umfang, wird die ambulante, abstinenzorientierte Rehabilitation angeboten. Darüber hinaus liegen Ergebnisse eines Forschungsprojekts zur medizinischen Rehabilitation unter übergangsweisem Einsatz von Methadon vor (Küfner, Vogt und Weiler, 1999).

#### *Nachsorge (Integrationshilfen)*

Unter Nachsorge bzw. Integrationshilfen sind alle Maßnahmen zu verstehen, die der Wiedereingliederung von substanzabhängigen Menschen oder Menschen mit riskantem Konsum von psychotropen Substanzen dienen. Das soziale Umfeld mit seinen strukturellen Bedingungen (Wohnung, Beruf, Lebensunterhalt, Freizeit etc.) und die damit zusammenhängenden Aufgaben und Anforderungen an die Patienten (z. B. Selbstversorgung, familiäre Pflichten, soziale Regeln und Normen) sind Bereiche, in denen Integrationshilfen angeboten werden. Diese Maßnahmen können auch bereits im Rahmen von ambulanter Betreuung oder im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung und von Betreutem Wohnen erfolgen, und reichen dann bis in die Nachsorge hinein. Das heißt, dass diese Maßnahmen nicht notwendigerweise erst »nach der Entwöhnungsbehandlung«, sondern an unterschiedlichen Stellen des Verbundsystems der Suchtkrankenhilfe ansetzen können. Ziele der Integration sind dabei, die Patienten zu motivieren, sich regelmäßigen Anforderungen zu stellen und durch die Bewältigung dieser Anforderungen wieder Erfolgserlebnisse zu haben. Integrationshilfen sind auf vielfältige Weise möglich: Sie können sich sowohl auf die Unterstützung bei der Freizeitgestaltung, auf Wohnungsmöglichkeiten, auf Arbeitsprojekte oder aber auch auf längerfristige Betreuungen und Beratungen mit Maßnahmen der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung, Krisenintervention und Rückfallprophylaxe beziehen.

## **3.2 Darstellung der Behandlungssysteme und -formen in den einzelnen Staaten**

Im Folgenden wird das therapeutische Versorgungsangebot der einzelnen Länder und die Behandlungsdauer beschrieben.

### *3.2.1 Deutschland*

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch eine hohe gewachsene Komplexität gekennzeichnet. Eine Vielzahl von unabhängigen Institutionen nimmt darin Steuerungs-, Aufsichts-, Leistungs- und Finanzierungsfunktionen wahr. Auf Bundesebene ist die zentrale gesundheitspolitische Einrichtung das Bundesministerium für Gesundheit in dessen Zuständigkeit alle bundesweit relevanten Belange des Gesundheitswesens fallen. Ihm sind einige nachgeordnete Behörden unterstellt (z. B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte), die in Teilbereichen der Gesundheitsversorgung tätig sind. Einige Bereiche des Gesundheitswesens wie die Rehabilitation, die Pflege und der Arbeitsschutz fallen in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Auf der Ebene der einzelnen Bundesländer tragen die Ministerien, in denen die Gesundheits- und Sozialressorts angesiedelt sind, die zentrale Verantwortung für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens. Dazu gehören Aufgaben wie z. B. die Krankenhausplanung oder die Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die Leistungen des Gesundheitswesens werden in Deutschland zu ca. zwei Drittel durch Sozialversicherungsbeiträge finanziert, die an die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, Sozialversicherungen wie Renten- und Unfallversicherungen entrichtet werden. Etwa 90% der Bevölkerung sind in den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) versichert, entweder als Pflichtversicherte, freiwillig Versicherte (ca. 12%) oder Mitversicherte (Familienmitglieder). Vollversicherte Mitglieder in privaten Krankenversicherungen sind etwa 9% der Bundesbürger, ein Teil der gesetzlich Krankenversicherten (ca. 12%) hat private Zusatzversicherungen. Für den geringen Anteil der Bevölkerung, der nicht krankenversichert ist, übernehmen die Sozialämter die Behandlungskosten. Der Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenkassen umfasst eine Vielzahl von Leistungen zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung. Ein Teil der Leistungen ist zuzahlungs-

pflichtig. 1994 betrug der Anteil der Zuzahlungen bzw. direkten Käufe von Gesundheitsgütern 11,7% und ist damit im europäischen Vergleich eher niedrig.

Die gesetzlichen Grundlagen für die gesetzlichen Krankenkassen und die Rentenversicherungen bilden Teile des Sozialgesetzbuches. Hier sind im Falle der GKV die drei Grundprinzipien ihres Handlungs- und Organisationsbereiches festgelegt: das (1) Bedarfsprinzip, nach dem Leistungen allein nach dem medizinischen Bedarf und nicht nach der Höhe der entrichteten Beiträge dem Versicherten gewährt werden; das (2) Solidarprinzip, nach dem sich die Höhe der Beitragszahlungen nach dem Einkommen richtet und mitversicherte nicht erwerbstätige Familienmitglieder kostenlos mitversichert werden und (3) das Sachleistungsprinzip, nach dem die versicherten Versorgungsleistungen vorrangig gewährt werden. Für die gesetzlichen Rentenversicherung sind hier die verschiedenen Rentenformen und auch die Aufgabe festgeschrieben, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu erhalten, zu verbessern und wiederherzustellen (Rehabilitation).

#### *Art und Umfang des Behandlungsangebotes*

In Deutschland gibt es ein umfangreiches Versorgungssystem für Personen mit Abhängigkeitskrankungen. Für die Behandlungsbereiche Entgiftung und Entwöhnung gibt es ambulante, stationäre und teilstationäre Angebote.

*Entgiftungsbehandlungen* werden in der Regel im stationären Setting auf internistischen Stationen in Allgemeinkrankenhäusern sowie psychiatrischen oder toxikologischen Abteilungen von Universitätskliniken oder Psychiatrischen Landeskrankenhäusern durchgeführt. Für die Entgiftung im traditionellen Sinne stehen derzeit ca. 15 000 Plätze zur Verfügung.

Die *Entwöhnungsbehandlung*, die sich möglichst nahtlos an die Entgiftungsmaßnahme anschließen soll, kann je nach Diagnose und Indikation entweder in einer anerkannten psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstelle mit integriertem Gesamtangebot angetreten werden (ambulante medizinische Rehabilitation), oder in einer spezialisierten Fachklinik bzw. der Entwöhnungsabteilung eines psychiatrischen Krankenhauses, oder in einer therapeutischen Gemeinschaft (stationäre medizinische Rehabilitation). Es handelt sich entweder um eigene Einrichtungen der Rentenversicherungsträger oder um vertraglich verpflichtete Einrichtungen freier Träger. Die medizinische Rehabilitation erfolgt derzeit immer in abstinenzorientierten Settings.

Für suchtkranke Patienten stehen für die ambulan-

te medizinische Rehabilitation in Behandlungseinrichtungen, die nach der Empfehlungsvereinbarung »Ambulante Rehabilitation Sucht« anerkannt sind, ca. 10 400 Plätze zur Verfügung, für die stationäre medizinische Rehabilitation 14 550 vollstationäre Entwöhnungsbetten und 6250 Plätze für eine qualifizierte Entgiftung (Holz und Leune, 1999).

Etwa 1390 ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen (Holz und Leune, 1999) in Trägerschaft der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege oder kommunaler bzw. öffentlich-rechtlicher Trägerschaft haben 1998/1999 vielfältigste Beratungs- und Behandlungsangebote für ca. 275 000 Hilfesuchende angeboten. Der Großteil dieser Zentren ist auf Alkohol oder Drogen spezialisiert.

Tageskliniken, Übergangseinrichtungen und das betreute Wohnen werden zu den teilstationären Angeboten gerechnet. Diese teilstationären Leistungen werden anstelle einer stationären medizinischen Rehabilitation oder als diese ergänzend durchgeführt. In der Regel werden die Patienten in der Anbindung an stationäre Einrichtungen tagsüber behandelt (Finanzierung über die Krankenversicherung) und verbringen aber die Nacht und das Wochenende zu Hause. Nach Holz und Leune (1999) gibt es 259 Einrichtungen, die Betreutes Wohnen anbieten, sowie 253 Einrichtungen für chronisch-mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke.

#### *Dauer der Behandlung*

Eine *stationäre Entzugsbehandlung* dauert in Deutschland in der Regel zwischen sieben und maximal 14 Tage.

Die Therapiezeiten für die *stationäre Entwöhnungsbehandlung* Abhängiger werden seit einigen Jahren immer kürzer. Nach dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) haben die Leistungsträger die Behandlungsdauer pauschal beschränkt. Die BfA und einige weitere RV-Träger mildern die negativen Auswirkungen durch die Einrichtung eines so genannten »Zeitbudgets«, das individuelle Therapiezeiten im Rahmen eines einrichtungsbezogenen Zeitvolumens erlaubt (Schuler, 1998). Von ursprünglich 12 bis 24 Monaten für *Drogenabhängige* reduzierte sich die Therapiezeit auf 18, 15, 12 und zuletzt im Jahre 1997 aufgrund des WFG (Bereich Rentenversicherung) und des Beitragsentlastungsgesetzes (Krankenversicherung) auf 10 Monate.

In einer gemeinsamen Rahmenempfehlung für Leistungsträger verabschiedete der Verband der Rentenversicherungsträger:

- Begrenzung der Therapiezeiten für Alkohol- u. Medikamentenabhängige auf bis zu 16 Wochen (Holz und Leune, 1999). Einzelne Leistungsträger haben die Zeiten noch weiter verkürzt: z. B. auf 3 Monate für Alkohol- u. Medikamentenabhängige, bzw. es wird keine Überschreitung der Therapiezeiten mehr zugelassen (Weissinger, 1997; DHS Jahrbuch Sucht 98, S. 167ff).
- Begrenzung der Therapiezeiten für Drogenabhängige auf bis zu 10 Monate. Seit 1997 werden Drogenabhängige in einer Regelzeit von 6 Monaten zzgl. einer Adaptionsphase von 4 Monaten behandelt.
- Begrenzung der Dauer von Adaptionsmaßnahmen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen auf einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen.

Die Verkürzung der Behandlungszeiten wird durch die Ergebnisse des Dokumentationssystems BADO der AHG-Gruppe mit einer durchschnittlichen Verweildauer von etwa 93 Tagen für *Alkohol- und Medikamentenabhängige* bestätigt (Hüllinghorst, 1997). Im Gegensatz dauerte die Entwöhnung für Alkohol- und Medikamentenabhängige vor 1997 ca. 105 Tage (Variation zwischen 6 Wochen und 4 Monaten; Hüllinghorst und Lehner, 1997).

Nach den Daten des Dokumentationssystems für stationäre Einrichtungen SEDOS waren im Jahre 1998 nur noch 8% der Patienten länger als 4 bis 6 Monate in Behandlung, im Jahre 1996 waren es noch 27%. Im Gegensatz dazu stieg der Anteil der Patienten mit kürzeren Behandlungszeiten deutlich an: 52% wurden 1998 8 Wochen bis 4 Monate behandelt (34% in 1996).

Auch für Wiederholungsbehandlungen steht seit dem Spargesetz im Durchschnitt deutlich weniger Therapiezeit zur Verfügung. Die Behandlungsdauern wurden von den Rentenversicherungsträgern auf 6, 8 oder 10 Wochen gekürzt; nur noch wenigen Wiederholern wird eine Behandlung von 4 Monaten genehmigt (Zemlin, Herder und Dornbusch, 1999).

### 3.2.2 Frankreich

Für das Gesundheitswesen in Frankreich gilt zum einen das Prinzip der Solidarität, das sich darin äußert, dass eine universelle Pflichtversicherung für die ganze Bevölkerung vorhanden ist. Zum anderen ist das Gesundheitswesen aber wenig reguliert, da Ärzte sich frei niederlassen können und Patienten Ärzte und Krankenhäuser frei wählen dürfen. Staatliche Organe oder solche, die im Auftrag des Staates handeln, sind

für die Entwicklung und Kontrolle der Gesundheitsstrukturen verantwortlich. Das sind auf staatlicher Ebene das Arbeits- und Sozialministerium (Ministère de Travail et des Affaires Sociales) sowie auf regionaler Ebene die DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) und auf der Ebene der Départements die DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales). Die Krankenversicherung ist eine der Sozialversicherung zugeordnete Pflichtversicherung (Sécurité Sociale). 80% der Bevölkerung sind unter dem so genannten Régime Général versichert, weil sie abhängig beschäftigt oder Angehörige abhängiger Beschäftigter sind. Für die restliche Bevölkerung bestehen andere Krankenkassen, in denen ausschließlich Angehörige bestimmter Berufsgruppen (z. B. Landwirte, Selbständige) ebenfalls pflichtversichert sind.

Die medizinische Rehabilitation ist dem Krankenhaussektor zugeordnet, die Einrichtungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation gehören zum sozialen und sozialmedizinischen Sektor. Der 1996 ratifizierte Plan Juppé sah eine grundlegende Reform des Sozial- und Gesundheitssystems vor. Das Ziel dabei war es, eine Vernetzung von Gesundheits- und Sozialstrukturen wie von öffentlichen und privaten Anbietern zu erreichen.

#### *Art und Umfang des Behandlungsangebots*

Behandlungen von *Abhängigen* werden in Frankreich entweder in spezialisierten Sucht-Einrichtungen, im allgemeinen Gesundheitssystem oder in allgemeinen Einrichtungen durchgeführt, die soziale Dienste anbieten. Spezialisierte Behandlungen im Bereich der Entwöhnungsbehandlung werden insbesondere im Rahmen von psychologischer Betreuung und Nachsorge angeboten, wohingegen Entgiftung und medizinische Maßnahmen in nicht spezialisierten Einrichtungen erfolgen.

1993 gab es 1080 spezialisierte Einrichtungen; dabei sind Psychiater, Allgemeinmediziner und Psychologen in die Behandlung von Drogen- und Alkoholabhängigkeiten einbezogen. In Frankreich macht sich eine Trennung in öffentliche und private Einrichtungen bemerkbar. Etwa 93% aller Nachsorgeprogramme werden z. B. in privaten Einrichtungen angeboten. Im Gegensatz dazu bietet der öffentliche Sektor 75% der Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlungen an. Therapeutische Gemeinschaften (z. B. »Le Patriarche«) werden anders als in anderen europäischen Ländern nicht staatlich unterstützt bzw. finanziert.

Nach den vorliegenden Informationen werden

Schwerabhängige oder Patienten mit gravierenden somatischen Folgeerscheinungen ihrer Abhängigkeitserkrankung (z. B. Aids-Kranke) eher im öffentlichen und die Patienten mit durchschnittlichen somatischen Störungen und einer eher psychosozialen Problematik in privaten Einrichtungen behandelt.

1995 nahmen insgesamt 1057 spezialisierte Zentren Drogenabhängige nach der Entgiftung zur *Entwöhnungsbehandlung* auf. Dabei stehen Wiedereingliederung in sozialer und beruflicher Hinsicht im Mittelpunkt. 33 Netzwerke von Pflegefamilien, in die sich mehr als 200 Familien eingliedern und 53 Netzwerke von therapeutischen Wohngemeinschaften stehen dabei den stationären und ambulanten Zentren zur Seite.

Die *Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen* erfolgt stationär in Krankenhäusern und ambulant in spezialisierten Einrichtungen, die sich von den Einrichtungen für Konsumenten illegaler Drogen unterscheiden.

182 ambulante Zentren gewährleisten die edukative, soziale und psychologische *Nachsorge*. Sie arbeiten im Vorfeld der sozialen und beruflichen Eingliederung.

#### *Dauer der Behandlung*

Die *Entgiftungsbehandlung* beginnt in der Regel mit einer fünf- bis sechstägigen Phase ohne Medikamentengabe in öffentlichen Krankenhäusern. Diese Phase kann jedoch unter Umständen sowohl verkürzt als auch verlängert werden. In den spezialisierten Einrichtungen zur *Entwöhnungsbehandlung*, die die Drogenabhängigen nach Beendigung der Entgiftung aufnehmen, bleiben sie zwischen drei bis zwölf Monaten. Im Durchschnitt beträgt ihr Aufenthalt etwa 85 Tage.

### *3.2.3 Großbritannien*

Großbritannien gehört zu den europäischen Ländern, deren Gesundheitswesen zu einem Großteil (ca. 73%) direkt aus Steuern finanziert wird. Der National Health Service bildet die zentrale staatliche Organisation der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Er ist für die ambulante, stationäre und zahnmedizinische Versorgung zuständig. Der größte Teil der Leistungen ist für die Patienten kostenlos. Die Local Authorities, die Städte und Gemeinden haben für ausreichenden Zugang zu den Sozialdiensten zu sorgen. Die kommunalen Gesundheitsverwaltungen (Health Authorities) fungieren nur noch als Einkäufer von Gesundheitsleistungen. Dadurch haben die Health Authori-

ties die Möglichkeit, die Krankenhäuser bezüglich ihrer Qualität zu kontrollieren und eine maximale Wartezeit für die Patienten festzulegen. Auch Allgemeinärzte (GP, general practitioners) haben eine »Einkäuferrolle«: Als General Practice Fund Holder bieten sie einerseits hausärztliche Leistungen an und haben aber gleichzeitig auch die Rolle von Einkäufern von Krankenhaus- und Facharztleistungen.

#### *Art und Umfang des Behandlungsangebotes*

Das englische Behandlungssystem besteht aus einigen Schlüsseleinrichtungen und Leistungen wie:

- Stationäre bzw. teilstationäre Rehabilitation (residential rehabilitation) für Drogen- und Alkoholabhängige
- Fachstationen für Drogen- und Alkoholabhängige (drug dependency units, DDU) in psychiatrischen Krankenhäusern
- Kliniken
- Stationäre Behandlung und Entgiftung in Allgemeinkrankenhäusern oder privaten Kliniken
- Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen (community based drug treatment centers)
- Ambulante gemeindeorientierte Drogenteams (community drug teams)
- Beratungsstellen und Ambulanzen (drug counseling and advice centers)
- Allgemeinärzte (general practitioners).

Eine 1994 durchgeführte Studie weist darauf hin, dass die stationären Drogentherapieprogramme in England von 16 stationären Einheiten des NHS (National Health Service), 52 freiwilligen Organisationen, 18 privaten Organisationen und 8 sonstigen angeboten werden (MacGregor et al., 1994). Diese identifizierte 475 Einrichtungen:

- 47 Therapiezentren bzw. Kliniken, die nach dem Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft arbeiten
- 57 sonstige Einrichtungen
- 86 ambulante gemeindeorientierte Drogenteams
- 49 Einrichtungen mit inadäquaten Angeboten
- 112 Beratungsstellen
- 30 Krankenhäuser oder Kliniken, die auf DDU basieren
- 94 stationären Rehabilitationsplätzen.

Je nach Geografie sieht die Dichte und die Angebotsstruktur in England sehr unterschiedlich aus. Es fällt eine hohe Variabilität und Diversität der Angebote und eine Zunahme der lokalen Einflussnahme auf das Behandlungssetting auf.

Die stationären Programme in den Krankenhäusern bieten medizinisch überwachte *Entgiftungen* an, die mit einigen psychosozialen und rehabilitativen Angeboten unterstützt werden.

Zurzeit werden die *stationären Entwöhnungsbehandlungen* in England sowohl in spezialisierten Suchtstationen wie in allgemeinen psychiatrischen Stationen durchgeführt. Die stationären Rehabilitationsprogramme arbeiten nach unterschiedlichen Ansätzen: nach dem Zwölfschritt- als auch dem Minnesota-Modellprogramm, nach dem Ansatz der therapeutischen Gemeinschaften oder Konzepthäuser, General Houses oder Christian Houses (Preston und Malinowski, zit. nach Gossop et al., 1999). Die Entwöhnungsprogramme variieren des Weiteren hinsichtlich ihrer Struktur, Intensität oder Therapiedauer.

#### *Dauer der Behandlung*

*Entwöhnungsbehandlungen* in den stationären Einrichtungen auf freiwilliger Basis dauern zwischen sechs Wochen und über sechs Monate (Cook, 1995). Diese beachtliche Varianz zeigt sich auch in der groß angelegten NTORS-Studie (The National Treatment Outcome Research Study; Gossop et al., 1999). Die in die NTORS-Studie eingegangenen acht stationären Einheiten, in der opiatabhängigen Patienten behandelt werden (DDU), bieten in der Regel typischerweise *Entgiftung plus Rückfallprävention* mit einer Dauer zwischen zwei und fünf Wochen an. Die *Rehabilitationsprogramme*, die in NTORS eingingen, bestehen aus zwei Typen. Die erste Gruppe besteht aus Kurzzeitrehabilitationsprogrammen, die zwischen sechs und 12 Wochen dauern. Diese Einrichtungen bieten neben der Entgiftung einige psychosoziale begleitende Dienste an. Die zweite Gruppe der Rehabilitationsprogramme im NTORS, die in der Regel Therapiezeiten mit länger als drei Monaten aufweisen, haben eine faktische Dauer zwischen 13 und 52 Wochen. Die Medianwerte für die tatsächliche Therapiedauer betragen für die stationären Entgiftungseinrichtungen 15 Tage, für die Kurzzeitrehabilitationseinrichtungen 42 Tage sowie für die Langzeitrehabilitationseinrichtungen 70 Tage.

#### 3.2.4 Italien

Der nationale Gesundheitsdienst Italiens unterscheidet drei Verwaltungsebenen, die nationale, regionale und lokale. 1992 bzw. 1993 wurde die Finanzierung des nationalen Gesundheitsdienstes grundlegend reformiert. Die Regionen sind seither für die Finanzie-

rung ihres Gesundheitsangebots selbst verantwortlich. Sie erhalten zwar weiterhin Gelder aus dem Nationalen Gesundheitsfond, aber die Subventionen aus dem Staatshaushalt werden auf einen vorher vereinbarten Umfang festgeschrieben. Lokale Einrichtungen des Gesundheitswesens werden mit einem eigenständigen Rechtsstatus zum Sparen von Ressourcen im Gesundheitsangebot angehalten. Die neue Budgetverantwortung veranlasste die zuständigen Behörden erstmals zur Kontrolle von Arzneimittelpreisen und Krankenhausaussgaben. Als Folge haben sich die lokalen staatlichen Gesundheitseinrichtungen aus dem sozialmedizinischen Bereich zurückgezogen. Die Verantwortung hierfür ist ganz den Kommunen übergeben worden, sodass die Konsequenzen insbesondere im Bereich der Rehabilitation im Sinne eines stärker begrenzten Angebots spürbar werden. Rehabilitation ist nur noch einseitig auf den stationären Rehabilitationsprozess orientiert. Es fehlt an teilstationären Wohnheimen sowie an beruflicher und sozialer Rehabilitation. In diesem Bereich sind private soziale Kooperativen zuständig, die von den Kommunen ein Budget für jeweils maximal ein Jahr bekommen.

#### *Art und Umfang des Behandlungsangebots*

In Italien ist das Behandlungssystem stark vernetzt. Es gibt viele öffentliche Einrichtungen, die für vier Fünftel der behandelten *Drogenabhängigen* in Italien zuständig sind. Insbesondere handelt es sich dabei um ambulante Einrichtungen, die allen Bedürftigen kostenfreie Behandlung anbieten. In der Regel dauert die Behandlung einige Stunden pro Tag. Für den Bereich der ambulanten medizinischen Behandlung ist die Organisation SERT (Servizio Tossicodipendenza) zuständig. Jede Behandlungseinheit – SE – muss ein SERT aufweisen, dabei kommen auf eine SE ca. 200 000 Einwohner. Kleine SERTs betreuen Alkohol- und Drogenabhängige zusammen in einer Abteilung – größere SERTs in getrennten Abteilungen.

Ein Teil der öffentlichen Einrichtungen bietet auch stationäre Behandlungen an. Das Behandlungskonzept umfasst hier medizinische, pharmakologische, psychologische und psychotherapeutische, soziale und administrative Hilfen.

Daten, die von SERT erhoben wurden, zeigen, dass 1996 36% der von SERT behandelten Patienten in rein psychosozialen und/oder Rehabilitationsprogrammen waren, während sich Therapien mit Methadon auf 42% beliefen – davon 15% in Kurzprogrammen und 27% in verlängerten Programmen.

Ein Vergleich der Daten von 1991 bis 1996 zeigt

nicht nur, dass ein niedrigerer Prozentsatz der Patienten ausschließlich durch psychosoziale Interventionen behandelt wurden (40% 1993), sondern auch, dass 1996 36% der Behandlungen von Drogenabhängigen nicht mehr psychosozial-abstinent orientiert waren, sondern auf einer Methadonbehandlung basierten. Man beobachtete einen Anstieg der Zahl der Patienten, die in verlängerten Programmen mit Methadon behandelt wurden, und zwar von 9% (1991) auf 27% (1996).

Neben den öffentlichen Einrichtungen gibt es im Suchthilfereich auch private Anbieter, vor allem im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung, die zum Teil von konfessionellen Organisationen angeboten wird. Diese privaten Einrichtungen gewinnen in Italien immer mehr an Bedeutung. Ein Grund dafür ist zum einen ein gemeindeorientierter Ansatz und zum anderen ihre globale und ständige Unterstützung für Drogenabhängige. Die Drogenabhängigen müssen entweder für die Einrichtung arbeiten oder sie müssen die Therapie mitfinanzieren. Diese Einrichtungen werden sowohl privat als auch öffentlich finanziert. Sie müssen im Vergleich zu den öffentlichen Einrichtungen nicht jeden Abhängigen akzeptieren und können sich die Patienten aussuchen. Viele dieser Einrichtungen sind durch amerikanische Modelle wie Synanon oder Phoenix House beeinflusst worden.

Für Drogenabhängige gibt es fast keine speziellen *Entgiftungsstationen* in den Allgemeinen Krankenhäusern, während Alkoholabhängige in den Abteilungen der Inneren Medizin oder der Gastroenterologie entgiftet werden. Eine stationäre Behandlung und medizinische Versorgung wird nur bei schweren entzugsbedingten, medizinischen Komplikationen durchgeführt. Um diese Lücke zu füllen wurde vorgeschlagen, Entgiftung innerhalb der Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaften vorzunehmen, deren medizinische Versorgung von SERT übernommen wird und in die sozial-rehabilitativen Kompetenzen der Gemeinschaften fällt.

Bisher werden 90% der Entgiftungsbehandlungen von SERT ambulant durchgeführt. Insgesamt haben über 81% der von SERT durchgeführten Behandlungen – direkt oder durch einen Facharzt in einem Allgemeinen Krankenhaus – ausschließlich die Entgiftung zum Ziel.

1368 Therapeutische Gemeinschaften behandeln stationär. Die Kriterien zur Auswahl der Patienten, die Behandlungsmethode und die Qualifikation des Personals variieren in großem Maße. Folgende Behandlungsarten werden von den Therapeutischen Gemeinschaften angeboten:

- Psychotherapeutisch orientierte Behandlung mit wissenschaftlich – professioneller Ausrichtung  
Diese Gemeinschaften – sowohl öffentliche, als auch private – machen weniger als 15% der stationären Einrichtungen aus. Ihre finanzielle Unterstützung wird vom Lokalen Gesundheitsverband geleistet. In Einzelfällen muss der Patient allerdings selbst bezahlen. Zum Programm gehören psychotherapeutische Unterstützung, variierend von Beratung bis zu Gruppentherapie, systemische Therapie und kognitiver Verhaltenstherapie. Die Ausbildung des Personals wird von der Landesregierung oder von nicht staatlichen Organisationen durchgeführt.
- Hierarchisch orientierte Therapeutische Gemeinschaften  
Diese gehören hauptsächlich zu den nicht-staatlichen Organisationen. Der Großteil gehört zur Katholischen Kirche und bietet ein therapeutisches Programm an, das auf einem »holistischen« Zugang beruht. Dazu gehören Unterstützung durch Selbsthilfe-Gruppen, Ergotherapie, pädagogisches Training und manchmal Beratung und psychotherapeutische Unterstützung auf niedrigem Niveau. Das Personal besteht aus ehemalig Abhängigen und wenigen ausgebildeten Mitarbeitern.
- Sozial-rehabilitative Therapeutische Gemeinschaften  
Diese Art von Gemeinschaft repräsentiert die Mehrzahl der Einrichtungen, die von nicht staatlichen Organisationen oder sozialen Kooperativen geleitet werden. Ihre Philosophie basiert hauptsächlich auf gemeinschaftlichem Leben außerhalb des alten Umfelds des Patienten. Erziehung zu sozialen Beziehungen, Ergotherapie, berufliche Orientierung und Training sind die Hauptinterventionen.

In den letzten Jahren errichteten SERT und die Therapeutischen Gemeinschaften zahlreiche teilstationäre Einrichtungen, die von Tageskliniken bis zu niedrigschwelligen Angeboten reichen. Hier werden Beratung, erste pharmakologische Hilfe oder psychosoziale Unterstützung für Drogenabhängige mit nicht klar definierter Motivation zur Therapie bis zu einem systematischeren psychosozialen Programm angeboten.

Die Nationale Stiftung gegen Drogenmissbrauch unterstützt viele *Nachsorge*programme für Abhängige

ge, die das therapeutische Programm abgeschlossen haben. Sie bietet ihnen die Möglichkeit einer Berufsausbildung (Computer, Handwerk, Landwirtschaft) und die Chance der Eingliederung, bzw. Wiedereingliederung in ein Arbeitsverhältnis.

#### *Dauer der Behandlung*

In Therapeutischen Gemeinschaften beträgt die Behandlungsdauer im Schnitt 1,5 bis 2 Jahre. Allerdings werden die Gemeinschaften, die häufig privat und nach amerikanischem Vorbild betrieben werden (z. B. Synanon, Phoenix-House) immer mehr an das italienische System angepasst. Für die Therapiedauer bedeutet dies eine Verkürzung. Diese Behandlungsformen sollen eher als Kurzzeitprogramme mit einer Begrenzung auf sechs Monate laufen. Andere Einrichtungen versuchen eher teilstationäre oder Tageskliniken zu etablieren.

#### *3.2.5 Niederlande*

In den Niederlanden besteht ein beitragsfinanziertes Gesundheitswesen, in dem die Trennung von Kostenträger und Leistungserbringer eine lange Tradition hat. Etwa zwei Drittel der Bevölkerung ist in einer gesetzlichen Krankenkasse pflichtversichert, die übrige, einkommensstärkere Bevölkerung ist Mitglied einer privaten Krankenversicherung. Der Krankenversicherungsschutz umfasst unter anderem die stationären Krankenhausleistungen sowie die ambulante ärztliche und medikamentöse Versorgung. Zusätzlich sind alle Bevölkerungsgruppen in der allgemeinen Versicherung für besondere Krankheitskosten pflichtversichert, deren Leistungskatalog Krankenhausaufenthalte ab dem 366. Tag, Psychiatrie, Behindertenpflegeeinrichtungen, Heimpflege und psychosoziale Betreuung umfasst. Die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung werden von privaten Non-Profit-Unternehmen, von denen viele konfessionellen Ursprungs sind, getragen. In den Niederlanden haben die Hausärzte eine relativ wichtige Rolle, sie fungieren als »Geldgeber«, die die Patienten an fachärztliche und Krankenhausleistungen überweisen. Die medizinischen Rehabilitationsleistungen werden in den meisten Fällen von der Zusatzversicherung finanziert.

#### *Art und Umfang des Behandlungsangebotes*

Die Niederlande verfügen über ein sehr umfangreiches Netz an Spezialeinrichtungen für Suchtkranke, sowohl im ambulanten, stationären als auch teilstationären Bereich. Ein großer Teil der Einrichtungen

ist zwar abstinentenorientiert, aber das Versorgungssystem für Abhängige ist in den Niederlanden stark an den Prinzipien der Schadensminimierung orientiert. Zwischen stationärer und ambulanter Suchtkrankenhilfe besteht eine organisatorische Trennung. Die stationäre Suchtkrankenhilfe wird auf Landesebene zentral organisiert, während die ambulanten Hilfsangebote unterschiedlichen Organisatoren unterliegen.

Während es Anfang der 90er Jahre noch etwa 100 Spezialeinrichtungen für Abhängige gab, davon 16 CAD's (Consultation bureaux for alcohol and drug – Beratungsstellen für Alkohol- und Drogenabhängige mit einem psychosozialen und medizinischen Angebot), 20 Fachkliniken für Suchtkranke und 50 Einrichtungen, die eine eher sozialtherapeutisch ausgerichtete Drogenberatung (z. B. Krisenintervention, Information, niedrigschwellige Maßnahmen) angeboten haben, wurde diese Zahl Mitte der 90er Jahre um etwa 50% reduziert. Die Hälfte der Einrichtungen wurde in regionale multifunktionale Institutionen integriert. 1997 gibt es 19 Suchtfachkliniken, in denen sowohl Entgiftungs- als auch Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt werden und 17 ambulante Facheinrichtungen mit etwa 100 Zweigstellen, die unter anderem auch Entwöhnungsbehandlungen anbieten.

#### *Dauer der Behandlung*

Die Entgiftungsbehandlung in den Suchtfachkliniken dauert bis zu drei Wochen. Darüber hinaus werden dort Kurzzeitbehandlungen mit einer Dauer bis zu drei Monaten sowie Langzeitbehandlungen mit einer maximalen Dauer von einem Jahr durchgeführt. In abstinentenorientierten Therapeutischen Gemeinschaften werden die Abhängigen ebenfalls über einen längeren Zeitraum behandelt.

#### *3.2.6 Schweden*

Im »Wohlfahrtsstaat« Schweden spielt die Verantwortung des Staates für seine Bürger eine sehr große Rolle. So werden das nationale Gesundheitswesen und das soziale Wohlfahrtsystem weitgehend über Steuergelder finanziert. Auch im Gesundheitsversorgungssystem für Abhängige war bis in die 80er Jahre der Großteil der Einrichtungen in öffentlicher Hand. Ihr Leistungs- und Qualitätsstandard war und ist immer noch sehr hoch. Nach einem in den 90er Jahren beginnenden Wandel im Gesundheitswesen gewinnen private Initiativen mehr und mehr an Bedeutung.

### *Art und Umfang des Behandlungsangebotes*

In Schweden sind für die *Entgiftungsbehandlung* vornehmlich psychiatrische Krankenhäuser zuständig. Bei der *Entwöhnungsbehandlung* von Alkohol- und Drogenabhängigen lag der Schwerpunkt lange Zeit bis in die Mitte der 80er Jahre auf dem stationären Sektor. Ambulante Angebote gab es nur wenige, sie wurden staatlicherseits als unzureichende Behandlungsformen angesehen. Diese Gewichtung hat sich verändert: schon gegen Ende der 80er Jahre gab es mehr ambulante als stationäre Angebote im Bereich der Suchtbehandlung, da dem Ausbau von ambulanten und Kurzzeitbehandlungsangeboten bei gleichzeitigem Abbau von Betten im stationären Bereich oberste Priorität eingeräumt wurde.

Es gibt nur wenige, entweder auf Alkohol- oder Drogenabhängige spezialisierte Einrichtungen. Der Großteil der Einrichtungen behandelt Patienten, die Probleme mit verschiedenen Substanzen haben. In der 1992 vom National Board of Welfare durchgeführten Untersuchung hat sich gezeigt, dass nur 8% der Einrichtungen reine Einrichtungen für Drogenabhängige und nur 15% reine Einrichtungen für Alkoholabhängige waren. In den übrigen Einrichtungen werden Patienten mit entweder Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenproblemen behandelt. Zu einem etwas anderen Ergebnis kommt die Studie von Bergmark und Oskarson (1994), in der immerhin ein Drittel aller stationären Einrichtungen als Spezialeinrichtungen für Drogenabhängige ausgewiesen werden.

Die Mehrzahl der Therapiekonzepte orientiert sich an den Grundsätzen der Therapeutischen Gemeinschaft in demokratischer, nicht hierarchischer Form. Die Therapien sind nach verschiedenen psychotherapeutischen Schulen ausgerichtet, wie z. B. Verhaltenstherapie, Transaktionsanalyse, Gestalttherapie, Psychoanalyse und Existentielle Therapie. Ein in vielen Einrichtungen favorisierter Ansatz ist das Minnesota-Modell.

### *Dauer der Behandlung*

Entgiftungsbehandlungen dauern in der Regel nicht länger als eine Woche (Bergmark, 1998). Die Entwöhnungsbehandlung für Drogenabhängige ist von langer Dauer, in therapeutischen Gemeinschaften erstreckt sie sich über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren, wobei die Nachsorge oft integriert ist. Die Dauer der Zwangsbehandlungen bei Alkohol- und Drogenabhängigen wurde 1987 von maximal zwei Monaten auf heute maximal sechs Monate erhöht. Die gleiche Maximaldauer gilt auch für Zwangsbehandlungen von Abhängigen, die unter 20 Jahre alt sind.

### 3.3 Diskussion und Schlussfolgerungen

In vielen, so auch in den hier dargestellten Staaten sind die Alkohol- und Drogenabhängigkeit als behandlungsbedürftige Krankheiten anerkannt, die soziale, medizinische und psychotherapeutische Maßnahmen erfordern.

In zahlreichen Ländern ging in den letzten Jahren der Anstieg der Zahl der Behandlungseinrichtungen mit einer Deinstitutionalisierung, Dezentralisierung (eine Verschiebung der Zuständigkeiten an lokale Behörden) und einer Differenzierung der vorhandenen Behandlungsangebote einher. Auch werden die therapeutischen Angebote immer mehr von privaten und Wohlfahrtsorganisationen angeboten. Die Inhalte und Konzepte für Beratung, Motivation, Entwöhnung, Nachsorge und Schadensminimierung ähneln sich in den hier dargestellten Ländern, mit jeweils einzelnen unterschiedlichen Schwerpunkten. Die Angebote werden meist von einem multidisziplinärem Team, bestehend aus Psychiatern, Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen und Krankenschwestern geleistet. Fast überall wird die alkoholspezifische Behandlung insbesondere durch das medizinische Hilfesystem angeboten, wobei die Angebotspalette immer breiter wird, sodass die speziellen Bedürfnisse der Patienten erfüllt werden können.

