



Hausärztliche Versorgung und Suchtbehandlung - Erkennen, Steuern, Handeln -

Gemeinsames Positionspapier der Bundesärztekammer und des Fachverbandes Sucht e. V.

Zusammenfassung

Zentrales Anliegen des vorliegenden gemeinsamen Positionspapiers der Bundesärztekammer und des Fachverbandes Sucht e. V. ist es, die Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen sowie die Nachsorge nach einer Entwöhnungsbehandlung durch niedergelassene Ärzte zu stärken. Zielsetzung entsprechender Kurzinterventionen sind bei riskantem und schädlichem Konsum eine Reduktion des Alkoholkonsums und damit schadensmindernde Effekte zu bewirken. Bei einer bereits manifesten Alkoholabhängigkeit geht es insbesondere darum, zur Inanspruchnahme weiterführender Angebote der Suchtkrankenhilfe bzw. einer Entwöhnungsbehandlung zu motivieren. Handlungs- und Verbesserungsbedarf besteht aus Sicht der Bundesärztekammer und des Fachverbandes Sucht e. V. insbesondere in folgenden Punkten:

- Die Rolle des Hausarztes bzw. niedergelassenen Arztes als wichtiger Vertrauensperson für seine Patienten ist im Rahmen der Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen zu stärken. Auch weitere Berufsgruppen – insbesondere die Medizinischen Fachangestellten – sollten hierbei einbezogen werden.
- Angesichts der weiten Verbreitung alkoholbezogener Störungen sollten nach Möglichkeit Patienten im Behandlungsverlauf zu ihren Trinkgewohnheiten angesprochen werden.
- In einer weiterführenden Kurzdiagnostik kann bei Patienten mit einem auffälligen Alkoholkonsum geklärt werden, ob es sich um gesundheitsriskanten Konsum, schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeitserkrankung handelt. Frühinterventionsmaßnahmen durch den niedergelassenen Arzt zeigen insbesondere in der Gruppe der riskanten Konsumenten Wirkung. Bei Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung sollte eine verstärkte Zusammenarbeit mit dem Suchthilfe- und -behandlungssystem erfolgen.
- Ärztliche Fortbildungen zum Thema „Umgang mit riskantem, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol“, welche möglichst alle Haus- und Fachärzte ansprechen, sollten ausgeweitet und interprofessionell unter Einbeziehung der Suchtkrankenhilfe gestaltet werden.
- Substanzbezogene Störungen sollen bereits in der Ausbildung von Ärzten verstärkt Berücksichtigung finden.

- Niedergelassene Ärzte sollen in die Lage versetzt werden, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – und damit auch im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen – rasch einleiten zu können. Von daher sollte das Reha-Antragsverfahren möglichst verkürzt und die Verordnungsbefugnis niedergelassener Ärzte gestärkt werden.
- Die nahtlose Weiterbehandlung durch Hausärzte im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung muss Bestandteil eines umfassenden Versorgungskonzeptes für abhängigkeitskranke Menschen sein. Hierbei geht es insbesondere darum, Rückfallprävention zu betreiben und den Behandlungserfolg zu stabilisieren. Dafür sind die erforderlichen formalen und organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen.
- Eine entsprechende Vergütung von Leistungen zur frühzeitigen und nachhaltigen Intervention bei suchtfährdeten und abhängigen Patienten ist sicherzustellen, um eine flächendeckende Implementierung von Früherkennungs- und Frühinterventionsmaßnahmen in der medizinischen Versorgung zu erzielen.

Mit diesem Positionspapier sollen neue Impulse zu einer dringend erforderlichen besseren Vernetzung zwischen der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Suchtkrankenhilfe/-behandlung gegeben werden.

1. Daten zum Substanzkonsum und zur Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung

Die Epidemiologie der Suchterkrankungen und die Statistiken ihrer Behandlung zeigen starke Missverhältnisse zwischen der Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen und der Inanspruchnahme einer Behandlung auf.

