

Dilemmata der Suchtbehandlung und ihre Konsequenzen für die Zusammenarbeit*

Arthur GÜNTNER**

Zusammenfassung

Verfügen wir in der Suchttherapie über ein gemeinsames Grundverständnis, das unser Handeln leitet und uns hilft, unabhängig von Profession, Institution und verschiedenen Interessenslagen den abhängigkeitskranken Menschen im gemeinsamen Bemühen die Behandlungen und Hilfen anzubieten, die sie benötigen und die für sie jeweils am angemessensten sind? Diese Frage wird auf dem Hintergrund gesellschaftlicher und fachlicher Entwicklungen erörtert.

Dilemmata der Suchtbehandlung

Die Suchttherapie ist und war aktuell und in ihrer Geschichte mit etlichen Grundfragen und Dilemmata konfrontiert von denen einige im Folgenden beschrieben werden.

Zuständigkeits-Dilemma

Wer ist für die Behandlung Abhängigkeitskranker zuständig?

Hinsichtlich der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker besteht in Deutschland eine Vereinbarung «Abhängigkeitserkrankungen» vom 04.05.2001 über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsverträger, welche die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Bewilligung von Leistungen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige regelt.

Auf der anderen Seite repräsentieren Patienten in Entzugs- und Entwöhnungseinrichtungen zwar einen wichtigen, jedoch vergleichsweise kleinen Ausschnitt der Gesamtpopulation Abhängigkeitskranker. «Die vergessene Mehrheit», also die-

* Auszüge aus der Arbeit von: Günthner, A. Suchttherapie und Psychotherapie. Brauchen wir eine Philosophie der Suchttherapie? Suchttherapie 2008, 9: 55-62. Mit freundlicher Genehmigung Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

** Dr., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychologischer Psychotherapeut, Chefarzt, Fachklinik Eußerthal

jenigen, die nicht von der traditionellen Suchtkrankenhilfe - den Beratungsstellen, den Fachkliniken und der Selbsthilfe - erreicht wurden, hat Wienberg bereits 1992 beschrieben. Und zehn Jahre später überprüfte er die These von der vergessenen Mehrheit anhand einer aktuellen epidemiologisch fundierten Analyse der Versorgungslandschaft (Driessen et al., 2002). So existieren inzwischen viele Ansätze aus der traditionellen Suchtkrankenhilfe, der medizinischen Primärversorgung und der psychosozialen bzw. psychiatrischen Basisversorgung für eine differenzierte Versorgung Abhängigkeitskranker. Sie sind jedoch in ihrer Umsetzung häufig von angemessenen Rahmenbedingungen abhängig.

Wo aber steckt nun das Dilemma? Da Abhängigkeitskranke meist jahre- bis jahrzehntelange chronische Verläufe mit multimorbiden Störungsbildern aufweisen, mit vielen intermittierend akuten Phasen (inklusive Rückfällen) im Verlauf, stellt sich die Frage, wer wann wie wo und wie lange diese Patienten behandelt und wer die Gesamtbehandlung koordiniert. Die sogenannten «Schnittstellenprobleme» verdeutlichen, dass unser Versorgungs- und Hilfesystem bei der Behandlung Abhängigkeitskranker selten auf die Verlaufsmuster dieser Erkrankung angepasst ist. Hat z. B. ein Abhängigkeitskranker im Rahmen einer mehrwöchigen Rehabilitation eine tragfähige therapeutische Beziehung zu einem Therapeuten entwickelt und gerät er kurz nach Entlassung aus der Rehabilitation in eine Krisensituation, so sind einer sofortigen Früh-Intervention durch diesen Therapeuten enge Grenzen gesetzt, da dieser nunmehr nicht mehr für eine solche Behandlung zuständig ist. Ähnliches gilt für die tragfähige Beziehung zu einem Suchtberater oder zu einem Hausarzt, die durch Folgemaßnahmen häufig unterbrochen wird.