Es fällt auf, dass die durchschnittliche Länge der Aufenthalte in stationären Einrichtungen in fast allen Ländern abgenommen hat. Die »klassische« Einjahresbehandlung wird immer mehr zu einer Ausnahme. Obwohl die Entwöhnungsbehandlung nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen Ländern der Welt eine große Rolle spielt (etwa die Hälfte von 23 entwickelten und Entwicklungsländern, die in einer WHO-Studie untersucht wurden, berichten, dass die stationäre Behandlung von Drogenabhängigen den Hauptbestandteil der nationalen Strategien im Umgang mit Drogenabhängigkeiten darstellt (Gossop, 1995)), scheint es in den letzten Jahren eine Tendenz zu geben, dass die ambulante gegenüber der stationären Behandlung wegen der geringeren Kosten immer mehr favorisiert wird (Klingemann, Takala und Hunt, 1992).

Bezüglich der Therapie von Drogenabhängigen fällt auf, dass – wie in England und Italien – die privaten im Vergleich zu den öffentlichen Einrichtungen, nach Angabe der Experten, qualitativ bessere Behandlungen anbieten. In allen berichteten Ländern wird die Behandlung unterschiedlich finanziert, dabei tragen sowohl staatliche Finanzierungen, Pflicht- und priva-

te Versicherungen sowie die allgemeine Wohlfahrt die Kosten.

Die Behandlung von akuten Überdosierungen und Verletzungen mit medizinischen Schäden wird in allen Ländern über das allgemeine Gesundheitssystem getragen. Leistungen für Grundbedürfnisse wie Wohnung, Hygiene und Ernährung werden in den meisten Ländern bis auf Frankreich vor allem durch die sozialen Wohlfahrtsverbände getragen. In Frankreich werden sie eher durch andere private Organisationen angeboten.

Die gemeinsame Behandlung (Integration) von Drogen- und Alkoholabhängigen ist je nach betrachtetem Land unterschiedlich. In Frankreich ist die Integration der Drogen- und Alkoholabhängigkeiten relativ gering, in Deutschland und England etwas mehr und in Schweden und den Niederlanden deutlich höher.

Nach Angaben der befragten Schlüsselpersonen und nach Durchsicht der Literatur scheint die Therapiedauer von den Kostenträgern bestimmt zu werden, ohne dass es eindeutige sozialrechtliche Voraussetzungen dafür gibt. Die Kostenträger bestimmen die Regelzeiten in Abhängigkeit von den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen, sodass Therapiezeiten von Jahr zu Jahr unterschiedlich lang sein können. In der Tendenz haben sie aber in den letzten Jahren in allen Ländern abgenommen.

## 4 Kriterien für die Bewertung der Therapieerfolge in Europa

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, welche Kriterien es für die Bewertung verschiedener Therapieformen gibt. Die Kriterien zur Evaluation der ambulanten und stationären Form der Entgiftung und Entwöhnung für Alkoholabhängige werden in Abschnitt 4.1, die für Drogenabhängige in Abschnitt 4.2 aufgeführt.

Um die Wirksamkeit einer Behandlung beurteilen zu können, sind Kriterien notwendig, die den Erfolg oder Misserfolg in nachvollziehbarer Weise definieren. Bei den ausgewerteten Studien hat sich gezeigt, dass zwar in der Regel die gleichen Outcome-Variablen (in unterschiedlicher Anzahl) verwendet werden, die dazugehörigen Erfolgsdefinitionen jedoch sehr variieren: Die Abstinenzquote wird zwar in allen Studien verwendet, die Definition der Abstinenz und des verwendeten Bezugszeitraums ist aber sehr unterschiedlich.

### 4.1 Behandlung von Alkoholabhängigen

#### 4.1.1 Ambulante und stationäre Entgiftung von Alkoholabhängigen

Zur Entgiftung von Alkoholabhängigen liegen sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich nur sehr wenige Untersuchungen vor. Insgesamt konnten für die Analyse nur sechs Studien, eine mit ambulante, fünf mit stationärem Setting verwendet werden. Die untersuchten Entgiftungsmethoden sind sehr unterschiedlich. Sie reichen von einfacher medikamentöser Behandlung, einer Kurzberatung über eine Entgiftungsmaßnahme mit Kurzberatung bis zum qualifizierten Entzug. Bei allen Untersuchungen gibt es eine katamnestiche Befragung, die im Zeitraum von drei Monaten bis zu über drei Jahren nach Behandlungsende durchgeführt wurde. Die Outcome-Bereiche sind in erster Linie

- das Konsumverhalten
- die gesundheitliche Situation (z. B. leberspezifische Laborparameter),
- die Inanspruchnahme erneuter Behandlungen sowie
- die soziale Situation im Sinne von Integration und Stabilität.

Erfolgreiches Konsumverhalten wird definiert als absolute Abstinenz oder als geringer bis gar kein Konsum im Katamnesezeitraum.

#### 4.1.2 Ambulante Entwöhnung von Alkoholabhängigen

Zur ambulanten Entwöhnung von Alkoholabhängigen liegen nur drei Studien vor, die alle in Deutschland durchgeführt wurden. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Outcome-Variablen nicht von den Untersuchungen zur stationären Entwöhnung. Die vorrangige Outcome-Variable ist der Alkoholkonsum, der in allen Studien erfasst wird, nur in einzelnen Studien wird auch die berufliche, familiäre, soziale und gesundheitliche Situation sowie das Freizeitverhalten und die erneute Inanspruchnahme von Behandlung nach Therapieende zur Beurteilung des Erfolges erfasst. In drei Studien werden bis zu zwei Erfolgskriterien, in einer Studie über fünf definiert. Die Definitionen unterscheiden sich nicht von denen der Untersuchungen zur stationären Entwöhnung.

#### 4.1.3 Stationäre Entwöhnung von Alkoholabhängigen

Von den 26 in die Analyse mit einbezogenen Untersuchungen verwenden alle die Variable »Alkoholkonsum« für die Ergebnisdarstellung. In einigen Studien stellt dies die einzige Outcome-Variable dar, in den meisten werden jedoch noch weitere Variablen erfasst. Die insgesamt elf weiteren Outcome-Variablen verteilen sich wie folgt:

- Am häufigsten werden noch Daten zu Aspekten der gesundheitlichen Situation, entweder nur körperliche oder nur psychische, meist aber beide, erhoben (n = 12).
- Mit ähnlicher Häufigkeit (n = 10) wird die soziale Situation wie z. B. die soziale Integration und Stabilität erfasst.
- Die berufliche Situation (n = 7) und
- Persönlichkeitsvariablen wie Selbstsicherheit, Selbstzufriedenheit, Depressivität, Kontaktverhalten, Unsicherheit, Konzentrationsfähigkeit etc. sind etwas seltener Gegenstand der Untersuchung (n = 6).
- Die familiäre Situation und die Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation wird in je vier Studien berücksichtigt.

Alle weiteren Variablen wie die Inanspruchnahme einer oder mehrerer weiterer Behandlungen, die legale Situation, der Besuch von Selbsthilfegruppen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

In insgesamt elf Studien wird nur eine Outcome-Variable erfasst, bei immerhin zehn Studien dagegen

mindestens vier. Die Outcome-Variablen werden in der Regel dazu verwendet, einen Vorher-Nachher Vergleich anzustellen, um die Tendenz der Veränderung zu ermitteln. Im Großteil der Studien gibt es keine klar festgelegten Erfolgsdefinitionen, die die Bedingungen und Grenzen markieren, unter denen ein Patient als erfolgreich oder gebessert eingestuft werden kann, bzw. diese Definitionen liegen nur für eine, nicht aber für alle Variablen vor. Bei zwei Studien werden keinerlei Erfolgsdefinitionen vorgenommen, bei 13 immerhin für eine Variable, in der Regel für das Konsumverhalten und in fünf Studien wurden Erfolgskriterien für vier und mehr Variablen festgelegt. In diesen Studien, die verschiedene Erfolgsbereiche klar definiert haben, wurde zusätzlich zum Erfolg in den einzelnen Bereichen, ein Gesamterfolgswert (Composite Score) aus den einzelnen Bereichen errechnet. Auch hier haben die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1992) Anwendung gefunden.

Wie unterschiedlich die einzelnen Erfolgsdefinitionen ausfallen, wird besonders am Beispiel des Konsumverhaltens deutlich. In Tabelle 1 sind die verschiedenen Definitionen des erfolgreichen Trinkverhaltens nach Beendigung der Therapie aufgelistet. Insgesamt weisen die Untersuchungen 15 verschiedene Erfolgsdefinitionen auf, die sich zwar zum Teil nur geringfügig aber dennoch unterscheiden. In fast allen Studien wird aber unabhängig davon, wie der Erfolg letztendlich definiert wird, eine Angabe über die absolute Abstinenz, unter der in der Regel »keinerlei Konsum im gesamten Katamnesezeitraum« verstanden wird, gemacht. Diese Werte wurden dann auch für die Beschreibung des Therapieerfolgs unter »Abstinenzquote« verrechnet (Tabelle 1).

In 20 von 26 Untersuchungen geht die Definition eines erfolgreichen Trinkverhaltens über die Feststellung einer absoluten Abstinenz hinaus und hier findet sich eine erhebliche Variationsbreite in den Auslegungen, was noch und was nicht mehr als Therapieerfolg anerkannt werden kann. Rückfälle werden in den meisten Fällen zugelassen, jedoch müssen bestimmte Kriterien – und diese sind wieder sehr unterschiedlich bzw. mehr oder weniger exakt definiert – erfüllt werden. So genügt in manchen Studien die Abstinenz zum Katamnesezeitpunkt nach einem Rückfall, in anderen nach mehreren Rückfällen, die meistens nur von kurzer Dauer manchmal aber auch länger sein dürfen, um noch als erfolgreich eingestuft zu werden. Abstinenz bezieht sich oft auf unterschiedliche Zeitfenster, manchmal ist sie nur zum Katamnesezeitpunkt gefordert, meist schwanken die zeitlichen

Tabelle 1: Stationäre Entwöhnung von Alkoholabhängigen: Definition der Erfolgskriterien

Outcome-Variable	Erfolgskriterium	Operationalisierung des Erfolgs	Studie	
Alkohol-konsum	Abstinenz	Absolute Abstinenz	6, 50, 51, 55, 91, 130, 146, 150	
		• Abstinenz in den letzten 6 Monaten	47	
		• Absolute Abstinenz • Abstinenz zum Katamnesezeitpunkt mit vereinzelt Rückfällen zwischendurch	26	
		• Absolute Abstinenz • Abstinenz mind. 1 Jahr vor Katamnese, vorher längere Rückfälle	44	
		• Absolute Abstinenz • Abstinenz nach Rückfall (vor mind. 3 Monaten)	80, 113, 184	
		• Absolute Abstinenz • Abstinenz nach Rückfall (vor mind. 6 Monaten)	56, 76, 101	
		• Absolute Abstinenz • Besserung: nur ein Rückfall nach Behandlungsende, seit mind. 1 Jahr abstinent	151	
		Trinkverhalten (im Katamnesezeitraum v. 12 Monaten)	• Erfolgreich • $\leq 7$ Tage exzessives Trinken – mind. 5 persönl. Kontakte – mind. 1 Hausbesuch – keine widersprüchlichen Berichte von Angehörigen	12
			• Absolute Abstinenz • Abstinenz nach Rückfall (nur ein Rückfall; Rückfalldauer $\leq 3$ Tage; kein Anzeichen von patholog. Trinkverhalten; keine erneute Behandlung wegen Alkoholproblemen • Moderates problemfreies Trinken (mehr als einmal betrunken; Konsummenge nicht über 60g reinen Alkohol/Tag; keine Anzeichen von patholog. Trinkverhalten; keine erneute Behandlung wegen Alkoholproblemen	98
			• Absolute Abstinenz • Kontrolliertes Trinken (max. 8 Getränkeinheiten/Woche oder 4 Einheiten bei einer Trinkgelegenheit) • Gebessert: Veränderung des Trinkverhaltens zu weniger patholog. Muster, verbunden mit deutlicher Reduktion des Trinkens	156

Tabelle 1 (Fortsetzung)

Outcome-Variable	Erfolgskriterium	Operationalisierung des Erfolgs	Studie
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absolute Abstinenz</li> <li>• Gebessert: a) mind. 1 Jahr abstinent;</li> <li>   b) Rückfalldauer 1 Tag, max. 1x Monat</li> <li>   c) Trinkepisode von max. 8 Tagen mit Pausen von 3 Monaten dazwischen, d) beabsichtigtes kontrolliertes Trinken;</li> <li>   e) keine weitere stationäre Behandlung/</li> </ul>	175
Berufliche Situation	Arbeitskapazität	• Erwerbstätig	3
		• Vollzeit beschäftigt	76
		• Anzahl Arbeitstage (le. 6 Monate)	47
Familiäre Situation	Familiencompliance während der Behandlung	• Mitarbeit des Klienten und/oder eines der Schlüsselfamilienmitglieder während der gesamten 1. Behandlungsphase, egal ob sich das Trinkverhalten geändert hat	6
	Partnerschaft	• Gesamtwert Partnerschaftsfragebogen (Hahlweg)	50
Soziale Situation	Soziale Stabilität	• Maximale Punktzahl auf der Social Stability Scale (Straus & Bacon 1951).	43
	Zufriedenheit mit Partnerschaft, Arbeit, Freunden, Freizeit, finanz. Situation	• Score auf Self-Rating-Skala für Klienten	98
	Sozialverhalten	• Score auf Skala zum Sozialverhalten	98
Gesundheitliche Situation	Komplikationen durch den Alkoholkonsum	• Anzahl der Komplikationen	43
		• Scores auf Beschwerdeliste	51, 177
	Psychische Beschwerden/Befindlichkeit		
	Physische Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Self-Rating: »gebessert«</li> <li>• Frühberentung</li> <li>• Krankheitstage</li> </ul>	146 98
Inanspruchnahme von Behandlung	Aufnahme in Kliniken	• Anzahl	43
Persönlichkeitsvariablen	Verbesserungen in Bereichen wie - Konzentration, Intelligenzleistung, Stimmungslage, Selbstzufriedenheit, Ich-Stärke, Neurotizismus, Kontaktverhalten, Unsicherheit etc.	• Verbesserung: entsprechende positive Veränderungen der Testwerte von Zeitpunkt T1 zu T2 etc.	18, 50, 98

Befristungen zwischen drei, sechs und 12 Monaten nach Therapieende bzw. vor dem Befragungszeitpunkt oder länger, je nach Katamnesezeitraum. In den exakteren Definitionen finden sich Angaben über die Anzahl der Tage, an denen in einem bestimmten Zeitraum exzessiv oder – noch genauer- eine bestimmte Menge Alkohol (in g reinem Alkohol/Tag) Alkohol konsumiert wurde. Vereinzelt finden auch eine ganze Reihe von Variablen, die zusammengenommen, einen Erfolgsscore für das Konsumverhalten geben, wie z. B. die Anzahl abstinenten Tage in den letzten sechs Monaten, die durchschnittliche Alkoholmenge pro Woche, die Trinkhäufigkeit sowie eine Bewertung auf den MALT und TAI-Skalen (Studie 30).

Eine vergleichbare Komplexität findet sich bei den anderen Erfolgsdefinitionen nicht. Das liegt sicherlich zum einen an deren generell selteneren Verwendung als auch an der eindeutigen Dominanz des Kriteriums Trinkverhalten bei der Erfolgsbewertung. Die gesundheitliche Situation wird in der Regel durch definierte Scores auf Beschwerdelisten oder auch durch Selbst-Ratings der Patienten erfasst.

Auch in Bereichen wie Familie, Partnerschaft, soziale Situation und Persönlichkeit werden die Erfolgsmaße hauptsächlich durch standardisierte Fragebogen ermittelt. Eine erfolgreiche berufliche Situation wird durch Erwerbstätigkeit bzw. Vollzeitbeschäftigung oder eine bestimmte Anzahl von Arbeitstagen in einem festgelegten Zeitfenster definiert.

Die Unterschiede in den Erfolgsdefinitionen bedingen die Unterschiede in den einzelnen Erfolgsraten. Je weiter der Erfolgsbegriff definiert ist, desto besser sind die Ergebnisse. Je enger und auch exakter die Definition ausfällt, desto geringer fällt der Anteil der erfolgreich gebesserten Patienten aus.

## 4.2 Behandlung von Drogenabhängigen

### 4.2.1 Ambulante und stationäre Entgiftung von Drogenabhängigen

Da hier zum ambulanten Therapiesetting zwei und zum stationären Setting vier Studien vorliegen, ist die Aussagefähigkeit zu diesem Punkt sehr beschränkt. In den sechs Studien werden als Outcome-Variablen der Opiatkonsum und das Vorhandensein von Entzugssymptomen erfasst. Im Gegensatz zu den Untersuchungen zur Entgiftung im Alkoholbereich sind diese Studien nicht als Katamneseuntersuchungen angelegt, da sich nach regulärer Beendigung einer Entgiftungsbehandlung in der Regel für Drogenabhängige eine Entwöhnungsbehandlung anschließt.

Daher liegt der letzte Messzeitpunkt bei den Untersuchungen am Behandlungsende, es werden nur die regulären Beender bewertet, wobei Abstinenz die Voraussetzung für die reguläre Beendigung ist.

### 4.2.2 Ambulante Entwöhnung von Drogenabhängigen

Zur ambulanten Entwöhnung von Drogenabhängigen konnten nur zwei Studien in die Analyse einbezogen werden, wobei bei einer der beiden lediglich eine Einmalbefragung zu einem sehr späten Zeitpunkt (zwischen drei und neun Jahren) nach Behandlungsbeginn durchgeführt wurde. Outcome-Variablen sind in beiden Untersuchungen Konsumverhalten, die soziale und gesundheitliche Situation, in einer der Studien wird auch die berufliche bzw. Ausbildungssituation berücksichtigt. Für jeweils drei Variablen sind auch exaktere Erfolgskriterien definiert, die sich allerdings nicht wesentlich von denen aus den Studien zur stationären Entwöhnung unterscheiden.

### 4.2.3 Stationäre Entwöhnung von Drogenabhängigen

Auch in den zwölf in die Auswertung einbezogenen Studien stellt das Konsumverhalten nach Therapieende die wichtigste und in allen Untersuchungen verwendete Outcome-Variable dar. Die neun weiteren Ergebnisbereiche verteilen sich in etwas anderer Reihenfolge als bei den Studien im Bereich der stationären Alkoholentwöhnung. An zweiter Stelle steht hier nicht die Erfassung der gesundheitlichen Situation, sondern die Legalsituation, die erwartungsgemäß im Alkoholbereich keine Rolle spielt und die mit gleicher Häufigkeit wie die soziale Situation berücksichtigt wird ( $n = 6$ ). Die berufliche und Ausbildungssituation werden in fünf Studien erfasst, zu den restlichen Outcome-Bereichen wie erneute Behandlung, Nähe zur Drogenszene, gesundheitliche und finanzielle Situation werden nur in sehr wenigen Studien Daten erhoben. Bei drei Untersuchungen wurde neben den Erfolgsberechnungen für einzelne Bereiche auch ein Gesamterfolgsscore über alle Bereiche errechnet.

In insgesamt fünf Studien wird zur Beschreibung des Erfolges nach Therapieende nur eine Outcome-Variable herangezogen. Drei Studien verwenden dafür fünf und mehr Variablen. Bei fünf Studien wird ein Erfolgskriterium, bei vier Studien werden drei und mehr Kriterien definiert.

Wie bereits für den Bereich der stationären Al-

koholentwöhnung beschrieben, fallen auch hier die Erfolgsdefinitionen für ein und denselben Erfolgsbereich sehr unterschiedlich aus. Die größten Variationen finden sich wieder bei der Variable Konsumverhalten. In den insgesamt 12 Studien werden zehn unterschiedliche Erfolgsdefinitionen in Bezug auf Drogenfreiheit verwendet. Sie reichen von genereller

Drogenfreiheit über Drogenfreiheit zu bestimmten Zeitpunkten, über verschiedene Zeiträume. Sie beziehen sich entweder auf Drogenfreiheit von Opiaten, gewähren aber den maßvollen Konsum von Alkohol oder weichen Drogen oder lassen auch geringen Konsum von nicht näher definierten Substanzen zu (Tabelle 2).

*Tabelle 2: Stationäre Entwöhnung von Drogenabhängigen: Definition der Erfolgskriterien*

Outcome-Variable	Erfolgskriterium	Operationalisierung	Studien
Konsumverhalten	• Drogenfreiheit	• keine weitere Operationalisierung	62, 65, 173
		• zum Katamnesezeitpunkt	165
		• 1 Jahr vor Katamnesezeitpunkt	29
		• für 2 Jahre nach Therapieende (Abstinenz von Heroin)	24
	• Drogenfreiheit (im weiteren Sinne)	• seit mind. 6 Monaten • Alkoholkonsum $\leq$ 40g/Tag • keine anderen Abhängigkeiten	9
		• kein Konsum von harten Drogen • gelegentlicher Konsum von harten Drogen	35
		• 3,6 Monate nach Therapieende • mit Gelegenheitskonsum (keine Opiate o.ä.) • mit evtl. Monatskonsum (Cannabis o.ä.)	136
		Letzte 12 Monate: • geringer Konsum (kein Konsum od Konsum von 1 Substanz, max 2-3x/Jahr • moderater Konsum (einige wenige Male/Monat od. weniger od. einige Male/Woche Konsum v. Cannabis od. Alkohol	141
		• max. 20% des Katamnesezeitraums rückfällig • zum Katamnesezeitpunkt mind. 6 Monate drogenfrei • erneute Behandlungen • Haftzeiten sind Rückfallzeiten • kein exzessiver Beikonsum zum Katamnesezeitpunkt	77
		• zum Katamnesezeitpunkt wenn in den le. 6 Monaten keine Opiate, Kokain, Amphetamine i. v. konsumiert wurden bzw. nach Rückfall keine dieser Drogen wieder konsumiert wurden • in letzten 3 Monaten weder einmal noch gelegentlich Cannabis, Psychopharmaka noch Alkohol bis Rausch konsumiert	
Berufliche-/Ausbildungssituation		• erwerbstätig	77

Tabelle 2: Stationäre Entwöhnung von Drogenabhängigen: Definition der Erfolgskriterien (Fortsetzung)

Outcome-Variable	Erfolgskriterium	Operationalisierung	Studien
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• in fester Beschäftigung/selbständig mit legaler Erwerbstätigkeit/Hausfrau/-mann</li> <li>• in Ausbildung/Schule/Studium</li> <li>• nicht mehr als 8 Wochen oder mit absehbarem Ende arbeitslos und damit nicht unzufrieden u. nicht</li> </ul>	167
		ohne Aussicht auf Alternativen	167
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• zum Befragungszeitpunkt in Vollzeit-/Teilzeitanstellung oder Ausbildung</li> <li>• im Katamnesejahr 7 oder mehr Monate in einem Angestelltenverhältnis</li> </ul>	35, 169
Soziale Situation	• soziale Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in letzten 6 Monaten in fester oder zeitweilige Partnerbeziehung mit nicht abhängigem Partner u. damit nicht unzufrieden</li> <li>• oder ausreichend drogenfreie Freunde u. Bekannte</li> </ul>	167
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einkommen aus Arbeit/Ausbildung</li> <li>• angemessene Wohnung</li> <li>• Arbeit/Beschäftigung</li> <li>• keine Zwangsbehandlung</li> </ul>	9
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Zwangsbehandlung</li> </ul>	9
		Wert auf Rating-Skala : <ul style="list-style-type: none"> <li>• eig. Whg./wohnen bei Eltern</li> <li>• erwerbstätig</li> <li>• eig. Verdienst/Krankengeld</li> <li>• keine weitere Behandlung</li> <li>• kein Kontakt zur Drogenszene</li> </ul>	141
Finanzielle Situation		• kein Bedarf an staatlicher Unterstützung	9
Legalsituation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriminalität</li> <li>• Justizfreiheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine</li> <li>• Weder Massnahme, Verurteilung oder Gefängnisauferhalt</li> </ul>	9 35, 169
Gesundheit (Körperl. + psych.)	• psychische Probleme	• keine schweren	9
Erneute Behandlungen		<61 Tage	9
Nähe zur Drogenszene		<ul style="list-style-type: none"> <li>• ausschließlich drogenfreie Kontakte</li> <li>• überwiegend drogenfreie Kontakte</li> </ul>	136
Composite Score	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitssituation</li> <li>• Drogenkonsum</li> <li>• Legalstatus</li> </ul>	Beurteilung »günstig« in allen drei Teilbereichen = sehr guter Erfolg, rehabilitiert	35

Die Definitionen zum Erfolg im beruflichen und Ausbildungsbereich gehen zumeist über die einfache Feststellung einer Erwerbstätigkeit hinaus und legen genaue Zeiträume für Beschäftigung und Arbeitslosigkeit fest. Das Erfolgskriterium im Bereich der sozialen Situation ist in allen Fällen soziale Integration, die über verschiedene Einzelkriterien in Bezug auf die Partnersituation, den Freundeskreis (hier insbesondere die Nähe zur Drogenszene), Wohnsituation und oftmals auch an dieser Stelle die berufliche Situation definiert wird. Erfolg im Bereich der Legalität wird in der Regel durch das Fehlen von Straftaten, von Verurteilungen und Gerichtsterminen im Katamnesezeitraum bestimmt.

## 5 Erfolgsquoten für verschiedene Therapieformen in Europa

Die Erfolgsquoten der ambulanten und stationären Entgiftung und Entwöhnung für Alkoholabhängige werden in Abschnitt 5.1, die für Drogenabhängige in Abschnitt 5.2 dargestellt.

### 5.1 Behandlung von Alkoholabhängigen

#### 5.1.1 Ambulante und stationäre Entgiftung von Alkoholabhängigen

Da zur Untersuchung der Effektivität von stationärer und ambulanter Entgiftung nur wenige Studien vorliegen, erfolgt hier eine zusammenfassende Bewertung (Tabelle 3), die vorsichtig interpretiert werden muss. Ein wichtiges Erfolgskriterium für Entgiftungsmaßnahmen, die Haltequote, wird nur in einer Studie genannt (98%). Die geplante Behandlungsdauer liegt bei den üblichen Entgiftungsmaßnahmen zwischen drei und 15 Tagen. Der qualifizierte Entzug ist auf 14 bis 56 Tage angelegt. Die Abstinenzquoten, die katamnestic erfasst wurden, liegen zwischen 10% und 37%.

#### 5.1.2 Ambulante Entwöhnung von Alkoholabhängigen

Auch in der ambulanten Entwöhnung von Alkoholabhängigen erweist sich eine Aussage über den Erfolg der ambulanten Behandlung aufgrund der wenigen Studien als schwierig (s. Tabelle 4). Erwartungsgemäß ist die Dauer dieser Therapiemodalität mit bis zu etwa 350 Tagen sehr hoch. Die Abstinenzquoten liegen bei 38% bis 48%.

#### 5.1.3 Stationäre Entwöhnung von Alkoholabhängigen

Die weiter oben dargestellten unterschiedlichen Definitionen von Therapieerfolg im Bereich des Trinkverhaltens machen deutlich, warum man sich bei einem Vergleich des Erfolges der einzelnen Behandlungen hauptsächlich nur auf die Quote der abstinenten Patienten beziehen kann. Absolute Abstinenz wird in der Regel in allen Studien in gleicher Weise definiert, als »keinerlei Konsum im gesamten Katamnesezeitraum«.

Die ausgewerteten und in Tabelle 5 dargestellten Studien beziehen sich fast ausnahmslos auf absti-

Tabelle 3: Darstellung der Studien zur Entgiftung von Alkoholabhängigen

Studie	Land	Therapieart	N	Design	Therapiedauer geplant (Tage)	Therapiedauer tatsächlich (Tage)	Haltequote	Kata-mnese-er-gel-b-n-i-s-s-e		
								Katamnesezeitraum nach Therapieende in Monaten <sup>1</sup>	Aus-schöpfung	Abstinenz- quote
8	GB	1) Entgiftung zu Hause (ambulant) 2) Minimale Intervention	95	Prä-Post-Vergleich; 2-Gruppen-Vergleich	1) 5 Tage 2) ca. 4 Stdn.	-	-	6	805	1) 37% 2) 25%
54	D	Medikamentöse Behandlung (stationär)	693; ausgewählte Teilspl. <sup>2</sup> Für Katamnese: 307	Post-Befragung	--	84	--	24	44,3%	Disulfram: 117% Lithium: 9,8% Lith.disul.: 23,1% Apom.-Apom. Disulf. 10,8% Gewichtete Abst.- quote über alle: 5,91%
75	GB	Kriseninterventionsprogramm (stationär)	56	Prä-Post-Vergleich	10	-	98,2%	3	94,6%	26,8%
178	A	Entgiftung mit Kurzberatung (stationär)	296	Post-Befragung	--	12,5 - (kleinstädt. SP);	-	41 (SD 1,4)	33,5%	14,9%
219	D	1) Detoxifikationsbehandlung (stationär) 2) Qualifizierter Entzug (stationär)	182 Gruppe 1: 90 Gruppe 2: 92	Post-Befragung	1) 3-15 2) 14-56	1) 7,5 (SD: 3,9) 2) 42,2 (SD 6,85)	-	28	58,7% Gruppe 1: 1) 14,4% 55,6% Gruppe 2: 2) 31,5% 62%	22,95%

Tabelle 3: Darstellung der Studien zur Entgiftung von Alkoholabhängigen (Fortsetzung)

Studie	Land	Therapieart	N	Design	Therapiedauer geplant	Therapiedauer tatsächlich	Haltequote	Katamneseergebnisse		
								Katamnesezeitraum nach Therapieende in Monaten <sup>1</sup>	Aus-schöpfung	Abstinenzquote
237	D	1. Erweiterter Entzug	1. 145	Prä-Post-Befragung	1. 3 Wochen	1. 3 Wochen	?	4, 8 und 12 Monate	79,5% auf alle	1. 31,7% 2. 19,6%
		2. Normaler Entzug	2. 56		2. 1 Woche	2. 1 Woche				

<sup>1</sup> Alle Abstinenzquoten bezogen auf die Katamnese-Stichprobe

<sup>2</sup> SP = Stichprobe

Tabelle 4: Darstellung der Studien zur ambulanten Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen

Studie	Land	Therapieart	N	Design	Therapiedauer geplant (Tage)	Therapiedauer tatsächlich (Tage)	Haltequote	Katamneseergebnisse <sup>1</sup>		
								Katamnesezeitraum nach Therapieende in Monaten <sup>1</sup>	Aus-schöpfung	Abstinenzquote
162, 163	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung; tiefenpsychol. fundiert	65	Prä-Post-Vergleich	Max. 365	243	78%	18-24 <sup>2</sup> (M=19,1)	78,4%	48%
183	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	82	Prä-Post-Vergleich	-	348,6	-	6-57 (M=24,7)	72%	45,1%
186	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung; VT, PA, Integratives Konzept (IK)	186	Postbefragung	VT: 56 PA: 365 IK: 639	-	-	48	66,67%	37,6%

<sup>1</sup> Hier ist nur der Zeitraum genannt (i.d.R. die 1-Jahres-Katamnese) auf den sich die Ergebnisse beziehen, es ist durchaus der Fall, dass zu mehreren Zeitpunkten Katamnesen durchgeführt wurden

<sup>2</sup> Zeitraum nach Therapiebeginn

nenzorientierte Entwöhnungsbehandlungen. Die Stichprobengrößen der Untersuchungen variieren erheblich. Während bei sechs von 26 Studien die Stichprobengröße bei unter 100 Patienten liegt, liegt sie bei neun Studien zwischen 100 und 300 Patienten, bei sechs Studien zwischen über 300 bis und 1000, bei fünf Studien über 1000 Patienten. Die Behandlungen weisen im Durchschnitt (soweit angegeben) eine geplante Dauer von ca. elf Wochen auf. Die Haltequoten sind sehr hoch, bei vier der 26 Studien wird eine Haltequote von über 90% angegeben, die restlichen Untersuchungen weisen Haltequoten zwischen 70 und 90% auf (mit Ausnahme von Untersuchung Nr. 6, deren Haltequote 46% beträgt).

Von der Hälfte der Studien (n = 13) liegen Ergebnisse einer Ein-Jahres-Katamnese vor. Die Katamnesezeiträume der übrigen Untersuchungen umfassen ein Spektrum von sechs Wochen bis sieben Jahre nach Therapieende. Bei drei Untersuchungen liegt kein für alle Befragten einheitlicher Katamnesezeitraum vor, sondern der Zeitraum variiert hier zwischen 2,5 bis sieben Jahre, fünf bis 33 Monate und 13 bis 23 Monate nach der Beendigung der Behandlung.

Die Abstinenzquoten variieren zwischen 9 und 64%, bei den Studien mit Ergebnissen ein Jahr nach Therapieende zwischen 12% und 63%.

#### 5.1.4 Kombinierte stationär-ambulante Entwöhnung von Alkoholabhängigen

Die insgesamt vier Studien, die zu diesem Behandlungssetting gefunden wurden, lassen keine eindeutige Aussage hinsichtlich der Effektivität zu (Tabelle 6). Die zwischen zwei Wochen und drei Monate dauernden stationären Therapien werden von einer halb- bzw. ganzjährigen ambulanten Behandlung/Nachsorge gefolgt und weisen, bedingt durch die unterschiedlich langen Katamnesezeiträume, Abstinenzquoten zwischen 26% und 57% auf.

## 5.2 Behandlung von Drogenabhängigen

### 5.2.1 Ambulante und stationäre Entgiftung von Drogenabhängigen

Die in die Analyse einbezogenen Studien sind sehr unterschiedlich, sowohl im Therapiesetting und -programm als auch in der Qualität des Untersuchungsdesigns (Tabelle 7). Es handelt sich um Entgiftungsbehandlungen mit verschiedenen Ersatzsubstanzen (Buprenorphin, Methadon, Clonidin etc.), ambulante und stationäre, hoch- und niedrigschwellige Maßnah-

men. Die Untersuchungsdesigns variieren zwischen einer randomisierten Kontrollstudie und einer Darstellung des Behandlungsverlaufs. Wie weiter oben beschrieben, ist das hauptsächliche Erfolgskriterium für die Entgiftungsmaßnahmen die Haltequote. Sie liegt bei den sechs Studien im günstigsten Fall bei 70%, im schlechtesten Fall bei 52%. Die Abstinenzquote liegt zwischen 25 und 48 %, wobei die letztere nach einer Katamnesezeit von 14 und die erstere nach einer durchschnittlichen Zeit von 215 Tagen erhoben wurde.

### 5.2.2 Ambulante Entwöhnung von Drogenabhängigen

Da nur zwei Studien zu diesem Bereich vorliegen, kann keine Aussage zum Erfolg gemacht werden, zumal sich diese im Befragungszeitraum erheblich unterscheiden (drei bis neun Jahre nach Behandlungsbeginn vs. zwei Jahre nach Behandlungsende) und eine mit 31% eine sehr niedrige Ausschöpfungsquote aufweist (Tabelle 8).

### 5.2.3 Stationäre Entwöhnung von Drogenabhängigen

Alle 12 ausgewählten Untersuchungen beziehen sich auf abstinentorientierte Entwöhnungsbehandlungen von Drogenabhängigen (Tabelle 9). Die Stichprobengrößen variieren zwischen 89 und über 1100 Patienten. Die geplante Behandlungsdauer variiert zwischen einer Dauer von 45 Tagen bis 31 Monaten. Die Behandlungsprogramme weisen Haltequoten zwischen 24 und 57% auf. Betrachtet man die Dauer der einzelnen Behandlungen und die Haltequote fällt keine Tendenz zu besseren oder schlechteren Ergebnissen bei kürzerer oder längerer Behandlungsdauer auf. Die höchste Haltequote weist eine Therapie mit der Dauer von 6,5 Monaten auf, die niedrigste Haltequote (24%) hat ein Programm mit 3,8monatiger Dauer, aber nur 25% reguläre Beender weist ein Programm mit 27–31-monatiger Dauer auf.