In Deutschland rechnet man bei den 18-59jährigen mit ca. 3,2 Mio. suchtkranken Personen, davon sind

- ca. 1,3 Mio. alkoholabhängig,
- ca. 1,4 Mio. medikamentenabhängig¹,
- ca. 175.000 drogenabhängig (ohne Cannabis) sowie
- ca. 220.000 cannabisabhängig.

(vgl. Kraus & Bühringer, 2008).

Im Mittelpunkt dieses Positionspapiers stehen alkoholbezogene Störungen. Es ist hier neben der Abhängigkeit auch von einer hohen Anzahl von Personen mit riskantem Konsum oder schädlichem Gebrauch auszugehen, allein bei Alkohol betreiben ca. 2 Mio. Menschen einen Missbrauch. Bezogen auf Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol rechnet man mit ca. 42.000 Todesfällen pro Jahr (Bergmann & Horch, 2002), ferner mussten 25.700 Kinder und Jugendliche im Jahr 2008 aufgrund einer Alkoholvergiftung stationär behandelt werden (Pressemittteilung des BMG vom 15.12.2009)². 12,7 Prozent aller Krankenhauspatienten sind alkoholabhängig, weitere 4,6 Prozent missbrauchen Alkohol. 7,2 Prozent der Patienten in der allgemeinärztlichen Versorgung werden als alkoholabhängig, weitere 3,5 Prozent als Alkohol missbrauchend eingeschätzt (John et al., 1996).

¹ Zum Thema Medikamente sei verwiesen auf Bundesärztekammer (Hrsg.): Medikamente - Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit – Leitfaden für die ärztliche Praxis, Köln 2007

² Der Alkoholkonsum mit riskantem Trinkverhalten ist unter Jugendlichen stark verbreitet (Lampert & Thamm, 2007, BZgA, 2009). Hieraus ergeben sich besondere Ansatzpunkte für die (Früh)-Intervention bei Kindern und Jugendlichen.

Festzustellen ist, dass nur ein Teil der alkoholabhängigen Menschen eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch nimmt. Im Auftrag der Rentenversicherung, welche für ca. 85 % der Fälle zuständiger Leistungsträger im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist, wurden im Jahr 2008 lediglich 39.193 Entwöhnungsbehandlungen im Indikationsbereich Alkoholabhängigkeit durchgeführt. Davon entfallen 30.328 auf den stationären Bereich.

Für ungefähr zwei Drittel der Patienten war es die erste stationäre Entwöhnungsbehandlung, die Dauer der Abhängigkeit bis zu deren Inanspruchnahme beträgt im Durchschnitt 11,8 Jahre (Fachverband Sucht, Basisdokumentation, 2006). Betrachtet man die Angaben zur vermittelnden Instanz, wird die ärztliche oder psychotherapeutische Praxis nur in 3 % der Fälle entsprechend dokumentiert (Fachverband Sucht e. V., Basisdokumentation 2008). Dieser Anteil liegt allerdings bei den ambulanten Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen mit 8 % höher (IFT 2010). Die Früherkennung und -intervention sowie die Nachsorge mit der Zielsetzung, den Behandlungserfolg weiter zu festigen, ist bei Abhängigkeitserkrankungen deshalb von besonderer Wichtigkeit. Positiv hervorzuheben ist, dass einrichtungsübergreifende Erhebungen belegen, dass über 50 % der alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten beispielsweise ein Jahr nach stationärer Entwöhnungsbehandlung abstinent sind (Missel et al. 2010).

