

# Ambulante Entziehung und Entwöhnung Alkoholkranker

## Neue Konzepte und Ergebnisse der Therapieforschung



Professor Dr. Michael Soyka

1991 wurde in Dachau die Klientenzentrierte Problemlösung (KPB), eine Fachambulanz für Suchterkrankungen etabliert, die sich auf die Durchführung ambulanter Entwöhnungstherapien bei Alkoholabhängigkeit spezialisiert hat. Das Indikationsspektrum wurde in den folgenden Jahren auch auf die Durchführung ambulanter Entgiftungen ausgeweitet. Beide Bereiche wurden klinisch und wissenschaftlich von der Psychiatrischen Klinik der Universität München evaluiert. Dabei haben sich sowohl die ambulante Entgiftung als auch Entwöhnung Alkoholkranker als sichere und therapeutisch aussichtsreiche Alternativen zur bislang dominierenden stationären Behandlung Alkoholkranker erwiesen. Die Behandlungskonzepte sowie Ergebnisse der Therapieforschung werden berichtet.

Alkoholabhängigkeit stellt eine der häufigsten psychischen Störungen mit häufig chronischem oder chronisch rezidivierendem Verlauf (Übersicht in Soyka, 1998, 2000, 2001) dar. Zu den häufigsten psychischen und sozialen Schäden gehören hirnorganische Leistungsminderung, einschließlich Beeinträchtigung von Gedächtnis, Aufmerksamkeit, kognitiver Leistungsgeschwindigkeit, visuell-räumlicher Wahrnehmung und Abstraktions-

vermögen, aber auch organisch bedingte Persönlichkeitsveränderungen mit zunehmender Entdifferenzierung und Nivellierung, schließlich aber auch sozialer Folgeschäden vor allem im Bereich Familie, Arbeit und Öffentlichkeit. Die Kosten der sozialen Folgeschäden sind enorm. Zu denken sind dabei, neben den rein krankheitsbedingten Folgekosten, auch an alkoholassoziierte Arbeitsunfälle, häufige Krankheitstage, Entlassung und Arbeitslosigkeit, schließlich aber auch Delinquenz. Etwa jede vierte Gewalttat und 17 % der tödlichen Verkehrsunfälle erfolgen unter Alkoholeinfluss. Die Kosten und Schäden für Alkoholismus sind schwierig zu schätzen, dürften in der Bundesrepublik Deutschland aber bei mindestens 20 Milliarden Euro pro Jahr anzusiedeln sein. Es überrascht daher nicht, dass Suchterkrankungen, speziell Alkoholabhängigkeit, besonders häufiger Grund für Arbeitsunfähigkeit sind.

Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit lässt sich schematisch in Kontakt-, Entgiftungs-, Entwöhnungs- und Nachsorgebehandlung differenzieren. Für die einzelnen Therapieschritte lassen sich unterschiedliche Aufgaben und Ziele definieren, für die jeweils unterschiedliche Institutionen und Therapeuten zuständig sind (siehe Tabelle). Spezialisierte Fachambulanzen haben in allen Therapieabschnitten eine Funktion.

Für die Kosten der Akutbehandlung Alkoholkranker einschließlich Entgiftung kommt in Deutschland nach geltenden Rahmenvereinbarungen im Regelfall die Krankenkasse,

für die psychotherapeutische und sozialmedizinische Rehabilitation Alkoholkranker die Rentenversicherungsträger auf. Die stationäre Rehabilitation Alkoholabhängiger erfolgt in Deutschland überwiegend in Fachkliniken und spezialisierten Abteilungen in psychiatrischen Kliniken, wobei meist eklektische Therapiekonzepte (kombinierte Therapien) mit Elementen von Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, Familientherapie, aber auch gestalttherapeutische Methoden und klientenzentrierter Gesprächstherapie zur Anwendung kommen. Bis Anfang der Neunzigerjahre dominierten stationäre Behandlungen bei Alkoholabhängigkeit weitgehend. 1991 wurde die, in der Zwischenzeit mehrfach modifizierte „Empfehlungsvereinbarung ambulante Reha Sucht“ geschlossen, die die gesetzlichen und finanziellen Möglichkeiten zur Durchführung ambulanter Entwöhnungstherapien regelt, die in den Folgejahren vermehrt etabliert wurden.