Die Katamnesezeiträume der einzelnen Untersuchungen sind sehr unterschiedlich. Sie liegen zwischen drei Monaten und über 13 Jahren nach Beendigung der Therapie. Bei vier Studien wurden Patienten verschiedener Behandlungsjahrgänge zu einem gemeinsamen Katamnesezeitpunkt befragt, sodass für diese Untersuchungen der Katamnesezeitraum in einem Fall zwischen sechs Monaten und 13 Jahren, in den anderen zwischen 18 und 60 Monaten, ein bis sechs Jahre und zwei bis sechs Jahre nach Therapie-

Tabelle 5: Darstellung der Studien zur stationären Entwöhnung von Alkoholabhängigen

Studie	Land	Therapieart	Stichproben- größe	Design	Therapie- dauer (Tage)	Therapie- dauer tatsächlich (Tage)	Halte- quote	Katamneseergebnisse		
								Katamnese- zeitraum nach Therapieende in Monaten <sup>1</sup>	Aus- schöp- fung	Abstinenz- quote
6	I	Abstinenz-orientierte, familienintegrierte Entwöhnung	198	Prä-Post- Vergleich	213	–	46%	33	100%	35,9%
12	GB	Verhaltens-orientierte Selbstkontrolle, Gesund- heitserziehung mit Ziel Abstinenz od. kontroll. Trinken	100 (nur Klienten mit ausreichend Infos über Katam- nesezeitraum)	Prä-Post- Vergleich	14–56	5–21: 16% 22–28.: 24% 29–42.: 40% 43–62.: 20%	–	12	100%	12% <sup>2</sup>
18	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung, TG	73 (reguläre Beender)	Prä-Post- Vergleich	182	--	–	18	95,9%	82,2% <sup>3</sup>
26	IRL	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	55	Post- Befragung	28	Ca. 28	100%	23	95,5%	29%
43	GB	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	85	Prä-Post- Vergleich	42	–	88,2%	12	82,4%	48,2%
44	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	100	Post- Befragung	–	–	–	57	52%	9%
47	CH	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	67	Prä-Post- Vergleich	–	122	–	1,5	85%	28,4%
50	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	100	Prä-Post- Vergleich; Gruppenvergleich	42	–	–	18	78%	30%
51	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	83	Prä-Post- Vergleich	42	42	93,2%	6	100%	39,5%
55	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	312 (reguläre Beender)	Prä-Post- Vergleich	122–182	122–182	–	5–33	73,1%	44,2%

Tabelle 5: Darstellung der Studien zur stationären Entwöhnung von Alkoholabhängigen (Fortsetzung)

56	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	5187	Post-fragung	42-182	-42 : 8,3%; 49-140: 80,4%; >140: 11,3%	85,4%	12	--	44,9%
76	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	491	Prä-Post-Vergleich	106-122	124	77%	12		42%
80	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	Kurz: 386 Lang: 82	Prä-Post-Vergleich	Kurz: 56 Lang: 184	Kurz: 56 Lang: 184	92,7%	12	Kurz: 82% Lang: 70%	Kurz: 58% Lang: 53%
91	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	157 (reguläre Beender)	Prä-Post-Vergleich	42	42	82,2%	12	56,7%	36,1%
98	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	1410 Kurz: 387 Mittel: 390 Lang: 633	Prä-Post-Vergleich; Gruppen-Vergleich	Kurz: < 91 Mittel: 91-152 Lang: > = 182		82,9% (ges.)	18	84,3%	42,2% Kurz: 40,6% Mittel: 85,9% Lang: 47%
101	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	184	Postbe-fragung	182	152-274	82,6%	12	100%	79,9%
113	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	278	Prä-Post-Vergleich	56-182	96	74,8%	6	82,4%	64%
130, 131	D	Entziehungstherapie nach § 64 StGB	77	Prä-Post-Vergleich	182	286 (91-912)	84,2%	25,3	60%	22,1%
135	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	2904	Postbe-fragung	120-180	112	--	12	83,7%	53,6%
146	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	1548	Postbe-fragung	42-274	--	--	18	97,2%	45,2%
150	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	972 Kurz: 160 Mittel: 454 Lang: 360	Prä-Post-Vergleich	122-182	122 (reguläre Beender)		12		56,9% Kurz: 11,3% Mittel:

Tabelle 5: Darstellung der Studien zur stationären Entwöhnung von Alkoholabhängigen (Fortsetzung)

Studie	Land	Therapieart	Stichprobengröße	Design	Therapiedauer geplant (Tage)	Therapiedauer tatsächlich (Tage)	Haltequote	Kata mnese ergebnisse		Abstinenzquote
								Katamnesezeitraum nach Therapieende in Monaten <sup>1</sup>	Aus-schöpfung	
										60,2% Lang: 60,3%
151	D	Abstinenzorientierte Entwöhnung	545	Prä-Post-Vergleich	122-182	124 (s=108,5)	80,6%	60	47,9%	29,2%
156	GB	Entwöhnung; Ziel: Abstinenz od. Kontroll. Trinken	112	Prä-Post-Vergleich	28	28	-	12	81,3%	46,2%
184	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	677 Kurz: 121 Lang: 556	Prä-Post-Vergleich; Gruppen-Vergleich	Kurz: 56-84 Lang: 98-182	-	Kurz: 87,6% Lang: 76,6%	12	Kurz: 87,6% Lang: 76,6%	52,6% Kurz: 55,4% Lang: 52,0%
221, 220	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	1) 124 (f. 1-Jahres-Kata.) 2) 121 (f. 5-Jahres-Kata.)	Prä-Post-Vergleich	56	1) 54 2) 55,4	1) 95 2) 87,6%	1) 12 2) 60	1) 88,4% 2) 71,9%	1) 62,9% 2) 48,8%

Tabelle 5: Darstellung der Studien zur stationären Entwöhnung von Alkoholabhängigen

222	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung; individualisiertes Programm	5157 (4037 reguläre Beender)	Prä-Post-Vergleich Gruppen	G1: 126 (s = 44) G2: 101 (s = 36) G3: 123 (s = 48) G4: 84 (s = 38)	78,04%	12	Reg. Gruppe 1989-96: 79,2% Reg. Gruppe: 1997: 76,3%	54,6% G1: 59,9% G2: 55,6% G3: 45,2% G4: 36,2% Reg. Beender: G1: 67,9% G2: 61,8% G3: 52,3% G4: 40,0%
			G1 (Erst-behandelte 1989-96): 3060	(Kurz vs. Mittel/Lang;					
			G2 (Erst-behandelte 1997): 531		Mittel: 96 Lang: 125				
			G3 (Wiederholer 1989-96): 1353		Reg. Beender:				
			G4 (Wiederholer 1997): 213		G1: 141 (s = 29) G2: 107 (s = 30) G3: 138 (s = 39) G4: 91 (s = 36)				

<sup>1</sup> Hier ist nur der Zeitraum genannt (i.d.R. die 1-Jahres-Katamnese) auf den sich die Ergebnisse beziehen, es ist durchaus der Fall, dass zu mehreren Zeitpunkten Katamnesen durchgeführt wurden

<sup>2</sup> Bezogen auf alle Klienten (reguläre Beender und Abbrecher), die katamnestisch erreicht wurden (N Ausgangstestsprobe ist unbekannt)

<sup>3</sup> Bezogen auf reguläre Beender, die katamnestisch erreicht werden konnten

Tabelle 6: Darstellung der Studien zur kombinierten ambulanten und stationären Entwöhnung von Alkoholabhängigen

Studie	Land	Therapieart	Stichprobengröße	Design	Therapiedauer geplant (Tage)	Therapiedauer tatsächlich (Tage)	Haltequote	Katamneseergebnisse <sup>1</sup>		
								Katamnesezeitraum nach Therapieende in Monaten <sup>1</sup>	Aus-schöpfung	Abstinenzquote
100	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	96	Prä-Post-Vergleich	Stat. 28 + Amb. 183-365	-	--	120	94%	54%
103	GB	Abstinenz-orientierte Entwöhnung 1) stationär 2) teilstationär	212 1) 112 2) 100	Prä-Post-Vergleich, Gruppen-Vergleich	1) 35 2) 14	1) 19,2 2) 14,2	1) 54, 7% 2) 76%	12	89,2%	32,1% (keine sign. Unterschiede zw. den Gruppen)
118	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	238	Prä-Post-Vergleich	407 (42 stat. + 365 ambulant)	-	-	6	100%	57%
175, 177	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	189	Prä-Post-Vergleich	91 (+ 365 amb. Nachsorge)	91	95,8%	18	86,8%	26,1%

<sup>1</sup> hier ist nur der Zeitraum genannt (i.d.R. die 1-Jahres-Katamnese) auf den sich die Ergebnisse beziehen, es ist durchaus der Fall, dass zu mehreren Zeitpunkten Katamnesen durchgeführt wurden

Tabelle 7: Darstellung der Studien zur Entgiftung von Drogenabhängigen

Studie	Land	Therapieart	Stichprobengröße	Design	Therapiedauer geplant (Tage)	Therapiedauer tatsächlich (Tage)	Haltequote	Ergebnisse zum Zeitpunkt der Abschließung	Abschließungsquote	
32	A	Entzug mit Buprenorphin (ambulant)	50	Darstellung des Therapieverlaufs	10	-	70%	15	70%	48%
164	D	Medikamentenfreier, »kalter Entzug« (ambulant)	83		14	14	69%	-	-	-
147	E	Entzug mit 1) Methadon 2) Clonidin 3) Guanfacin (stationär)	170	Gruppenvergleich, randomisiert, Doppel-Blind	12	Reg. Beender 1) 14,2 2) 14,7 3) 14,7	52,9% 1) 75% 2) 44,1% 3) 48,3%	12	52,9%	
171	D	Niedrigschwelliger Entzug (stationär)	1) 318 2) 158	Prä-Post-Vergleich; Vergleich 1) Niedrig-, 2) Hochschwelliger Entzug; Programm- u. Ergebnisevaluation	-	-	1) 46% 2) 49%	4-6 Monate	70%	31,5%
235	D	Niedrigschwelliger und qualifizierter Entzug (stationär)	1337	Prä-Post-Befragung	-	14	?	214 Tage im Schnitt	52%	25%
236	D	Niedrigschwelliger Entzug (stationär)	52	Post-Befragung	-	16	?	217 Tage im Schnitt	63%	27%

Tabelle 8: Darstellung der Studien zur ambulanten Entwöhnungsbehandlung von Drogenabhängigen

Studie	Land	Therapieart	Stichproben- größe	Design	Therapie- dauer geplant (Tage)	Therapie- dauer tatsächlich (Tage)	Halte- quote	K a t a m n e s e r e s u l t a t e		
								Katamnese- zeitraum nach Therapieende in Monaten	Aus- schöp- fung	Abstinenz- quote
144	A	Abstinenz-orientierte Entwöhnung.	448	Postbe- fragung	–	–	–	36-108 <sup>1)</sup>	31%	Fehlt; Pos- Behand- lungserfolg (Drogen- freiheit, erwerbst., wenig Kontakte zur Szene): 22,3%
180	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung; 3-Stufen- Programm	53	Prä-Post- Vergleich	547	–	75%	24	60%	26,9%

1) Nach Therapiebeginn

ende liegt. Die Ausschöpfungsquoten liegen mit Ausnahme von zwei Studien mit sehr niedrigen Quoten von etwas über 30% bis über 60%. Die Abstinenzquoten, die, wie bereits weiter oben erwähnt, sich alle auf die Ausgangsstichproben (mit Ausnahme von Studie 62/63/64 und 167) beziehen, bewegen sich zwischen 14% und 37%. Betrachtet man nur die drei Untersuchungen, die Ergebnisse einer Ein-Jahres-Katamnese und die NTORS-Studie (62, 63,64), die eine etwa 10-monatige Katamnese berichtet, so liegen hier die Abstinenzraten zwischen 23% und 37% für die 12-Monats-Katamnesen und 43% für die NTORS-Studie. Die höhere Abstinenzquote der letzteren Studie ist durch die Erhebung der Abstinenzquote bedingt. Hier wurden nur die letzten drei Monate vor der Katamnese als Zeitkriterium für die Erfassung der Abstinenz betrachtet.

In der zum Durchführungszeitpunkt in ihrer Art größten multizentrischen Studie in Europa zum Verlauf und Ergebnis der stationären Entwöhnungsbehandlung (Herbst, 1992; Nr. 65, 66, 69) wurden insgesamt 302 Klienten aus 13 Therapieeinrichtungen in Deutschland untersucht. 77% der Klienten konnten in den zu vier Zeitpunkten durchgeführten Katamnesebefragungen mindestens einmal erreicht werden. Der mit Hilfe von Survival-Funktionen dargestellte Einfluss der Behandlungsdauer auf das Konsumverhal-

ten wird deutlich am Ergebnis von 33% der langzeitbehandelten regulären Beender gegenüber 16% der kurzzeitbehandelten Abbrecher, die vier Jahre nach der Behandlung abstinent sind.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass aufgrund der vorhandenen Studien nur diejenigen für die stationäre Entwöhnung im Alkohol- als auch im Drogenbereich Aussagen über die Erfolgsquoten erlauben. Betrachtet man die 12-Monats-Katamnesen so sind die Erfolgsquoten für die Behandlung der Alkoholabhängigen deutlich höher als die für die Drogenabhängigen. Allerdings ist die Aussage aufgrund der Anzahl der betrachteten Studien für den Alkoholbereich genauer. Die von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie empfohlene Mindestgröße von N = 50 für Untersuchungsstichproben (1992) liegt in allen Fällen vor. Die Patienten aus den Untersuchungen im Alkoholbereich liegen im Altersdurchschnitt bei Ende 30/Anfang 40 Jahre mit einer Abhängigkeitsdauer (so weit angegeben) von sechs bis 20 Jahren. Die Patienten aus dem Drogenbereich sind jünger und liegen im Durchschnitt bei Anfang bis Mitte 20 Jahre mit einer Abhängigkeitsdauer (so weit angegeben) von 3,5 bis acht Jahren. Bei der Mehrzahl der Studien aus beiden Bereichen setzt sich die Stichprobe aus zwei Drittel Männer und einem Drittel Frauen zusammen.

Tabelle 9: Darstellung der Studien zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Drogenabhängigen

Studie	Land	Therapieart	Stichprobengröße	Design	Therapiedauer geplant (Tage)	Therapiedauer tatsächlich (Tage)	Haltequote	Katamnesezeitraum nach Therapieende in Monaten <sup>1</sup>	Auswertung	Abstinenzquote
9	S	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	1164; Ausgewählte Teilsp. für Katamnese: N=493	Prä-Post-Vergleich	365-730	-	-	12	79% von ausgewählter Katamnese-untersuchung	40,2% <sup>2</sup>
29, 83	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	89	Prä-Post-Vergleich		1161 (s = 66,9)	23,6%	12, 24, 96	61,8%	12 M.J.: 37% 24 M.: 32% 96 M.: 24%
35, 179	CH	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	417 Vergleich	Prä-Post-	547	354 (s = 306)	34%	12	65,9%	23%
62, 64, 63	GB	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	408 Vergleich	Prä-Post-	45	45	-	9,5	70,1%	42,6% <sup>3</sup>
65, 66, 69	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	302 Vergleich	Prä-Post-	122-730	-	47%	48	77% (mind. 1x von 4 Katamnesen befragt)	10%
77, 78	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	108	Gruppenvergleich	Gruppe 1: 821 Gruppe 2: 942	-	25%	18-60	69%	Gesamt: 14% Gruppe 1: 19%; Gruppe 2: 9%

Tabelle 9: Darstellung der Studien zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Drogenabhängigen (Fortsetzung)

89	NL	Abstinenz-orientierte Entwöhnung, TG	250	Prä-Post-Vergleich	--	120	--	24	75,8%	32%
136, 137	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung + Nachsorge	218	Post-befragung	274 (Entwöhnung)	193	57%	6-160 (M=39)	62%	38%
141	N	Abstinenz-orientierte Entwöhnung, TG	200	Prä-Post-Vergleich	547	-	--	60	69,5%	14% (geringer Konsum)
165	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	396	Post-befragung	ca. 274	141	--	12-72	33%	22,7%
167	D	Abstinenz-orientierte Entwöhnung	100; ausgewählte Teilsp. von reg. Beendern f. Katamnese; N=41	Prä-Post-Vergleich	547	255	41%	24-72	34%	30% <sup>2</sup>
173	CH	Abstinenz-orientierte Entwöhnung, TG	248	Kontrollgruppen-design	--	--	--	24	90%	25,8%

<sup>1</sup> Hier ist nur der Zeitraum genannt, auf den sich die Ergebnisse beziehen, es ist durchaus der Fall, dass zu mehreren Zeitpunkten Katamnesen durchgeführt wurden

<sup>2</sup> Bezogen auf reguläre Beendern, die katamnestsich erreicht wurden

<sup>3</sup> Bezogen auf die letzten drei Monate vor der Katamnese.

## 6 Ergebnisse der Meta-Analysen zum Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg

In diesem Kapitel wird der Zusammenhang zwischen der Erfolgsquote der stationären Entwöhnungsbehandlung für Alkoholabhängige und der Therapiedauer mit der Methode der Meta-Analyse untersucht. Für die Evaluation der Entgiftung (ambulant und stationär), der ambulanten Entwöhnung (für Alkohol- und Drogenabhängige) sowie für die Evaluation der stationären Entwöhnung für Drogenabhängige reicht die Anzahl der Studien für eine meta-analytische Betrachtung nicht aus.

In Abschnitt 6.1 wird das genaue methodische Vorgehen bei der Auswahl der Studien für die meta-analytische Auswertung, in Abschnitt 6.2 das Ergebnis der Meta-Analysen beschrieben.

### 6.1 Zur Methodik der Meta-Analyse

#### *Ziel*

Um zu objektiven, nachprüfbareren Aussagen in einer integrativen, das heißt einer die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen zusammenfassenden, Literaturanalyse zu kommen, ist es notwendig die Ergebnisse der einzelnen Studien einer statistischen Gesamtanalyse zu unterziehen. Nach Glass (1976) ist das Ziel einer Meta-Analyse die Integration von vielen Ergebnissen unter statistischer Auswertung der Mittelwerte oder Standardabweichungen der Originalarbeiten. Dabei konzentriert man sich nicht auf die statistische Signifikanz der Ergebnisse, sondern auf die Effektgröße. Eine Effektgröße ist definiert als die standardisierte Mittelwertsdifferenz zwischen einer Experimental- und einer Kontrollgruppe hinsichtlich der Ergebnisvariable.

Das Problem von Reviews, das heißt von »narrativen« Literaturanalysen, in denen eine mehr oder weniger große Anzahl an Untersuchungen, nach selbst definierten Kriterien ausgewählt und deren Ergebnisse in beschreibender Weise zusammengefasst werden, ist, dass subjektive Faktoren das Endergebnis in nicht unerheblichem Maße beeinflussen (Fricke und Treinies, 1985). So kann es z. B. sowohl bei der Selektion der Studien als auch bei der Integration widersprüchlicher Ergebnisse, die dann zu einem selbst definierten mittleren Ergebnis zusammengefasst werden, je nach Reviewer zu unterschiedlichen Aussagen kommen. Hinzukommt, dass die unterschiedlichen

Stichproben, die Vielzahl der untersuchten Variablen, die unterschiedlichen Messinstrumente und die unterschiedlichen methodischen Untersuchungsansätze es sehr schwer machen, die Ergebnisse zu vergleichen. So lassen sich Unterschiede in den Ergebnissen von systematischen Literaturreviews auf die unterschiedlichen Methoden der zugrunde liegenden Studien zurückführen (s. a. Süß, 1995). Aus diesen Gründen wurden die Methoden der Meta-Analyse entwickelt, die für die Integration mehrerer Untersuchungsbefunde Gütekriterien und statistische Verfahren bereithält, und die Validität der zusammenfassenden Aussagen weitgehend gewährleistet.

#### *Effektstärke*

Für die Meta-Analyse wurden aus den Daten der Primärstudien statistische Kennwerte (Stichprobengröße, Mittelwerte, Standardabweichungen, Häufigkeiten, Korrelationskoeffizienten) gewonnen, die in Effektstärken umgerechnet werden. Die Effektstärken erlauben somit Aussagen darüber, wie eng und in welcher Richtung die verschiedenen empirischen Variablen zusammenhängen.

Für die Untersuchung des Effekts der Therapiedauer auf den Therapieerfolg wird als Populationseffektstärke der Korrelationskoeffizient benutzt. Hunter, Schmidt und Jackson (1982) betrachten den durch die Stichprobengröße gewichteten mittleren Korrelationskoeffizienten als beste Schätzung der Populationskorrelation. Die Effektstärke  $r$  ist ein gebräuchliches Maß und bietet für zahlreiche Teststatistiken Umrechnungsformeln (siehe Fricke und Treinies, 1985; Bortz und Döring, 1995). Um gefundene Effektstärken (ES) zu interpretieren, nennen Fricke und Treinies (1985) und Bortz und Döring (1995) folgende Richtwerte:

- $r \geq 0,10$  = niedrige Effektstärken
- $r \geq 0,30$  = mittlere Effektstärken
- $r \geq 0,50$  = hohe Effektstärken.

Weitere Auskunft über die Stärke eines Zusammenhangs zwischen zwei Konstrukten gibt die Wahrscheinlichkeit  $p$  an, mit dem die Gesamteffektstärke von 0 verschieden ist. Als Mindestkriterium für eine sinnvolle Mittelung der Einzeleffektstärken wurde aus ökonomischen und inhaltlich-interpretatorischen Gründen eine Anzahl von drei Einzeleffektstärken aus drei Primärstudien festgelegt.

#### *Homogenitätstest*

Nach der Ermittlung der Populationseffektstärken als Mittelwert der einzelnen Korrelationskoeffizienten wird die beobachtete Varianz des Mittelwertes analy-

siert. Hierbei kann es vorkommen, dass die rein durch den Stichprobenfehler der einzelnen Korrelationskoeffizienten verursachte Varianz, die im Folgenden als Fehlervarianz bezeichnet wird, auch durch die bei den integrierten Studien inhaltlich unterschiedlichen Merkmale oder aber die unterschiedliche methodische Güte der Studien sich systematisch auf die Höhe der einzelnen Korrelationskoeffizienten auswirkt. Ob die beobachtete Varianz wesentlich höher ist als die Fehlervarianz, wird mittels Homogenitätskriterien festgestellt (Fricke und Treinies, 1985; Hunter und Schmidt, 1990). Ist die beobachtete Varianz gleich oder nicht wesentlich größer als die Fehlervarianz, so ist der erreichte Mittelwert der Populationseffektstärke homogen.

Die innere Logik dieses Vorgehens besteht nach Hunter und Schmidt (1990) darin, dass die Varianz der Einzeleffektstärken zufällig oder systematisch entstehen kann. Zufällige Varianz entsteht dabei durch unsystematische Fehlereinflüsse. Der Stichprobenfehler wird als Fehlerquelle für die unsystematische Varianz herangezogen. Ist die Varianz unsystematisch, stammt die errechnete Effektstärke aus einem Pool homogener Datensätze. Hier wird nach der Faustregel von Hunter und Schmidt, die besagt, dass bei einer Restvarianz von 25%, das heißt ein Anteil der Gesamtvarianz von 25%, der nicht durch den Stichprobenfehler aufgeklärt werden kann, mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass diese restliche Varianz ebenfalls unsystematisch entstanden ist und zulasten anderer Fehlerquellen geht.

Auch Schwarzer (1989), dessen Programm zur Durchführung der Meta-Analyse verwendet wurde, empfiehlt als bestes Kriterium zur Feststellung der Homogenität von Mittelwerten von Populationseffektstärken, dass 75% oder mehr der beobachteten Varianz durch den Stichprobenfehler der einzelnen Korrelationskoeffizienten verursacht sein müssen. Sind weniger als 75% der beobachteten Varianz auf den Stichprobenfehler zurückzuführen, dann ist die Populationseffektstärke heterogen, das heißt die einzelnen Korrelationskoeffizienten unterscheiden sich systematisch in ihrer Höhe. Dies kann einerseits auf inhaltliche Unterschiede zwischen den einzelnen Studien (bzw. den einzelnen Korrelationskoeffizienten) oder durch eine unterschiedliche methodische Qualität der Studien bedingt sein. Deshalb muss dann nach den Kriterien gesucht werden, welche diese Heterogenität verursachen. Die Homogenitätsanalysen der vorliegenden Auswertung basieren auf dem Meta-Analyseprogramm von Schwarzer (1982).

## 6.2 Methodisches Vorgehen

### 6.2.1 Auswahl der Studien für die durchgeführten klassischen Meta-Analysen

Von den berichteten Studien genügten nur sehr wenige Studien im Bereich der ambulanten Entwöhnung bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit den Kriterien für eine *klassische*, oben beschriebene *Meta-Analyse*, worin Effektstärken der Einzelstudien Eingang finden.

Für die Durchführung einer klassischen Meta-Analyse im Bereich der stationären Entwöhnungstherapie lagen nur aus sechs Studien (Nr. 80, 98, 150, 184, 220, 222) Ergebnisse vor, aus denen Effektstärken berechnet werden konnten (mindestens zwei unterschiedliche Therapiezeiten mussten hinsichtlich ihrer Effektivität untersucht worden sein). Studien Nr. 98, 150 sowie 222 verglichen sogar drei verschiedene Therapiedauern miteinander. Alle diese Studien stammen aus Deutschland und wurden im Bereich der abstinenten stationären Alkoholentwöhnung durchgeführt. Studie Nr. 98 wurde jedoch in den durchgeführten klassischen Meta-Analysen nicht berücksichtigt, da hier eine Katamnesezeit von 18 Monaten vorlag, in die Meta-Analysen jedoch zum Zwecke der besseren Vergleichbarkeit nur 12-Monats-Katamneseergebnisse eingingen.

Aufgrund der Angaben der für die klassische Meta-Analyse geeigneten Studien wurden zwei getrennte klassische Meta-Analysen für den Vergleich unterschiedlicher Therapiezeiten auf den Therapieerfolg durchgeführt:

1. Für den Vergleich des Therapieerfolges bei einer Therapiedauer bis zu **14 Wochen** mit der Therapiedauer von **mehr als 14 bis zu 19 Wochen** (Studien 150, 220 und 222, also **N = 3**) (Tabelle 10a).
2. Für den Vergleich der Therapieeffektivität bei einer Therapiedauer bis zu **14 Wochen** sowie einer Therapiedauer von **mehr als 20 Wochen** (Studien 80, 150, 184 und 220, also **N = 4**) (Tabelle 10b).

Für den meta-analytischen Vergleich zwischen einer **mittellangen Therapie (14 bis 19 Wochen)** und einer **Langzeittherapie (mehr als 20 Wochen)** genügt die Anzahl der Studien nicht (150 und 220, also **N = 2**). Hier werden die Effektgrößen einzeln berichtet (Tabelle 10 c).

Diese Ergebnisse der klassischen Meta-Analyse sollen aufgrund der geringen Anzahl der ausgewerteten Studien nicht per se, sondern nur im Zusammen-

hang mit der korrelativen Meta-Analyse betrachtet werden.

### 6.2.2 Auswahl der Studien für die durchgeführte korrelative Meta-Analyse

Wegen der geringen Anzahl der Studien für eine »klassische« Meta-Analyse, wurde mit den Studien, die die Effektivität der stationären Entwöhnungsbehandlung für alkoholabhängige Patienten untersuchten, zusätzlich eine korrelative Meta-Analyse durchgeführt, um die Anzahl der Studien für eine statistische Analyse des Zusammenhangs zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg und damit die Validität und Reliabilität des Ergebnisses zu erhöhen.

Für die Überprüfung der Frage, ob zwischen der Dauer einer Therapie und dem Therapieerfolg ein Zusammenhang besteht, konnten, um vergleichbare Ergebnisse zu erzielen, von den 26 Studien aus dem Alkoholbereich nur genau die Hälfte, nämlich 13 einbezogen werden. Diese hatten die Ergebnisse nach einer Katamnesezeit von 12 Monaten im Sinne der DGSS 4 berechnet oder die Ergebnisse konnten im Nachhinein von uns so berechnet werden (eine Studie mit zehn Monaten).

Da die Studien 80, 150, 184, 220 und 222 aus dem Alkoholbereich unterschiedliche Therapiedauern miteinander verglichen und dabei für unterschiedliche Therapiedauern die jeweiligen Therapieergebnisse berichteten, wurden die Teilstichproben dieser Studien als eigene Studien betrachtet. Deshalb erhöhte sich die Zahl der in Frage kommenden Studien für die korrelative Meta-Analyse von 13 auf 20. Der Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieergebnis wird also basierend auf diesen 20 Studien aus dem Bereich der stationären Entwöhnung bei Alkoholabhängigen mit der Rangkorrelation nach Spearman untersucht. Davon stammen 17 Studien aus Deutschland und 3 Studien aus Großbritannien. Um die unterschiedlichen Stichprobengrößen zu berücksichtigen, wurden die Korrelationen (ebenfalls) mit gewichteten Daten gerechnet.

## 6.3 Ergebnisse der Meta-Analysen der Studien zur stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit

### 6.3.1 Ergebnisse der klassischen Meta-Analysen

In den Tabellen 10a und b werden die Ergebnisse der klassischen Meta-Analysen und in Tabelle 10c Einzeleffektstärken der Originalarbeiten berichtet. Ta-

belle 10d fasst die Ergebnisse der beiden Meta-Analysen für die Schätzung der Populationseffektgröße zusammen. Für die Schätzung der Effektgröße beim Vergleich zwischen einer Therapiedauer bis 14 Wochen mit einer Therapiedauer bis zu 19 Wochen hinsichtlich des Therapieerfolges wurden drei Korrelationsstudien mit der Effektgröße  $r$  und einer Gesamtzahl von 8147 Patienten berücksichtigt. Diese Meta-Analyse ergibt eine gewichtete Effektgröße von  $r = 0.07$  (Populationseffektgröße), eine ungewichtete Effektgröße von  $r = 0.11$ , eine beobachtete Varianz von 0.01, eine Fehlervarianz von 0.00 und entsprechend eine Populationsvarianz die der beobachteten Varianz entspricht. Die Varianzen der hier untersuchten drei Teilstichproben sind heterogen, so dass die hier berichtete Effektgröße von  $r = 0.07$  mit Vorsicht zu interpretieren ist. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass zwischen der Therapiedauer und dem Therapieerfolg kein Zusammenhang besteht. Aufgrund der Meta-Analyse muss man festhalten, dass die hier untersuchten Primärstudien alle heterogen sind. Wegen der kleinen Stichprobengröße wird jedoch auf die Suche nach Moderatorvariablen verzichtet.

Ebenso zu vernachlässigen ist das Ergebnis der zweiten Meta-Analyse (gewichtete Effektgröße  $r = 0.07$  und ungewichtete Effektgröße von  $r = 0.17$ ), in der der Vergleich zwischen dem Therapieerfolg bei einer Therapiedauer bis zu 14 und mehr als 20 Wochen durchgeführt wurde, da auch hier die Varianzen der hier betrachteten Teilstichproben heterogen sind.

Der Vollständigkeit halber sei hier noch erwähnt, dass die Einzeleffektgrößen der Studien, die hier für den Vergleich des Therapieerfolges zwischen einer mittellangen und einer langen Therapiedauer berechnet wurden, gleich Null sind (Tabelle 10c). Dies deutet darauf hin, dass die Therapieerfolge zwischen mittellangen und langen Therapiedauern nicht unterschiedlich ausfallen. Auch diese Ergebnisse dürfen aufgrund ihres Einzelcharakters nur als erste Hinweise verstanden werden.

### 6.3.2 Ergebnisse der Korrelation

Unter Abschnitt 6.2.2 wurde berichtet, dass um die Aussagefähigkeit des Ergebnisses zu erhöhen, mit 20 Studien eine korrelative Meta-Analyse durchgeführt wurde.

Von den für diese korrelative Meta-Analyse berücksichtigten 20 waren als Prä-Post-Design teilweise mit einem Zwei- oder Mehrgruppenvergleich und teilweise nur als Post-Befragung konzipiert. Bei

Tabelle 10a: Zusammenhang zwischen der Therapiedauer (bis 14 Wochen vs. mehr als 14-19 Wochen) und Therapieerfolg (Alkohol); Effektgrößen der Einzelstudien

Studie	Anzahl der Patienten N =		Durchschnittl. Therapie- dauer in Tagen		Abstinenzquote in %		Effekt- größe r
	14 W.	19 W.	14 W.	19 W.	14 W.	19 W.	
150	160	452	77	133	11	60	0.4287
220	1234	1144	89	133	55	61	0.0606
222	744	4413	96	125	50	55	0.0352

Tabelle 10b: Zusammenhang zwischen der Therapiedauer (bis 14 Wochen vs. mehr als 20 Wochen) und Therapieerfolg (Alkohol); Effektgrößen der Einzelstudien

Studie	Anzahl der Patienten N =		Durchschnittl. Therapie- dauer in Tagen		Abstinenzquote in %		Effekt- größe
	14 W.	>20 W.	14 W.	>20 W.	14 W.	>20 W.	
80	82	386	60	180	58	53	-0.0414
150	160	360	77	168	11	60	0.4523
184	121	556	89	182	55	52	-0.0260
220	1234	320	89	182	55	61	0.0482

Tabelle 10c: Zusammenhang zwischen der Therapiedauer (bis 19 Wochen vs. mehr als 20 Wochen) und Therapieerfolg (Alkohol); Effektgrößen der Einzelstudien

Studie	Anzahl der Patienten N =		Durchschnittl. Therapie- dauer in Tagen		Abstinenzquote in %		Effekt- größe
	19 W.	>20 W.	19 W.	>20 W.	19 W.	>20 W.	
150	452	360	133	168	60	60	0.0000
220	1144	320	133	182	61	61	-0.0006

Tabelle 10d: Ergebnisse der Meta-Analyse zum Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg (Alkohol)

Vergleich	k	N	r <sub>w</sub>	r	s <sub>0</sub>	s <sub>e</sub>	s <sub>p</sub>
Bis 14 Wochen vs. bis 19 Wochen	3	8147	0.07	0.17	0.01	0.00	0.01
Bis 14 Wochen vs. mehr als 20 Wochen	4	3219	0.09	0.11	0.03	0.00	0.03

k = Anzahl der Studien, N = Gesamt-N, r<sub>w</sub> = gewichtete mittlere Effektgröße, r = ungewichtete mittlere Effektgröße, s<sub>0</sub> = beobachtete Varianz, s<sub>e</sub> = Fehlervarianz, s<sub>p</sub> = Populationsvarianz

Letzteren lässt sich zwar kaum eine Aussage über eine Veränderung durch die Therapie machen, aber eine Ausnahme dürfte hier das Konsumverhalten bilden, da man davon ausgehen kann, das es bei Antritt der Therapie in einem behandlungsbedürftigen Ausmaß vorhanden gewesen sein muss. Bei den analysierten Studien handelt es sich fast ausschließlich um quasi-experimentelle Untersuchungen, d. h. sie wurden nicht unter kontrollierten Bedingungen mit randomisierten Patientenstichproben durchgeführt. Die Stichprobenszusammensetzung ist vielmehr eine Folge von klinisch-praktischen Erfordernissen. Allerdings haben diese Untersuchungen eine höhere externe Validität, d. h. ihre Ergebnisse sind eher verallgemeinerbar, wenn die Frage der Repräsentativität der Untersuchungsstichprobe für die entsprechende zugrunde liegende Population (z. B. Alkohol- oder Drogenabhängige) geklärt ist (Feuerlein, Kufner und Soyka, 1998).

In den beschriebenen 20 Studien, die in die korrelative Meta-Analyse eingingen, lag der Median für die untersuchte Stichprobengröße bei 373, mit einer Spannweite von 5105 (82–5187). Der Median der geplanten Therapiedauer betrug 127 Tage (Range 28–182, Tabelle 11), der der tatsächlichen Therapiedauer war etwas niedriger, nämlich 119 Tage. Dafür war die Spannweite der tatsächlichen Therapiedauer größer als die der geplanten (270). Der Median der Haltequote in den Therapien belief sich über die 14 betrachteten Studien hinweg auf 86% (Range: 77–93). Der Median der Ausschöpfungsquote lag bei 81% (Range: 57–100). Die dabei gefundene Abstinenzquote hatte einen Median von 53%, dabei war die Spannweite mit 67 recht groß, was auf die unter-

schiedlich hohen Abstinenzquoten in den einzelnen Studien hinweist.

Aufgrund der kleinen Anzahl der in die korrelative Meta-Analyse eingegangenen Studien und aufgrund der Nicht-Normalverteilung der Therapiedauer und des Therapieerfolges, wurde zur Überprüfung des Zusammenhanges zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg eine nonparametrische Rangkorrelation nach Spearman durchgeführt. Diese ergibt über die untersuchten Studien zur *stationären Alkoholentwöhnung* in Europa (nur Studien aus Deutschland und Großbritannien) für eine Katamnesezeit von 12 Monaten einen signifikanten Zusammenhang zwischen der tatsächlichen Therapiedauer und dem Therapieerfolg mit einem  $r = 0,559$  ( $p_{\text{zweiseitig}} = 0,038$ ), was bei der geringen Stichprobengröße einem starken Effekt entspricht. Die Verteilung der Abstinenzquote in Abhängigkeit von der Therapiezeit entspricht somit, wie auch aus Abbildung 1 deutlich wird, eher einem linearen Zusammenhang. Das bedeutet, dass je länger die Therapie dauert, desto größer wird die Erfolgsquote. Aufgrund der hier berücksichtigten Originalstudien und darin untersuchten Therapiezeiten – die Obergrenze bei sehr wenigen Studien und dann mit einer geringen Anzahl von Patienten lag bei etwa 300 Tagen –, kann man jedoch im Moment nicht aussagen, ob die Erfolgsquote ab einem bestimmten Therapiezeitpunkt stagniert oder wieder abfällt.