2. Die Bedeutung niedergelassener Ärzte im Kontext von Suchterkrankungen und substanzbezogenen Störungen

Ein früher, fachlich wie persönlich bedeutsamer Kontaktpartner von Menschen mit substanzbezogenen Störungen und Suchtproblemen ist der niedergelassene Arzt und hier insbesondere der Hausarzt. Dieser kann seinem Patienten eine langfristige und haltgebende Beziehung anbieten. Von daher sollte er eine entscheidende Rolle dabei spielen, wenn es darum geht, frühzeitig Risikokonsumenten wie auch suchtgefährdete und suchtkranke Menschen anzusprechen. Niedergelassene Ärzte sollten daher darin unterstützt werden, alkoholbezogene Störungen verstärkt zu erkennen, anzusprechen und zu behandeln. Insbesondere

- soll der Konsum alkoholischer Getränke im Patientengespräch thematisiert und ggf. weitergehend abgeklärt werden.
- sollen Ärzten entsprechende Beratungsmaterialien und Kurzfragebögen breit verfügbar gemacht werden, um sie in die Lage zu versetzen, riskanten von schädlichem Konsum oder Abhängigkeit zu unterscheiden (siehe BZgA & BÄK: Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen – Ein Beratungsleitfaden für die ärztliche Praxis, AUDIT-G-M nach Rist et al., 2003; LAST von Rumpf et al., 1997; BASIC von Bischof et al., 2007). Ergänzend können auch entsprechende Labor-Parameter (z. B. GGT, MCV) erhoben werden, welche Hinweise auf einen hohen Alkoholkonsum geben können.
- sollen sie entsprechend den jeweiligen Konsummustern der Patienten über spezifische Handlungs- und Interventionsstrategien verfügen, um Patienten zu einer Verhaltensänderung zu motivieren. Hierbei steht bei riskanten Konsumenten die Konsumreduktion im Vordergrund, bei Alkoholabhängigkeit geht es insbesondere um die Inanspruchnahme weiterführender Angebote der Suchtkrankenhilfe (z. B. klinische Entgiftung, ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, Selbsthilfegruppen, Fachkliniken für Abhängigkeitserkrankungen).

Vorrangige Zielsetzung entsprechender Kurzinterventionen ist es, die Änderungsbereitschaft der Patienten und ihre Motivation zur Inanspruchnahme spezifischer Beratungs- und Behandlungsangebote zu erhöhen (vgl. Miller, Sanchez 1994; Prochaska, Redding, Evers 1997;

Rumpf et al. 2005). Ihre Wirksamkeit ist bei Problemtrinkern durch verschiedene Untersuchungen gut belegt (Miller und Rollnick, 1991; Bien et al., 1993; Edwards et al., 1997; Fleming et al., 1997; Fleming et al., 2002; Moyer et al., 2002; Kaner et al., 2007).

In der Praxis hat sich bewährt, wenn der Hausarzt suchtgefährdete Personen frühzeitig an das ambulante Beratungsstellensystem vermittelt. Von daher sollte bei denjenigen Patienten, die einer umfassenden Beratung und Behandlung bedürfen, eine enge Kooperation von Seiten des Arztes mit den Angeboten der Suchtkrankenhilfe gesucht werden. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass der niedergelassene Arzt das Suchtkrankenhilfesystem (inklusive klinischer Entgiftungs- und medizinischer Rehabilitationsangebote sowie Angebote von Selbsthilfegruppen) kennt und als initialer Case-Manager über eine entsprechende Steuerungskompetenz verfügt. Gestützt auf den Austausch mit Suchtfachleuten sollte der Hausarzt in die Lage versetzt werden, begründete Behandlungsempfehlungen auszusprechen.

3. Kooperation von niedergelassenen Ärzten und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe: Handlungs- und Verbesserungsbedarf

Zentrale Ansatzpunkte, um die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten bzw. Hausärzten und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe/-behandlung zu verbessern, bestehen nach Auffassung der Bundesärztekammer und des Fachverbandes Sucht e. V. in folgenden Punkten:

3.1 Frühintervention durch ressourcenorientiertes Vorgehen stärken

Die Rolle der Hausärzte als wichtige Vertrauenspersonen für die Patienten sollte im Rahmen der Frühintervention substanzbezogener Störungen gestärkt werden. Dabei können Medizinische Fachangestellte im Delegationsverfahren unterstützend eingebunden werden. Darüber hinaus sollte verstärkt der Einsatz computergestützter Expertensysteme sowie von Selbsthilfemanualen als unterstützenden Möglichkeiten auf ihre Wirksamkeit hin untersucht werden.