Oft stehen wir vor der Situation, in der

- für einen Abhängigen zwar Hilfen zur Verfügung stehen, diese Hilfen jedoch nicht in Anspruch genommen werden (z. B. bei Nichterkennen oder bei Verleugnung des Problems);
- nur in der Akutsituation eine Behandlung erfolgt (z. B. einfache Entgiftung ohne begleitende und nahtlos weiterführende Interventionen);
- die Hilfe nicht angemessen und spezifisch, sondern möglicherweise problemverstärkend und -verlängernd erfolgt (z. B. bei ko-abhängigem Verhalten der Beteiligten im sozialen und professionellen Umfeld);
- die Hilfe nur partiell erfolgt und wesentliche problemverstärkende Begleitstörungen (z. B. psychische Störungen) und soziale Probleme nicht integrativ mitbehandelt bzw. zeitgerecht mitberücksichtigt werden.

Und umfassende Therapiekonzepte, die sich in anderen Ländern als wirksam erwiesen haben, stoßen in Deutschland nicht selten auf die Schranken unseres sektorierten Gesundheitssystems mit dem Risiko der Verantwortungsdiffusion. So weisen Lange et al. (2008) am Beispiel des Community Reinforcement Approachs darauf hin, dass dieses umfassende verhaltenstherapeutische Konzept aus den USA zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen und Problemen zwar «am effektivsten in einem intensiven ambulanten Bereich umgesetzt werden kann», sich jedoch «im deutschen Suchthilfesystem gegenwärtig kein Setting» findet, «in dem eine derartige Behandlung finanzierbar wäre». Der CRA basiert auf der Grundannahme, «dass Verstärker aus dem sozialen Umfeld erheblichen Einfluss darauf nehmen, ob eine Person mit Substanzabhängigkeit den Konsum von Alkohol oder Drogen fortsetzt oder

einstellt». Da «die wichtigsten Verstärker wie Arbeit, Wohnraum, Haftverschonung, Führerschein oder Sorgerecht von Institutionen vorgehalten» werden, «zu denen die meisten Therapieanbieter keine strukturelle Verbindung haben», erfordert dieser Ansatz «eine übergreifende kommunale Verankerung, die nur mit Aufwand und in wenigen Kommunen realisierbar erscheint». Es bleibt abzuwarten, inwiefern Entwicklungen wie die Bildung von wohnortnahen und interdisziplinären Trägerverbänden und Fallmanagement-Strategien die Einschränkungen und Probleme einer institutionsbezogenen Sicht- und Behandlungsweise beheben helfen und die Gesamtbehandlung auf eine nachhaltige und institutionsübergreifende Basis stellen, bei der jeweils diejenige Person oder Institution zuständig ist, die aktuell am ehesten die Gewähr für eine rasche und angemessene Hilfe bietet und bei der im Gesamtbehandlungsverlauf ein verbindliches Abstimmungs- und Kontinuitätsmanagement erfolgt (Koordinationszuständigkeit).

Kooperations-Dilemma

Das Kooperations-Dilemma beginnt bereits mit der Frage der Einsichtsfähigkeit und Behandlungsbereitschaft abhängigkeitskranker Patienten und deren motivationaler Situation. Die Ambivalenz der Patienten hinsichtlich Zulassen von Fremdkontrolle (inklusive Behandlung) einerseits und Beharren und (oft unrealistischem) Vertrauen auf Selbstkontrolle andererseits ist ein Geduld erfordernder Balanceakt für Einzeltherapeuten; sie ist geradezu eine Eintrittspforte für Konfliktsituationen, wenn verschiedene Helfer des gleichen Patienten in ihrer Wahrnehmung und Fokussierung, was denn nun für diesen Patienten aktuell erforderlich sei oder getan werden müsse, differieren oder getrennt voneinander «Hilfe» leisten.

Nehmen wir das Beispiel Rückfallprävention: Diese kann relativ rasch und einfach medikamentengestützt durchgeführt werden oder aber psychotherapeutisch (Körkel et al., 2003) mit mehr Anforderungen an die Patienten hinsichtlich Mitarbeit und Compliance, oder in Kombination und gemeinsamer Kooperation. Ob und wie sich die jeweiligen Sozialpartner (Patienten, Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, usw.) im Einzelfall abstimmen oder ob daraus Konflikte entstehen, ist eine sozial- und gesundheitspolitisch relevante Frage, ein sozialpsychologisch interessantes Phänomen und als Wirkvariable eher unzureichend untersucht.