Wenn man die Stichprobengröße der einzelnen Studien berücksichtigt und die Daten gewichtet, so wird die Spearman-Korrelation signifikant negativ  $r = -0,173$  ( $p = 0,000$ ). Da aber die absolute Höhe der Korrelation recht niedrig ist, wird die Korrelation aufgrund der künstlich erhöhten Stichprobengröße si-

*Tabelle 11: Gesamtdarstellung der Ergebnisse der Studien im Bereich der stationären Alkoholentwöhnung, die mit einer korrelativen Meta-Analyse untersucht wurden.*

Variablen	Anzahl der Studien N =	Median	Spannweite	Minimum	Maximum
Gesamtzahl der untersuchten Patienten	20	373	5105	82	5187
Geplante Therapiedauer in Tagen	18	127	154	28	182
Tatsächliche Therapiedauer in Tagen	14	119	242	28	270
Haltequote	14	86	16	77	93
Ausschöpfungsquote der Katamnese	19	81	43	57	100
Abstinenzquote nach DGSS Standard 4	20	53	67	11	80

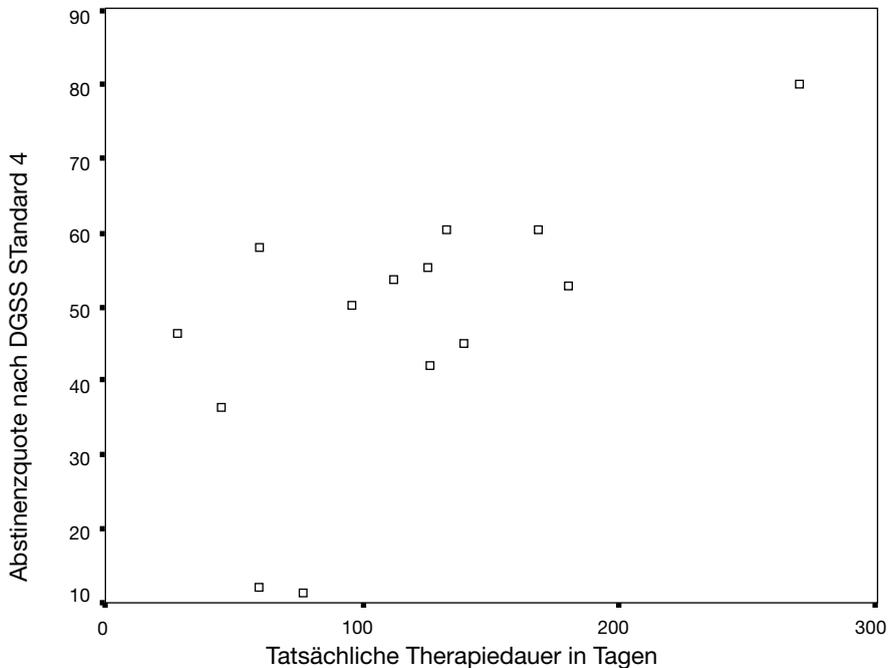


Abbildung 1: Zusammenhang zwischen tatsächlicher Therapiezeit und Abstinenzquote ( $n=14$ ) bei der stationären Therapie von Alkoholabhängigen 12 Monate nach Therapieende.

gnifikant. Hier ist zu überlegen, ob man die Daten tatsächlich gewichten muss, da womöglich qualitativ schlechte Studien dadurch das Ergebnis verzerren. Nach Fricke und Treinies (1985) gibt es für beide Ansätze gute Gründe. Aufgrund der geringen Anzahl der in unsere korrelative Meta-Analyse eingegangenen Studien und der Gefahr der Verzerrung der Daten, wird in dieser Studie das Korrelationsergebnis der ungewichteten Daten präferiert.

Aufgrund der geringen Zellenbesetzung konnten die Korrelationsberechnungen für den *Drogenbereich* nicht durchgeführt werden, sodass ein direkter Vergleich zwischen den Effekten für die Alkohol- und Drogenbehandlung bzw. für Deutschland und den restlichen europäischen Staaten nicht erfolgen kann.

Insgesamt kann man aufgrund der Ergebnisse darauf schließen, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und dem Therapieerfolg für die stationäre Entwöhnungsbehandlung alkoholabhängiger Patienten gibt und dass der Zusammenhang insbesondere auf die Studien in Deutschland zurückgeht. Damit kann mit dieser Aus-

wertung das Ergebnis von Süß (1995) auch in der Höhe der Korrelation und entsprechend der Effektstärke repliziert werden (unser Ergebnis: Rangkorrelation  $r = 0,559$  vs. Rangkorrelation  $r = 0,50$  bei Süß).

Zusammenfassend kann man festhalten, dass die mit der klassischen und der korrelativen Meta-Analyse erzielten Ergebnisse sich widersprechen. Aufgrund der minimalen Zellenbesetzung sind die Ergebnisse der klassischen Meta-Analyse nicht sehr aussagekräftig. Das Ergebnis der aussagekräftigeren korrelativen Meta-Analyse weist allerdings auf einen positiven Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg.

## 7 Diskussion der Ergebnisse der Meta-Analysen unter besonderer Berücksichtigung der amerikanischen Ergebnisse

### 7.1 Effektivität von Behandlungen der Alkoholabhängigkeit

Die Evaluationsforschung im Bereich der Behandlung von Alkoholabhängigkeiten ist von einer globalen Effektivitätsuntersuchung zu einer zunehmend spezifischen Behandlungsforschung fortgeschritten, wobei Behandlungssettings und Modalitäten, Kosteneffektivitäts- sowie Matching-Aspekte bezüglich Behandlungskomponenten zu spezifischen Patientenmerkmalen untersucht werden.

Seit dem ersten großen Überblicksartikel von Emrick (1975), in dem fast 400 Studien bezüglich ihrer relativen Effektivität dargestellt wurden und der die Schlussfolgerung nahe legte, dass Behandlungen für Alkoholabhängige effektiver sind als keine Behandlung, scheint die Wirksamkeit der Behandlung unumstritten. Jedoch deuteten die Ergebnisse darauf hin, dass Behandlungen primär den Alkoholkonsum reduzierten, jedoch nicht die absolute Rate der totalen Abstinenz erhöhten. Weiterhin konnte Emrick zeigen, dass keine Behandlungsmodalität effektiver ist als die anderen.

In unserer Korrelationsstudie konnten wir die in der bisherigen wissenschaftlichen Literatur gemachten Aussage bestätigen, dass Alkoholbehandlungen effektiv sind. Der Median der durchgängig Abstinenten bei den stationär Behandelten liegt ein Jahr nach Therapieende bei 53%. Diese Zahl ist höher als bei einigen anderen Arbeiten, wie z. B. der Überblicksarbeit von Feuerlein (1984), der von Abstinenzraten zwischen 7 und 23% bei Langzeitkatamnesen bei Alkoholabhängigen berichtet. Eine Schweizer multizentrische Studie (Maffli, 1996) nennt bei 915 stationär behandelten Alkoholkranken, die sieben Jahre im follow-up untersucht wurden, eine Abstinenzrate von 12% (durchgehend abstinent) und eine Besserungsrate von 25% (kein Rückfall in die Abhängigkeit).

Hox und Kollegen (1998) untersuchten in ihrer Meta-Analyse die Effektivität der stationären Therapien (therapeutischen Gemeinschaften und stationären Therapien) für den Alkohol- und Drogenbereich. Die Analyse bezieht sich insbesondere auf europäische Studien, die zwischen 1986 und 1996 publiziert wurden, und bezieht Literaturbeispiele aus den USA

mit ein. In die Analyse wurden alle europäischen Studien, die die Effektivität von stationären Behandlungen von Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeiten untersuchten und die eine Therapiedauer von mindestens 20 Tagen aufwiesen sowie quantitative Erfolgsmaße berichteten, einbezogen. Als Erfolgsmaße haben die Autoren Abstinenz, kontrolliertes Trinken sowie Besserung als Kriterien benutzt. Für den Alkoholbereich kommen die Autoren zu folgenden Schlussfolgerungen: Insgesamt scheinen die stationären Therapien im Bereich der Alkoholabhängigkeit einen positiven Effekt aufzuweisen. Etwa 33% der Patienten waren nach der ersten Katamnese als abstinent zu bezeichnen (konservative Schätzung).

Unsere Meta-Analyse deutet darauf hin, dass die generelle Wirksamkeit psychologisch fundierter Alkoholismustherapie über der Ein-Drittel-Quote liegt, die Emrick (1974, 1975) aufgrund seiner Studien postulierte. Das Ergebnis der vorliegenden Studie bestätigt damit das Ergebnis der Meta-Analyse von Süß (1995), der in seine Meta-Analyse zur generellen und differentiellen Wirksamkeit psychologisch fundierter Alkoholismustherapie ebenfalls deutschsprachig publizierte bis zum Jahr 1991 veröffentlichte Studien (23 experimentelle und 21 nicht experimentelle prospektive Untersuchungen) einbezog.

Auch in unserer Studie deutet sich der von Süß berichtete Befund an, dass Studien aus Deutschland höhere Erfolgsquoten aufweisen als diejenigen aus dem angloamerikanischen und angelsächsischen Raum. Da wir nicht genügend Studien aus anderen Ländern in unsere Meta-Analyse einbeziehen konnten, kann diese Hypothese nicht empirisch, aber augenscheinlich bestätigt werden. Für diesen Unterschied muss man u. a. die längeren Behandlungsdauern im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung in Deutschland als möglichen Grund nennen.

Die Beurteilung der globalen Effektivität der Behandlungen hängt auch vom methodischen Vorgehen bei der Berechnung der Effektgröße und der Definition des Erfolgskriteriums ab. Anhand von zwei Meta-Analysen mit identischen Studien aber unterschiedlicher Methodik zeigte sich, dass die Art der Berechnung der Effektgrößen, aber auch das gewählte Erfolgskriterium (Abstinenz oder reduzierter Alkoholkonsum) einen Unterschied in der Beurteilung der Effektivität macht. In einer Meta-Analyse von Agosti (1994) wurden 15 kontrollierte Studien bezüglich der Effektivität bei der Erreichung der Abstinenz in einem kurzen Zeitraum, sechs Monate und 12 Monate im Follow-up untersucht. Von 15 Studien waren nur drei klinisch signifikant, das heißt, dass die Pati-

enten von nur drei Experimentalgruppen mindestens zweimal so häufig abstinent waren wie in der Kontrollgruppe. Der Autor führte eine zweite Meta-Analyse mit den identischen Studien durch, diesmal in bezug auf das Erfolgskriterium »reduzierter Alkoholkonsum«. Die Ergebnisse der Meta-Analyse, deren Effektgrößen nach Cohen (1977) berechnet wurden, waren diesmal besser: Sowohl die kurzfristigen als auch die Ein-Jahres-Follow-up Ergebnisse erwiesen, dass die Patienten in der Experimentalgruppe signifikant weniger tranken als in der Kontrollgruppe.

Insgesamt besteht in der Literatur Einigkeit darüber, dass die Frage nach einem globalen Behandlungserfolg geklärt ist (s. a. Hox et al., 1998; Miller et al., 1995; Süß, 1995), jedoch nicht die der Höhe der Effektgröße sowie die Effektivität der einzelnen Behandlungskomponenten.

Vergleicht man die Effekte der Behandlung im Bereich Alkohol mit denen aus dem Bereich illegalen Substanzen zeigt sich das klare Ergebnis, dass die Behandlungsergebnisse bei Alkoholabhängigen insgesamt günstiger sind als bei Drogenabhängigen. So betrug beispielsweise die Abstinenzrate in der MEAT-Studie (Münchener Evaluation der Alkoholismustherapie, Kufner und Feuerlein, 1989; Kufner, Feuerlein und Huber, 1988) nach 18 Monaten 53% und nach vier Jahren 46% bei einer Ausgangsstichprobe von 1410 Patienten. Bei Drogenabhängigen werden ungünstigere Besserungsraten berichtet (Herbst, 1992a, b; Hox et al., 1998). Zwar beträgt die Besserungsrate bei den regulären Beendern etwa 60% bis 80%, doch beläuft sie sich bei Drogenabhängigen, die eine Entwöhnungsbehandlung abbrechen, auf etwa 20% bis 30% (Klett, 1987). Dabei ist der Anteil der Therapieabbrecher mit etwa 70% sehr hoch (Roch et al., 1992).

## 7.2 Einfluss der Therapiedauer bei der Behandlung von Alkoholstörungen

In der vorliegenden korrelativen Meta-Analyse konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und dem Therapieerfolg eindeutig nachgewiesen werden. Die Höhe der Korrelation beträgt 0,56. Dieses Ergebnis bestätigt die im Alkoholbereich international bereits gezeigten Befunde, dass die Länge der Therapie mit besseren Therapieergebnissen assoziiert ist (Moos et al., 1990; McLellan et al., 1997).

Der Zusammenhang ist in den deutschen Studien stärker, wie wir auch aus unseren Ergebnissen in Übereinstimmung mit der Meta-Analyse von Süß

(1995) ableiten können. Der positive Zusammenhang zwischen Therapiedauer und -erfolg wurde von Süß dann nicht gefunden, als er nur die Therapiestudien der anderen Länder mit Therapiedauern von zwei bis sechs Wochen betrachtete. Hier liegt die optimale Therapiedauer bei vier Wochen. Diese differenzierte Aussage können wir aufgrund der nicht berücksichtigten Studien aus den USA und dem angloamerikanischen Raum nicht machen. Süß fand, dass es keinen Unterschied zwischen deutschen und amerikanischen Studien gibt, wenn die Effektstärken-Berechnung mit Studien von durchschnittlich sechs bis 2,5-wöchiger Therapie gemacht wurden. Insofern wurden durch seine Meta-Analyse die Ergebnisse von Miller und Hester (1986a), Miller et al. (1995) für die insbesondere in den USA gemachte Aussage, dass eine längere Therapiedauer nicht zu besseren Ergebnissen führt, sowohl unterstützt als auch deren Geltungsbereich auf sehr kurze Behandlungszeiten zwischen etwa zwei und sechs Wochen begrenzt.

Nach dem Ergebnis einer deutschen Studie von Scheller und Klein (1986) gibt es einen kritischen Bereich für die Dauer stationärer Alkoholismustherapie. Nach ihren Angaben müssen die Patienten mindestens zwischen 12 und 15 Wochen in stationärer Therapie sein, um von der Behandlung zu profitieren. Eine darüber hinaus gehende Aufenthaltsdauer scheint die Abstinenzquote nicht signifikant zu erhöhen. Die Studie von Zemlin et al. (1999) zeigt jedoch, dass auch in einem Zeitraum von acht Wochen klinisch bedeutsame Ergebnisse erzielt werden können, wenn man eine umgrenzte Zielgruppe mit günstigen prognostischen Merkmalen behandelt.

## 7.3 Indikationsstellung und Behandlungsdauer bei Alkoholabhängigen

Aufgrund der MEAT-Studie geben Kufner und Feuerlein (1989) globale Hinweise, welche Patientengruppen wie lange stationär behandelt werden sollen. So haben sie für Männer und Frauen getrennt Prognoseindizes gebildet, die sich zum größten Teil bei der 48-Monats-Katamnese bestätigen ließen. Unter Berücksichtigung dieser verschiedenen Prognoseindizes ergab sich folgende Indikationsempfehlung für die Behandlungsdauer:

- Kurzbehandlung (sechs bis zwölf Wochen): bei Männern mittlerer Prognose und Frauen mit günstiger Prognose, nicht bei Männern und Frauen mit ungünstiger Prognose.
- Behandlung mittlerer Dauer (vier bis fünf Monate): bei Frauen mit mittlerer Prognose, nicht bei

Männern mit günstiger Prognose und prognostisch ungünstigen Patienten.

- Langzeitbehandlung (sechs Monate): bei Frauen mit ungünstiger Prognose; Männer mit günstiger Prognose profitieren jedoch von dieser Behandlung am meisten.

#### 7.4 Effektivität von Behandlungen der Drogenabhängigkeit

Nach den Ergebnissen der Studien, die im vorliegenden Überblick berücksichtigt wurden, ist ein Viertel der Drogenabhängigen ein Jahr nach ihrer stationären Behandlung abstinent. Dieses Ergebnis korrespondiert mit den Befunden anderer Überblicksarbeiten (Hox, Brewer, 1998; Broekart et al., 1999; Roch et al., 1992; Prendergast et al., 1998). Damit ist die Erfolgsquote bei Drogenabhängigen deutlich geringer als bei Alkoholabhängigen. Betrachtet man die Ergebnisse für Deutschland und andere europäische Länder, so gibt es aufgrund unserer Daten keine augenscheinlichen Unterschiede in der Erfolgsquote. Allerdings sind diese Ergebnisse aufgrund der kleinen Anzahl der Studien in diesem Bereich nicht statistisch in einer Meta-Analyse berechnet worden.

Zur Effektivität der Behandlung der Drogenabhängigkeit liegt eine neuere wichtige multizentrische Studie aus den USA vor. Die DATOS-Studie (Drug Abuse Treatment Outcome Studies) untersuchte katamnestic mit einem prospektiven Längsschnittansatz Erwachsene, die in elf amerikanischen Städten zwischen 1991 und 1993 in typische stationäre Behandlungseinrichtungen aufgenommen wurden. Die Stichprobe der 12-Monats-Katamnese umfasste 2966 aus 76 Einrichtungen rekrutierte Personen mit kompletten Interviews (zum Hintergrund und zur Methodik der Studie s. Flynn et al., 1997). Mit dieser Studie konnte – wie auch schon in anderen methodisch vergleichbaren Studien zur Behandlung von Substanzstörungen wie der Drug Abuse Reporting Program (DARP)-Studie (Simpson und Sells, 1990) und der Treatment Outcome Prospective Study (TOPS) (Hubbard et al., 1989) – gezeigt werden, dass die Aufenthaltsdauer der Patienten in den Programmen einer der wichtigsten Prädiktoren eines positiven Therapieergebnisses ist (Joe und Simpson, 1975; Simpson, 1979, 1981; Condelli und De Leon, 1993; Simpson et al., 1997b; 1999). Auch Studien in Deutschland und Großbritannien erbrachten die gleichen Ergebnisse (Herbst, 1992a,b; Gossop et al., 1999).

Die Untersuchung der Ursachen der unterschiedlichen Haltequoten in den Hauptbehandlungsarten in

DATOS ergab, dass die Unterschiede durch die große Variation innerhalb der Behandlungsmodalitäten bedingt waren (Simpson et al., 1997a). Dieses Ergebnis deutet zusammen mit den Befunden von Etheridge et al. (1995, 1997) darauf hin, dass es sehr wichtig ist, die Rolle behandlungsimmanenter Faktoren zu untersuchen, da viele Studien darauf hinweisen, dass die Behandlungsergebnisse nicht so sehr durch Patientenmerkmale, sondern durch Behandlungsmerkmale determiniert sind (Ball und Ross, 1991; Joe et al., 1991; D'Aunno und Vaughn, 1992, 1995; McLellan et al., 1993, 1996).

#### 7.5 Einfluss der Therapiedauer bei der Behandlung von Drogenabhängigen

Aufgrund der wenigen Studien im Drogenbereich konnte in der vorliegenden Expertise keine statistische Auswertung bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Länge der Therapie und dem Behandlungserfolg durchgeführt werden. Die Einzelergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass ein solcher Zusammenhang besteht. Auch die Ergebnisse vieler amerikanischer Studien und anderer Meta-Analysen unterstützen diese Annahme. Die Länge der Therapie ist für den Therapieerfolg in vielen Bereichen ein wichtiger Prädiktor: In der Reduktion des Drogenkonsums, der Arbeitslosigkeit und der kriminellen Aktivitäten (Anglin und Hser, 1990; De Leon und Jainchill, 1982; De Leon und Schwartz, 1984; Hubbard et al., 1989; Gerstein und Harwood, 1990; Shwartz et al., 1997; Simpson, 1981; Savage und Simpson, 1981; Simpson et al., 1997).

Viele der Faktoren, die die Haltequote und die Therapiedauer vorhersagen, sind auch für die Prädiktion des Therapieerfolgs relevant (Anglin und Hser, 1990). Diese Studienergebnisse, die insbesondere auf den großen amerikanischen multizentrischen Studien DARP und DATOS basieren, wurden von Gossop et al. (1999) für eine britische nationale Therapieevaluationsstudie (NTORS) repliziert. Gossop und Kollegen (1997, 1998a, b, 1999) konnten in dieser Studie sowohl in der Sechs-Monats- als auch in der Ein-Jahres-Katamnese nachweisen, dass mehr als ein Drittel der Patienten, die in diesem Programm behandelt wurden, die letzten drei Monate vor der Erhebung von allen Drogen (illegale Stimulanzien und Benzodiazepine) abstinent waren. Ebenso zeigten die Patienten signifikante Reduktionen ihres Alkoholkonsums sowie ihrer kriminellen Aktivitäten. Die Personen, die länger in Therapien waren, wiesen auch höhere Therapieerfolge auf (Gossop et al., 1999).

Diese und andere Ergebnisse von Kingree et al. (1997), Hiller et al. (1996) zeigen, dass Patienten, die die Programme regulär beenden, ein besseres Ergebnis hinsichtlich ihres Substanzkonsums und der Kriminalitätsbelastung etc. aufweisen als die Patienten, die die Programme frühzeitig abbrechen.

Die Studien, die zwischen Therapiedauer und -erfolg positive Zusammenhänge nachweisen konnten, variieren jedoch in der gefundenen Mindestgrenze für die Aufenthaltsdauer:

- Bale et al. (1980) ging von einer Mindestaufenthaltsdauer von 50 Tagen aus.
- Als ein Mindestaufenthaltskriterium werden 90 Tage für langzeitstationäre Therapien und ambulante drogenfreie Behandlung sowie 360 für ambulante Methadon-Substitution genannt (Simpson, 1979, 1981; Condelli und Hubbard, 1994; Gossop et al., 1999; Moolchan und Hoffman, 1994; MacGowan et al., 1996). Diese Werte scheinen auch repräsentativ für die Medianwerte der Therapiedauer für alle Patienten in DATOS zu sein (Simpson et al., 1997b).
- De Leon, Wexler und Jainchill (1982), geben 120 bis 180 Tage an sowie 270 Tage und mehr für die Bewältigung der Arbeitsprobleme
- Hubbard et al. (1989) gaben 190 bis 365 Tage für die Reduktion des Drogenkonsums sowie für die Reduktion der Beschäftigungslosigkeit mindestens 365 Tage an.
- Herbst (1992) weist darauf hin, dass eine Behandlungsdauer von 8 Monaten das Rückfallrisiko um die Hälfte senkt, aber eine Therapiezeit von länger als 12 Monaten keine signifikante Verbesserung des Therapieerfolges nach sich zieht.
- Condelli und Hubbard (1994) haben den prognostischen Wert der Therapiedauer therapeutischer Gemeinschaften für den Therapieerfolg in sechs von sieben Zielbereichen nachweisen können. Sie formulierten, dass jeder Monat, in dem der Patient länger in der Therapie bleibt, eine 6% Reduktion des Heroinkonsums im Follow-up-Jahr zur Folge hat. Sie fanden, dass die demografischen Variablen und die Patientenmerkmale im Vergleich zu der Therapiedauer schwächere Prädiktoren darstellen. Dieses Ergebnis ist konsistent mit den Ergebnissen von Condelli und De Leon (1993) sowie Condelli und Dunteman (1993).
- Gossop et al. (1999) fanden eine kritische untere Therapiedauergrenze von mindestens 28 Tage für stationäre Kurzzeittherapien und mindestens 90 Tage für mittel- bis langfristige Entwöhnungstherapien.

Brewer et al. (1998) konnten in ihrer Meta-Analyse den umgekehrten Zusammenhang zeigen, dass je kürzer die Therapie ist, desto schlechter die Therapieergebnissen bei Drogenabhängigen werden.

Eine interessante Studie zur Therapiedauer und den Einfluss auf den Therapieerfolg führten Bleiberg et al. (1994) durch. Sie konnten den Zusammenhang aufgrund veränderter Finanzierung in den USA untersuchen. Die Therapiedauer in therapeutischen Gemeinschaften wurde aufgrund von Haushaltskürzungen von sechs Monaten auf einen Monat reduziert, es gab jedoch keine anderen inhaltlichen Änderungen. Die Sechs-Monatsgruppe (Anzahl der Patienten = 22) hatte signifikant mehr Therapieerfolg aufzuweisen als die Ein-Monatsgruppe (Anzahl der Patienten = 22).

McCusker et al. (1997) analysierten die Daten einer bereits vorher durchgeführten Studie (McCusker et al., 1995) neu. Von 628 Patienten konnten 86% im Follow-up Interview im Schnitt 16,5 Monate nach Aufnahme in die stationäre Einrichtung komplett befragt werden. Die Autoren konnten nachweisen, dass die Patienten im Schnitt 80 Tage bis sechs Monate in stationärer Therapie bleiben mussten, um einen positiven Effekt der Therapie zu erreichen. Andererseits hatten Patienten, die eine, für 12 Monate geplante Therapie frühzeitig abbrechen, schlechtere Ergebnisse als die Patienten, die Kurzzeitprogramme frühzeitig abbrechen.

In einer australischen Untersuchung (Toumbourou, Hamilton und Fallon, 1998) wurde der Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfortschritt im Sinne eines Erreichens einer nächst höheren Therapiephase, der Therapiedauer und der Vorhersage des Therapieerfolgs in einer therapeutischen Gemeinschaft für Drogenabhängige getestet. Die Autoren untersuchten in einer retrospektiven quasi-experimentellen Studie insgesamt 1116 Patienten, die in Melbourne eine therapeutische Gemeinschaft zwischen 1984 und 1988 aufsuchten und konnten sowohl einen linearen Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und Therapieerfolg als auch zwischen Therapiefortschritt und Therapieerfolg nachweisen, fanden jedoch, dass der Therapiefortschritt ein besserer Prädiktor des Therapieerfolgs bei Behandlungsende war. Ihre Ergebnisse deuten darauf hin, dass es nicht nur die Behandlungsdauer an sich ist, die mit dem Therapieerfolg korreliert, sondern dass die Aufenthaltsdauer mit einer höheren Involviertheit in die Therapie und dem Therapiefortschritt zusammenhängt und dass dieser Faktor den Therapieerfolg eher vorhersagt.

### 7.6 Therapiedauer als Moderatorvariable für den Therapieerfolg

Die Bereitschaft für eine Therapie (Joe et al., 1998) scheint ein signifikanter Prädiktor für die Beendigung der Therapie und damit für die Therapiedauer zu sein. In einer neueren Studie konnten Joe et al. (1999) zeigen, dass diese Elemente des Therapieprozesses, nämlich die therapeutische Beteiligung und das Commitment als Mediatoren zwischen der intrinsischen Motivation und der Aufenthaltsdauer zu betrachten sind. Hser et al. (1999), Broome et al. (1996) und Simpson et al. (1997d, e) berichten, dass Therapieprozessvariablen einen signifikanten Vorhersagewert für einen günstigen Therapieverlauf und die Drogenabstinenz nach der Behandlung darstellen können. Im speziellen berichten sie, dass die Therapeut-Patient-Beziehung im Langzeittherapiebereich und die Therapiezufriedenheit im ambulanten Therapiebereich sehr wichtige prognostische Faktoren darstellen. Zusammen mit der Studie von Joe et al. (1999) weisen sie auf die signifikante Rolle des Therapeuten bei der Genesung des Patienten hin.

Fals-Stewart und Schafer (1992) untersuchten den Zusammenhang der Therapiedauer in therapeutischen Gemeinschaften mit dem neurokognitiven Funktionsniveau der Patienten. Sie fanden heraus, dass Patienten mit einer entsprechenden Beeinträchtigung deutlich kürzer in Therapien blieben als die mit einer normalen oder einem überdurchschnittlichen neurokognitiven Funktionsniveau. Die Patienten mit einer kognitiven Beeinträchtigung scheinen also von dem Therapieprozess nicht so zu profitieren, deshalb die Therapie schneller abubrechen und entsprechend schlechtere Therapieerfolge aufzuweisen. Dies spricht dafür, dass die Therapiedauer als Moderatorvariable auch von Patientenmerkmalen beeinflusst werden kann.

## 8 Zusammenhang zwischen weiteren Kriterien und Therapieerfolg

In diesem Abschnitt werden zusätzliche Kriterien, die über die Behandlungsdauer einen prognostisch positiven Einfluss auf den Therapieerfolg haben, beschrieben. Hierbei werden die Ergebnisse vorhandener Meta-Analysen bzw. Überblicksarbeiten und großer multizentrischer Studien zusammengefasst ohne eine Trennung in deutsche bzw. europäische oder angloamerikanische Studien vorzunehmen. Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, die Frage der Abhängigkeit des Behandlungserfolges von Behandlungsfaktoren und Patientenmerkmalen auf der Grundlage unserer und der in der Literatur berichteten Ergebnisse zu beantworten. Hierbei erfolgt eine Einschränkung auf die Substanzen Alkohol, Opiate und Kokain. Kokain wird hier u. a. deshalb betrachtet, da eine große multizentrische amerikanische Studie (DATOS) hierzu einige wichtige Befunde zusammengetragen hat.

In Abschnitt 8.1 werden Befunde zum Alkoholbereich, in Abschnitt 8.2 zum Drogenbereich zusammengefasst. Diese Abschnitte sind jeweils in Unterabschnitte wie Behandlungsmerkmale, Behandlungsetting sowie Patientenmerkmale unterteilt.

### 8.1 Behandlung von Alkoholabhängigen

#### 8.1.1 Behandlungsmerkmale und Therapieerfolg

Folgende Behandlungsmerkmale von stationären Einrichtungen in Deutschland standen nach Küfner und Feuerlein (1989) in Zusammenhang mit einer höheren Abstinenzquote:

#### 1. Aufnahmekriterien

- Höheres Aufnahmealter (bei prognostisch günstigen Patienten)
- Mehr Zuweisung durch Beratungsstellen (in der Gesamtgruppe)
- Längere Wartelisten (Gesamtgruppe und prognostisch günstige Patienten)
- Weniger Finanzierung durch Sozialämter (Gesamtgruppe)

#### 2. Rahmenbedingungen

- Weniger Teilzeitmitarbeiter (in der Gesamtgruppe)
- Getrennte Behandlung von Männern und Frauen

(Gesamtgruppe und prognostisch ungünstige Patienten)

### 3. Therapieangebot

- Regelmäßige Einzeltherapie (bei prognostisch günstigen Patienten)
- Vielzahl therapeutischer Medien (verbal plus gruppendynamisch plus arbeitsbezogen) (nur bei prognostisch ungünstigen Patienten)
- Gruppen zur Lebensplanung (bei prognostisch ungünstigen Patienten)
- Intensivere Einbeziehung von Bezugspersonen (bei prognostisch günstigeren Patienten)
- Therapeutische Bearbeitung von Unpünktlichkeit bei Therapiegruppen (bei prognostisch günstigen Patienten)
- Mehr physikalische Therapie (Gesamtgruppe)

### 4. Regeln und Kontrolle

- Flexible, jeweils auf die Situation bezogene Kontrolle bezüglich Suchtmittel bei Postsendung (Gesamtgruppe)
- Rückfall als Entlassungsgrund (Gesamtgruppe).

Die aufgeführten Variablen erklären 63% der Varianz der Abstinenzquoten zwischen den Einrichtungen, aber nur 6% der Varianz auf Patientenebene.

Eine vorzeitige Therapiebeendigung ist in der Regel ein negativer Prädiktor für den Behandlungserfolg  $r = 0,2$  (Küfner und Feuerlein, 1989). In der MEAT-Studie haben zwischen 5 und 32% der Patienten ihre stationäre Entwöhnungsbehandlung vorzeitig beendet (durchschnittlich 17%).

## 8.1.2 Behandlungssetting und Therapieerfolg

### Entgiftung

In seinem Überblicksartikel fasst Fleeman (1997) internationale Studien zur ambulanten Entgiftung zusammen und beurteilt sie hinsichtlich ihrer Durchführbarkeit und Effektivität. Aufgrund der Studien schlägt der Autor vor, dass die Entgiftung zu Hause zumindest drei Tage unter enger Supervision des Hausarztes oder eines anderen Spezialisten mit zwei bis drei Besuchen pro Tag durchgeführt werden soll. In der Regel kann nach Fleeman die ambulante Entgiftung innerhalb von neun Tagen beendet werden und sei sicher und klinisch effektiv für den Großteil von Problemtrinkern. Er ist der Meinung, dass ambulante Entgiftungen zwar kosteneffektiv sind, stationäre Entgiftungen jedoch nicht vollkommen ersetzen könnten, da es spezielle Problemgruppen und Alko-

holabhängige gäbe (z. B. diejenigen mit schweren Entzugssymptomen oder Obdachlose), für die die stationäre Therapie unumgänglich sei.

### Ambulante versus stationäre Therapie

Beim Vergleich zwischen ambulanter und stationärer Therapien bezüglich der Abstinenzrate von Alkoholabhängigen zeigten einige Studien, dass die ambulanten Therapien geringere Erfolgsquoten aufweisen als stationäre Therapien (Baekeland, 1977; Emrick, 1974; Küfner, 1981; Harrison et al., 1991). Im Gegensatz dazu konnte Süß (1995) in seiner metaanalytischen Studie nur geringfügige Unterschiede zwischen den Erfolgsquoten ambulanter und stationärer Therapie demonstrieren (57% vs. 63%).

Auch der Überblick von Finney et al. (1996), in dem 14 Studien ausgewertet wurden, zeigt, dass nur in fünf Studien die stationäre Behandlung etwas erfolgreicher war, in sieben Studien sich kein Unterschied fand und in zwei Studien die ambulante Behandlung der stationären Behandlung überlegen war. Finney und Kollegen fassen ihre Analysen dahingehend zusammen, dass sie von leicht günstigeren Ergebnissen bei der stationären Therapie sprechen. Allerdings werden bei stationären und ambulanten Therapien womöglich unterschiedliche Patientengruppen behandelt, sodass die Ergebnisse nicht eindeutig mit einander vergleichbar sind. Man geht davon aus, dass die Patienten in ambulanter Therapie sozial stabiler sind als die in stationärer Therapie.

Hinsichtlich der Effektivität dieser beiden Behandlungssettings gibt es einige differenzierte Ergebnisse. So scheint für schwer abhängige Patienten mit einer komorbiden psychischen Störung und einer geringen sozialen Stabilität die stationäre Therapie erfolgversprechender zu sein als die ambulante Therapie. Dieses Ergebnis ist jedoch nicht unwidersprochen. So fanden Pettinatti et al. (1993; Pettinatti und Belden, 1996) eine Überlegenheit der stationären Therapie unabhängig von der Höhe der psychiatrischen Störung. Sie konnten bei einer Studie mit 183 stationären und 120 ambulanten Patienten in den USA zeigen, dass ambulante Behandlung bei Patienten viermal häufiger zu Behandlungsmisserfolgen führen als bei stationären Therapien.

Der Besuch von Selbsthilfegruppen hat in den verschiedenen Therapiesettings unterschiedliche Effekte. Eine neue Meta-Analyse, die den Effekt der Teilnahme an einer AA-Selbsthilfegruppe auf das Trinkverhalten in 74 Studien untersuchte, kommt zu dem Schluss, dass der Einfluss der Teilnahme an den Selbsthilfegruppen für den ambulanten Bereich grö-

ber ist als für den stationären Bereich (Tonigan et al., 1996). Dieser Sachverhalt wird dadurch erklärt, dass die intensiven stationären Programme die positiven Effekte der Selbsthilfegruppen maskieren.

#### *Stationäre versus teilstationäre Therapie*

Wenn man randomisierte klinische Studien betrachtet, die stationäre Einrichtungen mit Tageskliniken hinsichtlich der Therapieeffektivität vergleichen, so gibt es für die Entgiftung keinen zusätzlichen Effekt einer stationären Behandlung (Hayashida et al., 1988). Ähnliche Ergebnisse wurden für den Rehabilitationsbereich gefunden (Longabaugh et al., 1983; McLaughlan und Stein, 1982; Miller und Hester, 1986). Der Geltungsbereich dieser Studien ist jedoch eingeschränkt. Diese Studien wurden häufig mit sozial stabilen, aus der Mittelschicht stammenden Personen ohne schwerwiegende komorbide Psychopathologien gemacht

#### *8.1.3 Behandlungskonzepte bzw. -schulen*

Süß' (1995) Meta-Analyse lässt den Schluss zu, dass bei der Überprüfung der differenziellen Therapieeffekte die verhaltenstheoretisch orientierte Breitbandtherapie gegenüber eklektischer Standardtherapie einen deutlichen, allerdings statistisch nicht signifikanten Trend für die Überlegenheit erbracht hat (bei einer geringfügig kürzeren Therapiedauer). Die Überlegenheit der verhaltenstheoretisch orientierten Breitbandtherapie ließ sich sowohl in den Therapiestudien in Deutschland mit Therapiedauern von durchschnittlich vier Monaten als auch in denen der anderen Länder mit Therapiedauern von durchschnittlich vier Wochen zeigen.

Betrachtet man die Effektivität der Einzelkomponenten der Verhaltenstherapie so zeigt die Meta-Analyse von Miller et al. (1995) (Tabelle 12), dass für spezifische verhaltenstherapeutische Techniken, die in einem klinischen Setting jedoch immer nur Teil eines umfassenderen Behandlungsspektrums sind, positive Effekte nachgewiesen wurden. Dies gilt für Bausteine, die aus der klassischen Konditionierung stammen, z. B. für die in der gegenwärtigen Behandlungslandschaft nicht mehr angewandten Aversionstherapien (Cannon et al., 1981), für imaginative Techniken (verdeckte Sensibilisierung; Ashem und Donner, 1968) sowie Cue-exposure (Drummond und Glautier, 1994; Monti et al., 1993a, b). Spezifische abgegrenzte Behandlungskomponenten, die vom operanten Konditionierungsmodell abgeleitet werden, speziell der Gebrauch von Verhaltensverträgen,

haben auch Unterstützung für ihre Effektivität erfahren (Miller et al., 1995).

Andere Therapieformen, die mehr aus den allgemeineren sozialen Lernprinzipien abgeleitet wurden, wie z. B. die Verhaltensselbstbeobachtung, die funktionale Analyse der Beziehung zwischen Umgebungsfaktoren und dem Trinkverhalten, Verhaltensselbstkontrolltraining, Entspannungstraining, soziales Problemlösetraining, kognitive Therapie, systematische Desensibilisierung sowie das Training der sozialen Fertigkeiten, haben ebenfalls verschiedene Untersuchungen als effektiv beschrieben (Training sozialer Fertigkeiten (Monti et al., 1990), kognitiver Therapie (Oei und Jackson, 1982) und Rückfallpräventionsbehandlung (Chaney et al., 1978)). Studien zum Matching von Patienten und Behandlungsmerkmalen unterstützten die Effektivität von Verhaltensansätzen, insbesondere bei Patienten mit antisozialen Persönlichkeitseigenschaften (Kadden et al., 1989). Obwohl für die Effektivität von Selbstbeobachtung, von funktionaler Verhaltensanalyse, Entspannungstraining oder Problemlösungstraining als isolierte Behandlungseinheiten keine eindeutigen Studienbefunde sprechen, sind diese Elemente jedoch in einem allgemeinen Training der sozialen Fähigkeiten und Rückfallpräventionsprogrammen integriert. Studien unterstützen die Effektivität eines Verhaltenskontrolltrainings (Miller et al., 1995).