3.2 Kurzdiagnostikverfahren bereitstellen

Damit Früherkennungs- und Frühinterventionsmaßnahmen alkoholbezogener Störungen (gesundheitsriskanter Konsum, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeitserkrankung) in der medizinischen Grundversorgung flächendeckend durchgeführt werden, sollten Kurzdiagnostik-Verfahren breit zur Verfügung gestellt werden. Zielsetzung ist es, auf dieser Basis eine Konsumreduktion zu erreichen bzw. die Vermittlung der Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in passgenaue Suchtberatungs- und -behandlungsangebote zu fördern.

3.3 Ausbildungsinhalte anpassen

Substanzbezogene Störungen sollten bereits in der Ausbildung von Ärzten verstärkt Berücksichtigung finden. Der Erwerb entsprechender Kompetenzen im Umgang mit substanzbezogenen Störungen sollte bereits dort verankert sein und im Rahmen der Weiter- und Fortbildung später vertieft werden.

3.4 Fortbildungsangebote ausweiten

Neben den in der ärztlichen Weiterbildung erworbenen suchtmmedizinischen Qualifikationen sollten vermehrt auch berufsbegleitende Fortbildungen und Qualitätszirkel zum Thema „Umgang mit riskantem, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol“, welche sich an alle Haus- und Fachärzte richten, angeboten werden.

3.5 Verordnung erleichtern und Verordnungsberechtigung ausweiten

Zielsetzung muss es ferner sein, dass entsprechend qualifizierte Ärzte grundsätzlich befugt sind, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation – und damit auch für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen – rasch einzuleiten. Auf der Basis von Kurzinterventionen und einer überprüften Motivationslage sollte entsprechend informierten abhängigkeitskranken Menschen der möglichst kurzfristige Antritt einer Entwöhnungsbehandlung oder die Inanspruchnahme ggf. indizierter psychiatrischer Behandlungen ermöglicht werden.

Der Reha-Antrag sollte an den zuständigen Leistungsträger auf Basis eines ärztlichen Befundberichtes, der auch entsprechende Informationen zur durchgeführten Kurzintervention und Abklärung der Motivationslage des Versicherten enthält, gestellt werden können. Der Einbezug eines Sozialberichtes sollte dann entfallen können, wenn eine zusätzliche externe Abklärung der sozialen sowie der Motivationslage durch eine Suchtberatungsstelle aufgrund struktureller Probleme nicht zeitnah eingeholt werden kann und diese ersatzweise durch den Arzt geleistet wird. Dieses Verfahren würde zur Absenkung der Zugangsschwellen beitragen und insbesondere auch in struktur- und bevölkerungsschwachen Gegenden mit einer geringen Dichte an Angeboten der Suchtkrankenhilfe für eine Verbesserung der Inanspruchnahmemöglichkeiten von medizinischen Rehabilitationsleistungen (hier: Entwöhnungsbehandlung) sorgen.

Eine Stärkung der Zusammenarbeit der Hausärzte mit ambulanten Suchtberatungsstellen sowie Selbsthilfegruppen erhöht in jedem Fall die Interventions- und Hilfsmöglichkeiten vor Ort und ist auch im Bereich der Nachsorge von Bedeutung.

3.6 Weiterbehandlung stärken

Gemäß § 13 Abs. 4 der Rehabilitations-Richtlinie erhält der Vertragsarzt nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation einen Entlassungsbericht, in welchem der Rehabilitationsverlauf und der erreichte Rehabilitationserfolg, bezogen auf die individuellen Rehabilitationsziele, beschrieben sind. Gerade bei Abhängigkeitserkrankungen zeigt sich eine besondere Notwendigkeit einer ambulanten Weiterbehandlung bzw. Nachsorge.