Die geltende Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker nennt in der Anlage unter anderem folgende Faktoren, bei denen eine ambulante Rehabilitation in Betracht kommt:

1. Eine ambulante Behandlung erscheint erfolgversprechend und eine stationäre Behandlung ist nicht oder nicht mehr erforderlich.

<b>Aufgaben</b>	Diagnosestellung Aufklärung Förderung der Behandlungsbereitschaft Motivation Therapieeinleitung	Entzug von Alkohol Behandlung von Folgestörungen Motivationsförderung Stärkung der Abstinenzsicherheit Einleitung von spezifischen Therapiemaßnahmen Kontakt zu Suchthilfegruppen	Wissensvermittlung Verhaltensänderung Psychische Stabilisierung Soziale und berufliche Rehabilitation Evtl. Behandlung psychischer Störungen	Rückfallprophylaxe Somatische und psychische Stabilisierung Förderung einer „zufriedenen“ Abstinenz
<b>Therapiephasen</b>	Motivationsphase	Entgiftungsphase	Entwöhnung	Nachsorge
<b>Ärzte/Therapeuten/Institutionen</b>	Hausarzt Betriebsarzt Facharzt Suchtberatungsstelle <b>Fachambulanz</b>	Stationär: Psychiatrische Klinik Allgemeinkrankenhaus Ambulant: <b>Fachambulanz</b> Evtl. Hausarzt	Stationär: Fachklinik Psychiatrische Klinik Ambulant: <b>Fachambulanz</b> Suchtberatungsstelle	<b>Fachambulanz</b> Suchtberatungsstelle Hausarzt Psychiater Psychotherapeut Suchtmediziner Selbsthilfegruppen

Tabelle: Ambulante Entziehung und Entwöhnung

2. Das soziale Umfeld des Abhängigkeitskranken hat (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion.
3. Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den therapeutischen Prozess zu erwarten sind.
4. Der Abhängigkeitskranke ist beruflich (noch) ausreichend integriert, wobei jedoch Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeit-Arbeitsunfähigkeit eine ambulante Entwöhnungstherapie nicht ausschließen.
5. Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
6. Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, regelmäßigen Teilnahme und Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderung einer ambulanten Entwöhnungstherapie vorhanden ist.
7. Der Abhängigkeitskranke ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen.
8. Auch bei einem langen oder intensiven Suchtverlauf kann eine Indikation für eine ambulante Entwöhnung bestehen.
9. Ausreichende Mobilität ist vorhanden.

Die Anlage zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung“ der Krankenkassen und dem Verband deutscher Rentenversicherungsträger sowie dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen vom 10. Mai 2001 für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation (Entwöhnung) bei Abhängigkeitserkrankungen findet sich im Internet unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (Literatur).

Bislang haben sich nur wenige ambulante Entwöhnungstherapien in Deutschland der externen Evaluation zur Frage des Therapieerfolgs unterzogen.

Eine dieser Einrichtungen ist die KPB in Dachau, eine Fachambulanz für Suchterkrankungen.

Im Wesentlichen handelt es sich um ein zweistufiges Therapiemodell mit in der Regel dreimonatiger Motivationsphase (Kostenträger Krankenkasse) und anschließender sechs- bis neun- (im Mittel acht-) monatiger Entwöhnungstherapie (Kostenträger Rentenversicherung).