Die Effektivität von Familientherapien für die Behandlung der Alkoholabhängigkeit konnte nicht generell bestätigt werden, wobei jedoch behaviorale Partnertherapien als effektiver eingeschätzt werden als andere Formen (Miller et al., 1995; Ahles et al., 1983; McCrady et al., 1991; McCrady und Langenbucher, 1996; O'Farrell et al., 1993). In einer ähnlich konzipierten Bewertung von Evaluationsstudien wurden die Effekte der Familientherapie jedoch höher eingeschätzt (Monahan und Finney, 1996). Andere Studien unterstützen auch die Wichtigkeit der Familie und anderer sozialer Systeme bei der Einbindung in die Therapie (Clerici et al., 1988a, b; Noel et al., 1987; Longabaugh et al., 1993, 1994).

In den Literaturüberblick von Miller et al. wurden auch Effektivitätsstudien zu Pharmakotherapien (ohne Acamprosat) einbezogen. Studien über Acamprosat sind in einem Literaturüberblick von Soyka (1997) zusammengefasst. Fasst man die Ergebnisse der verschiedenen Pharmakotherapien zusammen, erscheint insbesondere die Therapie mit Acamprosat einen positiven Effekt zu haben, bei den anderen Pharmakotherapien ist die Effektivität, auch aufgrund der zu geringen Studienzahlen, derzeit unklar.

Tabelle 12: Effekte sozio- und psychotherapeutischer Interventionen bei der Behandlung der Alkoholabhängigkeit (Miller et al., 1995)

Behandlungsmodalität	Positive Effekte		Negative/keine Effekte		Mittlerer Schweregrad der Pat.	Komplexer Effektindex CES
	n	%	n	%		
Kurzintervention	17	73,9	6	25,1	2,5	+239
Soziales Kompetenztraining	11	68,8	5	31,3	3,8	+128
Motivationstherapien	5	71,4	2	28,6	3,0	+ 87
Gemeindeprogramme	4	100,0	0	0,0	3,0	+ 80
Kognitive Therapie	3	42,9	4	57,1	3,6	+ 22
Verdeckte Sensibilisierung	3	37,5	5	62,5	3,5	+ 18
Kontrakttherapie	4	100,0	0	0,0	3,8	+ 73
Rückfallprävention	3	42,9	4	57,1	3,0	+ 34
Selbstkontrollprogramm	14	46,7	16	53,3	2,9	- 7
Systematische Desensibilisierung	1	33,3	2	66,7	3,0	- 7
Elektroschocktherapie	6	40,0	9	60,0	3,8	- 25
Aversionstherapie mit Emetika	3	50,0	3	50,0	3,8	+ 34
Partner- und Familientherapie (Verhaltenstherapie)	3	42,9	4	57,1	3,7	- 22
Partner- und Familientherapie (andere Methoden)	3	60,0	2	40,0	3,6	+ 15
Psychodynamische Psychotherapie	1	10,0	9	90,0	3,1	- 127
Klientenzentrierte Therapie	3	75,0	1	25,0	3,3	+ 34
Hypnose	0	0,0	4	100,0	3,8	- 41
Milieutherapie	3	30,0	7	70,0	3,6	- 41
Konfrontationstherapie	0	0,0	7	100,0	2,9	- 125
Allgemeine Alkoholismusberatung	1	6,2	15	93,8	3,4	- 214
Unspezifische Standardbehandlung	0	0,0	3	100,0	3,0	- 53
Aufklärung/Filme	3	14,3	18	85,7	2,2	- 239
Selbsthilfe-Manuale (Bibliotherapie)	2	66,7	1	33,3	3,0	+ 33
Videoselbstkonfrontation	0	0,0	6	100,0	3,8	- 77
Entspannungstherapien: Muskel- entspannungstraining	3	21,4	11	78,6	2,8	- 109

### 8.1.4 Selbsthilfe und Nachsorge

In einer multizentrischen Längsschnittuntersuchung von alkohol- und drogenabhängigen Patienten, die in privaten Einrichtungen abstinentorientiert ambulant behandelt wurden (2029 Patienten in 33 Einrichtungen), wurde der Zusammenhang zwischen der Behandlungsdauer und Faktoren, die nach der Behandlung auftraten, mit dem Behandlungserfolg untersucht (Miller et al., 1997). Die Autoren berichten, dass Einflüsse nach der Behandlung für die Abstinenz einen größeren Vorhersagewert besitzen als Faktoren, die während der Behandlung eine Rolle spielen. In einer multivariaten Analyse mit gestufter multipler Regression haben sie ermittelt, dass die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und die Teilnahme an einem kontinuierlichen Nachsorgeprozess die Wahrscheinlichkeit für eine Abstinenz erhöht.

Aufgrund der MEAT-Studie kommen Kufner und Feuerlein (1989) ebenfalls zu dem Schluss, dass der regelmäßige Besuch von Selbsthilfegruppen, besonders für die Patienten, die innerhalb der ersten sechs Monate nach Abschluss der stationären Behandlung rückfällig werden, hilfreich zu sein scheint. Von den Patienten, die trotz Rückfall weiter Selbsthilfegruppen aufsuchten, waren nach vier Jahren 56% abstinent, von denen, die an diesen nur unregelmäßig oder gar nicht teilnahmen, waren nur 30% abstinent geworden (siehe auch Monti et al., 1995).

Zwei Meta-Analysen zur Evaluation der Effektivität von Anonymen Alkoholikern (AA) zeigten trotz heterogener Ergebnisse der Einzelstudien, dass eine Teilnahme an AA-Sitzungen die Wahrscheinlichkeit für ein positives Ergebnis erhöht (Emrick et al., 1993; Tonigan et al., 1996).

### 8.1.5 Stellenwert von Kurzinterventionen

In der Vergangenheit wurden Behandlungen für Alkoholabhängige in der Regel stationär in Krankenhäusern oder in erweiterten ambulanten Behandlungssettings durchgeführt. In neuerer Zeit gibt es immer mehr Kurzinterventionen, die in ihrer Länge von einigen Minuten bis zu ein bis drei Sitzungen variieren.

In den letzten fünf Jahren wurden zahlreiche kontrollierte und nicht kontrollierte Studien in vielen verschiedenen Ländern durchgeführt, die die Effektivität von Kurzinterventionen bei Personen mit einer »schädlichem Gebrauch«-Diagnose untersuchen und teilweise nachweisen (Anderson und Scott, 1992; Antti-Poika et al., 1988; Bashir et al., 1994; Cordoba

et al., 1998; Edwards und Rollnick, 1997; Kremer et al., 1999; Kristenson et al., 1983; Naranjo et al., 1995; Nilssen, 1991; Persson und Magnusson, 1989; Richmond et al., 1995; Scott und Anders on, 1990; Tomson et al., 1997; WHO Brief Intervention Study Group, 1996). Ausführliche Überblicksartikel weisen darauf hin, dass es nötig ist, durch Screening-Instrumente, die betreffenden Personen frühzeitig zu entdecken und die Kurzinterventionen in eine Routine-Praxis, insbesondere in die Allgemeinarztpraxis und den primären Hilfesektor einzubetten. Die traditionellen intensiven Behandlungsmethoden werden als zu kostenintensiv angesehen und ihre Bedeutung für diese Personengruppe wird daher als gering eingeschätzt (Effective Health Care Team, 1993; Babor und Grant, 1992; Bien, Miller und Tonigan, 1993; Holder et al., 1991; Institute of Medicine, 1990; Miller et al., 1995).

Obwohl eine ganze Reihe von Studien die Effektivität von Kurzinterventionen nachweist, wird ihre Forschungsmethodik kritisch diskutiert. Da in der Regel Personen mit der Diagnose »schädlicher Gebrauch« untersucht werden, wird vor Übergeneralisierung ihrer Effekte gewarnt (Drummond, 1997). Geeignet scheinen sie für Personen zu sein, die einen schädlichen Konsum aufweisen, nicht jedoch für Patienten mit einem Abhängigkeitssyndrom.

### 8.1.6 Patientenmerkmale

Ein umfassender Überblicksartikel zu Matching-Studien (Zuordnung von Patienten zu Behandlungsformen; Mattson et al., 1994, Sanchez-Craig et al., 1991) wies darauf hin, dass Faktoren wie Geschlecht, Schweregrad der Alkoholabhängigkeit, familiäre Belastung hinsichtlich Alkoholproblemen, antisoziale Persönlichkeitseigenschaften, Schweregrad der komorbiden psychischen Störung und Ausmaß sozialer Unterstützung, zu unterschiedlichen Ergebnissen der unterschiedlichen Behandlungsformen führen.

Eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung führt unter bestimmten Bedingungen zu einer längeren Therapiedauer und einem guten Therapieerfolg, wenn die Patienten während der Therapie Änderungen erfahren, die ihre Selbstwirksamkeitserwartung erhöhen (Burling et al., 1989). Nach einer stationären Therapie ist die Selbstwirksamkeit der abstinenten Personen höher als die der Rückfälligen. Andererseits waren niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen bei der stationären Aufnahme mit längerer Aufenthaltsdauer und entsprechend mit positiveren Ergebnissen bei der Entlassung assoziiert. Die Personen, die nach Ende der Therapie und im Follow-up abstinent wa-

ren, hatten entsprechend bei der Aufnahme eine niedrigere Selbstwirksamkeitserwartung und hatten im Vergleich zu den Rückfälligen ihre Selbstwirksamkeitserwartung um das Zweifache gesteigert.

### 8.1.7 Spezielle Behandlungen für spezielle Patientengruppen?

Im Bereich der Evaluation von Alkoholbehandlungen gibt es kaum randomisierte und kontrollierte Studien, die die differenzielle Effektivität von verschiedenen Therapieformen untersuchen. Eine der umfangreichsten und methodisch anspruchvollsten multizentrischen, prospektiven Studien stellt die MATCH-Studie in der USA dar (Project MATCH Research Group, 1997). Die Studie besteht aus zwei unabhängig von einander durchgeführten Teilstudien über die ambulante Entwöhnungstherapie von Alkoholabhängigen (Teilstudie 1) sowie über die Nachbehandlung dieser Patienten (Teilstudie 2). Das Ziel der Teilstudie 1 war es, drei verschiedene, jeweils durch ein Therapiemanual standardisierte und strukturierte ambulante Therapieformen, miteinander zu vergleichen. Die Patienten wurden jeweils einer der folgenden drei Therapieformen randomisiert zugewiesen: a) kognitive Verhaltenstherapie der Problembewältigung mit zwölf Einzeltherapiesitzungen, b) Motivationsentwicklungstherapie mit insgesamt nur vier Sitzungen und c) 12-Stufen-Programm, was auf den AA-Konzepten mit zwölf Sitzungen basierte. Insgesamt wurden 952 Patienten, davon 72% Männer, untersucht. In der Teilstudie 2 werden wiederum korrespondierend zur Teilstudie 1 drei verschiedene Formen der Nachbehandlung miteinander verglichen, die nach einer kurzen stationären oder tagesklinischen Behandlung (N = 774, 80% Männer) ansetzten.

Alle Patienten wurden drei, sechs, neun und zwölf Monate nach der Therapiebeendigung mit der Fragestellung untersucht, ob es nicht bestimmte Patientenmerkmale gibt, die am besten mit bestimmten Behandlungsmerkmalen zusammenpassen und somit eine optimale Therapie und ein optimales Therapieergebnis zur Folge haben. Das Ziel der Untersuchung war es folglich, Hypothesen zu einer Reihe von Indikationsvariablen (z. B. zum Schweregrad der psychischen Störung, zur Motivation) zu überprüfen.

Die Ergebnisse aus der MATCH-Studie führen zusammenfassend zu folgenden indikativen Aussagen hinsichtlich Struktur-, Therapeut- und Patientenmerkmalen auf der einen Seite und dem Therapieergebnis auf der anderen Seite (Project MATCH Research Group, 1997):

- Motivierungstherapie ist für hoch aggressive bzw. ärgerliche Patienten geeignet
- 12-Stufen-Therapie ist insbesondere für Patienten indiziert, die eine schwere Alkoholabhängigkeit aufweisen
- Insgesamt sind klare, gut strukturierte Programme effektiver als weniger strukturierte
- Soziale Unterstützung hilft bei der Rückfallprävention
- Eine gute Ausbildung der Therapeuten, Fähigkeiten gute Therapeut-Patient-Beziehungen einzugehen sowie die Transparenz der Therapeuten korrelieren mit positiven Therapieergebnissen.
- Veränderungsbereitschaft der Patienten ist mit dem positiven Verlauf der Therapie assoziiert.
- Die Lösung rein praktischer und logistischer Probleme (wie z. B. Kinderbetreuung, Transportprobleme), die die Patienten davor abhalten, in die Stunde zu kommen, reduziert die Abbruchquote.
- Ebenso würden Erinnerungshilfen für die nächste Sitzung, schnelle Antworten und Reaktionen auf gefehlte Stunden durch Briefe oder Anrufe die Abbruchquote senken und die Compliance der Patienten erhöhen, welche wiederum mit dem Therapieerfolg positiv assoziiert ist.

Weitere Ergebnisse der MATCH-Studie sind:

- Sowohl bei der ambulanten Entwöhnungstherapie als auch bei der Nachbehandlung werden etwa zwei Drittel der geplanten Therapiesitzungen auch tatsächlich durchgeführt (68% vs. 66%).
- Bei der ambulanten Entwöhnungsbehandlung waren nur 19% der Patienten ein Jahr lang völlig abstinent, 46% hatten einen Rückfall mit mindestens drei Trinktagen hintereinander.
- Während der Nachbehandlung waren 35% während der gesamten Katamnesezeit (ein Jahr) abstinent und 40% hatten mindestens drei Tage hintereinander einen schwer wiegenden Rückfall.
- Der Vergleich der drei Behandlungsformen hinsichtlich der Effektivität zeigte, dass über die verschiedenen Erhebungszeitpunkte hinweg die kognitive Verhaltenstherapie eine leicht höhere Rate von Konsumtagen aufwies als die beiden anderen Behandlungsformen. Dieser Unterschied war jedoch nicht für einen bestimmten Erhebungszeitpunkt signifikant, sondern ergab sich als Trend über die verschiedenen Erhebungszeitpunkte hinweg, sodass die Unterschiede von den Autoren nicht als klinisch relevant betrachtet werden.
- Auch bei der Nachbehandlung gab es keine klinisch signifikanten Unterschiede in den unterschiedlichen Therapiegruppen, obwohl die Patienten

ten des Zwölfstufenprogramms gegen Ende der Katamnesezeit mehr Tage ohne Alkohol aufwiesen.

Abschließend muss man jedoch festhalten, dass die MATCH-Studie insgesamt die an sie gesetzten Erwartungen aufgrund der angewandten Methodik und der schwachen Ergebnisse nicht erfüllt hat.

## 8.2 Behandlung von Drogenabhängigen

### 8.2.1 Behandlungsmerkmale

In einer multizentrischen Studie über vorzeitige Therapiebeendigung in 34 stationären Therapieeinrichtungen für Drogenabhängige in Deutschland (Küfner et al., 1994) wurde eine größere Anzahl von Behandlungsmerkmalen auf ihren Zusammenhang mit den Abbruchquoten und damit indirekt mit dem Behandlungserfolg untersucht. Es ergaben sich insgesamt 30 durch zwei unterschiedliche Auswertungsstrategien gefundene signifikante Merkmale (mindestens 10%-Signifikanzniveau). Diese wurden in vier Merkmalsbereiche (Rahmenbedingungen, Aufnahmekriterien, Behandlungsangebot, Kontrollsystem und Entlassungskriterien) aufgeteilt und mittels Regressionsanalysen multivariabel untersucht. Insgesamt verblieben zwölf Behandlungsmerkmale mit signifikanten Einzelbeiträgen:

#### 1. Aufnahmekriterien

- Drogenfreiheit als Aufnahmekriterium steht in einem negativen Zusammenhang mit der Haltequote
- Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten durch Mitwirken des therapeutischen Teams korreliert positiv mit der Haltequote
- Wiederaufnahmesperre korreliert positiv mit Haltequote

#### 2. Behandlungsangebot

- Erlebnispädagogische Maßnahmen zeigen einen positiven Zusammenhang zur Haltequote
- Regelmäßig mit den Angehörigen durchgeführter Sport und Gruppen hängen negativ mit der Haltequote zusammen
- Andere therapeutische Maßnahmen zeigen keinen Zusammenhang mit der Haltequote

#### 3. Kontroll- und Regelsysteme

- Beschränkung des Briefverkehrs und Sanktion bei Verstößen gegen Rauchbeschränkung zeigen einen negativen Zusammenhang mit der Haltequote

- Eine insgesamt liberalere Haltung der Einrichtung korreliert positiv mit höheren Haltequoten und negativ mit dem Rückfallrisiko

#### 4. Rahmenbedingungen

- Eingliederung in eine Behandlungskette bzw. in einem Behandlungsverbund zeigt einen positiven Zusammenhang mit der Haltequote
- Ein besserer Patienten-Therapeuten-Schlüssel zeigt einen negativen Effekt auf die Haltequote

In der SWEDATE-Studie über die stationäre Behandlung von Drogenabhängigen wurden mittels einer Cluster-Analyse 14 stationäre Einrichtungen für Erwachsene hinsichtlich des Behandlungserfolgs untersucht (Berglund et al., 1991; N = 295). Die rein psychotherapeutischen Einrichtungen hatten 29% drogenfreie Patienten, die therapeutisch unstrukturierten Einrichtungen 28% und die Einrichtungen mit einer Kombination von Psychotherapie und edukativer Therapie 44%.

Zwei wichtige Konzepte für die Analyse des Therapieergebnisses sind die Behandlungsintensität bzw. -dosierung und die therapeutische Beziehung. In einer Serie von Studien von Simpson und Kollegen zeigte sich, dass die Anzahl der Teilnahmen an den therapeutischen Sitzungen das Behandlungsergebnis positiv vorhersagen (Howard et al., 1986; Simpson et al., 1997d, e). Insbesondere die Zeit in der Behandlung, positive Verhaltensänderungen, und therapeutische Beziehungen zwischen Patienten und Therapeuten erhöhen sich mit der Anzahl der besuchten Sitzungen. Auch andere Studien haben gezeigt, dass eine erhöhte Teilnahme an Sitzungen die Therapieergebnisse positiv beeinflusst (Fiorentine und Anglin, 1996).

Es gibt viele andere Studien über den Zusammenhang zwischen Therapieleistungen und Therapieergebnissen, die allerdings nicht konsistent sind (McLellan und McKay, 1998; Fletcher und Battjes, 1999), wobei einige Studien Hinweise darauf geben, dass je intensiver die Leistungen und Angebote sind, desto besser die Therapieergebnisse (McLellan et al., 1993, 1994; Roberts und Nishimoto, 1996), wohingegen andere Studienergebnisse den besseren Erfolg der Therapie durch intensivere und umfassendere Therapie nahe legen (Maddux et al., 1995; Fiorentine und Anglin, 1996; Crits-Christoph et al., 1999). Es müssen noch weitere Studien durchgeführt werden, um zu entscheiden wie Therapieangebote den Patientenbedürfnissen angepasst werden können (McLellan und Alterman, 1991; Gastfriend und McLellan, 1997).

Bislang ist wenig Forschung zum Vergleich der Effektivität und der Effizienz von Angeboten und speziellen Leistungen und normalen Drogenbehandlungen durchgeführt worden. In einer kontrollierten Studie von McLellan et al. (1993) wurden drei verschiedene Stufen der Leistungen in einer Methadon-Behandlung (minimal, Standard und verbessert) verglichen. Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass unterschiedliche Leistungsangebote mit unterschiedlichen Haltequoten und Ergebnissen einher gehen, wobei die verbesserte Methadon-Therapie die besten Ergebnisse erzielt.

Bei einer Behandlung von abhängigen Patienten spielt die aktive Teilnahme und die Teilnahme an therapeutischen Gesprächen eine sehr wichtige Rolle für den Genesungsprozess. Etheridge et al. (1995) fanden, dass die therapeutischen Einzelgespräche ein konsistenter fundamentaler Bestandteil der Drogenbehandlung in DATOS ist. Fiorentine und Anglin (1996) konnten einen positiven Zusammenhang zwischen der Anzahl der Gespräche und einer Reduktion des Substanzkonsums im ambulanten Therapiesetting nachweisen. Andere Studien konnten zeigen, dass die erhöhte Teilnahme an Gesprächen die Wahrscheinlichkeit für ein besseres Therapieergebnis im ambulanten Setting erhöht (Fiorentine und Anglin, 1997). Mehr Einzelgespräche im Vergleich zu Gruppengesprächen bei Patienten mit Therapieerfahrung (Hser et al., 1999) und eine Erhöhung des Anteils der psychotherapeutischen Einzelgespräche gerade für Patienten mit komorbiden psychischen Störungen (Woody et al., 1990) erhöhen ebenfalls die Wahrscheinlichkeit für ein besseres Therapieergebnis.

Die Einbeziehung der Familie, Freunde und anderen Peers in die Behandlung werden in neueren Studien als positive prognostische Faktoren für die Abstinenz betrachtet (z. B. Grella et al., 1999; Hser et al., 1999).

### 8.2.2 Behandlungssettings

#### *Ambulante Entgiftung*

Cheskin et al. (1994) verglichen in einer Doppelblind-Parallelgruppenuntersuchung die kurzfristige Effektivität einer hochdosierten Dreitages-Entgiftung mit Buprenorphin und einem Standard-Fünftages-Entgiftungsprogramm mit Clonidin bezüglich der Symptome beim akuten Opioidabstinenzsyndrom. Vergleicht man die regulären Beender der Entgiftung, zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Buprenorphin- und der Clonidingruppe hinsichtlich physiologischer Maße. Jedoch führt das

Clonidin dazu, dass der Blutdruck sich senkt und bei Buprenorphin die Entzugssymptome schneller abklingen.

#### *Ambulante Behandlung*

Im ambulanten Bereich wurde vor allem die Substitution mit Methadon untersucht. Auf diesen Bereich wird aufgrund der anderen Schwerpunktsetzung dieser Arbeit im Folgenden nur kurz eingegangen. Es lässt sich aber generell sagen, dass es unter Methadon zu einer deutlichen Reduzierung des Drogenkonsums und der Delinquenz kommt. Nach Beendigung der Substitution besteht jedoch eine starke Rückfallgefahr (Bühringer, Künzel und Spies, 1997).

Sieben von zehn Abhängigen weisen nach Hubbard et al. (1989) nach einer Methadon-Substitution (nachdem Methadon abgesetzt wurde) einen reduzierten Heroinkonsum auf oder sind abstinent. Die langfristigen Erfolgsquoten entsprechen denen der stationären drogenfreien Behandlung, wenn man die Abstinenz als Erfolgskriterium ansieht. Bei der Substitution liegt diese bei 9 bis 21%, bei drogenfreier Behandlung in fünf Studien zwischen 10 bis 19%. Sowohl während als auch nach der Methadon-Substitution kommt es zu einer deutlichen Reduktion der Delinquenz. Dabei zeigt sich ein Zusammenhang mit der Behandlungsdauer: Je länger die Behandlung, desto stärker die Reduktion der Delinquenz. Die Auswirkung der Methadon-Substitution auf die Arbeits- und Beschäftigungssituation ist dagegen bisher weitgehend unklar. Umstritten ist auch die erforderliche Behandlungsdauer mit Methadon. Hier schwanken die Vorstellungen zwischen einer Dauer von mehreren Jahren und einer lebenslangen Substitution. In Deutschland gibt es mittlerweile eine Reihe von Evaluationsstudien in einzelnen Bundesländern (z. B. Raschke, 1994; Arnold et al., 1995a, 1995b), die bislang meist als Forschungsberichte publiziert sind und wissenschaftlich noch nicht ausreichend analysiert wurden (vgl. Bühringer, Künzel und Spies, 1995).

#### *Stationäre Behandlung*

Die großen nationalen Evaluationsstudien aus den USA legen nahe, dass die Behandlung von Patienten im stationärem Setting zu bedeutsamen klinischen Verbesserungen führt (Hubbard et al., 1989; Craddock et al., 1997). Eine Studie von Gossop et al. (1989) mit Londoner Patienten, die stationär behandelt und in einer Sechsmonats-Katamnese untersucht wurden, zeigte, dass die Rate der Abstinenten etwa 50% beträgt und die Personen in anderen Lebensbereichen auch Besserung aufweisen. Dass therapeuti-

sche Gemeinschaften in der Behandlung von Substanzabhängigkeit effektiv sind, zeigen eine Reihe von Studien (De Leon et al., 1979; Simpson, 1979; De Leon und Jainchill, 1982). Dabei zeigte sich, dass Patienten aus therapeutischen Gemeinschaften mit einer höheren Wahrscheinlichkeit die Programme regulär beenden (Savage und Simpson, 1978). Sowohl in Studien aus den USA oder Großbritannien werden positive Ergebnisse für den psychosozialen Bereich beschrieben (Wilson und Kennard, 1978; De Leon und Jainchill, 1982; Norris, 1988; Bennett und Rigby, 1990). Dabei zeigte sich, dass die Veränderungen mit einem lang währenden positiven Ergebnis zusammenhängen.

### *Selbsthilfe und Nachsorge*

Empirische Studien, die den Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Selbsthilfegruppen und den Therapieergebnissen untersuchten, haben zu unterschiedlichen Ergebnissen geführt. In der Studie von Miller et al. (1997) erhöht die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und die Teilnahme an einem kontinuierlichen Nachsorgeprozess die Wahrscheinlichkeit für die Abstinenz. Auch andere Studien legen den Schluss nahe, dass die Teilnahme an dem Zwölf-schritt-Programm der Selbsthilfegruppen für einige Patientengruppen zu positiven Effekten hinsichtlich der Abstinenzrate und der Genesung führt (Azrin et al., 1982; Daley und Marlatt, 1995; Fiorentine, 1999; Hser et al., 1999).

Etheridge et al. (1999) überprüften die Hypothese, ob Patienten, die mehr Therapieleistungen erhalten und die an mehr Selbsthilfeaktivitäten teilnehmen, bessere Therapieergebnisse erzielen. Die Studie unterstützt diese Hypothese nicht: Es wurden keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Höhe der Therapiestunden und der Teilnahme an Selbsthilfeaktivitäten während der Behandlung einerseits und höhere Abstinenzraten andererseits gefunden. Aber es wurde gezeigt, dass die Teilnahme an Selbsthilfegruppen nach der Therapie signifikant mit einem reduzierten Kokainkonsum im Follow-up sowohl bei den kurzfristigen als auch bei den langfristigen stationären Therapien einhergeht und sie bei den langfristigen Therapien zusätzlich zu einer Reduzierung der kriminellen Aktivitäten führt.

Die Autoren stellten fest, dass eine Therapiedauer von mindestens sechs Monaten oder länger, unabhängig von der Anzahl der Sitzungen pro Woche oder der Teilnahme an Selbsthilfegruppen, die Abstinenzrate für illegale Drogen sowie die Reduktion der illegalen Aktivitäten signifikant vorhersagt. In ambulanten

drogenfreien Programmen ist die Therapiedauer nur mit einer Reduktion der kriminellen Aktivitäten signifikant assoziiert. Aufgrund ihrer Studienergebnisse weisen Etheridge et al. (1999) darauf hin, dass es wichtig ist, die Behandlung in Form einer Zweiphasen-Therapie zu strukturieren, nämlich einer stationären Phase von einer bestimmten Mindestdauer, die von einer Nachbehandlungsphase gefolgt wird, in der die Patienten an Selbsthilfegruppen teilnehmen. Die Tatsache, dass die Anzahl der therapeutischen Sitzungen und die Anzahl der teilgenommenen Selbsthilfegruppen keinen signifikanten Effekt auf die Abstinenzrate oder die kriminellen Aktivitäten hatte, erklären Etheridge et al. (1999) unter Bezugnahme auf andere Studien von Drake et al. (1999) und Hser et al. (1999) dahingehend, dass die gezielt eingesetzten Interventionen von bestimmter Qualität für die Abstinenz von schwer abhängigen Patienten wichtiger ist als bloß die Anzahl der Sitzungen. McLellan et al. (1994 und 1997) haben schon früher darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, gezielte Interventionen, die auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten sind, anzubieten. Befunde von zwei wichtigen nationalen Studien zur Drogenabhängigkeit in den USA (TOPS und DATOS) haben gezeigt, dass durch Einsparungen im Gesundheitswesen die Anzahl und Komplexität der Interventionen im Laufe der Zeit gesunken sind, dass dadurch die Bedürfnisse der Patienten nicht mehr ausreichend berücksichtigt werden und diese zu schlechteren Ergebnissen führen (Etheridge et al., 1995; McLellan et al., 1997).

### *8.2.3 Patientenmerkmale*

Basierend auf den wichtigen Arbeiten von Moos et al. (1990), Prochaska et al., (1992), De Leon (1996) und anderen, haben Simpson und Kollegen (Simpson et al., 1995, 1997c; Joe et al., 1998) wichtige neue Beiträge zur Erstellung eines Modells für den Therapieprozess bei Drogenabhängigen geleistet, das sowohl Patienten- und Behandlungsmerkmale als auch das Therapieergebnis gemeinsam betrachtet. In diesem Modell wird die Behandlung als eine Abfolge von zwei Stadien beschrieben, das *Stadium des Engagements* wird von dem *Stadium der Besserung* abgelöst. In den ersten drei Monaten, dem Stadium des Engagements, entwickelt der Patient eine therapeutische Allianz mit dem Therapeuten und lernt, wie er im Therapieprozess ein aktiver Teilnehmer sein kann. Die Bildung einer therapeutischen Allianz und die aktive Teilnahme am therapeutischen Prozess wurden als wichtige Elemente im Therapieprozess und der

Genesung identifiziert (Miller, 1989; Miller und Rollnick, 1991; Hepner et al., 1992; Lovejoy et al., 1995). Während der Besserungsphase durchläuft der Patient einen Prozess der kontinuierlichen Verhaltensänderung, die von den angebotenen Behandlungselementen sowie dem therapeutischen Gespräch bedingt ist. Diese Änderungen zeigen sich im verbesserten sozialen und psychologischen Funktionieren in den Bereichen der interpersonellen Fertigkeiten, Fähigkeit zum verantwortungsvollem Handeln, schlussfolgerndes Denken und Beschäftigungsfertigkeiten.

Joe et al. (1999) überprüfen in der DATOS-Studie die Generalisierbarkeit der Engagement-Phase (engagement) in der Behandlung, in dem sie Engagement mit der Variable therapeutische Beteiligung (involvement) und Commitment gleichsetzen und das Commitment der Patienten mit der Anzahl der besuchten therapeutischen Sitzungen und der Themen, die dort diskutiert werden, operationalisieren. Commitment der Patienten ist ein signifikanter Prädiktor der Haltequote in den langfristigen stationären und ambulanten drogenfreien Behandlungen, aber nicht bei der Methadon-Substitution. Die therapeutische Beteiligung (involvement), gemessen im Sinne eines Rapports mit dem Therapeuten, einem Vertrauen in die Therapie und dem Commitment zur Therapie, sagt in allen Therapiemodalitäten die Therapiedauer vorher und hängt mit der Therapieteilnahme signifikant zusammen. Die Therapiebereitschaft gemessen mit den Items vom CMRS (De Leon und Jainchill, 1986; Joe et al., 1998) hängt wiederum in allen Therapiemodalitäten signifikant mit der Therapiebeteiligung zusammen, welche ihrerseits mit dem Therapieerfolg korreliert.

Broome et al. (1999) untersuchten, ob die therapeutische Beteiligung durch programmbedingte Faktoren beeinflusst ist, nachdem sie Patientenmerkmale wie z. B. Therapiebeteiligung kontrollierten. Ein kleiner Teil der erklärten Varianz der therapeutischen Beteiligung war zu einem kleinen aber signifikanten Teil durch programmbedingte Faktoren bedingt. Simpson et al. (1995, 1997c) und Joe et al. (1999) haben aufgrund dieser Ergebnisse spezifische Interventionen entwickelt, um die Therapieerfolge zu verbessern. Ihre Studien zur Effektivität dieser Interventionen zeigen positive Ergebnisse, wenn diese Interventionen auch angewandt werden.

In der DATOS-Studie hatte etwa die Hälfte der Patienten bereits Therapien hinter sich (Anglin et al., 1997). Die Literatur über die Rolle von vergangenen Behandlungsepisoden auf den Behandlungserfolg ist nicht eindeutig. Für einige Patienten kann ein kumu-

lativer Effekt beobachtet werden (Powers und Anglin, 1993; Hser et al., 1997). Im DARP-Projekt zeigte sich, dass Patienten mit einer Behandlungswiederaufnahme schlechtere Therapieergebnisse erzielten (Simpson und Savage, 1980). In einer neueren Untersuchung von Hser et al. (1999) wurden die Auswirkungen von vergangenen Therapieerfahrungen auf den aktuellen Kokainkonsum bzw. Abstinenz in der DATOS-Studie untersucht. Die Hypothese, dass negative Behandlungserfahrungen das Vertrauen der Patienten in die Therapie reduzieren, wurde speziell überprüft. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es Unterschiede zwischen den Erstbehandelten und den Wiederbehandelten gibt, die auf Therapieprozessfaktoren wie Therapieengagement, Allianz mit dem Therapeuten usw. zurückzuführen sind. Im Allgemeinen berichteten therapieerfahrene Patienten ein größeres Bedürfnis für viele Therapieleistungen und wurden öfter in ihren Bedürfnissen enttäuscht. Therapieerfahrene Patienten, die genau die erwarteten Leistungen erhalten, haben im Vergleich zu Erstbehandelten eine bessere Haltequote und eine bessere Post-Behandlungsergebnisrate. Hser et al. (1999) weisen auch darauf hin, dass Personen mit einer vergangenen Behandlungsepisode mehr von Einzelgesprächen profitieren. Das Vorhandensein einer komorbiden psychischen Störung und von vorhandenen psychosozialen Problemen bei der Aufnahme in die Therapie waren nach McLellan et al. (1994) und Simpson et al. (1999) mit schlechteren Therapieergebnissen assoziiert. Diese Ergebnisse geben Anregungen für die Therapieplanung.

Grella et al. (1999) untersuchten die Ergebnisse für jüngere und ältere Patienten in DATOS und fanden heraus, dass jüngere Patienten in der Regel schlechtere Ergebnisse aufweisen. Interessanterweise gibt es für jüngere Patienten einen stärkeren Zusammenhang zwischen Therapiedauer und -ergebnis. Negativer Peer-Einfluss wurde als ein möglicher Einflussfaktor auf die Aufenthaltsdauer und die Selbstwirksamkeit überprüft. Diese Hypothese wurde teilweise unterstützt, nämlich für jüngere Patienten in langfristigen stationären und für ältere Patienten in ambulanten drogenfreien Behandlungssettings.

#### *8.2.4 Spezielle Behandlungen für spezielle Patientengruppen?*

Nuttbrock et al. (1997) haben Drogenabhängige mit oder ohne psychische Störungen per Zufall einer stationären Therapiegemeinschaft oder einem ambulanten Programm zugewiesen. Die Personen mit psychi-

schen Störungen zeigen in den stationären Therapien bessere Ergebnisse als die ohne. Etheridge et al. (1997) haben deshalb bemerkt, dass die Patienten mit schwereren Störungen besonders intensive Therapien benötigen.

Es scheint vielversprechend zu sein, die Ergebnisse der Behandlung von schwer abhängigen Patienten durch die Intensivierung der Therapie (Hoffman et al., 1996; Simpson et al., 1999) und durch Erhöhung der Anzahl von therapeutischen Angeboten zu verbessern (Finney und Moos, 1986; McLellan und Alterman, 1991). McLellan et al. (1994) fanden für 649 erwachsene Patienten, die in 22 öffentlichen und privaten Einrichtungen behandelt wurden und dabei psychiatrische, medizinische, arbeits- und familientherapeutische Komponenten bekommen haben, ein verbessertes Therapieergebnis gegenüber herkömmlichen Angeboten und ein erhöhtes psychosoziales Funktionieren in all diesen Bereichen nach Beendigung der Therapie. Dabei bleibt unklar, ob es die speziellen Leistungen sind, die die Abstinenzrate erhöhen, oder die Erfüllung der erwarteten Therapieerfolge und der indizierten und durchgeführten Therapie. Dieser Hinweis wird durch widersprüchliche Ergebnisse von Studien unterstützt (Alterman und McLellan, 1993; McLellan et al., 1997), die eine inkonsistente Beziehung zwischen der Anzahl der Behandlungskomponenten und der Behandlungsergebnisse ergaben.

Broome et al. (1999) untersuchten Patienten- und Behandlungsmerkmale, die mit dem Therapieprozess im Zusammenhang standen. Sie fanden, dass Patienten, die ein größeres Commitment zeigten, im allgemeinen mit einer höheren Motivation die Therapie anfangen, zum Therapeuten einen guten Rapport aufweisen und mehr Sitzungen besuchen als die anderen Patienten. Die Behandlungsformen, bei denen die Patientenbeteiligung höher war, unterschieden sich von den anderen dadurch, dass sie mehr soziale und allgemeine Gesundheitsdienste anboten, darauf bestanden, dass die Patienten an möglichst vielen Sitzungen teilnahmen, und die ähnliche Patientengruppen bedienten. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass sowohl Behandlungs- als auch Patientenmerkmale eine wichtige Rolle spielen, inwieweit Patienten sich in den ersten Monaten der Therapie involviert fühlen und dementsprechend auch länger bleiben und in letzter Konsequenz auch bessere Therapieergebnisse erzielen (Simpson et al., 1997; Joe et al., 1999; Simpson und Joe, 1993; De Leon et al., 1997). Wenn Behandlungsmerkmale einen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse haben, zeigen Studien von De

Leon (1996; Broome et al., 1996; Moos et al., 1997), dass eine Umgebung, die besserungsorientiert ist und bei denen Patienten Unterstützung durch Mitpatienten bekommen, zu besseren Therapieergebnissen führt.