Die nahtlose Weiterbehandlung insbesondere durch den Hausarzt (bzw. den verordnenden niedergelassenen Arzt) im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung muss Bestandteil eines umfassenden Versorgungskonzeptes für abhängigkeitskranke Menschen werden. Untersuchungen zum Rückfallgeschehen nach stationärer Rehabilitation zeigen einerseits eine hohe Erfolgsquote: Immerhin leben über 50 % der behandelten Patienten 1 Jahr nach der Behandlung abstinent. Andererseits zeigt sich bei den Rückfälligen aber auch, dass bei 59,5 % der Rückfall innerhalb der ersten drei Monate nach Abschluss der Behandlung in einer Fachklinik für Alkohol/Medikamente erfolgte (Missel et al., 2008). Neben spezifischen Nachsorgeleistungen und poststationärer Behandlung durch ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen sowie dem Besuch einer Selbsthilfegruppe spielt insbesondere der Hausarzt in dieser Phase eine entscheidende Rolle. Seine Aufgaben reichen von stabilisierenden Interventionen, einer Begleitung des postrehabilitativen Verlaufs über die Vermittlung in ergänzende Unterstützungsangebote bis hin zur Einleitung einer kurzfristigen Wiederaufnahme der Entwöhnungsbehandlung bei drohendem bzw. eingetretenem Rückfall.

3.7 Kooperationsmöglichkeiten seitens der Suchthilfe/-behandlung verbessern

Aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte besteht insbesondere in folgenden Punkten Verbesserungsbedarf (vgl. Längle, G. et al. 2009):

- Klare Zuständigkeiten im Versorgungssystem mit einfachen niedrigschwelligen Zugangsmöglichkeiten,

- Verlässlichkeit von Einrichtungen (Personalkontinuität, Erreichbarkeit),
- rasche Rückmeldung bezüglich der in die Einrichtungen überwiesenen Patienten (telefonisch oder per Arztbrief),
- Ermöglichung kurzfristiger Termine für Patienten durch die Suchtberatungsstelle,
- bei Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme ggf. Unterstützung bei der Antragstellung,
- Verständnis der Mitarbeiter der Suchtkrankenhilfe für die strukturellen Grenzen und die vorhandenen Möglichkeiten des niedergelassenen Arztes.

Für die niedergelassenen Ärzte erleichtert es die Arbeit mit Abhängigkeitserkrankten, wenn für sie ein fester, leicht erreichbarer Ansprechpartner im Suchthilfesystem verfügbar ist. Informationen über das Suchthilfesystem vor Ort sollten auch über ärztliche Qualitätszirkel verbreitet werden.

3.8 Regelungen zur Honorierung der ärztlichen Leistungen treffen

Leistungen der frühzeitigen und nachhaltigen Intervention bei suchtgefährdeten und abhängigen Patienten (Kurzdiagnostik, Erstgespräch, Kurzinterventionen, Vermittlung, weitere Begleitung/Nachsorge) bedürfen einer entsprechenden Vergütung. Hierzu bedarf es entsprechender Regelungen über den Gemeinsamen Bundesausschuss und den Bewertungsausschuss. Diese sollten auch Vernetzungsleistungen mit dem Suchtkrankenhilfesystem einbeziehen. Bei Abhängigkeitserkrankungen ist das Gespräch zwischen Arzt und Patient das Mittel der Wahl. Eine adäquate Vergütung des damit verbundenen Aufwandes ist eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung. Entsprechende Behandlungspfade und Qualitätsanforderungen könnten beispielsweise in einem zu entwickelnden Vertragskonzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – wie es bereits für psychische Erkrankungen erfolgt ist – beschrieben werden.

4. Schlusswort

Die Bundesärztekammer und der Fachverband Sucht e. V. möchten mit diesem Positionspapier neue Impulse zur dringend erforderlichen besseren Vernetzung zwischen der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Suchtkrankenhilfe/-behandlung geben. Zielsetzung ist es, eine breite Diskussion über entsprechende Verbesserungsmöglichkeiten in Gang zu setzen und hierfür organisatorische Regelungen zu finden.

