

Alkoholtherapeutische Versorgung im internationalen Vergleich

Modelle und Ansätze für Standardisierung und Ergebnismessung

Mag. Philipp RADLBERGER¹⁾, Mag. Tim JOHANSSON, MSc.¹⁾

Zusammenfassung

Zielsetzung: Vor dem Hintergrund von heterogenen Definitionen im Bereich der suchtmmedizinischen Diagnostik beschäftigt sich die Arbeit anhand von neun Fallstudien mit international üblichen alkoholtherapeutischen Versorgungsstrukturen und dem Grad der Standardisierung bzw. der Evaluation. **Methode:** Systematische Literatursuche und -auswertung von Publikationen sowie grauer Literatur. **Ergebnisse:** Unterschiedliche Typologisierungen für die Diagnose sind ebenso ein Grund für international uneinheitliche Behandlungspraxis wie etwa die allgemeine Tradition von Qualitätssicherung und Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen, die national stark variieren. **Schlussfolgerungen:** Zwar besteht eine Fülle an ausführlich evaluierten Einzelinterventionen, koordinierte Modelle einer überregionalen integrierten alkoholtherapeutischen Versorgung sind hingegen sehr selten. Sie existieren meist erst seit Kurzem, weshalb wenig Evidenz zur Qualitätsmessung existiert.

1. Einleitung

Auch psychiatrische und sozialmedizinische Therapieeinrichtungen müssen sich zunehmend einer Ergebnisdiskussion und –messung stellen. Die vorliegende Arbeit behandelt neun Industrienationen und ist eine Synthese publizierten Wissens und dessen Analyse, die als Hilfestellung für eine Umsetzung in konkreten Evaluationen von Therapieeinrichtungen gedacht ist. Im Bereich der Therapie von suchtkranken Menschen ist es häufig problematisch, einheitliche Behandlungsabläufe festzulegen, da sich die Patientinnen und Patienten in Ausmaß und Art der Sucht sowie in Bezug auf Motivation, Therapieadhärenz, soziales Umfeld stark voneinander unterscheiden. Noch scheint nicht klar, ob und wie weit Versuche regionaler oder nationaler Vereinheitlichung der Therapieansätze möglich bzw. zielführend sind. Als weitgehend etabliert gelten eine kleine Anzahl von medikamentösen Therapiealternativen sowie psychotherapeutische Betreuung in

unterschiedlichem Ausmaß. Darüber hinaus existiert eine Vielzahl an Therapieansätzen, die sowohl im Hinblick auf ihre Wirksamkeit als auch auf ihre Kosteneffektivität noch Unklarheiten beinhalten. Die Konzeption einer konsistenten Behandlungsstrategie im Sinne einheitlicher nationaler und/oder regionaler Versorgungsstrategien stellt daher aus medizinischer und ökonomischer Sicht eine enorme Herausforderung dar. Im Folgenden wird versucht, anhand der Beispielländer Österreich, Deutschland, Schweden, Dänemark, Kanada, Großbritannien, Australien, die Niederlande, und den USA ein Bild vom aktuellen Stand der alkoholtherapeutischen Versorgung in westlichen Gesundheitssystemen zu zeichnen.

2. Methodik

Die systematische Literatursuche wurde in 14 relevanten, deutsch- und englischsprachigen, medizinischen, sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Datenbanken durchgeführt. Zusätzlich wurde eine ergänzende Handsuche durchgeführt, durch die weitere graue Literatur identifiziert werden konnte. Im Rahmen der systematischen Literaturrecherche wurden zunächst 713 Dokumente identifiziert. Durch eine zusätzliche Handsuche in Scopus wurden 113 Dokumente gefunden. Nach Deduplikation ergab sich eine Anzahl von 810 Dokumenten. Die Literatúrauswahl erfolgte auf Basis von breit angelegten Ein- und Ausschlusskriterien und mittels einer doppelten Beurteilung durch zwei unabhängige WissenschaftlerInnen. Im Falle von unterschiedlicher Einschätzung wurde durch Diskussion ein Konsens erzielt. Im Laufe der Arbeit wurde die Literaturliste noch um 31 Dokumente erweitert, die im Rahmen einer umfassenden Handsuche unter anderem durch Webrecherchen identifiziert werden konnten. Letztendlich wurden 124 Dokumente eingeschlossen, von denen eines jedoch in englischer Sprache nur als Abstract publiziert wurde.