In der Übersicht von Roch et al. (1992) wird die Literatur zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen zwischen 1975 und 1993 ausgewertet. Insgesamt werden 71 englische und 54 deutschsprachige Artikel beurteilt. Nach Roch und Kollegen beenden 20 bis 25% der Drogenabhängigen ihre stationäre Behandlung regulär (Range: 6–49%). Der wichtigste Prädiktor für einen langfristigen Therapieerfolg, unabhängig von Therapieform und Patientenmerkmalen sei, eine begonnene Therapie regulär zu beenden ( $r = 0,36$ ). Die Autoren berechnen, dass Patienten, die eine Behandlung vorzeitig beenden, im Durchschnitt 50% des langfristigen Therapieerfolgs von regulären Beendern erreichen. Auch in dieser Meta-Analyse wird die Therapiedauer als ein prognostischer Faktor für den langfristigen Therapieerfolg bewertet: Je länger die Therapiedauer, desto höher war die Wahrscheinlichkeit für einen längerfristigen Therapieerfolg. Aufgrund der untersuchten Studien trugen die untersuchten Patientenmerkmale sehr gering zur Vorhersage einer regulären bzw. vorzeitigen Therapiebeendigung bei ( $r = <0,1$ ).

In einer neueren Analyse von Brewer et al. (1998) wurden 69 Studien einer meta-analytischen Untersuchung unterzogen, die eine bivariate Assoziation zwischen einer und mehr unabhängigen Variablen und dem kontinuierlichen Drogengebrauch während und nach der Therapie für Drogenabhängige publiziert hatten. Die Ergebnisse der Meta-Analyse deuten darauf hin, dass viele der untersuchten Patientenmerkmale einen sehr schwachen Effekt auf den kontinuierlichen Drogenkonsum aufweisen. Zehn Variablen zeigen statistisch signifikante und längsschnittlich erfasste prädiktive Zusammenhänge für einen Drogenkonsum (durchschnittlicher  $r = >0,1$ ):

- Höherer Drogenkonsum vor der Behandlung,
- frühere Behandlungen der Opiatabhängigkeit,
- keine frühere Opiatabstinenz,
- Abstinenz oder leichter Konsum von Alkohol,
- Depression,
- hoher Stress
- Arbeitslosigkeit oder Beschäftigungsprobleme,
- Kontakte zu drogenabhängigen Peers,
- kurze Therapiedauer und
- frühzeitiges Ausscheiden aus der Therapie.

In dieser Meta-Analyse wurden sowohl Patienten- als auch Therapieprozessmerkmale hinsichtlich ihres

prognostischen Werts für einen Therapieerfolg untersucht. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass man, um einen Rückfall zu verhindern, verschiedene oben genannte Faktoren berücksichtigen und in die Therapieziele einbetten muss.

## 9 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

### 9.1 Zielsetzung

In der Expertise werden zwei Themenbereiche untersucht: Erstens wird das Behandlungsangebot einschließlich der Therapiedauer für Alkohol- und Drogenabhängige in Deutschland und in ausgewählten europäischen Staaten beschrieben. Zweitens werden der Zusammenhang zwischen Therapiedauer und -erfolg ausgewertet und Untersuchungsergebnisse zu weiteren Einflussfaktoren für den Therapieerfolg vorgestellt.

### 9.2 Methodisches Vorgehen

Für die beiden Fragestellungen wurden unterschiedliche methodische Vorgehensweisen angewandt.

#### *Themenbereich 1*

Für den Überblick über das Behandlungsangebot einschließlich der Therapiedauer für Alkohol- und Drogenabhängige wurden zwei Quellen genutzt: (1.) die Datenbanken, die über das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Bereich Suchtkrankheiten zugänglich sind, um Literaturangaben zu den Stichworten »health system«, »treatment system«, »policy« und ihren Kombinationen mit Alkohol oder Drogen zu erhalten. (2.) wurden in den entsprechenden Ländern Schlüsselpersonen kontaktiert, die nach dem Schneeballprinzip rekrutiert wurden und die entweder in Forschung oder Praxis tätig sind. Diese wurden in Interviews – teils in persönlichen Gesprächen vor Ort, teils telefonisch – zu den relevanten Aspekten des Behandlungssystems in ihrem jeweiligen Land befragt.

#### *Themenbereich 2*

Für die zweite Fragestellung, die Darstellung des Zusammenhangs zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg sowie zusätzlicher Faktoren, die den Therapieerfolg beeinflussen, wurden in einem ersten Schritt alle verfügbaren Primärstudien, die sich mit der Evaluation von Entgiftung bzw. Entwöhnung von Alkohol- und Drogenabhängigen beschäftigt haben, gesammelt. Als Quellen wurden hier u. a. ebenfalls die DIMDI-Literaturdatenbanken, Bibliographien und Projektdatenbanken sowie Informationen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und in diesem Bereich versierte

Fachkollegen aus dem In- und Ausland herangezogen. Für die Durchführung der Meta-Analyse (Zusammenhang von Therapiedauer und -erfolg) wurden Einzeluntersuchungen, für den Überblick über zusätzliche Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg neben relevanten Einzelstudien auch Überblicksarbeiten und Meta-Analysen aus Deutschland, Europa und den USA einbezogen.

### 9.3 Ergebnisse zum Themenbereich 1

#### *Behandlungsangebote*

Substanzbedingte Störungen, insbesondere das Abhängigkeitssyndrom, sind in allen Ländern als behandlungsbedürftige Krankheiten anerkannt. Die Therapieangebote in den einzelnen europäischen Staaten ähneln sich bis auf einige spezifische Ausnahmen (z. B. das Vorhandensein von »Christian Houses« in Großbritannien oder Schweden) sehr. Alle untersuchten Länder haben ein mit Deutschland vergleichbares differenziertes Therapieangebot für Alkohol- und Drogenabhängige. Die inhaltlichen Konzepte für die Bereiche Entwöhnung und Nachsorge ähneln sich in den untersuchten Ländern, allerdings gibt es unterschiedliche Schwerpunktsetzungen.

Bei der Therapie von Drogenabhängigen fällt auf, dass – wie in England und Italien – die privaten im Vergleich zu den öffentlichen Einrichtungen, nach Angabe der Experten, qualitativ bessere Behandlungen anbieten. In all den berichteten Ländern wird die Behandlung unterschiedlich finanziert, dabei tragen sowohl staatliche Finanzierungen, Pflicht- und private Versicherungen sowie die allgemeine Wohlfahrt die Kosten dieser Behandlungen.

Die gemeinsame Behandlung von Drogen- und Alkoholabhängigen ist je nach betrachtetem Land unterschiedlich. In Frankreich ist die Integration der Drogen- und Alkoholabhängigkeiten relativ gering, in Deutschland und England etwas mehr und in Schweden und den Niederlanden deutlich höher.

Darüber hinaus fanden durchweg in den letzten Jahren Umstrukturierungen zugunsten verschiedener Entwicklungen wie einer stärkeren Dezentralisierung und Privatisierung der therapeutischen Versorgung statt (Gossop, 1995; Klingemann und Hunt, 1998; Klingemann, Takala und Hunt, 1992), obwohl es immer noch Unterschiede in den einzelnen Staaten gibt (z. B. Frankreich vs. Deutschland).

#### *Dauer der Behandlung*

In allen für diese Expertise untersuchten europäischen Staaten gibt es in den letzten Jahren gleichermaßen eine Tendenz, die Therapiedauer zu kürzen. Dabei stehen vor allem finanzielle Gründe, nicht so sehr fachliche Gründe im Vordergrund, z. B. die Berücksichtigung von Effizienzüberlegungen bei der Festlegung der verkürzten Therapiezeiten. Aufgrund der Abhängigkeit der Therapiedauer von den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln, gibt es in den einzelnen Ländern keine fixen Therapiezeiten. Je nach Einzelfall und Indikation scheint die Therapiezeit innerhalb vorgegebener Rahmenbedingungen zu variieren.

Nach Aussage der Experten und aufgrund der Literatur hat die durchschnittliche Länge der Aufenthalte in stationären Einrichtungen in fast allen Ländern abgenommen. Die »klassische« Einjahresbehandlung bei Drogenabhängigen wird immer mehr zu einer Ausnahme. Obwohl die Entwöhnungsbehandlung nicht nur in Deutschland, sondern auch in vielen anderen Ländern der Welt eine große Rolle spielt (etwa die Hälfte von 23 entwickelten und Entwicklungsländern, die in einer WHO-Studie untersucht wurden, berichten, dass die stationäre Behandlung von Drogenabhängigen den Hauptbestandteil der nationalen Strategien im Umgang mit Drogenabhängigkeiten darstellt (Gossop, 1995), scheint es in den letzten Jahren die Tendenz zu geben, dass die ambulante gegenüber der stationären Behandlung vor allem – aus Kostengründen – immer mehr favorisiert wird (Klingemann, Takala und Hunt, 1992).

Die Dauer der Behandlung ist in Deutschland nach Meinung der befragten Experten insgesamt gesehen nicht länger als in anderen europäischen Staaten. Wenn man nur die in den publizierten Studien dargestellten Behandlungszeiten als repräsentativ ansieht, zeigt sich, dass die Alkoholbehandlungen in Deutschland etwas länger dauern als in anderen europäischen Staaten. Bei den stationären Behandlungen der Drogenabhängigen unterscheiden sich die Therapiedauern kaum bzw. sind in Deutschland kürzer als z. B. in Schweden oder Italien.

### 9.4 Ergebnisse zum Themenbereich 2

#### *Erfolgskriterien für die Bewertung der Therapieerfolge*

Um die Wirksamkeit einer Behandlung beurteilen zu können, sind Kriterien notwendig, die den Erfolg oder Misserfolg in nachvollziehbarer Weise definie-

ren. Bei den insgesamt (nicht nur für die Meta-Analysen) ausgewerteten Studien hat sich gezeigt, dass zwar in der Regel die gleichen Outcome-Variablen (in unterschiedlicher Anzahl) verwendet werden, die dazugehörigen Erfolgsdefinitionen jedoch sehr variieren. Die Outcome-Bereiche für die Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung bei *Alkoholabhängigen* sind in erster Linie

- Haltequote
- Entzugssymptom (nur bei Entgiftungen)
- das Konsumverhalten,
- die gesundheitliche und psychische Situation (z. B. leberspezifische Laborparameter),
- soziale Situation wie z. B. die soziale Integration und Stabilität,
- berufliche Situation.

Alle weiteren Variablen wie Persönlichkeitsvariablen, familiäre Situation, Zufriedenheit mit dem eigenen Leben, die Inanspruchnahme einer oder mehrerer weiterer Behandlungen, die legale Situation, der Besuch von Selbsthilfegruppen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Die Erfolgskriterien für die Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung von Patienten mit *Drogenabhängigkeit* sind in erster Linie

- Haltequote
- Entzugssymptom (nur bei Entgiftungen)
- Opiatkonsum und allgemeines Konsumverhalten,
- Legalsituation
- die gesundheitliche und psychosoziale Situation wie z. B. die soziale Integration und Stabilität,
- berufliche und Ausbildungssituation.

Sowohl bei Studien im Alkohol- als auch im Drogenbereich wird erfolgreiches Konsumverhalten als das wichtigste Kriterium in den Studien sehr unterschiedlich definiert und variiert in der Definition von absoluter Abstinenz bis unterschiedliche Formen geringen Konsums im Katamnesezeitraum.

Die Unterschiede in den Erfolgsdefinitionen bedingen die Unterschiede in den einzelnen Erfolgsraten. Je weiter der Erfolgsbegriff definiert ist, desto besser sind die Ergebnisse. Je enger und auch exakter die Definition ausfällt, desto geringer fällt der Anteil der erfolgreich gebesserten Patienten aus.

### *Therapieerfolge*

Aus den vorhandenen europäischen Studien zum Therapieerfolg bei der Behandlung von Alkohol- und Drogenabhängigen können hier verlässliche Aussagen über die Erfolgsquoten nur für den Bereich der

*stationären Entwöhnungsbehandlung* gemacht werden, da zu den übrigen Behandlungsbereichen zu wenige Untersuchungen vorlagen. Sowohl die stationäre Therapie der Alkoholabhängigkeit als auch die der Drogenabhängigkeit zeigten insgesamt (nicht nur für die Meta-Analysen betrachteten Studien) positive Effekte, wobei die Ergebnisse für Alkoholabhängige europaweit etwa doppelt so gut sind wie für Drogenabhängige.

Die stationären Entwöhnungsbehandlungen für *Alkoholabhängige* weisen über alle Studien hinweg im Durchschnitt eine geplante Dauer von etwa 12 Wochen auf. Die Haltequoten sind sehr hoch und liegen zwischen zwischen 70 und über 90% (mit Ausnahme einer Untersuchung, deren Haltequote 46% beträgt).

Von beinahe der Hälfte der Studien liegen Ergebnisse einer Ein-Jahres-Katamnese vor. Die Katamnesezeiträume der übrigen Untersuchungen umfassen ein Spektrum von sechs Wochen bis sieben Jahre nach Therapieende. Die Abstinenzquoten variieren über alle Studien betrachtet zwischen etwa 10% und 65%, bei den Studien mit Ergebnissen ein Jahr nach Therapieende zwischen 12% und 63%. Die etwas längere Therapiezeit für die Alkoholbehandlung in Deutschland geht mit einem höheren Therapieerfolg einher.

Die geplante Behandlungsdauer bei der stationären Entwöhnungsbehandlung von *Drogenabhängigen* variiert zwischen einer Dauer von 45 Tagen und 31 Monaten. Die Behandlungsprogramme weisen Haltequoten zwischen etwa 25% und 60% auf. Betrachtet man die Dauer der einzelnen Behandlungen und die Haltequote, fällt keine Tendenz zu besseren oder schlechteren Ergebnissen bei kürzerer oder längerer Behandlungsdauer auf.

Die Katamnesezeiträume der einzelnen Untersuchungen sind sehr unterschiedlich. Sie liegen zwischen drei Monaten und über 13 Jahren nach Beendigung der Therapie. Die Abstinenzquoten bewegen sich zwischen 14% und 37%.

### *Ergebnisse der korrelativen Meta-Analyse zum Zusammenhang von Therapiedauer und Therapieerfolg*

In der aufgrund der methodischen Voraussetzungen nur für die stationäre Entwöhnung von Alkoholabhängigen durchgeführten korrelativen Meta-Analyse konnte, in Übereinstimmung mit früheren Überblicksarbeiten, ein Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und dem Erfolg nachgewiesen werden. Da in die Analyse insbesondere Studien aus

Deutschland eingingen, geht dieser Zusammenhang auf die Ergebnisse der Alkoholbehandlungen in Deutschland der letzten 20 Jahre zurück.

Bei der Behandlung der Drogenabhängigkeit kann man aufgrund der geringeren Anzahl der Studien, die unseren Kriterien für die korrelative Meta-Analyse genügen, keine Aussagen bzgl. des Zusammenhangs zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg machen. Dieser Zusammenhang ist jedoch in zahlreichen Einzelstudien belegt.

In den ausgewerteten Alkoholstudien für die korrelative Meta-Analyse lag der Median bei 373, der geplanten Therapiedauer betrug 127 Tage (Range 28–182.) Der Median der tatsächlichen Therapiedauer war etwas niedriger, nämlich 119 Tage. Dafür war die Spannweite der tatsächlichen Therapiedauer größer als die der geplanten (270). Der Median der Haltequote in den Therapien belief sich über die betrachteten Studien hinweg auf 86%. Die dabei gefundene Abstinenzquote hatte einen Median von 53%, dabei war die Spannweite mit 67 recht groß, was auf die unterschiedlich hohen Abstinenzquoten in den einzelnen Studien hinweist.

Insgesamt kann man aufgrund der Ergebnisse (1.) darauf schließen, dass es einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und dem Therapieerfolg für den Alkoholbereich gibt (Rangkorrelation  $r = 0,559$ ). Das bedeutet, dass je länger die Therapie dauert, desto wahrscheinlicher wird der Therapieerfolg. Damit kann mit dieser Studie das Ergebnis von Süß (1995) auch in der Höhe der Korrelation und entsprechend der Effektstärke repliziert werden (Rangkorrelation  $r = 0,50$  bei Süß).

Die Ergebnisse sowohl unserer korrelativen Meta-Analyse als auch des Überblicks über alle betrachteten Studien, Überblicksarbeiten und Meta-Analysen hinweg deuten (2.) darauf hin, dass die obige Aussage nur für eine kritische Therapiedauer gilt, innerhalb derer der Therapieerfolg mit der Dauer wächst. Diese Dauer kann jedoch aufgrund der fehlenden empirischen Basis nicht genau festgelegt werden. Die Aussagen der Einzelfallstudien variieren zwischen 3 und 9 Monaten je nach Patientengruppe. Nach Überschreiten einer solchen kritischen Zeitspanne scheint die weitere Behandlung zumindest bei bestimmten Patientengruppen mit günstiger Prognose keinen Einfluss auf den Therapieerfolg zu haben. Allerdings ist es schwierig, diese kritische Zeitspanne genau festzulegen, da in vielen Untersuchungen die Obergrenze für die Therapiedauer nicht untersucht wurde. Darüber hinaus ist die Therapiedauer vermutlich ein Indikator für eine Reihe von anderen Variablen, die den

Therapieerfolg mit beeinflussen, z. B. die Art der Motivation und andere personenbezogene Aspekte wie die Schwere oder Dauer der Abhängigkeit.

#### *Literaturergebnisse zum Zusammenhang von Therapiedauer und Therapieerfolg*

Eine der stärksten Assoziationen, die in der zusätzlich ausgewerteten amerikanischen Literatur immer wieder konsistent repliziert wurde, ist die Wichtigkeit der Therapiedauer für die Effektivität der Behandlung von Drogenabhängigen. Befunde von drei großen multizentrischen Studien in den USA über deren Effektivität Drug Abuse Reporting Program (DARP, 1969–1972), Treatment Outcome Prospective Study (TOPS, 1979–1990), und die Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS 1991–1993) weisen darauf hin, dass Patienten, die **mindestens drei Monate** in der Behandlung bleiben, signifikant bessere Therapieergebnisse haben als die Patienten, die kürzere Aufenthaltsdauer haben (Simpson, 1981; Hubbard et al., 1989, 1997). Die Ergebnisse der DARP-Studie indizieren, dass als Aufenthaltsdauer ebenfalls mindestens drei Monate für die ambulante drogenfreie Behandlung und die stationäre Behandlung und mindestens 12 Monate für ambulante Methadon-Patienten besonders effektiv sind (Simpson, 1981). In der Studie TOPS konnte gezeigt werden, dass die Patienten mindestens sechs Monate in einer ambulanten drogenfreien Behandlung oder mindestens 12 Monate in einer ambulanten Methadon-Behandlung oder mindestens 12 Monate in einer langfristigen stationären Entwöhnungsbehandlung sein müssen, um signifikant bessere Ergebnisse aufzuweisen als Kurzzeitpatienten (Hubbard et al., 1989).

Neuere Ergebnisse von der DATOS-Studie demonstrieren ebenfalls, dass eine kritische Grenze der Therapiedauer bei **drei sowie bei sechs Monaten** für das Erreichen signifikanter Besserung in Bereichen des Drogenkonsums liegt, d. h. Personen die länger als drei Monate in Therapie sind, haben bessere Ergebnisse als Personen, die kürzer als drei Monate eine Therapie durchlaufen. Noch bessere Ergebnisse erzielen Personen, die länger als 6 Monate in Therapie sind. Die **kritische Grenze** für eine signifikante **Reduktion der kriminellen Aktivitäten** sowie einer Vollzeitbeschäftigung bei langzeitstationären Programmen liegt bei **neun Monaten** (Hubbard et al., 1997; Simpson et al., 1999). Diese so genannten kritischen Therapiedauern, die mindestens durchlaufen werden müssen, um eine Therapie erfolgreich beenden zu können, bedeuten jedoch nicht, dass mit diesen Zeiten in

jedem Fall langfristige klinische Besserungen erreicht werden (Joe und Simpson, 1975). Sie sind notwendig, aber nicht hinreichende Bedingungen.

Die zahlreichen positiven Ergebnisse der Studien über die Effektivität von Kurzinterventionen (z. B. Bien et al., 1993; Richmond und Anders on, 1994; Heather, 1995) sind vorsichtig zu interpretieren. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass in diesen Studien die Personen ausgeklammert werden, die eine schlechte Prognose sowie eine schwere Form der Alkoholabhängigkeit mit komorbiden ernsthaften psychischen Störungen aufweisen (Drummond, 1997). Der Großteil der Kurzinterventionen wird nicht mit Personen durchgeführt, die Hilfe aufsuchen, sondern die durch Screening-Methoden entdeckt werden. Kurzinterventions- und Behandlungsstudien sind kaum miteinander vergleichbar, da die behandelten Personengruppen verschieden sind, unterschiedlich rekrutiert werden, in unterschiedlichen Settings und von unterschiedlichen Personengruppen behandelt werden. Darüber hinaus unterscheiden sich die angebotenen Kurzinterventionen hinsichtlich verschiedener Aspekte. Sie werden in unterschiedlichen Settings mit unterschiedlichen Inhalten durchgeführt, sodass man sie nicht in Hinblick auf die Zielgruppe oder die Art der Interventionen vergleichen kann.

Trotz vielfacher Forschung auf diesem Gebiet scheint insgesamt nicht geklärt, welche Bestandteile von Kurzinterventionen wirklich erfolgreich sind (Miller, 1993), sodass die Frage, was wirkt und wie man die Studienergebnisse auf die Praxis verallgemeinern kann, noch nicht beantwortet ist. Unabhängig von der eingeschränkten Gültigkeit der Ergebnisse der Kurzinterventionen und den offenen Fragen, bieten die Kurzinterventionen für viele Personen eine Möglichkeit, eine Behandlung erfolgreich durchzuführen.

Durch die neueren Forschungsarbeiten haben sich die in der Meta-Analyse von Süß (1995) dargestellten Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg im Bereich Alkoholbehandlung bestätigt. Mit zunehmender Behandlungsdauer nimmt der Therapieerfolg zu. Noch nicht hinreichend analysiert und diskutiert, ist die differenzielle Indikation zu einer bestimmten Therapiedauer. Die Frage, bei welchen Patienten reicht eine Intervention von z. B. acht Wochen aus und bei welchen Patienten ist eine Langzeitbehandlung angezeigt, sind noch nicht hinreichend untersucht worden. Auch die Frage, welche Wirkfaktoren mit der Behandlungsdauer einher gehen, bedarf weiterer Forschung.

Um die Therapiezeiten zu verlängern, ist es ent-

scheidend den Therapieabbruch zu verhindern. Zur Frage, wie dies erreicht werden kann, wurden einige Studien durchgeführt. Wie und ob diese Ergebnisse in die Praxis umgesetzt werden können, muss noch gezeitigt werden.

#### *Weitere Einflussfaktoren auf den Therapieerfolg*

Neben der Therapiedauer sind sowohl Patienten- als auch Strukturmerkmale für den Therapieerfolg wichtig.

Wichtige Strukturmerkmale, die die Therapieergebnisse positiv beeinflussen sind z. B. die Intensität und Strukturiertheit der Therapie, Vielfalt der Therapieangebote, eine Anpassung der Therapieangebote auf die Patientenbedürfnisse, die reguläre Teilnahme in *Zwölf-schritt-Selbsthilfegruppen* nach der stationären Therapie, Art der Interventionen des Therapeuten sowie eine gute Therapeut-Patient-Beziehung.

Auf der Seite der Patientenmerkmale scheinen z. B. geringe psychische Beeinträchtigung, erhöhte Motivation und Selbstwirksamkeitserwartungen des Patienten mit positiven Therapieergebnissen zusammenzuhängen.

Die Therapiedauer ist eine komplexe Variable, man sollte sie deshalb als einen Indikator für viele andere Faktoren betrachten. Längere Therapien können z. B. deshalb erfolgreicher sein, weil *motiviertere Patienten* länger in Therapie bleiben und sich deshalb auch mehr engagieren. Patienten, die aktiv teilnehmen und die kognitive und Verhaltensänderungen in der Therapie aufweisen, haben im Vergleich zu Patienten für ähnliche Zeiträume bessere Therapieergebnisse (McLellan et al., 1993; Simpson et al., 1995).

Dass Interventionen des Therapeuten einen Einfluss auf den Motivationsprozess ausüben und dieser Motivationsprozess sich umgekehrt positiv auf die Aufenthaltsdauer auswirkt, haben einige Untersuchungen nachweisen können. Die Therapiedauer hängt somit möglicherweise mit den von Miller und Sanchez (1993) herausgearbeiteten sechs *Faktoren des Therapieprozesses* zusammen. Die zu dem Akronym FRAMES zusammengefassten Faktoren lauten: **F**eedback (Rückmeldung bezüglich negativer Folgen), **R**esponsibility (Betonung der Verantwortung für das eigene Verhalten), **A**dvice (Beratung hinsichtlich Ziele und Vorgehensweise), **M**enue (Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Therapieformen), **E**mpathy (einführendes Verstehen) und **S**elf-efficacy (Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung bezüglich Veränderungen).

In vielen Untersuchungen, die die Effektivität von Alkohol- und Drogenabhängigkeitsbehandlungen untersuchen, werden auch Zusammenhänge zwischen Therapieerfolg und *Patientenmerkmalen* untersucht. Aufgrund der hier referierten Studienbefunde scheinen die untersuchten Patientenmerkmale im Vergleich zu den Behandlungsmerkmalen eine geringere Vorhersagefähigkeit für den Therapieerfolg zu haben (Roch et al., 1992; Brewer, 1998). Dennoch weisen die Ergebnisse darauf hin, dass man, um eine erfolgreiche Therapie durchzuführen, sowohl Patientencharakteristika als auch Behandlungsfaktoren berücksichtigen muss.

## 9.5 Methodische Probleme

### *Stichprobenselektion und Generalisierbarkeit von Ergebnissen*

Ein kritischer Punkt in den berichteten Studien sowie den Meta-Analysen betrifft die Patientenselektion, die in einigen Untersuchungen nicht zufrieden stellend gelöst ist. Selbst bei kontrollierten oder quasi-experimentellen Untersuchungen ist zu klären, ob die zu vergleichenden Patienten in den verschiedenen Behandlungsgruppen sich nicht voneinander unterscheiden. So werden z. B. bei Studien mit Alkoholpatienten neben Patienten mit einem Abhängigkeitssyndrom auch solche mit einem schädlichem Gebrauch in die Untersuchung einbezogen. Für die Generalisierung der Ergebnisse, d. h. für die externe Validität, ist es wichtig, ob die Ergebnisse der untersuchten Patientenstichproben insgesamt für Alkoholabhängige oder eben für eine bestimmte Teilgruppe von Alkoholpatienten gelten.

Die Generalisierung der Behandlungsergebnisse kann auch aufgrund der untersuchten Behandlungsmerkmale eingeschränkt sein. Wenn z. B. die Behandlungsdauer nicht in allen Untersuchungen ausreichend repräsentiert ist, also nicht in unterschiedlichen Ausprägungen vorliegt, kann die Aussage einer Studie nur für eine Teilgruppe des Behandlungsmerkmals, z. B. wie in der Meta-Analyse von Miller et al. (1995) nur für kurze Therapien verallgemeinert werden.

### *Unterschiedliche Erfolgsdefinitionen*

Es hat sich gezeigt, dass die Erfolgsdefinitionen bezüglich der festgelegten Ausprägungen der betrachteten Variablen, um einen Patienten als erfolgreich bezeichnen zu können, erheblich variieren. Insofern

sind die Ergebnisse trotz gleich verwendeter Kriterien nicht ganz miteinander vergleichbar.

### *Unterschiedliche Berechnungsformen der Erfolgsquoten*

Neben den Unterschieden bei der behandelten Klientel und der Behandlungsmethoden erschweren die unterschiedlichen Methoden den Vergleich der Studien. In den einzelnen Studien wurden die Erfolgsquoten, zumeist Abstinenzquoten, sehr unterschiedlich berechnet. Maßgeblich für die Unterschiede ist dabei die jeweils gewählte Teilgruppe für die Berechnung der Quote. Je nachdem welche Bezugsgruppe der Berechnung zugrunde gelegt wird, erhöhen oder verringern sich die Erfolgsquoten. Die positivsten Ergebnisse werden erreicht, wenn z. B. nur auf die Gruppe der regulären Therapiebeender Bezug genommen wird, die zum Katamnesezeitpunkt erreicht wurde. Die schlechtesten Ergebnisse erhält man dagegen, wenn die Ausgangsstichprobe zugrunde gelegt wird. In Deutschland ist zwar seit der Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1992) geklärt, in welchen Bereichen Erfolgskriterien erfasst und wie Erfolgsraten berechnet werden sollen, doch dessen ungeachtet unterscheiden sich die Berechnungen der Erfolgsraten und die Erfolgskriterien von Studie zur Studie. Um die Abstinenzquoten der einzelnen Studien vergleichen zu können, wurden sie für diesen Bericht – soweit möglich und soweit in den Studien nicht schon geschehen – anhand der Berechnungsform 1) (vgl. Kap. 2.4) neu errechnet. Dies führt dazu, dass die berichteten Erfolgsquoten in dieser Expertise sehr konservativ sind und deshalb im Vergleich zu anderen Überblicksarbeiten, insbesondere aus dem angloamerikanischen Bereich, niedrig ausfallen. Für die untersuchten europäischen Länder liegen solche, per Konsens entwickelten Standardisierungen für Berechnungen wie in Deutschland nicht vor. Diese Tatsache hat zur Folge, dass in die meta-analytische Betrachtung insbesondere Studien aus Deutschland eingehen, da für die anderen Studien aufgrund fehlender Daten nicht immer die konservative Schätzung erfolgen konnte.

### *Unterschiedliche Katamnesezeiträume und unterschiedlich erfasste Zeitfenster im Katamnesezeitraum*

Für einen Vergleich der Ergebnisse wurden – soweit vorhanden – die Ergebnisse der Ein-Jahres-Katamnesen gegenübergestellt. In den Dokumentations-

standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1992) wird die Katamnese ein Jahr nach Behandlungsende als Standardkatamnese empfohlen, da sich in diesem Zeitraum in den meisten Fällen der Suchtmittelgebrauch stabilisiert. Vor allem im Zeitraum bis sechs Monate nach Therapieende findet ein großer Teil der Rückfälle statt. Bei Katamnesen, die weit über ein Jahr hinaus gehen, besteht das Problem, dass es schwieriger wird, die Ergebnisse auf die Indextherapie zurückzuführen, da in der Zwischenzeit z. B. weitere Behandlungen oder, vor allem bei Drogenabhängigen, Inhaftierungen stattgefunden haben können. Auch bei gleichem Katamnesezeitraum werden bei den Outcome – Variablen oft unterschiedliche Zeitfenster betrachtet, wie z. B. die letzten drei oder sechs Monate oder der Befragungszeitpunkt, die in der Regel auch für die Erfolgsmessung berücksichtigt werden.

Bei der meta-analytischen Korrelationsstudie und bei der Meta-Analyse wurden nur solche Studien berücksichtigt, die eine Ein-Jahres-Katamneseangaben sowie die Abstinenz auf die gesamte Katamnesezeit bezogen. Insofern gingen insgesamt nur wenige Studien und diese insbesondere aus Deutschland in die Analyse ein. Weiterhin sind die hier berichteten Erfolgsquoten sehr konservativ berechnet und liegen wahrscheinlich etwas höher als hier berechnet, wenn man nur den aktuellen Therapieerfolg (das heißt für ein kürzeres Zeitfenster) berücksichtigt.

### *Auswertungsverfahren*

Auch die Methode der Meta-Analyse, die häufig als eine neutrale Bewertungsmethode bezeichnet wird, ergibt unterschiedliche Ergebnisse je nach gewähltem Vorgehen. Zwei Meta-Analysen mit identischen Studien aber unterschiedlicher Berechnung der Effektgröße und unterschiedlicher Definition des Erfolgskriteriums ergaben beispielsweise, dass die Art der Berechnung der Effektgrößen, aber auch das gewählte Erfolgskriterium (Abstinenz oder reduzierter Alkoholkonsum) einen Unterschied in der Beurteilung der globalen Effektivität der Behandlungen macht (Agosti, 1994, 1995).

Podus, Prendergast und Chang (1998) haben die Beziehung zwischen der methodischen Qualität und der Effektgrößen in Studien untersucht, die in Meta-Analysen berücksichtigt wurden. Ihre Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass Effektivitätsstudien im Drogenbereich in ihrer Methodologie sehr unterschiedlich sind und dass die methodischen Unter-

schiede zwischen den Studien die Größe der Effekte bedingen. Die Autoren haben insgesamt 211 Studien für ihre Arbeit berücksichtigt und berichten eine geschätzte durchschnittliche Effektgröße von .704 ( $s = .593$ , Range:  $-.501$  bis  $3.41$ ) über alle Studien und über alle berichteten Erfolgskriterien. Insgesamt können sie zeigen, dass methodische Merkmale, die signifikant positiv mit der Effektgröße zusammenhängen, der Forscher-Bias (für eine Behandlung) und der auf den Substanzkonsum sich beziehende Prozentsatz der Erfolgsmaße sind. Methodische Charakteristika, die signifikant negativ mit der Effektgröße zusammenhängen, betrafen die Zahl der Erfolgsmaße, die Zahl der gemessenen Erfolgsbereiche (Substanzkonsum, kriminelle Aktivitäten, psychischer Zustand etc.), die Stichprobengröße und der Prozentsatz der Variablen, die auf Selbstauskünfte beruhen.

Weiterhin berichten die Autoren, dass die Dauer zwischen der Patientenzuordnung zur Behandlungs- oder Kontrollgruppe und der Erhebung des Erfolgsmaßes zwar nicht signifikant aber doch negativ mit der Effektgröße korrelierte. Für Kontrollgruppenstudien wurden andere signifikante Befunde gefunden. Der Rückgang (attrition) der Patienten ist mit der Effektgröße negativ assoziiert und in Studien, in denen mehr Weiße in der Behandlungsgruppe waren, gab es höhere Effektgrößen. Für Einzelgruppenstudien gab es wiederum andere signifikante Zusammenhänge zwischen der Methodik der Studie und der Effektgröße: Die Adäquatheit, mit der das Programm beschrieben wurde, hing positiv mit der Effektgröße zusammen. Auch waren die Effektgrößen in der Regel signifikant höher, wenn sie mit Prozentangaben errechnet wurden. Abschließend berichten die Autoren über einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen der Elaboriertheit der statistischen Analysen mit der Effektgröße.

Die Befunde dieser Studie legen nahe, dass die Leser von Meta-Analysen eine Vielfalt von methodischen Kenntnissen aufweisen und diese bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigen müssen.

### **9.6 Schlussfolgerungen**

Zusammenfassend lassen sich aus den Ergebnissen der Interviews, der Auswertung der grauen und publizierten Literatur, der in Europa und in den USA bereits vorliegenden sowie der von uns neu durchgeführten korrelativen Meta-Analyse folgende Schlussfolgerungen ziehen:

– Es zeigt sich, dass es einen positiven Zusammen-

hang zwischen Therapiedauer und Erfolg gibt. Diese Zeiten liegen aufgrund der Literatur zwischen drei und neun Monaten. Eine längere Behandlung führt im Regelfall nicht zu signifikant mehr Erfolg. Diese aufgrund der schwachen empirischen Basis nur vage zu formulierende Aussage gilt für Patientengruppen mit durchschnittlichen Ausprägungen der Problematik, nicht für den therapeutischen Einzelfall und nicht für besonders belastete Gruppen. Hier kann es durchaus indiziert sein, sehr viel länger zu behandeln.

- Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass nicht allein die reine Dauer für den Therapieerfolg relevant ist, sondern auch die Intensität und die Art der Maßnahmen. Demnach ist es kritisch, Therapiezeiten lediglich zu kürzen, ohne die verbleibende Behandlung in Hinblick auf die Intensität und Qualität zu verbessern. Eine kürzere stationäre Therapiezeit sollte auch mit einer weiter führenden ambulanten therapeutischen Betreuung kombiniert werden. Einige Befunde deuten darauf hin, dass die Einbindung in Selbsthilfegruppen in der ambulanten Phase zur Stabilisierung der Therapieerfolge beitragen.
- Die Frage der Therapiedauer wird dadurch verkompliziert, dass diese auch ein Indikator für andere (patientenbezogene) Variablen darstellt, wie etwa die Veränderungsbereitschaft (Motivation) oder die Schwere der Abhängigkeitsstörung bzw. anderer Störungen (Komorbidität).
- Darüber hinaus spielen weitere Faktoren für den Therapieerfolg eine Rolle, die unabhängig von der Therapiedauer sind, z. B. Fragen des therapeutischen Settings, der Ausrichtung und Aspekte des Therapeutenverhaltens.

Als Fazit der Ergebnisse und der genannten Überlegungen kann man festhalten, dass Kürzungen der Therapiedauer bis zu einer noch zu definierenden kritischen Grenze durchaus ohne Verluste des Therapieerfolgs möglich sind, so weit ein zeitlicher Rahmen, der im Moment aufgrund der schwachen empirischen Basis nicht genau benannt werden kann, nicht unterschritten wird. Allerdings gilt die Aussage nur dann, wenn die Kürzung nicht einfach anteilig erfolgt, sondern wenn die verbleibende Therapiedauer konzeptionell umgestellt und in der Intensität verbessert wird. Dies bedeutet, dass die angestrebten Einsparungen bei den Therapiekosten zumindest zum Teil durch eine intensivere Behandlung und damit möglicherweise höheren Tagessätzen verringert werden.

Weiterhin können ungünstige Patientencharakte-

ristika eine längere Behandlung erfordern. Wegen des Einflusses solcher Patientenvariablen wird die in den letzten Jahren geforderte Individualisierung und Flexibilität der Behandlung in Hinblick auf den Schweregrad der jeweiligen Störung und der Veränderungsbereitschaft im Einzelfall bestätigt.