Das psychotherapeutische Behandlungskonzept ist eklektizistisch und integrativ und kombiniert Therapiemethoden der Verhaltenstherapie, Familientherapie, Sozialtherapie und analytisch orientierte Gesprächsthera-

pien. Die wesentlichen Ziele der Therapie sind die Erlangung einer dauerhaften Alkoholabstinenz, Verbesserung der sozialen Integration, Wiederherstellung oder Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit und im psychischen Bereich unter anderem eine Verbesserung der Ich-Stabilität. Außerdem sollen soziale Kompetenzen und Kommunikationsfähigkeit des Patienten sowie seine Frustrationstoleranz verbessert werden und zu einem besseren Selbstmanagement führen (Vollmer und Krauth 2000).

Suchtmittelabstinenz, die unter anderem durch Atem-Alkohol-Kontrollen und Laborwerte laufend kontrolliert wird, ist Bedingung für die Teilnahme an der Therapie. Bei wiederholten Verstößen gegen das Abstinenzgebot wird der Patient, bei entsprechender Indikation und Bereitschaft, gegebenenfalls stationär weiterbehandelt bzw. entzogen oder aus der Therapie entlassen. In den meisten Fällen ist dies allerdings nicht notwendig.

Besonderes Merkmal der ambulanten Entwöhnungstherapie der KPB Dachau ist die relative Häufigkeit der Therapiesitzungen mit hoher initialer Frequenz, die im Verlauf sukzessive reduziert werden, die relativ lange Dauer der Therapie (insgesamt ca. ein Jahr) sowie eine Therapeutenrotation in der Anfangsphase der Behandlung, die dazu beitragen soll, möglichst viele Facetten der individuellen Suchtkarriere aufzuarbeiten. Dazu kommen die intensive Integration von Bezugspersonen und Angehörigen, die in der ambulanten Behandlung besonders gut gelingt, psychoedukative Gruppen, die zum Beispiel Informationen über gesundheitliche Folgeschäden von Alkohol geben sollen, schließlich auch die Möglichkeit der Überprüfung modifizierter Verhaltensmuster unter Realitätsbedingungen.

Der Zugang zur Therapie ist in den meisten Fällen sehr unterschiedlich. Niedergelassene Kollegen, aber auch Kliniken mit Entgiftungsbetten weisen Patienten direkt zu, andere kommen durch Kontakt über Selbsthilfegruppen oder ehemalige Patienten in die Therapie.

### Ambulante Entgiftung

Dieses innovative Therapiekonzept bietet sich für Patienten ohne schwere körperliche oder neurologische Schäden an, bei denen eine stationäre Behandlung unbedingt notwendig ist. Die Patienten können im Rahmen einer in der Regel einwöchigen ambulanten Entgiftung täglich unter medizinischer Kontrolle gesehen und vom Alkohol entzogen werden.

Etwa die Hälfte der Patienten benötigt dabei Medikamente, wobei Entzugsmittel mit Suchtpotenz vermieden werden (Übersicht in Soyka et al 1999).

Um Medikamente mit Suchtpotenzial (Clomethiazol, Benzodiazepine), die sonst in der Entzugsbehandlung eingesetzt werden, zu vermeiden, wurde dabei nach alternativen Strategien gesucht. Etwa die Hälfte der Patienten benötigt nach unserer klinischen Erfahrung psychotrope Medikamente zur Dämpfung von Entzugserscheinungen. Bevorzugt eingesetzt werden dabei Carbamazepin zur Anfallsprophylaxe, häufig in Kombination mit Tiapridex (Soyka et al. 2002), zum Teil auch das Trizyklikum Doxepin sowie Clonidin bei Blutdruckspitzen.

Eine stationäre Entgiftung ist zum Beispiel dann erforderlich, wenn ein begleitender Medikamentenmissbrauch oder eine Mehrfachabhängigkeit vorliegt oder schwerwiegende Komplikationen zu erwarten sind (zum Beispiel wiederholte Krampfanfälle oder ein Delir mit Vorgeschichte, ausgeprägte Intoxikationssymptome). Vor Beginn der Entgiftung erfolgt eine internistische Konsiliaruntersuchung mit EKG und Kontrolle relevanter Laborparameter. Während der einwöchigen Behandlung wird der Patient täglich ärztlich untersucht, die ambulante Entgiftung umfasst auch mehrere psychotherapeutische Einzel- oder Gruppengespräche, die für die weitere Behandlung motivieren sollen. Idealerweise knüpft sich an das Ende der ambulanten Entgiftung der Übergang in die Motivationsphase an.