Sicher kann eine verbindliche Kooperation, z. B. im Rahmen eines interdisziplinären und institutionsübergreifenden Trägerverbundes mit gemeinsamen Behandlungsleitlinien und gemeinsamer Supervision, die Wahrscheinlichkeit derartiger Konflikte verringern. Allerdings sind solche Strukturen noch eher selten. Und wie sieht eine erfolgreiche Kooperation unter Wettbewerbsbedingungen aus, die für unser Gesundheitssystem oft gefordert werden oder bereits bestehen? Dieser Frage sehen sich Suchttherapeuten dann gegenüber, wenn es einerseits um das Wohl und Wehe ihrer Klienten oder Patienten geht, ebenso aber institutionelle oder wirtschaftliche oder berufspolitische Interessenslagen von ihnen berücksichtigt werden sollen.

Mit dem Begriff der «Integrierten Versorgung» verbinden sich Hoffnungen auf eine bessere Kooperation und Koordination, auch bei der Behandlung Abhängigkeitskranker. In der Sozialgesetzgebung geht die Zielsetzung des SGB IX weit über die bloße Herstellung der Gesundheit hinaus und schließt die

Teilhabe an der Arbeits- und Beschäftigungswelt mit ein. Hier liegen große Herausforderungen für die Suchtkrankenhilfe und das Medizinsystem. Abschottungen gegeneinander sind nicht mehr zukunftsfruchtig (Caspers-Merk, 2006). Und betrachtet man weitere Untergruppen wie Migranten (Haasen et al., 2001) oder Kinder von Suchtkranken (Klein, 2001), so wird deutlich, dass diese Herausforderungen keineswegs nur die Suchtkrankenhilfe und die Medizin betreffen.

Es ist deshalb Wienberg (2002) zuzustimmen, wenn er fordert: « Absolute Priorität bei der Weiterentwicklung des Gesamtsystems müssen integrative Konzepte innerhalb der Versorgungssektoren und Brückenkonzepte zwischen ihnen haben».

Wirksamkeits-Dilemma

Ist Suchttherapie wirksam? Die vorliegenden Forschungsergebnisse belegen, dass sich Abhängigkeitserkrankungen wie andere psychische Erkrankungen effektiv und effizient behandeln lassen (Mann, 2002) Und für die Rehabilitation wurde deren globale Wirksamkeit nachgewiesen, auch wenn Weiterentwicklungspotenziale bei der differenziellen Effektivitätsbestimmung bestehen (Müller-Fahrnow, 2001). Dabei wird die Antwort, was «best practice» in der Suchttherapie bedeutet, keineswegs nur von der empirisch-wissenschaftlichen Forschung bestimmt. Von der medikamentösen Behandlung mit Originalsubstanzen einschließlich psychosozialer Interventionen (siehe hierzu die Heroinstudien aus Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz (Haasen et al., 2007) und der Frage ihrer Umsetzung im Rahmen der Regelversorgung bis hin zu der Frage, in welchem Setting und wie lange und mit welchen Therapiemodulen eine Entwöhnungsbehandlung stattfinden soll, lässt sich eine Bandbreite unterschiedlicher Schlussfolgerungen für die Praxis erkennen. Zum einen sind empirische Wirksamkeitsstudien nicht immer repräsentativ für die Population in der Regelversorgung. Zum anderen sind Erfahrungswissen und Praxiserfahrungen wertvolle Handlungsprinzipien, auch wenn sie eher zu den niederrangigen Evidenzstufen gerechnet werden. Angesichts der Vielfalt kombinatorischer Möglichkeiten von Störungsbildern (Ko- und Multimorbidität), situativer Rahmenbedingungen und Behandlungssettings sowie jahre- und jahrzehntelanger Krankheitsverläufe ist es nicht verwunderlich, dass randomisierte kontrollierte Studien, sofern überhaupt machbar und angemessen, nur einen engen Ausschnitt der Lebenswirklichkeit Abhängigkeitskranker abbilden, so dass aufgrund der mangelnden Repräsentativität dieser Studien weiter-hin konsensorientierten Expertenurteilen ein hoher Stellenwert zukommt, um fachliches Handeln zu legitimieren. Darüber hinaus können trotz methodischer Probleme der Vergleichbarkeit auch Übersichtsarbeiten zu versorgungsrelevanten Studien nützlich sein, z. B. wenn sie Hinweise geben, dass es bei Gruppen mit durchschnittlicher Störungsausprägung einen positiven Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg gibt (Künzel et al., 2001).