3. Aufriss der Thematik

Das Gebiet der Alkohol- und Suchttherapie ist auf klinischer und sozialmedizinischer Ebene ein sehr weitläufiges, und im Vergleich zu vielen anderen ein sehr heterogenes. Daraus folgt, dass auch auf versorgungspolitischer und ökonomischer Ebene, die Forschung dazu wenig fortgeschritten ist. Die Organisation der alkoholtherapeutischen Einrichtungen ist dementsprechend von diversen Faktoren abhängig. In der klinischen Alkoholismusforschung wurden während der letzten 15 Jahre in Einzelfragen große Fortschritte erzielt: So gilt etwa das Gebiet der medikamentösen Behandlung von alkoholabhängigen Personen als weit entwickelt. Die ökonomische Seite dieses Teilaspekts birgt demnach im Wesentlichen nur mehr die Frage der Preisentwicklung, also in erster Linie der Entwicklung von Generika. Durch die international sehr unterschiedliche Organisation von stationärer, ambulanter oder teilstationärer Behandlung, sowie durch die unterschiedlichen gesetzlichen und institutionellen Voraussetzungen (Gesundheitspolitik ist in der EU weitgehend nationalstaatliche Kompetenz) konzentriert sich die laufende Forschung in erster Linie auf die klinische und gesundheitsökonomische Evaluation einzelner Behandlungsmethoden, und die übergeordnete

Fragestellung der Organisation und des effizienten Einsatzes von klinisch effektiven Therapiemethoden in kulturell bzw. politisch unterschiedlichen Kontexten bleibt verhältnismäßig unterentwickelt. Auch sind Evaluationen einzelner regionaler oder nationaler Versorgungssysteme, sofern vorhanden, häufig schwer zugänglich, da diese selten als wissenschaftliche Publikation, sondern meist in Form von grauer Literatur, und häufig nur in der jeweiligen Landessprache verfügbar sind. Eine Zusammenstellung von Evaluationsansätzen sowie von Parametern zur Ergebnismessung der alkoholtherapeutischen Versorgung soll einen Beitrag zur besseren Aufbereitung dieses Feldes leisten.

3.1 Definitionen

Das Phänomen der Abhängigkeit nach der Substanz Alkohol ist von unterschiedlichsten Ausprägungen und Schweregraden gekennzeichnet. Dies mag ein Grund dafür sein, dass derart uneinheitliche Definitionen und diagnostische Kodierungen existieren.

Alkoholabhängigkeit

Die beiden gängigsten Definitionen stammen von Jellinek [1] bzw. von der American Society of Addiction Medicine ASAM [2]. An letzterer orientiert sich auch die Weltgesundheitsorganisation WHO: „Alkoholismus ist eine primäre, chronische Krankheit, deren Entwicklung und Manifestation von genetischen, psychosozialen und Umweltfaktoren beeinflusst wird.“ (2008) Häufig wird „Alkoholismus“ als Synonym für „chronischen Alkoholismus“ verwendet. Deshalb sind mittlerweile sowohl die WHO, als auch die ASAM dazu übergegangen, diesen Begriff nicht mehr zu verwenden, sondern sich an der, in der DSM-IV Klassifikation formulierten, Definition von „Alkoholabhängigkeit“ zu orientieren [3].