## 9.7 Vorschläge

### *Vorschläge für die Praxis*

Aufgrund der Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Therapielänge und Therapieerfolg ist es sinnvoll, allgemeine Mindestzeiten festzulegen. Zur Zeit kann man jedoch aufgrund der schwachen empirischen Grundlage keine untere kritische Zeit sowohl für Alkohol- als auch Drogenabhängige festlegen.

Diese so genannten kritischen Therapiefristen, die mindestens durchlaufen werden müssen, um eine Therapie erfolgreich beenden zu können, bedeuten jedoch nicht, dass mit diesen Zeiten in jedem Fall langfristige klinische Besserungen erreicht werden. Sie sind notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen für den Therapieerfolg.

Aufgrund der Ergebnisse unserer Expertise dient die Therapiezeit als Moderatorvariable für wichtige Therapieprozesse. Untersuchungen zeigen, dass die Variation der Unterschiede bei gleicher Therapiezeit durch die Variation der Behandlungsmodalitäten und nicht so sehr durch die Patientenmerkmale bedingt ist. Je vielfältiger das Angebot ist, je intensiver die Gespräche, je besser die Therapeut-Patient-Beziehung, je mehr es gelingt, die Erwartung der Patienten zu erfüllen und diese in die Therapie einzubeziehen (therapeutische Beteiligung und Commitment) und somit ihre Motivation und ihre Selbstwirksamkeitserwartungen zu ändern, desto besser scheint das Therapieergebnis zu werden. Vergleicht man verschiedene Therapieschulen hinsichtlich ihrer Effektivität, so schneiden verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze (auch die systemischen Ansätze, Paartherapie) trotz ihrer geringeren Dauer besser ab als andere. Insofern können, selbst bei kurzen Therapien, durch die optimale Gestaltung der strukturellen und Therapieprozessaspekte, die Erfolgsquoten genauso gut sein wie bei längeren Therapien.

Insgesamt ist es notwendig, eine individuell orientierte Vorgehensweise zu wählen, da es zwischen Patientenmerkmalen und Behandlungsmerkmalen viele Interaktionen gibt. So ist beispielsweise für schwer abhängige Patienten mit einer komorbiden psychischen Störung und einer geringen sozialen Stabilität

eine intensive stationäre Therapie Erfolg versprechender als die ambulante Therapie.

Als ein weiteres Kriterium wurde in einer Reihe von Studien die Rolle von Selbsthilfegruppen untersucht. Hierbei trägt die Einbindung der Patienten in Selbsthilfegruppen während einer stationären Therapie wenig zum Erfolg bei. Wichtiger ist, dass die Personen in der anschließenden ambulanten Phase an einem kontinuierlichen Nachsorgeprozess und an Selbsthilfegruppen teilnehmen, damit die Wahrscheinlichkeit für eine Abstinenz erhöht ist.

Als Kriterien, die die ambulante Behandlung von Alkoholpatienten positiv beeinflussen, können aufgrund der Ergebnisse der MATCH-Studie folgende Vorschläge für die Praxis abgeleitet werden, die auch für Drogenabhängige geeignet erscheinen:

- Motivierungstherapie ist für hoch aggressive bzw. ärgerliche Patienten geeignet.
- 12-Stufen-Therapie ist insbesondere für Patienten indiziert, die eine schwere Alkoholabhängigkeit aufweisen.
- Insgesamt sind klare, gut strukturierte Programme effektiver als weniger strukturierte.
- Soziale Unterstützung hilft bei der Rückfallprävention.
- Eine gute Ausbildung der Therapeuten, Fähigkeiten gute Therapeut-Patient-Beziehungen einzugehen sowie die Transparenz der Therapeuten korrelieren mit positiven Therapieergebnissen.
- Veränderungsbereitschaft der Patienten ist mit dem positiven Verlauf der Therapie assoziiert.
- Die Lösung rein praktischer und logistischer Probleme (wie z. B. Kinderbetreuung, Transportprobleme), die die Patienten davor abhalten, in die Stunde zu kommen, reduziert die Abbruchquote.
- Ebenso würden Erinnerungshilfen für die nächste Sitzung, schnelle Antworten und Reaktionen auf gefehlte Stunden durch Briefe oder Anrufe die Abbruchquote senken und die Compliance der Patienten erhöhen, welche wiederum mit dem Therapieerfolg positiv assoziiert ist.

#### *Vorschläge für weitere Forschung*

Inzwischen gibt es einige Studien, die nahe legen, dass neben der Therapiedauer zahlreiche andere Faktoren den Therapieerfolg beeinflussen. Nach wie vor fehlen aber integrierte, komplexe und überprüfbare Modelle der Behandlungsprozesse, der Prozesse der Verhaltensänderung und der jeweiligen Einflussfaktoren, die in typischen Behandlungssettings ablaufen.

Insgesamt gibt es nur wenige Studien zu Therapie-

prozessen. Die meisten Untersuchungen stammen aus den USA. Es ist aber aus guten Gründen zumindest umstritten, ob die Schlussfolgerungen auch für die therapeutischen, sozialen, rechtlichen und kulturellen Bedingungen in Deutschland bzw. in Europa gelten. Deshalb muss sich die zukünftige Forschung in Deutschland um die Aufklärung solcher komplexen Therapieprozesse bemühen.

Der Stellenwert der Therapiedauer ist durch die bisher durchgeführten Untersuchungen nicht ausreichend geklärt. Obwohl es einen Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg gibt, ist nicht evident, ob die Therapiedauer als Surrogatmaß für viele Faktoren steht, die während einer bestimmten Zeit in einem Therapieprozess ablaufen. Die Therapiedauer wurde für diese Expertise herausgegriffen, da die Dauer aus ökonomischer und gesundheitspolitischer Sicht ein wesentlicher Therapiefaktor ist. Daraus ist aber aus den bisherigen Untersuchungen nicht exakt abzuleiten, dass die Dauer auch die höchste Gewichtung bei der Erreichung eines Therapieerfolges hat. Vielmehr sind eine ganze Reihe von Faktoren auf Seiten der Einrichtung (z. B. Intensität und Vielfalt der Therapieangebote, Strukturiertheit) und der Patienten (z. B. Schweregrad der Störung, Erstbehandelte oder Wiederholer) zu nennen, die ebenfalls einen wesentlichen Beitrag zum Therapieerfolg leisten. Künftige Studien sollten dabei die Gewichtungen der einzelnen Faktoren quantifizieren, um die wichtigsten Einflussfaktoren herauszuarbeiten.

Auf der methodischen Seite müssen in künftigen Therapiestudien in Deutschland mehr multivariate komplexe statistische Verfahren wie Pfadanalysen angewandt werden, um diese komplexen Zusammenhänge auch erfassen zu können.

Wenn man jedoch von einem ökonomischen Ansatz ausgeht und aufgrund der finanziellen Ressourcen eine maximal bezahlbare Therapiedauer festlegt, dann ist sicherlich eine vordringliche Forschungsaufgabe, optimale Therapieinhalte und -strukturen für die zur Verfügung stehende Zeit herauszuarbeiten bzw. neue Therapiekonzepte zu entwickeln.

Auch hinsichtlich der Indikation von speziellen Behandlungen für spezielle Patientengruppen müssen vermehrt Studien durchgeführt werden. In zukünftigen Studien muss der Stellenwert einer kritischen Therapiedauer für spezielle Patientengruppen untersucht werden, um eine optimale Therapiezeit und damit einhergehend eine optimale Therapie für den Einzelfall sicherzustellen.

Eine interessante Frage, die in vorliegenden Untersuchungen nur wenig beachtet wurde und entspre-

chen in zukünftigen Studien eingehender betrachtet werden sollte, betrifft das Verhältnis zwischen Therapielänge und Therapieintensität. Ist die Therapielänge gleichzusetzen mit der Therapieintensität oder können kürzere, dafür intensivere Therapien ebensolche Erfolge aufweisen wie längere, aber weniger intensive Therapien? Oder ist es vielmehr so, dass Patienten, unabhängig von der Intensität, einfach Zeit brauchen, um Therapieinhalte zu verarbeiten, um zum nächst höheren Therapieschritt übergehen zu können?

Es gibt nur wenige Studien, die auch die Behandlungs- und Einrichtungsmerkmale im Zusammenhang mit Therapieerfolg untersuchen. Der Grund für diese Forschungslücke liegt darin, dass aus pragmatischen Gründen häufig ein monozentrischer Untersuchungsansatz gewählt wird, der in der Regel keine Schlussfolgerungen über Effekte einzelner Behandlungsmerkmale erlaubt, weil nur eine Klinik oder ein Behandlungssetting untersucht wird. Es müssen mehr multizentrische Untersuchungen mit experimentellem oder quasi-experimentellem Charakter durchgeführt werden, um Aussagen über den Einfluss von Behandlungs- und Einrichtungsmerkmalen auf den Therapieerfolg ableiten zu können. Obwohl die Einflussgrößen von Behandlungsmerkmalen selbst bei monozentrischen Studien durch statistische Verfahren geschätzt werden können (Costello, 1980; Kufner und Feuerlein, 1989; Monahan und Finney, 1996), ist deren Aussagefähigkeit nach Kufner (1997) lediglich begrenzt.

Um den Wissenstand hinsichtlich der Variablen zu erhöhen, die den Behandlungserfolg verbessern, sind verschiedene Forschungsansätze notwendig: Ein Beispiel sind randomisierte experimentelle Therapiestudien zur Beurteilung der differenziellen Therapieeffektivität. In naturalistischen multizentrischen Studien können unterschiedliche Einflussfaktoren (Therapiesetting, Therapeuten- und Patientenmerkmale) auf den Therapieverlauf und -erfolg untersucht werden. Qualitative Studien sind für die Analyse von Methoden zur Verhinderung des Therapieabbruchs geeignet.

Weitere Schlussfolgerungen aufgrund der vorliegenden Expertise ergeben sich für die Durchführung von Meta-Analysen. Um in Zukunft meta-analytische Studien durchführen zu können, ist es wichtig, die methodische Vergleichbarkeit der publizierten Studien durch die genaue Angabe folgender Werte zu erhöhen: (1.) Signifikanzwerte, (2.) Parameter für Teilstichproben (3.) Erfolgsmaße (4.) Therapiedauer und (5.) Rate vorzeitiger Therapiebeendigung.

In einem etwas weitergehenden Schritt ist es für die Durchführung einer Meta-Analyse wichtig, dass künftige Studien ein einheitlich definiertes, standardisiertes Erfolgskriterium verwenden, sodass die Ergebnisse unterschiedlicher Studien einfacher als bisher miteinander verglichen werden können.

Es sollten einheitliche Katamnesezeiträume eingehalten und diese genau berichtet werden. Nach Süß (1995) hat sich die Bewertung des Therapieerfolges nach einem Jahr als geeigneter Zeitpunkt herausgestellt: Einerseits lässt der Verlauf der Abstinenz- und Besserungsraten zwölf Monate nach der Therapiebeendigung eine Stabilisierung erkennen. Andererseits nimmt die Differenz zwischen pessimistischen und optimistischen Schätzungen der Erfolgsraten aufgrund sinkender Datenausschöpfungsquoten bei längeren Katammesedauern wieder zu.

Die Behandlungsbedingungen, die Erfahrung der Therapeuten sowie die genaue Durchführung der Behandlung (z. B. ob sie tatsächlich dem Standardmanual entsprach oder ob es Abweichungen davon gab) müssen in den Artikeln genauer dokumentiert werden, damit auch der Einfluss dieser Faktoren auf den Therapieerfolg quantifiziert werden kann. Die Untersuchungen müssen bezüglich der zu erwartenden spezifischen Behandlungseffekte auf die Abstinenzrate oder auf den Konsum a priori Hypothesen aufstellen und diese mit geeigneten statistischen Verfahren überprüfen.

Als zusammenfassende Forschungsaufgabe lässt sich aus dieser Expertise schlussfolgern, dass (1.) die Therapieinhalte und -strukturen, (2.) die Indikationsprozesse im Einzelfall und (3.) die Interaktionen weiter untersucht werden müssen, um sowohl den Teilaspekt der Therapiedauer besser als bisher festlegen als auch die Therapieergebnisse insgesamt verbessern zu können.

## 10 Literatur

### 10.1 Für die Tabellen und Meta-Analysen verwendete Literatur

- 6 Arico, S., Zannero, A., Galatola, G., Valenti, M. und Corrao, G. (1994). Family compliance to a treatment programme for alcoholics: a prospective study of prognostic factors. *Alcohol und Alcoholism*, 29 (6), 679–685.
- 8 Bennie, C. (1998). A comparison of home detoxification and minimal intervention strategies for problem drinkers. *Alcohol und Alcoholism*, 33 (2), 157–163.
- 9 Berglund, G. W., Bergmark, A., Björling, B., Grönbladh, L., Lindberg, S., Oscarsson, L., Olsson, B., Segraeus, V. und Stensmo, C. (1991). The SWEDATE Project: Interaction between treatment, client background, and outcome in a one-year follow-up. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 161–169.
- 12 Booth, P., Dale, B., Slade, P. und Dewey, M. (1992). A follow-up study of problem drinkers offered a goal choice option. *Journal of Studies on Alcohol*, 53 (6), 594–600.
- 18 Broszeit-Zucker, B., Ludwig, D., Nath, B., Singer, B. und Zucker, K. (1982). Untersuchung zum Therapieerfolg bei Alkoholpatienten. *Psychologie und Praxis*, 26 (3), 120–127.
- 26 Coll, P., Fisher, E. und Coffey, C. (1987). Evaluation of a residential alcoholism treatment programme. *Irish Medical Journal*, 80 (6), 173.
- 29 De Jong, R., Bühringer, G., Kaliner, B., Kraemer, S. und Henrich, G. (1978). Ergebnisse eines stationären Programms zur Behandlung jugendlicher Drogenabhängiger: Beschreibung der Klientel, Verlauf der Behandlung und erste Ergebnisse. In R. De Jong und G. Bühringer (Eds.), *Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen* (pp. 105–280). München: Röttger.
- 32 Diamant, K., Fischer, G., Schneider, C., Lenzinger, E., Pezawas, L., Schindler, S., und Eder, H. (1998). Out-patient opiate detoxification treatment with buprenorphine. *European Addiction Research*, 4, 198–202.
- 34 Dobler-Mikola, A. (1996). Therapieerfolg als Veränderung der Lebenssituation. In Koordinationsstelle des FOS (Hrsg.), *Therapieerfolg – was verstehen wir darunter?* (Vol. 16, pp. 16–26). Zürich: Forschungsverbund stationäre Suchttherapie.
- 35 Dobler-Mikola, A., Wettach, R. und Uchtenhagen, A. (1998). Stellenwert stationärer Langzeittherapien für Suchtverlauf und soziale Integration Drogenabhängiger – Synthesebericht. In *Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung* (Vol. 59). Zürich: Institut für Suchtforschung ISF.
- 43 Ellis, D. und McClure, J. (1992). In-patient treatment of alcohol problems – predicting and preventing relapse. *Alcohol und Alcoholism*, 27 (4), 449–456.
- 44 Engelhardt, B. und Greve, W. (1986). Katamnesen von Alkoholkranken nach Behandlung in der akutpsychiatrischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses. In D. Kleiner (Ed.), *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten* (pp. 283–284). Berlin: Springer.
- 47 Fäh, M., Sieber, M. und Uchtenhagen, A. (1991). Der Glaube ans Widerstehen-Können. Eine prospektive Längsschnittstudie zur Vorhersage von Abstinenz bei stationär behandelten Alkoholikern. *Sucht*, 37, 26–36.
- 50 Fichter, M. und Frick, U. (1992). *Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit*. Berlin: Springer.
- 54 Friemert, K., Schmitz, K., Herbst, A und Heydenreich, A. (1982). *Behandlung alkoholabhängiger Patienten in Rostock. Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie*, 34 (9), 544–553.
- 55 Funke, J. und Klein, M. (1981). Katamnestic Untersuchung stationär behandelter Alkoholiker. *Suchtgefahren*, 27, 143–150.
- 56 Funke, W., Kluger, H., Bachmeier, R., Herder, F., Medenwaldt, J., Missel, P., Weissinger, V. und Wüst, G. (1999). FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1996 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht Aktuell*, 1, 40–44.
- 61 Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. und Segar, G. (1998). Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies: intake data from the national treatment outcome research study. *British Journal of Psychiatry*, 173, 166–171.
- 62 Gossop, M., Marsden, J. und Stewart, D. (1998). NTORS at one year – Changes in substance use, health and criminal behavior one year after intake. Wetherby: Department of Health.
- 63 Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Edwards, C., Lehmann, P., Wilson, A. und Segar, G. (1997). The National Treatment Outcome Research Study in the United Kingdom: Six-Month Follow-Up Outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11 (4), 324–337.
- 64 Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. und Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 89–98.
- 65 Haderstorfer, B. und Künzel-Böhmer, J. (1992). The Munich multicenter treatment evaluation study: results of the first follow-up. In G. Bühringer und J. J. Platt (Eds.), *Drug addiction treatment research. German and American perspectives* (pp. 353–366). Malabar, Florida: Krieger.
- 66 Hanel, E. (1992). Client characteristics and the therapeutic process in residential treatment centers for drug addicts. In G. Bühringer und J. J. Platt (Hrsg.), *Drug addiction treatment research. German and American Perspectives* (S. 187–196). Malabar, Florida: Krieger.
- 67 Haver, B. und Dahlgren, L. (1995). Early treatment of women with alcohol addiction (EWA): a comprehensive evaluation and outcome study. I. Patterns of psychiatric comorbidity at intake. *Addiction*, 90, 101–109.

- 68 Herbst, K. (1991). Evaluationsproblem und Lösungsansätze in der Therapieforschung am Beispiel der stationären Entwöhnungsbehandlung von Drogenabhängigen. In DLR (Ed.), Suchtforschung, Bestandsaufnahme und Analyse des Forschungsbedarfs (pp. 137–155). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag Nordrhein-Westfalen.
- 69 Herbst, K. (1992a). Prediction of dropout and relapse. In G. Bühringer und J.J. Platt (Hrsg.), Drug addiction treatment research. German and American Perspectives (S. 291–299). Malabar, Florida: Krieger.
- 70 Herbst, K. (1992b). Verlaufsanalyse bei Drogenabhängigen nach stationärer Behandlung. *Sucht*, 38, 147–154.
- 75 Jones, B. und McMahon, J. (1994). Negative and positive alcohol expectancies as predictors of abstinence after discharge from a residential treatment program: a one-month and three-month follow-up study in men. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(5), 543–548.
- 76 Jung, U., Koester, W., Schneider, R., Bühringer, G. und Mai, N. (1986). Katamnesen bei behandelten Alkoholabhängigen mit wiederholten Messzeitpunkten über 4 Jahre. In D. Kleiner (Ed.), *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten* (pp. 89–114). Berlin: Springer.
- 77 Kampe, H. und Kunz, D. (1984). Integration und Fehl-anpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft. *Praxis der Kinderpsychologie*, 33, 49–55.
- 78 Kampe, H. und Kunz, D. (1985). Evaluation der Langzeitbehandlung von Drogenabhängigen in einer Therapeutischen Gemeinschaft. *Suchtgefahren*, 31, 236–245.
- 80 Kern, E. und Jahrreis, R. (1990). Klientel und katamnestische Ergebnisse einer Kurzzeitentwöhnungstherapie. *Suchtgefahren*, 36, 167–177.
- 83 Klett, F. (1987). Langzeitverläufe bei Drogenabhängigen bis zu 10 Jahren nach Behandlungsende. In D. Kleiner (Ed.), *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten* (pp. 163–178). Berlin: Springer.
- 89 Kooyman, M. (1993). The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome. Amsterdam/Lisse: Swets und Zeitlinger B.V.
- 91 Krampen, G. und Nispel, L. (1983). Zur Effektivität stationärer Kurzzeitbehandlungen bei Alkoholikern. *Suchtgefahren*, 29, 345–349.
- 98 Küfner, H. und Feuerlein, W. (1989). In-patient treatment for alcoholism. Berlin: Springer.
- 100 Längle, G. und Schied, W. (1990). Zehn-Jahres-Katamnesen eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungsprogrammes für Alkoholranke. *Suchtgefahren*, 36, 97–105.
- 101 Lask, K. und Zucker, K. (1983). Untersuchung zum Therapieerfolg bei Alkoholpatienten nach einer mittelfristigen Behandlung in der Therapeutischen Gemeinschaft Haus Burgwald. *Suchtgefahren*, 29, 39–44.
- 103 Long, C. G., Williams, M. und Hollin, C. R. (1998). Treating alcohol problems: a study of programme effectiveness and cost effectiveness according to length and delivery of treatment. *Addiction*, 93 (4), 561–571.
- 113 Missel, P., Zemlin, U., Lysloff, G. und Braukmann, W. (1987). Individualisierung in der stationären Therapie Abhängigkeitskranker: Erste Ergebnisse einer Halbjahreskatamnese. *Suchtgefahren*, 33, 272–285.
- 118 Mundle, G., Ackermann, K., Günther, A., Munkes, J. und Mann, K. (1999). Treatment outcome in alcoholism – a comparison of self-report and the biological markers carbohydrate-deficient transferrin and  $\gamma$ -glutamyl transferase. *European Addiction Research*, 5, 91–96.
- 130 Pfaff, H. (1998). Ergebnisse einer prospektiven Katamnesestudie nach Entziehungstherapie gemäß § 64 StGB bei Alkoholkranken. *Nervenarzt*, 69, 568–573.
- 135 Quinten, C., Rösch, W. und Zobel, M. (1998). Wenn der Störfall eintritt. Evaluationsstudie zum Rückfallverhalten während der stationären Entwöhnungsbehandlung. *Praxis Klinische Verhaltenstherapie*, 43, 74–85.
- 136 Raschke, P. und Rometsch, W. (1986). Ausgewählte Ergebnisse einer Zwölfjahresstudie behandelter Drogenabhängiger. In D. Kleiner (Ed.), *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten* (pp. 179–197). Berlin: Springer.
- 137 Raschke, P. und Schliehe, F. (1985). Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten. *Langzeitstudie am Beispiel des »Hammer Modells«*. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- 139 Ravndal, E. und Vaglum P. (1991). Psychopathology and substance abuse as predictors of program completion in a therapeutic community for drug abusers: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 217–222.
- 141 Ravndal, E. und Vaglum, P. (1998). Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(2), 135–142.
- 144 Rittmannsberger, H., Ruschak, M. und Rittmannsberger, B. (1985). Ambulante Therapie jugendlicher Drogenabhängiger. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 8 (1/2), 69–78.
- 146 Roghmann, R. und Lüdtkke, G.-P. (1991). Ergebnisse einer 18-Monats-Katamnese der LVA Berlin über stationäre Entwöhnungsbehandlungen. *Sucht*, 37, 37–41.
- 147 San, L., Cami, J., Peri, J. M., Mata, R. und Porta, M. (1989). Success and failure at inpatient heroin detoxification. *British Journal of Addiction*, 84, 81–87.
- 150 Scheller, R. und Klein, M. (1986). Stationäre Suchttherapie unter dem Aspekt der Behandlungsdauer. *Differenzielle und Diagnostische Psychologie*, 7 (2), 69–76.
- 151 Scheller, R., Prinz, M. und Hättich, M. (1989). Zur Problematik der Quantifizierung von Behandlungsergebnissen stationär behandelter Abhängiger. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18 (2), 159–165.
- 156 Shaw, G., Waller, S., McDougall, S., MacGarvie, J.

- und Dunn, G. (1990). Alcoholism: a follow-up study of participants in an alcohol treatment programme. *British Journal of Psychiatry*, 157, 190–196.
- 162 Soyka, M. (1999). Efficacy of outpatient alcoholism treatment. *Addiction*, 94 (1), 48–50.
- 164 Spöhring, W. und Dörner, J. (1994). »COUDEX – 14 Tage ohne Drogen«. Ein Modellprojekt des medikamentenfreien (»kalten«) Drogenentzugs im außerklinischen Setting. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe.
- 165 Stosberg, K., Pfeiffer-Beck, M. und Lungershausen, E. (1987). Wege aus der Heroinabhängigkeit. Ergebnisse einer katamnestic Untersuchung bei Patienten einer Langzeittherapieeinrichtung. Erlangen: perimed.
- 167 Thiel, G. (1995). Allgemeine und differenzielle Katamneseergebnisse in einer Hamburger Sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 18(3), 17–25.
- 171 Trüg, E. (1992). Evaluationsstudie zum niedrigschwelligen Drogenentzug opiatabhängiger Patienten in Hamburg – Eine empirische Studie. Hamburg: Dissertation.
- 173 Uchtenhagen, A. und Zimmer-Höfler, D. (1987). Psychosocial development following therapeutic and legal interventions in opiate dependence. A Swiss National study. *European Journal of Psychology of Education*, 2 (4), 443–458.
- 175 Watzl, H. (1986). Die Vorhersage des Behandlungserfolges bei alkoholkranken Frauen – eine empirische Untersuchung. München: Röttger.
- 177 Watzl, H. und Rist, F. (1986). Befindlichkeit alkoholabhängiger Frauen während stationärer Behandlung und im Katamnesezeitraum. In D. Kleiner (Ed.), *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten* (pp. 247–262). Berlin: Springer.
- 178 Weber, B., Salaschek, M., Pflug, B. und Wetterling, T. (1999). Katamnestic Untersuchung stationär entgifteter Alkoholiker in einer großstädtischen und einer klein städtisch-ländlichen Stichprobe. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 22(1), 11–20.
- 179 Wettach, R. (1998). Zum Rehabilitationsstatus nach einer stationären Drogentherapie. In *Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung* (Vol. 52). Zürich: Institut für Suchtforschung.
- 180 Weyhreter, H., Tschuschke, V., Obert, G., Zimmermann, E. und Tauschek, H. (1998). Effekte ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Rehabilitation Suchtkranker und ihrer Angehörigen – Ergebnisse des Therapieverlaufs und einer Zweijahreskatamnese. *Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik*, 34, 93–117.
- 183 Zeissler, E. (1999). Indikationsorientierte Evaluation einer ambulanten Alkoholentwöhnungsbehandlung: Erste katamnestic Ergebnisse. *Sucht*, 45 (2), 100–107.
- 184 Zemlin, U. und Herder, F. (1994). Ergebnisse der summarischen und differenziellen Evaluation eines individualisierten stationären Behandlungsprogramms für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Praxis der Klinischen Verhaltenstherapie und Rehabilitation*, 27, 128–192.
- 185 Zöbeley, K. (1988). Untersuchung zum Behandlungsverlauf bei kombinierter stationärer und ambulanter Behandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten in einer Fachklinik. *Suchtgefahren*, 34, 453–463.
- 186 Pfeiffer, W., Fahrner E. M. und Feuerlein, W. (1987). Katamnestic Untersuchung von ambulant behandelten Alkoholabhängigen. *Suchtgefahren*, 33, 309 — 320.
- 219 Hasenöhr, A. (1999). 2,5-Jahres-Katamnese zum Therapieerfolg Alkoholabhängiger nach qualifizierter Entzugsbehandlung bzw. psychiatrischer Detoxifikationsbehandlung an der Klinik für Psychiatrie der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Unveröff. Dissertation. Jena: Friedrich-Schiller-Universität.
- 221 Zemlin, U., Thau, M., Herder, F., Bürgel, S., Pinocy, L., Schopf, W. und Schreiber, R. (1999). Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Konzeptbeschreibung und Evaluation des Kurzzeitbehandlungsprogrammes der Fachklinik Wilhelmsheim. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 45, 53–72.
- 222 Zemlin, U., Herder, F., Dornbusch, P. (1999). Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? – Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. *Sucht Aktuell*, 2, 1–18.
- 235 Mann, K. und Kapp, B. (1997). Drogenentzug. Baden-Württemberg-Studie. In *Sucht 14*. Stuttgart: Sozialministerium.
- 236 Zinkler, M., Valdes, J., v. Cranach, M. und Soyka, M. (1998). Katamnestic Untersuchung niedrigschwellig entgifteter Opiatabhängiger. *Sucht*, 44 (1), 25–33.
- 237 Veltrup, C. und Driessen, M. (1993). Erweiterte Entzugsbehandlung für alkoholabhängige Patienten in einer psychiatrischen Klinik. *Sucht*, 39 (3), 168–172.

## 10.2 Für die gesamte Literaturexpertise verwendete Literatur

- Agosti, V. (1994). The efficacy of controlled trials of alcohol misuse treatments in maintaining abstinence: a meta-analysis. *The International Journal of the Addictions*, 29 (6), 759–769.
- Agosti, V. (1995). The efficacy of treatments in reducing alcohol consumption: a meta-analysis. *The International Journal of the Addictions*, 30 (8), 1067–1077.
- Ahles, T. A., Schlundt, D. G., Prue, D. M. und Rychtarik, R. G. (1983). Impact of aftercare arrangements on the maintenance of treatment success in abusive drinkers. *Addictive Behaviors* 8 (1), 53–58.

- Altman, A. I. und McLellan, A. T. (1993). Inpatient and day hospital treatment services for cocaine and alcohol dependence. *Journal on Substance Abuse Treatment* 10, 269–275.
- Anderson, P. und Scott, E. (1992). The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *British Journal of Addiction*, 87, 891–900.
- Anglin, M. D., Hser, Y.-I. (1990). Legal coercion and drug abuse treatment. In: Inciardi, J. (Ed.). *Handbook of Drug control in the United States*. Westport Conn.: Greenwood Press.
- Anglin, M. D., Hser, Y.-I. (1990). Treatment of drug abuse. In: Tonry, M., Wilson, J. Q. (Eds.). *Drugs and Crime*. Chicago: University of Chicago. Press.
- Anglin, M. D., Hser, Y.-I., Grella, C. E. (1997). Drug addiction and treatment careers among clients in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 308–323.
- Antti-Poika, I., Karaharju, E., Roine, R. und Salaspuro, M. (1988). Intervention of heavy drinking – a prospective and controlled study of 438 consecutive injured male patients. *Alcohol und Alcoholism*, 23 (2), 115–121.
- Arnold, T., Feldmeier-Thon, J., Frietsch, R. und Simmerding, R. (1995a). Begleitforschung zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Rheinland-Pfalz – Endbericht. Rheinland-Pfalz: Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen.
- Arnold, T., Feldmeier-Thon, J., Frietsch, R. und Simmerding, R. (1995b). *Wem hilft Methadon?* Frankfurt: ISS-Eigenverlag.
- Ashem, B. und Donner, L. (1968). Covert sensitization with alcoholics: a controlled replication. *Behaviour Research and Therapy* 6 (1), 7–12.
- Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, R. und Godley, M. (1982). A social-systems approach to resocializing alcoholics in the community. *Journal of Studies on Alcohol* 43, 1115–1123.
- Babor, T. F. und Grant, M. (1992). WHO Collaborating Investigators Project on identification and management of alcohol related problems. Combined analyses of outcome data: the cross national generalizability of brief interventions. Report on phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. Copenhagen: WHO.
- Baekeland, F. (1977). Evaluation of treatment methods in chronic alcoholism. In B. Kissin und H. Begleiter (Eds.) *The biology of alcoholism*, vol 5: Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic. New York: Plenum.
- Bale, R. N., Van Stone, W. W., Kuldau, J. M., Engelsing, T. M., Elashoff, R. M. und Zarcone, V. P. Jr. (1980). Therapeutic communities vs. methadone maintenance. A prospective controlled study of narcotic addiction treatment: design and one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry* 37 (2), 179–193.
- Ball, J. C. und Ross, A. (1991). *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer.
- Bashir, K., King, M. und Ashworth, M. (1994). Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *British Journal of General Practice*, 44, 408–412.
- Bennett, G. und Rigby, K. (1990). Psychological change during residence in a rehabilitation centre for female drug misusers. Part I. Drug misusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 27, 149–157.
- Bergmark, A. (1998). Expansion and Implosion: The story of drug treatment in Sweden. In H. Klingemann und G. Hunt (eds.) (1998). *Drug treatment systems in an international perspective* (pp. 33–47). Thousand Oaks: Sage.
- Bergmark, A. und Oscarsson, L. (1994). Swedish alcohol treatment in transition? Facts and fiction. *Nordic Alcohol Studies*, 11, 43–54.
- Beyer, H. (1997). Stationäre Rehabilitation. In *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.). *Suchtkrankenhilfe in Deutschland* (pp. 162–168). Freiburg i. Breisgau: Lambertus.
- Beyer, H. (1997). Die Rolle der Rentenversicherung – ein Interview. In *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.). *Suchtkrankenhilfe in Deutschland: Geschichte – Strukturen – Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Bien, T. H., Miller, W. R. und Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315–336.
- Bleiberg, J. L., Devlin, P., Croan, J. und Briscoe, R. (1994). Relationship between treatment length and outcome in a therapeutic community. *The International Journal of the Addictions*, 29 (6), 729–740.
- Bortz, J. und Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Brewer, D., Catalano, R., Haggerty, K., Gainey, R. und Fleming, C. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93(1), 73–92.
- Broekaert, E., Kooyman, M. und Ottenberg, D. J. (1998). The »new« drug-free therapeutic community: challenging encounter of classic and open therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(6), 595–597.
- Broekaert, E., Raes, V., Kaplan, C. D. und Coletti, M. (1999). The design and effectiveness of therapeutic community research in Europe: an overview. *Addiction Research*, 5 (1), 21–35.
- Broome, K. M., Knight, K., Hiller, M. L. und Simpson, D. D. (1996). Drug treatment process indicators for probationers and prediction of recidivism. *Journal on Substance Abuse Treatment* 13, 487–491.
- Broome, K. M., Simpson, D. D. und Joe, G. W. (1999). Patient and program influences on treatment process indicators. *Drug and Alcohol Dependence*, 127–135.
- Bühninger, G. (1983). Argumente zur Neuorientierung der Therapiedauer bei Abhängigen. *Suchtgefahren*, 29, 202–210.

- Bühringer, G., Künzel, J. und Spies, G. (1995). Methadon-Expertise. Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 55). Baden-Baden: Nomos.
- Bühringer, G., Künzel, J. und Spies, G. (1997). Methadon-Substitution bei Opiatabhängigen. In H. Watzl und B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (S. 249–264). Göttingen: Hogrefe.
- Burling, T., Reilly, P., Moltzen, J. und Ziff, D. (1989). Self-Efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: a predictor of outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 50 (4), 354–360.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Gordon, L. T., Nich, C., Jatlow, P. M., Bisighini, R. M. und Gawin, F. H. (1994a). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177–187.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W. und Gawin, F. H. (1994b). One year-follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989–997.
- Chaney, E. F., O'Leary, M. R. und Marlatt, G. A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46 (5), 1092–1104.
- Cheskin, L., Fudala, P. und Johnson, R. (1994). A controlled comparison of buprenorphine and clonidine for acute detoxification from opioids. *Drug and Alcohol Dependence*, 36, 115–121.
- Clerici, M., Capitano, C., Garini, R., Gori, E., Zardi, L. und Carta, I. (1988). Tossicodipendenza ed interventi psicoterapici: II. Follow-up di interventi terapeutici su famiglie di tossicodipendenti da eroina. *Archivio di Psicologia, Neurologie e Psichiatria*, 49 (2), 207–215.
- Clerici, M., Garini, R., Capitano, C., Zardi, L., Carta, I. und Gori, E. (1988). Involvement of families in group therapy of heroin addicts. *Drug and Alcohol Dependence*, 21, 213–216.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Coletti, M. (Ed.) (1999). *Cost-A6: Evaluation of Treatment: an European Overview*. Rome: cedis.
- Condelli, N. S. und De Leon, G. (1993). Fixed and dynamic predictors of client retention in therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 11–16.
- Condelli, W. S. und Hubbard, R. L. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11 (1), 25–33.
- Condelli, W. S. und Dunteman, G. H. (1993). Issues to consider when predicting retention in therapeutic communities. *Journal on Psychoactive Drugs* 25 (3), 239–244.
- Cook, J. A. (1995). Program evaluation and research at thresholds. *New Dir Ment Health Services* (68), 75–85.
- Cordoba, R., Delgado, T., Pico, V., Altisent, R., Fores, D., Monreal, A., Frisas, O. und Lopez del Val, A. (1998). Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Family Practice*, 15(6), 562–568.
- Costello, R. M. (1980). Alcoholism treatment effectiveness: Slicing the outcome variance pie. In G. Edwards und M. Grand (Eds.). *Alcoholism Treatment in Transition* (pp. 113–125). London: Croom Helm.
- Craddock, S. G., Rounds-Bryant, J. L., Flynn, P. M. und Hubbard, R. L. (1997). Characteristics and pretreatment behaviors of clients entering drug abuse treatment: 1969 to 1993. *American Journal Drug Alcohol Abuse* 23 (1), 43–59.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L. R., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K. und Beck, A. T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493–502.
- Daley, D. C. und Marlatt, G. A. (1995). Relaps prevention: cognitive and behavioral interventions. In: Lowinson, J., Ruiz, P., Millman, R. B. und Langrod, J. G. (Eds.). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, pp. 533–542. Maryland: Williams und Wilkins.
- D'Aunno, T. und Vaughn, T.E. (1995). An organizational analysis of service patterns in outpatient drug abuse treatment units. *Journal of Substance Abuse*, 7, 24–42.
- D'Aunno, T. und Vaughn, T. E. (1992). Variations in methadone treatment practices: results from a national study. *Journal of the American Medicine Association*, 267, 253–258.
- De Jong, R. und Bühringer, G. (1978). Ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen. IFT-Texte 1. München: Röttger.
- De Leon, G. und Jainchill, N. (1986). Circumstance, motivation, readiness, and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 203–208.
- De Leon, G. und Jainchill, N. (1982). Male and female drug abusers: social and psychological status 2 years after treatment in a therapeutic community. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8, 465–497.
- De Leon, G. und Schwartz, S. (1984). Therapeutic communities: what are the retention rates? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10, 267–284.
- De Leon, G. (1996). Integrative recovery: a stage paradigm. *Substance Abuse*, 17, 51–63.
- De Leon, G., Andrews, M., Wexler, H., Jaffe, J. und Rosenthal, M. (1979). Therapeutic community dropouts: criminal behaviour 5 years after treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6 (3), 253–271.