Für die Psychotherapie stellt sich die Frage, welche ihrer Einzelinterventionen im Rahmen von Standardprogrammen zu welchem Zeitpunkt jeweils wirksam sind, welche Rolle der therapeutischen Beziehung sowie Milieufaktoren zukommt und welche Ergebnisvariablen außer der Abstinenz, gerade auch angesichts der hohen Ko- und Multimorbidität, für Wirksamkeitsanalysen herangezogen werden.

Selbstkontroll-Dilemma

Wesentliches Kennzeichen einer Abhängigkeitserkrankung ist der Kontrollverlust. Auf der anderen Seite erfordern viele Therapieprogramme ein hohes Maß an Compliance, Einhaltung von Regeln, ein adäquates Stimmungsmanagement sowie ein kontinuierliches Non-Stop-Monitoring im Hinblick auf die Einhaltung des Abstinenzgebots. Bruchstellen dieses Spannungsbogens zwischen Kontrollverlust einerseits und der Erfordernis der Selbstkontrolle andererseits sind z. B. Rückfälle, psychische Störungen sowie Einschränkungen der Impulskontrolle, des Ärgermanagements oder gar Gewaltanwendung gegenüber Anderen oder sich selbst.

Psychotherapeutisch erfordert dies oft eine sorgfältige funktionale Verhaltensanalyse, um bei der Therapieplanung zu berücksichtigen, wo die Selbstkontrolle durch situative (inklusive soziale) Kontrollen, ggf. auch chemische Kontrollen unterstützt werden muss.

Kontrollminderung ist ein Krankheitskennzeichen, das auch dann gegeben ist, «wenn wir kein organisches Korrelat nachweisen können» (Heinz und Batra, 2003). Wie gehen wir therapeutisch damit um, wenn die Kontrollminderung eines Patienten mit den gesteckten Therapiezielen kollidiert oder die therapeutische Beziehung oder das therapeutische Milieu negativ beeinflusst? Wo ziehen wir die Grenze zur Selbstverantwortung des Patienten?

Akzeptanz-Dilemma

Unter Suchttherapeuten besteht meist prinzipieller Konsens, dass es sich bei Abhängigkeit um eine Krankheit handelt und dass Rückfälle Symptome eben dieser Krankheit darstellen.

Dennoch fällt die Unterscheidung, was zur Krankheit zu zählen ist und was eher dem Umgang mit der Krankheit zuzurechnen ist, nicht immer einfach. Sind Compliance-Probleme, mangelnde Offenheit und Vermeidungsverhalten im Rahmen eines Rückfallgeschehens Ausdruck der Störung, einer Begleitstörung oder nicht etwa doch selbstverantwortetes Fehlverhalten? Das Verhalten Abhängiger stellt für Bezugspersonen, auch im Rahmen einer therapeutischen Beziehung, häufig eine Herausforderung und Belastung mit vielen aversiven Aspekten dar. Zwischen ko-abhängigen Verhaltensmustern mit unkritischer Über-Akzeptanz einerseits und harter Konfrontation gibt es ein Spektrum möglicher Beziehungsgestaltungen. Auch wenn motivationale und empathiegetragene Ansätze - bei durchaus professioneller kritischer Distanz - vielfach den Duktus psychotherapeutischer Gesprächsführung bestimmen, so bringen nicht alle Therapeuten die Geduld auf, dieses Dilemma zwischen Akzeptanz und Empathie einerseits und realitätsangepasster Konfrontation und eigenem Ärgermanagement andererseits durchgehend zu bewältigen. So ist durchaus kritisch zu hinterfragen, ob jeweils beide, der Abhängige sowie sein Suchttherapeut, mit einem Rückfall angemessen umgehen. Und eine schwierige therapeutische Beziehung wird aufgrund der suchttherapeutischen Deutungshoheit unter Umständen rasch zu einer disziplinarischen Entlassung. Es wäre unrealistisch zu unterstellen, dass wir als Suchttherapeuten vor solchen Tendenzen gefeit wären. Teamorientierung und Supervision sowie die Beteiligung von Patienten in Form von Patientenvertretern können helfen, diesen Tendenzen entgegen zu wirken und dieses grundsätzliche Dilemma zumindest handhabbar zu machen.