Typologien und Klassifikationen

Es existieren unterschiedliche Typologien zur Einteilung von Klientinnen und Klienten, die Alkohol in irgendeiner Art und Weise missbräuchlich konsumieren. Sie sollen letztendlich alle dazu dienen, die Klientinnen und Klienten systematisch unterschiedlichen Behandlungsoptionen zuweisen zu können. Eine der klassischen Einteilungen ist jene nach Jellinek, die Problem-, Gelegenheits-, süchtige, Spiegel- bzw. Quartalstrinker unterscheidet. Diese 5 Typen werden auch als $\alpha - \varepsilon$ Typen bezeichnet [4]. In Österreich ist die Kodierung von Diagnosen nach der „Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen – ICD 10“ gebräuchlich. Dort werden psychische Verhaltensstörungen allgemein unter den Codes F1x.0 – F1x.9 kodiert. Jene, die in erster Linie durch Alkoholkonsum verursacht sind, finden sich als erste Untergruppe [5]. Den Codes sind, für das jeweilige Krankheitsbild typische, Symptome zugewiesen. Die Zuweisung der individuellen Diagnosen zu den einzelnen Codes geschieht nach Häufigkeit des Auftretens dieser Symptome. Die American Psychiatric Association (APA) hat alternativ zu den ICD-Codes die Kodifizierung nach dem “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/

DSM-IV“ entwickelt. Darin ist eine mehrstufige Gliederung vorgenommen, in der bezüglich Alkoholerkrankungen vor allem folgende drei Klassen relevant sind: Alkoholintoxikation 303.00, Alkoholmissbrauch 305.00 und Alkoholabhängigkeit 303.90. Darüber hinaus sind in der Klassifikation nach DSM-IV auch noch Zusatzkodierungen vorgesehen, die den Krankheitsverlauf und die Situation im Falle eines stationären Aufenthalts beschreiben. Abseits von diesen drei, international weit verbreiteten Typologien, gibt es noch eine Vielzahl anderer, wie z.B. jene nach Cloninger [6], oder jene nach Lesch [7], [8].

Definitionen der Therapie

Die suchtherapeutische Versorgung gliedert sich in den Entzug und die darauf folgende Therapie. Im alltäglichen Sprachgebrauch wird unter dem Begriff Alkoholtherapie auch mitunter der Entzug subsumiert. Die beiden sind jedoch von einander zu trennen. Der akute Entzug bezeichnet die Akutbehandlung, und ist als solcher Voraussetzung für eine wirksame Therapie. Er erfolgt stationär und erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von 1-5 Tagen. Primäre Ziele sind Entgiftung, Behandlung von somatischen Störungen bzw. Entzugssyndromen sowie Sicherstellung der Abstinenz [9]. Postakut wird Alkoholismus mithilfe unterschiedlichster Therapievarianten der Postakutbehandlung therapiert, was zum Teil auch darin begründet ist, dass er häufig gemeinsam mit anderen psychischen Erkrankungen auftritt. Für unterschiedliche Arten des Trinkens gibt es zudem unterschiedliche Therapieformen.

3.2 Übersicht Größenordnungen international

Es ist problematisch, die Größenordnungen der diversen Prävalenzen und Inzidenzen in verschiedenen Ländern miteinander zu vergleichen. Zum Einen sind die einzelnen Zahlen bereits innerhalb der Länder oft heftig diskutiert, zum Anderen variieren die Definitionen zwischen den Ländern nach der Definition von „Alkoholabhängigkeit“ bzw. „chronischem Alkoholismus“, aber auch nach der Definition der Altersgruppen.

4. Länderanalysen

4.1 Österreich

In Österreich ist die alkoholtherapeutische Versorgung nicht einheitlich geregelt. Es existieren beispielsweise so gut wie keine überregionalen Versorgungsleitlinien oder Qualitätssicherungsinstrumente. Gängig ist ein etwa 2-7-tägiger Entzug mit primärem Fokus auf neurologischer Symptomatik und Entgiftung, dem eine 6-8-achtwöchige komplexe Entwöhnungsbehandlung folgen kann. Diese Praxis entspricht ursprünglich etwas dem 4-Stufen-Therapieplan nach Lesch, und ist unter anderem an der offenen Therapieklinik/Anton Proksch Institut API Kalksburg in Anwendung. Das Allgemeine Krankenhaus/AKH Wien erstellt für seine Klientinnen und