### Motivationsphase

Schwerpunkt ist hier die Motivation zur Abstinenz, Förderung der Krankheitseinsicht, Rückfallvorbeugung und gegebenenfalls Rückfallbearbeitung und die Einübung in die psychotherapeutische Gruppenarbeit. Teilweise wird auch schon eine Bedingungsanalyse der individuellen Abhängigkeitsentwicklung vorgenommen, die schwerpunktmäßig aber erst in der eigentlichen Rehabilitationsphase erfolgen soll. Aktuelle, mit dem Suchtverhalten zusammenhängende Konflikte und Probleme des Patienten werden bearbeitet, konkrete Problemlösungsstrategien entwickelt. Im Sinne einer motivierenden Gesprächsführung soll mit der Ambivalenz des Patienten in Richtung auf die Entscheidung zu einer abstinenten Lebensweise gearbeitet werden (Miller und Rollnick, 1999). Aufgabe der Therapeuten ist es, „den Patienten dort abzuholen, wo er steht“.

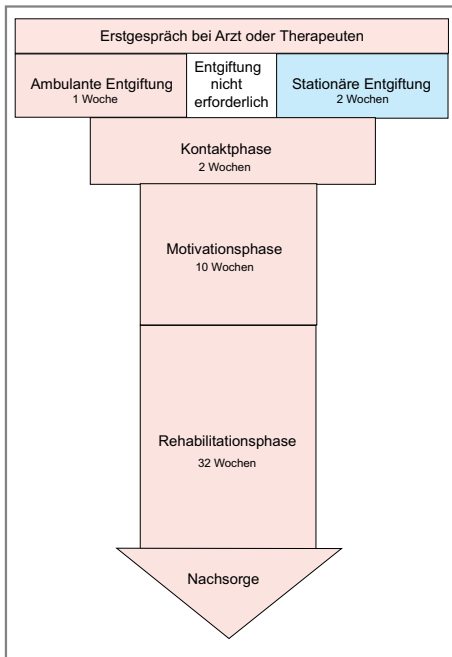


Abbildung: Phasen der Therapie.

Während der in der Regel dreimonatigen Motivationsphase nimmt der Patient fast täglich an Einzel- oder Gruppengesprächen teil (Abbildung). Dazu gehören sowohl psychotherapeutische Gruppensitzungen, aber auch Einzelgespräche sowie Gruppen, die zu einer Verbesserung der Sozialintegration oder besseren Freizeitgestaltung beitragen sollen. Schließlich werden auch Angehörigen- bzw. Paarseminare angeboten.

## Rehabilitationsphase

Sie umfasst 80 bis 120 Therapieeinheiten und erstreckt sich im Regelfall über einen Zeitraum von sieben bis acht Monaten. Während dieses Therapieabschnitts besteht das wöchentliche Therapiesetting aus einer Themengruppe, einer Bezugsgruppe und einem Einzelgespräch (50 Minuten). Bei der Themengruppe durchläuft der Patient einen Zyklus von zwölf psychoedukativ gestalteten Informationsabenden mit festen Themen sowie zwölf Gruppenabende, in denen er sich, basierend auf dem logotherapeutischen Prinzip, mit Sinn und Perspektive als symptomfreier Süchtiger auseinandersetzt. Große Bedeutung hat während der gesamten Rehabilitationsphase der Bezugstherapeut mit dem die psychotherapeutischen Einzelgespräche durchgeführt werden. Bei den einzelnen Therapiegruppen liegt, jeweils unterschiedlich, der Fo-

kus auf Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie oder analytisch orientierten Gesprächen, Familientherapie und Sozialtherapie.