Professionelle Suchtbehandlung - haben wir eine gemeinsame Plattform?

Haben wir in der Suchttherapie, unabhängig von unserer beruflichen bzw. berufspolitischen oder betrieblichen Zugehörigkeit oder unseren Interessenslagen, eine gemeinsame Plattform, auf der wir unser therapeutisches Handeln Abhängigkeitskranken sowie der Gesellschaft gegenüber legitimieren können und wollen? Wie sehen die Grundsätze und Prinzipien aus, denen wir uns hierbei verpflichtet fühlen?

Mit der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD) hat sich ein Bezugsrahmen etabliert, der für die Kommunikation innerhalb der jeweiligen Gesundheitssysteme verbindlich ist. Dies gilt auch für die Suchttherapie und Psychotherapie. Mit der Einführung der International Classification of Functioning (ICF), gleichfalls durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), hat sich das bio-psycho-soziale Modell bei der Betrachtung von Krankheits- (und Gesundheits) Prozessen ebenso international etabliert. Damit sind Psychotherapie und psychosoziale Interventionen akzeptierte Behandlungsansätze, die gerade auch in der Suchttherapie erforderlich sind, um die Verhaltens- und Erlebensprobleme sowie die sozialen Problemlagen der Abhängigkeitskranken gezielt und interdisziplinär anzugehen.

Dass Kooperationen «gemanaged» werden müssen, um Schnittstellenproblemen zu begegnen, ist gleichfalls allgemein akzeptiert. Strittig ist häufig jedoch, wer auf welcher Basis und mit welchen verfügbaren Mitteln für Kooperationssteuerung und Fallmanagement zuständig ist oder sein soll.

Ebenso ist die Orientierung an evidenzbasierten und empirisch-wissenschaftlichen Grundlagen unseres Handelns allgemein akzeptiert, auch wenn der Umfang und Wirkungsgrad sowie die Angemessenheit mancher Leitlinien durchaus einer kritischen Reflexion bedürfen.

Und schließlich besteht, auch im Zusammenhang mit dem biopsychosozialen Modell und der ICF, weitgehend Einigkeit, dass der Stigmatisierung sowie der Ab- und Ausgrenzung Abhängigkeitskranker entgegen getreten werden muss und sie das Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben haben. Dies gilt auch für die Menschen, die zu einem gegebenen Zeitpunkt keine Abstinenzfähigkeit erreichen können und zumindest Interventionen zur Schadensminderung benötigen (Fuchs und Degwitz, 1995). Daraus begründet sich auch die regionale Einbindung suchttherapeutischer Maßnahmen im Rahmen eines wohnortnahen regionalen Netzwerkes.

Fazit

Ein Modell psychotherapeutischen Handelns unter Berücksichtigung verfügbarer Evidenz, gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, des Settings und der Biografien der Beteiligten (Günthner, 2002) benötigt in der Suchttherapie eine fundierte philosophische Basis, in gemeinsamer Verantwortung mit all denen, die sich gleichfalls um abhängigkeitskranke Menschen kümmern und diesen ihre Hilfe anbieten. Wie dem «Kontrollverlust» oder der «Kontrollminderung» der Betroffenen zu begegnen ist, um diesen dauerhaft und zufriedenstellend ein ausreichendes Maß an «Selbstkontrolle» zu vermitteln und ein Leben in Abstinenz und Teilhabe oder zumindest in Begrenzung des Leidens und Schadens zu ermöglichen, sollte uns ein gemeinsames Anliegen sein.