Klienten einen Therapieplan nach einem EDV-basierten Algorithmus, der an demselben Therapieplan orientiert ist. Die einzelne Therapie kann darüber hinaus noch individuell angepasst werden. Feuerlein et al. entwickelten ein Schema, das im Wesentlichen beinahe identisch wie jenes von Lesch ist, jedoch die Stufen 2 und 3 als eine einzige Phase von „Entzug, Entwöhnung und Weiterbehandlung“ definiert [10]. An der Christian Doppler Klinik des Bundeslandes Salzburg orientiert man sich in der Therapieplanung beispielsweise an den gemeinsamen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) [11]. Diese wurden von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gemeinsam verfasst. An der Therapieklinik in Kalsburg werden den Klientinnen und Klienten sog. „Case Manager“ zur Seite gestellt. Aufgabe dieser ärztlichen, oder klinisch/psychologischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist es, sie bei der Erstellung des Therapieprogramms, und sie bei Planung und Koordinierung der Hilfeangebote zu unterstützen. Das Therapieangebot ist sehr breit und gliedert sich in klinisch-psychologische und psychotherapeutische Aktivitäten, in gesundheitspsychologische Aktivitäten und in ergotherapeutische Aktivitäten [12]. Dem Modell des Case Managements stehen jene Konzepte gegenüber, in denen unmittelbar im Anschluss an die Diagnose ein Behandlungsplan erstellt wird, der danach strikt eingehalten wird. Insgesamt kann festgestellt werden, dass sich in Österreich zwar einige Parallelen in der alkoholtherapeutischen Versorgung finden, dass jedoch keine national gültigen Leitlinien, weder freiwilliger noch verpflichtender Natur, existieren. Im Gegensatz dazu werden die Diagnosen verpflichtend immer auf Basis der ICD 10 Codes erstellt, da diese Kodifizierung die Basis für den im österreichischen Abrechnungskatalog der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung LKF ist. Ambulante Leistungen werden pauschal abgerechnet.

4.2 Deutschland

In Deutschland wird in den letzten Jahren versucht, die Politik der alkoholtherapeutischen Versorgung stärker aus einer Public Health Perspektive in Angriff zu nehmen. Die einzelnen Einrichtungen wurden ausgebaut, und sollen nun zunehmend aufeinander abgestimmt werden, um eine übergreifende Behandlungsplanung zu erleichtern [13]. Die AWMF und die DG-Sucht richten in ihren Evaluierungen den Blick in erster Linie auf die Reduzierung des Gesamt- bzw. Durchschnittskonsums der gesamten Gesellschaft bzw. von Subgruppen [14]. Hintz et al. [15] treten für eine enge Kooperation zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und psychosozialen Beratungsstellen ein. Im Rahmen des ersten integrierten ambulanten Kurzzeitbehandlungsprogramms/IAK versuchten im Jahr 2001 100 Hausärztinnen und Hausärzte ihre Klientinnen und Klienten aktiv auf deren Alkoholprobleme anzusprechen und an eine Behandlung heranzuführen. Das Programm wurde ebenso nach den Leitlinien der AWMF aufgebaut und erzielte in den ersten Evaluationsstudien nach 12-monatigem Follow-up Abstinenzwerte von 33% all jener anfänglichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die zu Beginn „Abstinenz“ als ihr Veränderungsziel angaben. 2004 wurden von den Versicherungen 36.961 stationäre Entwöhnungstherapien bewilligt, wobei etwa 20% von Frauen in Anspruch genommen wurden, und 77% der Therapien von Renten-