- De Leon, G., Wexler, H. K. und Jainchill, N. (1982). The therapeutic community: success and improvement rates 5 years after treatment. *International Journal on Addiction* 17 (4), 703–747.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Hrsg.) (1992). Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (1996). *Jahrbuch Sucht '97*. Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (1997a). *Jahrbuch Sucht '98*. Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (1997b). *Suchtkrankenhilfe in Deutschland: Geschichte – Strukturen – Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (1998). *Jahrbuch Sucht 99*. Geesthacht: Neuland.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (1999). *Jahrbuch Sucht 2000*. Geesthacht: Neuland.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Clark, R. E. und Mueser, K. T. (1999). Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly*, 70 (4), 289–301.
- Drummond, D. C. (1997). Alcohol interventions: do the best things come in small packages? *Addiction*, 92 (4), 375–379.
- Drummond, D. C. und Glautier, S. (1994). A controlled trial of cue exposure treatment in alcohol dependence. *Journal of Consultings of Clinical Psychology*, 62 (4), 809–817.
- Edwards, A. und Rollnick, S. (1997). Outcome studies of brief alcohol intervention in general practice: the problem of lost subjects. *Addiction*, 92 (12), 1699–1704.
- Edwards, G., Brown, D., Oppenheimer, E., Sheehan, M., Taylor, C. und Duckitt, A. (1988). Long term outcome for patients with drinking problems: the search for predictors. *British Journal of Addiction*, 83, 917–927.
- Edwards, G., Duckitt, A., Oppenheimer, E., Sheehan, M. und Taylor, C. (1983). What happens to alcoholics? *Lancet*, 2 (1), 269–271.
- Edwards, G., Orford, J., Egert, S., Guthrie, S., Hawker, A., Hensman, C., Mitcheson, M., Oppenheimer, E. und Taylor, C. (1977). Alcoholism: a controlled trial of »treatment« and »advice«. *Journal of Studies on Alcohol*, 38(5), 1004–1031.
- Effective Health Care Team (1993). Brief interventions and alcohol use: are brief interventions effective in reducing harm associated with alcohol consumption? *Effective Health Care Bulletin*, No 7. Department of Health: London.
- Emrick, C. A. (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationship of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 35, 523–549.
- Emrick, C. A. (1975). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 88–108.
- Emrick, C. D., Tonigan, J. S., Montgomery, H. und Little, L. (1993). Alcoholics Anonymous: What is currently known? In B. S. McCrady, W. R. Miller et al.. *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives* (pp.41–76). New Brunswick, N J: Rutgers Center on Alcohol Studies.
- Etheridge, R. M., Hubbard, R. L., Anderson, J., Craddock, S. G. und Flynn P. M. (1997). Treatment structure and program services in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11 (4), 244–260.
- Etheridge, R. M. und Craddock, S. G., Duntzman, G. H. und Hubbard, R. L. (1995). Treatment services in two national studies of community-based drug abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse* 7, 9–26.
- Etheridge, R. M., Craddock, S. G., Hubbard, R. L. und Rounds-Bryant, J. L. (1999). The relationship of treatment and self-help participation to patient outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence* 57, 99–112.
- Etheridge, R. M., Hubbard, R. L., Anderson, J., Craddock, S. G. und Flynn, P. M. (1997). Treatment structure and program services in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 244–260.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). (1998). *Jahresbericht über den Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union 1997*. Lissabon: EBDD.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (1998). *Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for programme-planners and evaluators*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (1999). *Evaluating the treatment of drug abuse in the European Union*. In EMCDDA Scientific Monograph Series No 3. Luxembourg: Office For Official Publications Of The European Communities.
- Fals-Stewart, W. und Schafer, J. (1992). The relationship between length of stay in drug-free therapeutic communities and neurocognitive functioning. *Journal of Clinical Psychology*, 48 (4), 539–543.
- Feuerlein, W. (1984). *Langzeitverläufe des Alkoholismus*. In K. Kryspin-Exner, H. Hinterhuber und H. Schubert (Hrsg.), *Lanzetttherapie psychischer Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Feuerlein, W., Kufner, H. und Soyka, M. (1998). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit*. Stuttgart: Thieme.
- Finney, J. W. und Moos, R. H. (1986). Matching patients with treatments: conceptual and methodological issues. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 122–134.
- Finney, J., Hahn, A. und Moos, R. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse:

- the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91 (12), 1773–1796.
- Florentine, R. (1999). After drug treatment: is twelve-step and effective step in maintaining abstinence? *American Journal on Drug and Alcohol Abuse*, 25 (1), 93–116.
- Florentine, R. und Anglin, M.D. (1996). More is better: counseling participation and the effectiveness of outpatient drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 341–348.
- Fleeman, N. D. (1997). Alcohol home detoxification: a literature review. *Alcohol und Alcoholism*, 32 (6), 649–656.
- Fletcher, B. W. und Battjes, R. J. (1999). Introduction to the special issue: treatment process in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence* 57, 81–87.
- Flynn, P. M., Craddock, S. G., Hubbard, R. L., Anderson, J. und Etheridge, R. M. (1997). Methodological overview and research design for the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 11, 230–243.
- Fricke, R. und Treinies, G. (1985). Einführung in die Meta-Analyse. In K. Pawlik (Ed.), *Methoden der Psychologie* (Vol. 3). Bern: Huber.
- Fridell, M. (1996). Institutionella behandlingsformer vid missbruk – organisation, ideologi, och resultat. *Ytterlids, Falkenberg: Natur och Kultur*.
- Gastfriend, D. R. und McLellan, A. T. (1997). Treatment matching: theoretical basis and practical implications. *Alcohol and Other Substance Abuse*, 81, 945–966.
- Gerstein, D. R. und Harwood, H. J. (1990). *Treating Drug Problems: A Study of the Evolution, Effectiveness, and Financing of Public and Private Drug Treatment Systems*, Report of the Committee for the Substance Abuse Coverage Study, Division of Health Care Services, Institute of Medicine, vol. 1. Washington, DC: National Academic Press.
- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5 (10), 3–8.
- Görgen, W. (1993). Klientenzentrierte Einzeltherapie von Drogenabhängigen im stationären Setting. *Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie*, 92, 26–32.
- Görgen, W., Hartmann, R., Möller, I. und Oliva, H. (1996). Modellprogramm Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe. In *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 81* (Vol. 81). Baden-Baden: Nomos.
- Gossop, M. (1995). The treatment mapping survey: a descriptive study of drug and alcohol treatment responses in 23 countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 7–14.
- Gossop, M. (1989). Erneuter Drogenkonsum, langfristiger Rückfall und dauerhafte Abstinenz bei Opiatabhängigen nach stationärer Behandlung: eine prospektive Kattamense-Studie aus England. In W. Feuerlein, G. Bühringer und R. Wille (Eds.), *Therapieverläufe bei Drogenabhängigen* (pp. 128–147). Berlin: Springer.
- Gossop, M., Green, L., Phillips, G. und Bradley, B. (1989). Lapse, relapse and survival among opiate addicts: a prospective follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 154, 348–353.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. und Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence* 57, 89–98.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. et al. (1997). NTORS in the UK: 6 month follow-up outcomes. *Psychology of Addictive Behavior*, 11 (4), 324–337.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. und Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence* 57, 89–98.
- Grella, C. B., Hser, Y.-I., Joshi, V. und Anglin, M. D. (1999). Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence* 57, 151–166.
- Grigoleit, H. (1997). Die Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung – ein Interview. In *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.). *Suchtkrankenhilfe in Deutschland: Geschichte – Strukturen – Perspektiven* (pp. 228–233). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Harrison, P. A., Hoffmann, N. G. und Streed, S. G. (1991). Drug and alcohol addiction treatment outcome. In N.S. Miller (Ed.), *Comprehensive handbook of drug and alcohol addiction* (pp. 1163–1197). New York, Basel, Hong Kong: Marcel Dekker.
- Hayashida, M., Alterman, A., McLellan, T., Mann, S., Maany, I. und O'Brian, C. (1988). Is inpatient medical alcohol detoxification justified: results of a randomized, controlled study. *NIDA Research Monographs* 81, 19–25.
- Heather, N. (1995). Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution. *Alcohol and Alcoholism*, 30, 287–296.
- Herbst, K. (1992). Prediction of dropout and relapse. In G. Bühringer und J.J.Platt (Eds.), *Drug addiction treatment research. German and American perspectives* (pp. 291–299). Malabar, Florida: Krieger.
- Higgins, S. T., Budney, A. K., Bickel, W. L., Foerg, F. E., Donham, R. und Badger, G. J. O. (1994). Incentives improve outcome in patient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568–576.
- Hiller, M. L., Knight, K., Devereux, J. und Hathcoat, M. (1996). Post-treatment outcomes for substance abusing probationers mandated to residential treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28 (3), 291–296.
- Hohmann, J. (1998). *Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssysteme in Europa*. Bern: Huber.
- Holz, A. und Leune, J. (1998). Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren* (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht* 99 (pp. 154–174). Geesthacht: Neuland.

- Holz, A. und Leune, J. (1999). Zur Versorgung Suchtkrankender in Deutschland. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 2000 (pp. 139–160). Geesthacht: Neuland.
- Hox, J., Gils, G. und Klugkist, I. (1998). Treatment of alcohol and drug dependency. Meta-analysis. Final report. Utrecht: Beleids Onderzoek en Advies.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S. und Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist* 41 (2), 159–164.
- Hser, Y.-I., Anglin, M. D., Grella, C. E., Longshore, D. und Prendergast, M. L. (1997). Drug treatment careers: a conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 543–558.
- Hser, Y.-I., Grella, C. E., Hsieh, S.-C., Anglin, M. D. und Brown, B. S. (1999). Treatment history process and outcomes among patients in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 137–150.
- Hubbard, R. L., Craddock, S. G., Flynn, P. M., Anderson, J. und Etheridge, R. M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 261–278.
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R. und Ginzburg, H. M. (1989). *Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness*. Chapel Hill, NC.: University of North Carolina Press.
- Hüllinghorst, R. (1997). Zur Versorgung Suchtkrankender in Deutschland. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 98 (pp. 123–141). Geesthacht: Neuland.
- Hüllinghorst, R. und Lehner, B. (1997). Sucht 97. Umfang und Hilfen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Suchtkrankenhilfe in Deutschland (pp. 87–115). Freiburg i. Breisgau: Lambertus.
- Institute of Medicine (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington D. C.: National Academy Press.
- Joe, G. W. und Simpson, D. D. (1975). Retention in treatment of drug users: 1971–1972 DARP admissions. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2, 63–71.
- Joe, G. W., Simpson, D. D. und Broome, K. M. (1998). Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*, 93, 1177–1190.
- Joe, G. W., Simpson, D. D. und Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 113–125.
- Joe, G. W., Simpson, D. D. und Hubbard, R. L. (1991). Treatment predictors of tenure in methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse*, 3, 73–84.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., Greener J. M. und Rowan-Szal, G. A. (1999). Integrative modeling of client engagement and outcomes during the first 6 months of methadone treatment. *Addictive Behaviors*, 24 (5), 649–59.
- Kadden, R. M., Cooney, N. L., Getter, H. und Litt, M. D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57 (6), 698–704.
- Kingree, J. B., Glasford, M. T. und Jones-Allen, M. (1997). Comparison of HIV-positive and HIV-negative crack users enrolled in a residential addiction treatment programme. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23 (4), 569–580.
- Klett, F. (1987). Langzeitverläufe bei Drogenabhängigen bis zu zehn Jahren nach Behandlungsende. In D. Kleiner (Hrsg.), *Langzeitverläufe bei Suchtkranken* (S. 162–178). Berlin: Springer.
- Klingemann, H. und Hunt, G. (Hrsg.). (1998). *Drug treatment systems in an international perspective*. Thousand Oaks: Sage.
- Klingemann, H., Takala, J.-P. und Hunt, G. (Hrsg.). (1992). *Cure, care, or control; alcoholism treatment in sixteen countries*. New York: State University.
- Klingemann, H. und Bermark, A. (Guest Eds.) (1999). *European Addiction Research. Drug Treatment Systems in an International Perspective*. Basel, Freiburg, Paris, London, New York, New Delhi, Bangkok, Singapore, Tokyo, Sydney: Karger.
- Kraemer, S. und de Jong, R. (1980). *Therapiemanual für ein verhaltenstherapeutisches Stufenprogramm zur stationären Behandlung von Drogenabhängigen*. IFT-Texte 2. München: Röttger.
- Krasney, O. E. (1997). Sozialversicherungsrechtliche Entwicklungen bei der Betreuung Suchtkrankender. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Suchtkrankenhilfe in Deutschland: Geschichte – Strukturen – Perspektiven* (pp. 221–227). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kremer, G., Wienberg, G., Dormann, S., Wessel, T. und Pörksen, N. (1999). Evaluation von Kurzinterventionen bei PatientInnen mit Alkoholproblemen im Allgemein Krankenhaus. *Sucht*, 45(2), 80–88.
- Kristenson, H., Öhlin, H., Hulten-Nosslin, M.-B., Trell, E. und Hood, B. (1983). Identification and Intervention of Heavy Drinking in Middle-Aged Men: Results and Follow-up of 24–60 Months of Long-Term Study with Randomized Controls. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 7 (2), 203–209.
- Küfner, H. (1981). *Ambulante Therapie von Alkoholabhängigen*. Empirische Ergebnisse und Indikation. In W. Keup (Hrsg.), *Behandlung der Sucht und des Missbrauchs chemischer Stoffe*. (S. 73–82). Stuttgart: Thieme.
- Küfner, H. (1997). Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen. In H. Watzl und B. Rockstroh, *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (S. 201–228). Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H. (1998). *Ergebnisse der Suchtbehandlung*. Sucht aktuell, 5 (1 + 2), 29–34.

- Küfner, H. und Feuerlein, W. (1989). In-patient treatment for alcoholism. A multi-centre evaluation study. Berlin: Springer.
- Küfner, H., Feuerlein, W. und Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren, 34, 157–272.
- Küfner, H., Denis, A., Roch, I., Arzt, J., und Rug, U. (1994). Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 37. Baden-Baden: Nomos.
- Küfner, H., Kümmler, P., Beloch, E., Drobik, U. und Tretter, F. (1999). Ergebnisse zum Modellprojekt Antagonistengestützter Opiatzug: Katamnese bei Patienten des BKH Haar IFT-Berichte Bd. 105, München: IFT (als Forschungsbericht unveröffentlicht; Publikation im Schneider-Verlag Hohengehren).
- Küfner, H., Vogt, M. und Weiler, D. (1999). Ambulante medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution. Katamnese nach 12 Monaten – Modellprojekt zur Vorbereitung und Einleitung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen bei überragendem Einsatz einer Substitution mit Methadon. IFT-Berichte Bd. 107. München: IFT.
- Longabaugh, R., McCrady, B., Fink, E., Stout, R., McAuley, T., Doyle, C. und McNeill, D. (1983). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial vs inpatient settings. Six-month outcomes. Journal of Studies on Alcohol 44 (6), 1049–1071.
- Longabaugh, R., Beattie, M., Noel, N., Stout, R. und Malloy, P. (1993). The effect of social investment on treatment outcome. Journal of Studies on Alcohol 54 (4), 465–478.
- Longabaugh, R., Wirtz, P. W., DiClemente, C. C. und Litt, M. (1994). Issues in the development of client-treatment matching hypotheses. Journal of Studies on Alcohol Supplement 12, 46–59.
- Lovejoy, M., Rosenblum, A., Magura, S., Foote, J., Handelsman, L. und Stimmel, B. (1995). Patients' perspectives on the process of change in substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 12, 269–282.
- MacGowan, R. J., Swanson, N. M., Brackbill, R. M., Rugg, D. L., Barker, T. und Molde, S. (1996). Retention in methadone maintenance treatment programs, Connecticut and Massachusetts, 1990–1993. Journal on Psychoactive Drugs 28, 259–265.
- MacGregor, S. und Smith, L. E. (1998). The English Drug Treatment System: Experimentation or Pragmatism? In H. Klingemann und G. Hunt (eds.) (1998). Drug treatment systems in an international perspective (pp. 69–80). Thousand Oaks: Sage.
- MacGregor, S., Smith, L. E. und Flory, P. (1994). The Drugs Treatment system in England. Report on a Mapping Exercise for the Department of Health. Task Force Review on Services for Drug Misusers. School of Sociology and Social Policy Middlesex University.
- Maddux, J. F., Desmond, D. P. und Vogtsberger, K. N. (1995). Optical counseling and patient-regulated dose in methadone maintenance. Am. J. Addict. 4, 18–32.
- Maffli, E. (Hrsg.) (1996). Alkoholismusbehandlung in der Schweiz. Neue Forschungsergebnisse – neue Orientierungen für die Praxis. Abhängigkeiten, 2.
- Mattson, M. E., Allen, J. P., Longabaugh, R., Nickless, C. J., Connors, G. J. und Kadden, R. M. (1994). A chronological review of empirical studies matching alcoholic clients to treatment. Journal of Studies on Alcohol Supplement 12, 16–29.
- McCrady, B. S. und Langenbucher, J. W. (1996). Alcohol treatment and health care system reform. Archives of General Psychiatry, 53, 737–746.
- McCrady, B., Stout, R., Noel, N., Abrams, D. und Fisher Nelson, H. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. British Journal of Addiction, 86, 1415–1424.
- McCusker, J., Bigelow, C., Vickers-Lahti, M., Spotts, D., Garfield, F. und Frost, R. (1997). Planned duration of residential drug abuse treatment: efficacy versus effectiveness. Addiction, 92 (11), 1467–1478.
- McCusker, J., Vickers-Lahti, M., Stoddard, A., Hindin, R., Bigelow, C., Zorn, M., Garfield, F., Frost, R., Love, C. und Lewis, B. (1995). The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment. American Journal of Public Health, 85 (10), 1426–1429.
- McLellan, A. T., Grissom, G. R., Zanis, D., Randall, M., Brill, P. und O'Brien, C. P. (1997). Problem-Service »Matching« in Addiction Treatment. A Prospective Study in 4 Programs. Archives of General Psychiatry, 54, 730–735.
- McLellan, A. T. und Alterman, A. I. (1991). Patient treatment matching: a conceptual and methodological review with suggestions for future research. In R. W. Pickens, D. G. Leukefeld, C. R. Schuster (Eds.). Improving Drug Abuse Treatment, NIDA Research Monograph 106. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, pp. 114–135.
- McLellan, A. T. und McKay, J. (1998). The treatment of addiction: what can research offer practice? In S. Lamb, M. Greenlick, D. McCarty (Eds.). Bridging the Gap Between Practice and Research. Washington, DC: National Academy of Science, pp. 147–185.
- McLellan, A. T., Alterman, A. I., Metzger, D. S., Grissom, G. R., Woody, G. E. und Luborsky, L. und O'Brien, C. P. (1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 1141–1158.
- McLellan, A. T., Belding, M., McKay, J. R., Zanis, D. und Alterman, A. I. (1997). Can the outcomes research literature inform the search for quality indicators in substance abuse treatment? In M. Edmunds, R. Frank, M.

- Hogan, D. McCarty, R. Robinson-Beale, C. Weisner, (Eds.). *Managing Managed Care: Quality Improvement in Behavioral Health*. Washington, DC: National Academy Press, pp. 271–311.
- McLellan, A. T., Grissom, G. R., Brill, P., Durell, J., Metzger, D. S. und O'Brien, C. P. (1993). Private substance abuse treatments: are some programs more effective than others? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 243–254.
- Miller, N. S., Ninounevo, F. G., Klamen, D. L., Hoffmann, N. G. und Smith, D. E. (1997). Integration of treatment and posttreatment variables in predicting results of abstinence-based outpatient treatment after one year. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (3), 239–248.
- Miller, W., Brown, J., Simpson, T., Handmaker, N., Bien, T., Luckie, L., Montgomery, H., Hester, R. und Tonigan, J. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In R. K. Hester und W. R. Miller, *Handbook of alcoholism treatment approaches* (pp. 12–44). Boston: Allyn and Bacon.
- Miller, W. R. und Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford.
- Miller, W. R. (1989). Increasing motivation for change. In: Hester, R. K., Miller, W. R. (Eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. New York: Pergamon.
- Miller, W. R. (1993). What really drives change? *Addiction*, 88, 1479–1480.
- Miller, W. R. und Hester, R. K. (1986). The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals? In W. R. Miller und N. Heather (Hrsg.). *Treating addictive behaviors: Processes of Change* (S. 121–174). New York, London: Plenum Press.
- Miller, W. R. und Sanchez, V. C. (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change, in: G. Howard (Ed.). *Issues in Alcohol Use and Misuse by Young Adults*. Notre Dame, IN, University of Notre Dame Press.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C. und Rychtarik, R. G. (1994). *Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Monahan, S. C. und Finney, J. W. (1996). Explaining abstinence rates following treatment for alcohol abuse; a quantitative synthesis of patient, research design and treatment effects. *Addiction*, 91 (6), 787–803.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Colby, S. M. und Abrams, D. B. (1995). Coping and social skills training. In R. K. Hester und W. R. Miller et al., *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (pp. 221–241) (2nd ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Rubonis, A. V., Niaura, R. S., Sirota, A. D., Colby, S. M., Goddard, P. und Abrams, D. B. (1993a). Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: a preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (6), 1011–1019.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Rubonis, A. V., Niaura, R. S., Sirota, A. D., Colby, S. M., Goddard, P. und Abrams, D. B. (1993b). Alcohol cue reactivity: effects of detoxification and extended exposure. *Journal of Studies on Alcohol* 54 (2), 235–245.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Binkoff, J. A., Zwick, W. R., Liepman, M. R., Nirenberg, T. D. und Rohsenow, D. J. (1990). Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 51 (3), 263–270.
- Moolchan, E. T. und Hoffman, J. A. (1994). Phases of treatment: a practical approach to methadone maintenance treatment. *International Journal on Addictiction*, 29, 135–160.
- Moos, R. H., Finney, J. W. und Cronkite, R. C. (1990). *Alcoholism Treatment: Context, Process, and Outcome*. New York: Oxford University Press.
- Moos, R. H., King, M. J., Burnett, E. B. und Andrassy, J. M. (1997). Community residential program policies, services, and treatment orientations influence patients' participation on treatment. *Journal on Substance Abuse* 9, 171–187.
- Naranjo, C. A., Bremner, K. E. und Lancot, K. (1995). Effects of citalopram and a brief psycho-social intervention on alcohol intake, dependence and problems. *Addiction*, 90, 87–99.
- Nilssen, O. (1991). The Tromso Study: Identification of and a Controlled Intervention on a Population of Early-Stage Risk Drinkers. *Preventive Medicine*, 20, 518–528.
- Noel, N. E., McCrady, B. S., Stout, R. L. und Fisher-Nelson, H. (1987). Predictions of attrition from an outpatient alcoholism treatment program for couples. *Journal of Studies on Alcohol* 48 (3), 229–235.
- Norris, M. (1988). A follow-up study of drug abusers in a therapeutic community during periods of change. *International Journal of Therapeutic Communities*, 9 (4), 249–261.
- Nuttbrock, L. H., Ng-Mak, D. S., Rahav, M. und Rivera, J. J. (1997). Pre and post treatment attrition of homeless mentally ill chemical abusers referred to residential treatment programmes. *Addiction*, 92 (10), 1305–1316.
- Oei, T. P. und Jackson, P. R. (1982). Social skills and cognitive behavioral approaches to the treatment of problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol* 43 (5), 532–547.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., Cutter, H. S., Brown, E. D. und McCourt, W. F. (1993). Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *Journal of Studies on Alcohol* 54 (6), 652–666.

- Orford, J. und Edwards, G. (1977). Alcoholism: a comparison of treatment and advice, with a study of the influence of marriage. Maudsley (Monographs no. 26). London: Maudsley Hospital.
- Orford, J., Oppenheimer, E. und Edwards, G. (1976). Abstinence or control: the outcome for excessive drinkers two years after consultation. *Behavioural Research and Therapy*, 14, 409–418.
- Persson, J. und Magnusson, P.-H. (1989). Early Intervention in Patients With Excessive Consumption of Alcohol: A Controlled Study. *Alcohol*, 6, 403–408.
- Pettinati, H. und Belden, P. (1996). Ambulante versus stationäre Therapie bei Abhängigkeitserkrankungen: Neue Perspektiven. In K. Mann und G. Buchkremer (Eds.), *Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Pettinati, H., Meyers, K., Jensen, J., Kaplan, F. und Bradley, E. (1993). Inpatient vs outpatient treatment for substance dependence revisited. *Psychiatric Quarterly*, 64(2), 173–182.
- Podus, D., Prendergast, M. und Chang, E. (1998). Assessing the Relationship Between Methodological Quality and Effect Size in Studies on the Effectiveness of Drug Abuse Treatment. Poster presentation at the 60th Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence. Scottsdale, AZ, June 13–18.
- Powers, K. I. und Anglin, M. D. (1993). Cumulative versus stabilizing effects of methadone maintenance: a quasi-experimental study using longitudinal self-report data. *Eval. Rev.* 17, 243–270.
- Prendergast, M., Podus, D. und Chang, E. (1998). Drug abuse treatment effectiveness: a meta-analysis of treatment-control group designs. Poster presented at the 60th Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence, Scottsdale, AZ, June 13–18, 1998.
- Project Match Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58 (1)1, 7–29.
- Project MATCH Research Group. (1997). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92(12), 1671–1698.
- Raschke, P. (1994). Substitutionstherapie – Ergebnisse langfristiger Behandlung von Opiatabhängigen. Freiburg: Lambertus.
- Richmond, R., Heather, N., Wodak, A., Kehoe, L. und Webster, I. (1995). Controlled evaluation of a general practice-based brief intervention for excessive drinking. *Addiction*, 90, 119–132.
- Richmond, R. L. und Anderson, P. (1994). Research in general practice for smokers and excessive drinkers in Australia and the UK. II. Representativeness of the results. *Addiction*, 89, 41–47.
- Roberts, A. C. und Nishimoto, W. H. (1996). Predicting treatment retention of women dependent on cocaine. *American Journal of Alcohol Abuse*, 22, 313–333.
- Roch, I., Kufner, H., Arzt, J., Böhmer, M. und Denis, A. (1992). Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Ein Literaturüberblick. *Sucht*, 38, 304–322.
- Sanchez-Craig, M., Spivak, K. und Davila R. (1991). Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking: replication and report of therapist effects. *British Journal of Addiction*, 86, 867–876.
- Savage, L. J. und Simpson, D. D. (1981). Drug use and crime during a 4 year post treatment follow-up. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8 (1), 1–16.
- Savage, L. J. und Simpson, D. D. (1978). Illicit drug use and return treatment: follow-up study of treatment admissions to DARP 1969–1971. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 5 (1), 23–38.
- Schuhler, P. und Wagner, A. (1996). Suchtrehabilitation im Frühstadium: Evaluation der stationären Behandlung und Katamnese. In *Fachverband Sucht (Ed.), Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag? Beiträge des 8. Heidelberger Kongresses 1995* (pp. 203–217). Geesthacht: Neuland.
- Schwarzer, R. (1989). *Meta-Analysis Program*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Scott, E. und Anderson, P. (1990). Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption. *Drug and Alcohol Review*, 10, 313–321.
- Shwartz, M., Mulvey, K. P., Woods, D., Brannigan, P. und Plough, A. (1997). Length of stay as an outcome in an era of managed care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(1), 11–18.
- Simpson, D. D., Joe, G. W. und Brown, B. S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11 (4), 294–307.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M., Hiller, M. L., Knight, K. und Rowan-Szal, G. A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 279–293.
- Simpson, D. D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to post-treatment outcome. *American Journal of Psychiatry* 136, 1449–1453.
- Simpson, D. D. (1981). Treatment for drug abuse: follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry*, 38, 875–880.
- Simpson, D. D. (1997). Effectiveness of drug abuse treatment: a review of research from field settings. In J. A. Egertson, D. M. Fox, A. I. Leshner (Eds.). *Treating Drug Abusers Effectively*. Cambridge, MA: Blackwell.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M., Hiller, M. L., Knight, I. L. und Rowan-Szal, G. (1997a). Program diversity and treatment retention rates in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 279–293.

- Simpson, D. D., Joe, G. W. und Brown, B. S. (1997b). Treatment retention and follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 294–307.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Fletcher, B. W., Hubbard, R. L. und Anglin, M. D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507–514.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. und Greener, J. (1995). Client engagement and change during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 7, 117–134.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. und Greener, J. (1997c). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 565–572.
- Simpson, D. D., Joe, G. W. und Rowan-Szal, G. A. (1997d). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug Alcohol Dependence*, 47, 227–235.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, G. A. und Greener, J. M. (1997e). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal on Substance Abuse Treatment* 14, 565–572.
- Simpson, D. D. und Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy* 30, 357–368.
- Simpson, D. D. und Savage, L. J. (1980). Drug abuse treatment readmissions and outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 37, 896–901.
- Soyka, M. (1997). Wirksamkeit von Acamprosat in der Rückfallprophylaxe der Alkoholabhängigkeit. *Nervenheilkunde*, 14, 83–86.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Süß, H.-M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, 248–266.
- Tomson, Y., Romelsjö, A. und Aberg, H. (1997). Excessive drinking – brief intervention by a primary health care nurse. A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 16, 188–192.
- Tonigan, J. S., Toscova, R. und Miller, W. R. (1996). Meta-analysis of the literature on alcoholics anonymous: sample and study characteristics moderate findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 65–72.
- Toumbourou, J. W., Hamilton, M. und Fallon, B. (1998). Treatment level progress and time spent in treatment in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment. *Addiction*, 93(7), 1051–1064.
- Weissinger, V. (1997). Suchtherapie unter Kostendruck – Entwicklungen im stationären Bereich. In *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchgefahren* (Hrsg.). Jahrbuch Sucht 98. Geesthacht: Neuland.
- WHO Brief Intervention Study Group. (1996). A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86(7), 948–955.
- Widman, M., Platt, J. J., Lidz, V., Mathis, D. A und Metzger, D. S. (1997). Patterns of service use and treatment involvement of methadone maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 14, 29–35.
- Wilson, A., White, J. und Lange, D. (1978). Outcome evaluation of a hospital-based alcoholism treatment programme. *British Journal of Addiction*, 73, 39–45.
- Wilson, S. und Kennard, D. (1978). The extraverting effect of treatment in therapeutic community for drug abusers. *British Journal of Psychiatry* 132, 296–299.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Lubursky, L. und O'Brien, C. P. (1990). Psychotherapy and counseling for methadone-maintained opiate addicts: results of research studies. In: Onkens, L. S. und Blaine, J. D. (Eds.). *Psychotherapy and Counseling in the Treatment of Drug Abuse*, NIDA Research Monograph 104, pp. 9–22. Maryland: National Institute on Drug Abuse.

### Korrespondenzanschrift

Dipl.-Psych. Dilek Sonntag (vorm. Türk)  
IFT Institut für Therapieforchung  
Parzivalstr. 25  
80804 München  
Tel. 089/36 08 04-60  
E-Mail: sonntag@ift.de

Dipl.-Psych. Jutta Künzel  
IFT Institut für Therapieforchung  
Parzivalstr. 25  
80804 München  
Tel. 089/36 08 04-15  
E-Mail: kuenzel@ift.de

## Hinweise für Autoren/Manuskripteinreichungen

Die Zeitschrift SUCHT wendet sich an Wissenschaftler und wissenschaftlich interessierte Praktiker. Sie veröffentlicht Artikel aller Fachdisziplinen, die sich mit der Forschung und Praxis zu substanzbezogenen Störungen und ihren Grenzgebieten befassen. Entsprechend dem komplexen Bedingungsgefüge abhängigen Verhaltens werden Manuskripte aus den Bereichen der Biochemie, Neurologie, Pharmakologie, Epidemiologie, Psychologie, Psychiatrie, Kriminologie und Soziologie gleichermaßen berücksichtigt. Auf empirisch fundierte Arbeiten wird Wert gelegt.

### 1. Rubriken

Manuskripte werden für folgende sechs Rubriken angenommen; sie dürfen an anderer Stelle noch nicht publiziert bzw. eingereicht sein:

1. *Originalarbeiten* sollen theoretischer oder empirischer Natur sein.

2. *Kurze Mitteilungen* informieren über aktuelle bzw. Ergebnisse aus laufenden Forschungsprojekten.

3. *Übersichtsarbeiten* geben den Kenntnisstand in einem bestimmten Forschungsbereich wieder (Literaturübersichten). Sie sollen aufgrund der Zielsetzung der Zeitschrift SUCHT auch Schlußfolgerungen für die weitere Forschung und (soweit zutreffend) auch für die Praxis enthalten. Sie können von Autoren unaufgefordert eingereicht oder von der Redaktion angefordert werden.

4. Die Rubrik *Praxis* beschäftigt sich mit praktischen Problemen, Lösungsansätzen und Ergebnissen, z. B.:

Neuentwicklung eines präventiven oder therapeutischen Verfahrens/Programms unter Praxisbedingungen

Allgemein bedeutsame Weiterentwicklung eines bekannten Verfahrens

Fallberichte mit einer ungewöhnlichen therapeutischen Vorgehensweise bzw. mit ungewöhnlichen positiven oder negativen Ergebnissen

Problemsituationen aus der Praxis, für die keine befriedigenden Lösungen bekannt sind

Erstmalige Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis.

5. In der Rubrik *Forum* werden Kommentare veröffentlicht. Dazu gehören Stellungnahmen zu Artikeln der Zeitschrift, juristische und gesundheitspolitische Kommentare, Buch- und Tagungsbesprechungen. Mit dem Forum strebt die Zeitschrift eine aktive Auseinandersetzung der Leser mit wichtigen und kontroversen Entwicklungen innerhalb der Suchtforschung und -praxis an.

In der Rubrik *Nachrichten* werden u. a. Informationen zu Tagungen, Publikationen und anderen Medien veröffentlicht.

### 2. Manuskriptlänge

Eine Manuskriptseite enthält 25 Zeilen x 50 Anschläge (zweizeilig geschrieben, breiter Rand rechts). Alle Manuskripte bitte vierfach einreichen. Die folgenden maximalen Seitenbegrenzungen gelten einschließlich Tabellen, Abbildungen und Literaturzitaten:

– Wissenschaftliche Originalarbeiten: 25 Manuskriptseiten

– Kurze Mitteilungen: 6 Manuskriptseiten

– Übersichtsarbeiten: 30 Manuskriptseiten

– Praxis: 10 Manuskriptseiten

– Forum: 6 Manuskriptseiten

– Nachrichten

Nachrichten, Medien- und Veranstaltungshinweise sind lediglich in zweifacher Ausfertigung an die Redaktion einzureichen.

### 3. Manuskriptform

Bitte vor Einreichung eines Manuskripts die jeweils aktuelle Checkliste für Autoren zur Manuskripterstellung von der Redaktion anfordern oder von der Web-Seite des Verlags laden (<http://www.neuland.com/sucht/index.htm>). In der Checkliste sind alle formalen Anforderungen zusammengestellt. Manuskripte werden von der Redaktion nur dann zur Begutachtung weitergeleitet, wenn sie den formalen Anforderungen der Checkliste entsprechen.

### 4. Begutachtung

Die Begutachtung der vorgelegten Arbeiten (mit Ausnahme der Nachrichten und Forumsbeiträge) erfolgt jeweils durch zwei Gutachter in anonymisierter Form.

### 5. Endfassung angenommener Manuskripte

Die Endfassung bitte mit Diskette (Word-Dokument) und reproduktionsfähigen Vorlagen der Abbildungen sowie einem Papierausdruck des gesamten Manuskriptes an die Redaktion senden.

### 6. Produkthaftung

Das Produkthaftungsrecht stellt erhöhte Anforderungen an die Sorgfaltspflicht aller mit der Erarbeitung und Verbreitung von Manuskripten Befassten. Dies gilt insbesondere für Autoren von wissenschaftlichen Zeitschriftenbeiträgen. Bitte prüfen Sie deshalb bei der Abfassung Ihres Beitrages sowie bei der anschließenden Korrektur stets gewissenhaft, ob die in Ihrem Manuskript enthaltenen Angaben inhaltlich richtig sind.

### 7. Urheberrecht

Mit Einreichung des Manuskriptes erklären die Autoren, daß alle Rechte an diesem Beitrag bei ihnen liegen und dieser noch nicht an anderer Stelle publiziert wurde. Für Abbildungen oder Tabellen, die bereits an anderer Stelle publiziert sind, muß von den Autoren eine schriftliche Nachdruckgenehmigung des Verlages dieser Publikation eingeholt und dem Manuskript beigefügt werden.

### 8. Rechtseinräumung

Mit der Veröffentlichung des Beitrages in der Zeitschrift SUCHT gehen alle Rechte daran auf die Neuland-Verlagsgesellschaft mbH über.

### 9. Sonderdrucke

Von den Beiträgen der Rubriken »Originalarbeiten«, »Kurze Mitteilungen«, »Übersichtsarbeiten« und »Praxis« erhalten die Autoren bzw. die Autorengruppe 50 Sonderdrucke kostenfrei. Die Lieferung erfolgt an die im Beitrag genannte Korrespondenzanschrift. Anfragen für weitere Sonderdrucke sind an den Verlag zu richten.

Nicht erst seit dem Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz ist eine der Grundlagen der Suchtkrankenhilfe in Frage gestellt worden, nämlich die Maxime, Patienten möglichst lange (stationär) zu behandeln.

Kernpunkt der kontrovers geführten Diskussion ist, ob die Dauer der Therapie einen entscheidenden (positiven) Einfluss auf den Therapieerfolg hat oder nicht.

Der heutige Forschungsstand erlaubt zahlreiche Schlussfolgerungen für die Praxis, um das Therapieergebnis unter Berücksichtigung fachlicher *und* ökonomischer Gesichtspunkte möglichst optimal zu gestalten.

ISBN 3-87581-215-8



www.neuland.com