Wichtig ist, gerade bei der ambulanten Therapie, in jedem Fall die integrative Vernetzung und Kooperation mit Hausärzten, Internisten, Psychiatern und Psychotherapeuten, die jeweils Rückmeldungen über die überwiesenen oder mitbehandelten Patienten bekommen, gegebenenfalls auch notwendige medizinische Leistungen während der Entwöhnungstherapie erbringen.

## Therapieergebnisse – Ambulante Entgiftung

Das Primat „ambulant vor stationär“ lässt sich durchaus auch für die Entgiftung von Alkohol anwenden. Theoretische Überlegungen hierzu sind vor kurzem zum Beispiel von Scherle et al. (2003) berichtet worden. Tatsächlich wurde, nach unserem Erkenntnis zumindest im bayerischen Raum einmalig, 1998 in der Fachambulanz ein Modellprojekt initiiert, das als solches von den Krankenkassen gefördert wurde. Über das Konzept und über erste Therapieerfahrungen ist an anderer Stelle berichtet worden (Soyka et al. 2003) und sollen an dieser Stelle kurz wiedergegeben werden. Im Vordergrund der Überlegungen bei der Ausarbeitung des Konzepts waren die der medizinischen Sicherheit und psychotherapeutischen Effizienz.

Mittlerweile wurden über 300 Patienten im Rahmen der ambulanten Entgiftung behandelt. Ausschlusskriterien für die ambulante Entgiftung sind fehlende Motivation zur Entzugsbehandlung, schwere internistische oder neurologische Erkrankungen, die eine stationäre Behandlung zwingend notwendig erscheinen lassen, schwere Alkoholfolgeschäden oder -störungen (zum Beispiel Alkoholdelir), aber auch psychiatrische Erkrankungen wie zum Beispiel Suizidalität, die einer ambulanten Therapie entgegen stehen. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass etwa die Hälfte der Patienten, denen eine ambulante Entgiftung als Alternative zur stationären Behandlung angeboten wird, diese auch wahrnimmt. Bei über 300 Fällen, die mittlerweile überblickt werden, ist es in keinem einzigen Behandlungsfall zu einer schweren internistischen Komplikation gekommen, die Haltequote der Patienten beträgt weit über 90 % und die meisten Patienten können in die nachfolgende ambulante Entwöhnungstherapie weitervermittelt werden.

## Therapieergebnisse – Ambulante Entwöhnung

In einer ersten retrospektiven Untersuchung zur Frage der Effizienz der ambulanten Entwöhnungstherapie in der KPBDachau konnte in einer 18-Monats-Katamnese eine Abstinenzrate von 48 % gezeigt werden (Soyka et al. 1997). In einer jetzt vorliegenden prospektiven Untersuchung über einen Patientenjahrgang (n = 102, Aufnahmezeitraum 1. April 1999 bis 1. April 2000), Übersicht in Soyka et al. (2003) durch persönliche Nachuntersuchung sechs und zwölf Monate nach Therapieende zeigte sich Folgendes:

### Patientencharakteristika

Von den 102 Patienten waren 61 (60 %) männlich, 41 (40 %) weiblich. Das Durchschnittsalter lag bei 45 (+/- acht) Jahren. 59 % der Patienten waren verheiratet, 15 % ledig, 25 % geschieden und 2 % verwitwet. Die durchschnittliche Trinkmenge vor Aufnahme betrug 193 (+/- 103) Gramm reinen Alkohol, die durchschnittliche Dauer der Alkoholabhängigkeit betrug 15 Jahre (+/- neun Jahre). 27 Patienten hatten in der Vorgeschichte bereits einmal eine stationäre, 20 eine ambulante Entwöhnungstherapie durchgeführt.