versicherungsträgern finanziert wurden [16]. Eine ambulante Entgiftung und Therapie stellt jedoch im Vergleich zu einer stationären Betreuung höhere Anforderungen. Aus diesem Grund sind für das IAK als Einschlusskriterien Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 bzw. –missbrauch nach DSM-IV Kriterien, Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, Bereitschaft zur Abstinenz und Einhaltung des Therapieplans, sowie eine unterschützende Bezugsperson im häuslichen bzw. näheren sozialen Umfeld festgelegt [15]. Sicherheit und Effektivität des Programms wurden evaluiert und auf den Entzugsverlauf, die Haltequote und den Erfolg der Motivationsbehandlung hin überprüft. Auf Ebene der patientenrelevanten Outcomes brachte die Evaluation einer Stichprobe von 93 mehrjährig alkoholabhängigen Patientinnen und Patienten sowohl signifikante Verbesserungen im Bereich des Konsumverhaltens, als auch eine erstaunlich hohe Adhärenz von 93,5%, als auch Erleichterungen von typischen Entzugssymptomen. Eine für das Gesamtprogramm äußerst relevante Erkenntnis ist, dass sich 55% dieser Alkoholikerinnen und Alkoholiker im Rahmen der IAK zum ersten Mal einer Therapie unterzogen. Diese Tatsache lässt den Schluss zu, dass ein Kurzinterventionsprogramm, das die Hausärztinnen und Hausärzte stärker in die Therapiestrukturen mit einbezieht, deutliche Erfolge in Bezug auf die Erreichbarkeit der Betroffenen mit sich bringen kann. Zur Wirksamkeit unterschiedlicher Therapien läuft derzeit in Deutschland ein große randomisierte, klinische Studie mit dem Namen PREDICT, die jedoch nicht alleine die Messung klinische Effektivität einzelner Maßnahmen zum Ziel hat, sondern insbesondere auf die Frage abzielt, wie möglichst bald eine möglichst geeignete Therapie ausgewählt werden kann. Dazu stehen vor allem Fragen der Klassifikation von Patientinnen und Patienten im Vordergrund. Die Studie läuft derzeit noch, eine vergleichende Ergebnisanalyse mit Combine oder dem UKATT könnte aufschlussreich sein.

4.3 Niederlande

Die alkoholtherapeutische Versorgung in den Niederlanden hat lange Tradition und ist von einem großen Schwerpunkt im Bereich der Prävention geprägt. Darüber hinaus wird im Gegensatz zu vielen anderen Ländern ein umfassender integrativer Behandlungsansatz verfolgt. Konkret bedeutet dies, dass es in den Therapieeinrichtungen auch Beratungsstellen für andere typische Problembereiche gibt, mit denen sich Suchtpatientinnen und Suchtpatienten konfrontiert sehen (Lebensunterhalt, Arbeitslosigkeit, soziale Integration, Ausbildung,...). Im Jahr 1998 wurde mit einer grundlegenden Überarbeitung des Systems begonnen, die einen pragmatischen Ansatz von standardisierter Behandlung einbrachte, der unter anderem von einer weiten Überschneidung alkoholtherapeutischer Maßnahmen mit Behandlungen anderer Arten von Sucht gekennzeichnet ist [17]. Die Reform sollte die unterschiedlichen Behandlungsangebote auf der Basis von klinischer Evidenz und unter gesellschaftlichen, ethischen, ökonomischen Gesichtspunkten noch weiter zusammen führen. Ziel dabei war auch eine erhöhte Transparenz, nicht zuletzt, um die Abrechnung von Leistungen und die empirische Verwertbarkeit der Daten zu erleichtern. Vor dem Hintergrund der erhobenen und analysierten Eckdaten zur alkoholtherapeutischen Versorgung wurden potentielle Veränderungsfelder identifiziert, priorisiert, und auf ihre jeweilige Umsetzbarkeit in der Praxis hin geprüft. Es wurden acht unterschiedliche Behandlungsszenarien angewandt. Jedes dieser existierenden Szenarien wurde systematisch in einem 7-stufigen Evaluierungsprozess analysiert. Das Resultat der Analyse im

Jahr 2003 war, dass von den 8 geprüften Szenarien lediglich die „kurzen individuellen therapeutischen Interventionen“ und die „psychosozialen verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsangebote“ als effektiv eingestuft wurden. Für letztere wurde konkret folgendes Therapieangebot als klinisch effektiv festgestellt:

- Motivationsförderung
- Training sozialer Fertigkeiten
- Behandlungsvertrag
- Rückfallprävention
- Pharmakotherapie (GABA-Antagonist, Opiat-Antagonist, Disulfiram)
- Psychosoziale Interventionen