Literatur

- Bergmann, E. & Horch, K. (2002). Kosten alkoholassoziierter Krankheiten: Schätzung für Deutschland. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Berlin.
- Bundesärztekammer: (Hrsg. 1999): Carieulum Suchtmedizinische Grundversorgung, Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Bd. 20, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verbreitung des Alkoholkonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Juni 2009-
- Demmel, R. (2005). Screening und Kurzintervention reloaded: Ein Modellprojekt ist ein Modellprojekt ist ein ... In: SuchtAktuell 1/2003, 16-20.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie: Konsensuspapier zu Frühinterventionsmaßnahmen bei problematischem Alkoholkonsum in der medizinischen Grundversorgung, aktuelle Fassung 2010.
- Fachverband Sucht. Basisdokumentation 2006. In der Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, Band 14.
- Fachverband Sucht. Basisdokumentation 2008. In der Reihe: Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung, Band 16.
- Fleming, M. F. et al. (2002). Brief physician advice for problem drinkers. Long-term-efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 26, 36-43.
- Geyer, D. et al. (2006). Leitlinie Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. In: Schmidt, L. G., Gastpar, M., Falkai, T. und Gaebel, W. (Hrsg.). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Görgen, W., Hartmann, R. (2002). Neue Wege in der Behandlung Suchtkranker in der frühen Sekundärprävention, Geesthacht
- IFT (Hrsg.). Jahresstatistik 2008 der professionellen Suchthilfestatistik in Deutschland
- John, U. et al. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 71. Baden-Baden: Nomos.
- Kaner, E. F., et al. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* CD004148.
- Krannich, D., Grothues, J., Rumpf, H.-J. (2006). Einstellungen von Hausärzten zum Thema Frühinterventionen bei Alkoholproblemen. *Sucht* 52, 133-139.
- Kraus, L. & Bühringer, G. (2008). Umfang substanzbezogener Risiken und Störungen und jährliche Behandlungsfälle, 12.08.2008, www.ift.de.
- Kremer, G. et al. (1999). Evaluation von Kurzinterventionen bei Patientinnen mit Alkoholproblemen im Allgemeinkrankenhaus, 45. Jahrgang, 2/1999, S. 80-88
- Lampert T., Thamm M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 50: 600-608.
- Längle, G., Röhm, A., Böhm-Sturm, E. (2009). Schnittstelle Hausärzte: Wie binden wir die Niedergelassenen in das Suchthilfenetzwerk ein? in: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland, Bonn.

- Miller, W. R., Sanchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change, in: Howard, G. S., Nathan, P. E. (Ed.): Alcohol use and misuse by young adults. Notre Dame.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change. New York.
- Missel, P. et al. (2010). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige, *SuchtAktuell* Jahrgang 17/01.10, 9-20.
- Moyer, Al. et al. (2002). Brief intervention für alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 97, 279-292.
- Müller-Fahrnow W. et al. (2002). Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. DRV-Schriften, Band 32.
- Mundle G, Banger M, Mugele B et al. (2006) Leitlinie Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. In: Schmidt, L. G., Gastpar, M., Falkai, T. und Gaebel, W. (Hrsg.). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Evers, K. E. (1997). The transtheoretical model and stages of change. In: Rimer, B. K. (Ed.): Health behavior and health education. Theory, research and practice, San Francisco, 60-84.
- Rist, F., Demmel, R., Hapke, U., Kremer, G., Rumpf, H.-J. Screening und Kurzintervention. In: Schmidt et al. (Hrsg.) (2006) Evidenzbasierte Suchtmedizin - Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, 11-24.
- Rumpf et al. (2005). Minimalinterventionen: Chancen für die Frühintervention von Alkoholproblemen in der medizinischen Versorgung? *SuchtAktuell* 1/2005, 21-27.
- Rumpf, H.-J. et al. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht* 46, 9-17.

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Tel: 030/400456-0
www.bundesaerztekammer.de

Fachverband Sucht e. V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel: 0228/261555
www.sucht@sucht.de