### Ergebnisse zum Therapieverlauf

28 (27 %) der Patienten brachen die Therapie ab, in 18 % erfolgte der Therapieabbruch wegen Rückfälligkeit. Bei zehn Patienten kam es aus anderen Gründen (Kostenträger, berufliche, private Gründe) zum Therapieabbruch. 32 Patienten erlitten während der Therapie einen Alkoholrückfall, 70 blieben durchgehend abstinent. Vergleicht man rückfallbedingte Therapieabbrüche mit anderen Patienten, so zeigte sich, dass diese in der Vorgeschichte häufiger bereits einmal eine suchtspezifische Therapie durchgeführt hatten, vor allem stationäre Entwöhnungstherapien. Im Übrigen ergaben sich aber auch höhere Werte für Depressivität und Ängstlichkeit sowie ein stärkeres, subjektiv erlebtes Alkoholverlangen (Craving) bei rückfallbedingten Therapieabbrüchern.

Sechs Monate nach Therapieende konnten 97 Patienten (95 %) in persönlichen Interviews nachuntersucht werden, eine für eine prospektive Untersuchung bei Alkoholkranken im ambulanten Setting außergewöhnlich hohe Ausschöpfungsquote. Fünf Patienten verweigerten die Nachuntersuchung oder waren nicht erreichbar. 65 Patienten (64 %) waren zum Untersuchungszeitpunkt nach sechs Monaten (weder subjektiver Bericht, noch objektiver Hinweis für Alkoholkonsum) abstinent. Gebessert in ihrem Trinkverhalten,



nach der Definition von Feuerlein und Küfner (1989), waren 15 Patienten. 22 Patienten hatten während der letzten sechs Monate mehr als drei Trinkperioden mit einer Dauer von mehr als einer Woche oder wiesen alkoholassoziierte Erkrankungen bzw. stationäre Behandlungen wegen der Alkoholabhängigkeit auf und waren somit rückfällig. Zum Zeitpunkt zwölf Monate nach Therapieende konnten 90 Patienten persönlich nachuntersucht werden. 64 Patienten (63 %) waren zu diesem Zeitpunkt abstinent, 10 % gebessert, 27 % rückfällig. Für den gesamten Katamneszeitraum (zwölf Monate nach Therapieende) konnte eine Abstinenzrate von 56 % (57 Patienten) gefunden werden.

**Diskussion**

Die Zahl ambulanter Entwöhnungstherapien ist in der vergangenen Dekade erheblich gestiegen. Der Ausbau ambulanter Therapien wird auch von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde gefordert (DGPPN, 1997). Während die Zahl der stationären Entwöhnungsbehandlungen mit etwa 34 000 über die Jahre im Wesentlichen konstant geblieben ist, hat sich die Zahl der ambulanten Entwöhnungstherapien auf mittlerweile rund 11 600 erhöht. Die berichteten positiven Therapieergebnisse sind dabei vor dem Hintergrund der bisherigen Arbeit in diesem Bereich zu sehen. Im deutschsprachigen Raum sind dabei nur eine Hand voll Therapiestudien zur Frage der Effizienz ambulanter Entwöhnungstherapien vorgelegt worden (Pfeiffer et al. 1987 Burt-scheid et al. 2001 a, b, Krampe et al. 2001, Tecklenburg 2001, Zeissler 1999), die dabei Abstinenzquoten von 37 % bis 48 % und damit durchaus vergleichbar mit den Ergebnissen stationärer Entwöhnungstherapien vorgelegt hatten. Eine kürzliche Arbeit über Entwöhnungstherapien in einer Beratungsstelle (n = 97) in einem allerdings hoch selektionierten Patientengut ergab ebenfalls eine Abstinenzrate von 53 % nach 18 Monaten (Mundle et al. 2001). Lotz-Rambaldi et al. (2002) berichteten Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Patienten, die entweder ambulant in einer Tagesklinik oder stationär behandelt wurden. Bei allerdings geringer Rücklaufquote der Fragebögen (57 % bzw. 53 %) ergaben sich hinsichtlich der berichteten Abstinenzraten sechs bis 42 Monate (Mittel 22,6) nach Therapieende keine Unterschiede (je 53 %).