Egal welcher Profession oder Institution oder welchem Segment des Gesundheitssystems wir angehören, sollten wir uns dabei um ein gemeinsames Verständnis des Phänomens Sucht sowie der davon Betroffenen bemühen. Welche Möglichkeiten der Kontrolle wir aktuell und im Einzelfall den Betroffenen anbieten, sollten wir im Dialog und in gemeinsamer Abwägung entscheiden, sei es die chemische (inklusive medikamentöse) Kontrolle biologischer Prozesse, die situative oder psychotherapeutische Kontrolle von Verhaltens- und Erlebnisweisen, oder die soziale Kontrolle, kommunale Verstärkung und Milieugestaltung in zentralen Lebensbereichen. Dabei sollten wir achtsam sein, nicht nur gegenüber uns selbst und unseren Patienten, sondern auch gegenüber den Rahmenbedingungen unserer Tätigkeit in der Suchttherapie. So sollten wir gemeinsam und in Abstimmung danach streben, die Kontrolle über unser eigenes fachliches Handeln zu erhalten und uns die Kontingenzen und Verstärkungsbedingungen zu schaffen, die wir selbst benötigen, um dauerhaft und nachhaltig unseren Patienten helfen zu können.

Summary

The dilemmas of addiction therapy and their consequences for cooperation

Do we in addiction therapy share a common basic understanding that guides our actions and helps us, independent of our profession, institution and different interests, to offer those with addictive disorders the therapy and help that they need and is most suitable for them individually? This question is discussed against the background of social and professional developments.

Résumé

Dilemme dans le traitement de l'addiction et ses conséquences pour la collaboration

Dans le traitement de l'addiction, disposons-nous d'une compréhension fondamentale qui dirige notre action et nous aide à proposer, dans un effort commun, aux personnes atteintes de dépendance, les traitements et les aides dont ils ont besoin et qui leur sont les mieux adaptés, indépendamment de la profession, de l'institution et des différents intérêts du moment? Cette question est discutée avec en arrière-plan les évolutions sociales et professionnelles.

Literaturverzeichnis

Caspers-Merk M. Integrierte Versorgung, 2006: Chancen und Risiken für die Suchtrehabilitation In: Fachverband Sucht e. V. (Hrsg), Eds.; Integrierte Versorgung - ein Modell für die Suchtmedizin? Grußwort. Geesthacht: Neuland 2006, p. S. 10-11

Driessen M, Wienberg G. (Hrsg), 2002: Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen Bonn: Psychiatrie-Verlag

Fuchs WJ, Degwitz P., 1995: Harm reduction in Europe - trend, movement or change of paradigm?. European Addiction Research; 1: 81-85

Günthner A., 2002: Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Gibt es integrative Ansätze, die praktikabel sind?. Sucht; 49: 158-170

Haasen C, Toprak MA, Yagdiran O, Kleinemeier E., 2001: Psychosoziale Aspekte der Sucht bei Migranten. Suchttherapie; 2: 161-166

Haasen C, Verthein U, Degkwitz P. et al., (2007) Heroin-assisted treatment for opioid dependence. British Journal of Psychiatry; 191: 55-62

Heinz A, Batra A., 2003: Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit Stuttgart: Kohlhammer

- Klein M., 2001: Kinder aus alkoholbelasteten Familien - Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. Suchttherapie; 2: 118-124
- Körkel J, Schindler C., 2003: Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Heidelberg: Springer
- Künzel J, Sonntag D, Bühringer G., 2001: Über den Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten. Sucht aktuell 1; 8: 15-17
- Lange W, Reker M, Driessen M., 2008: Community Reinforcement Approach (CRA) - Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Sucht; 54: 13-23
- Mann K. (Hrsg), 2002: Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Lengerich: Pabst Science Publishers
- Müller-Fahnow W, Spyra K, Stoll S. et al. (2001): Suchthilfe im Wandel: Zentrale Impulse und Aufgaben für die Zukunft. Sucht aktuell; 8: 8-14
- Wienberg G., 2002: Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen In: Mann Karl (Hrsg). Versorgungsstrukturen von Menschen mit Alkoholproblemen in Deutschland - eine Analyse aus Public-Health-Perspektive. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 17-45
- Wienberg G. (Hrsg), 1992: Die vergessene Mehrheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Korrespondenzadresse

Arthur Günthner, Fachklinik Eußerthal der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Klinikstraße 1, D - 76857 Eußerthal