Erkenntnisse der Rentenversicherungsträger (Übersicht in Soyka et al. 2003) belegen eine zunehmende Akzeptanz ambulanter Entwöhnungstherapien bei Alkoholkranken.

**Differenzielle Indikationskriterien**

Eine der „Gretchenfragen“ der Suchttherapie ist bislang unbeantwortet: Welche Patienten lassen sich vorwiegend stationär behandeln, für welche ist eine ambulante Therapie ausreichend?

Auch die internationale Forschung hat diese Fragen bislang nicht ausreichend beantworten können (Project Match Research Group 1997 a, b, 1998, Miller et al. 1995). Die Frage nach der Optimalen Allukation von Patienten zu verschiedenen Therapien ist auch Hauptgegenstand des von BMBF-unterstützten Bayerisch-Sächsischem Suchtforschungsbundes (siehe dazu [www.asat-verbund.de](http://www.asat-verbund.de)).

Die „Empfehlungsvereinbarung ambulante Reha Sucht“ nennt Indikationskriterien, die sich klinisch nachvollziehen lassen, empirisch aber nicht ausreichend überprüft sind. Fest steht, dass die ambulanten Entwöhnungstherapien zu Recht auf vermehrte Akzeptanz stoßen. 2001 wurden 37 264 stationäre und immerhin schon 12 742 ambulante Entwöhnungstherapien für Alkoholabhängige bewilligt (Leune 2003). Letztere werden auch von Seiten der Patienten häufiger nachgefragt werden, obwohl viele Beratungsstellen und niedergelassene Ärzte noch nicht ausreichend über diese Möglichkeit informiert sind oder die Indikation zu einer ambulanten Therapie zurückhaltend stellen.

Häufig werden überhaupt die Möglichkeiten der Alkoholtherapie zu negativ gesehen und deswegen ein Therapieversuch erst gar nicht gewagt. Sollte es mit diesem Artikel gelungen sein, einen etwas größeren therapeutischen Optimismus, auch im Hinblick auf neuere (ambulante) Therapieansätze, vermittelt zu haben, so wäre dies im Sinne der Autoren.

*Das Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert oder im Internet unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) (Arzteblatt/Literatur) abgerufen werden. Unterstützt durch BMBF 01EB0140-42, BfA 8011-106-31.*

*Anschrift der Verfasser:  
Professor Dr. Michael Soyka, Dr. Mirjam Böttler, Psychiatrische Klinik und Poliklinik, LMU München, Nußbaumstr. 7, 80336 München, E-Mail: [Michael.Soyka@psy.med.uni-muenchen.de](mailto:Michael.Soyka@psy.med.uni-muenchen.de)*

*Bärbel Löhnert, Dr. Peter Rüster, Dr. Gerrit Hohendorf, Klientenzentrierte Problemlösung, Fachambulanz für Suchterkrankungen, Münchener Str. 33, 85221 Dachau, Tel. 08131 82625 E-Mail: [info@kpb-fachambulanz.de](mailto:info@kpb-fachambulanz.de), Internet: [www.kpb-fachambulanz.de](http://www.kpb-fachambulanz.de)*



**Privatärztliche Abrechnung? — Das erledigen wir für Sie!**

- ◆ Individuelle Betreuung
- ◆ Vorfinanzierung
- ◆ 3 Monate Null-Risiko-Test
- ◆ Spezialisten für jede Fachrichtung
- ◆ 24 Jahre Abrechnungserfahrung
- ◆ Erstklassige Referenzen



**Medas GmbH**  
Treuhandgesellschaft für Wirtschaftsinkasso und medizinische Abrechnungen  
Messerschmittstraße 4  
80992 München  
[www.medas.de](http://www.medas.de)

Fordern Sie einfach unsere Unterlagen an!

**089 14310-108**  
Fax 089 14310-200  
[info@medas.de](mailto:info@medas.de)