Die Autoren der Evaluation stellten fest, dass „sich kein Behandlungseffekt abhängig vom Setting stationär oder ambulant“ ergab [17]. Diagnose, Erstbehandlung und Evaluation werden über ein zentrales Dokumentationssystem abgewickelt. Auf diese Art und Weise können PatientInnenverwaltung und Abrechnung sehr effizient organisiert werden. Um die Auswahl der Therapie (-kombinationen) für die einzelnen Patientinnen und Patienten zu treffen wurde unter Berücksichtigung von andernorts ausgearbeiteter Zuordnungskriterien (u. A. Patient Placement Criteria der American Society of Addiction Medicine [2]) ein 4-stufiges Konzept erarbeitet, das auf möglichst moderaten Interventionen ansetzt, und die Patientinnen und Patienten erst im weiteren Verlauf je nach Notwendigkeit bzw. Rückfälligkeit einer intensiveren Behandlung zuweist. Insgesamt kann das Niederländische Therapiesystem als sehr pragmatisch und transparent betrachtet werden. Es bietet aufgrund der Dokumentationen und Datensammlung eine gute Basis für zusätzliche Evaluierungen, mithilfe derer klinische Qualität auf aktuellem Stand gehalten werden kann. Kritiker merken aber mitunter an, dass die strenge Einhaltung der zu Beginn getroffenen Diagnose nach den Schemata der Zuweisung bzw. Behandlungsstufen zu wenig Spielraum für das Eingehen auf atypische individuelle Behandlungsverläufe lässt.

4.4 Schweden

Basierend auf einem Public Health Ansatz wurden in Schweden die wesentlichen Verantwortlichkeiten im Bereich der alkoholtherapeutischen Versorgung auf der Ebene der Kommunen verankert. Dies soll die Einbeziehung der Hausärztinnen und Hausärzten und die Maßnahmen der öffentlichen Bewusstseinsbildung verstärken. Nationale Verantwortlichkeiten beschränken sich auf Gesetzgebungen, Unterstützungen und Überwachung der einzuhaltenden Vorschriften. Nach dem Leitbild des schwedischen Gesundheitsministeriums soll der Zugang zu Alkoholika beschränkt und die Nachfrage reduziert werden, das Wissen über Konsequenzen von Alkoholkonsum soll gefördert werden, sowie kosteneffektive Behandlungen und Therapien für alle zugänglich sein [18]. Im schwedischen Gesundheitswesen sind die Gebietskrankenkassen (försäkringskassan) die wichtigsten Kostenträger. Ca. 70 Prozent der Kosten werden durch regionale Steuern finanziert. Die alkohol- und narkotikatherapeutische Versorgung im Sozial- und Gesundheitswesen werden gemeinsam strukturiert und geplant. Die dominierende Therapieform ist die Tagesbehandlung. Ca. 12% der Patientinnen und Patienten werden bei Tagesinstitutionen

behandelt, 82% werden ambulant behandelt, 2% in Krankenhausabteilungen und 4% im Strafvollzug [19]. In der aktuellen Nationalen Schwedischen Versorgungsstrategie zu Alkoholismus [18] spielen Kurzinterventionen in Form von ambulanten Behandlungen noch immer eine wichtige Rolle. Der im Strategiepapier formulierte Zielkatalog bis 2010 enthält die Optimierung der Bereiche

- Qualität: koordinierte Mitbestimmung der Klientinnen und Klienten bei der Auswahl der Therapien,
- Versorgungszugang: regional unabhängige Versorgung mit vergleichbaren Leistungen,
- Versorgung benachteiligter PatientInnengruppen: spezielle Leistungen für Gruppen mit sozialer Benachteiligung oder erhöhten Risiken aufgrund von Komorbiditäten [19].

Das National Board of Health and Welfare ist eine der wenigen Organisationen, die den Begriff „treatment“ im Kontext von Sucht explizit definieren: „...’treatment’ is defined as ,services which are focused on initiating a break in the cycle of misuse and ensuring that this break is maintained and that individuals do not return to substance misuse, including medically supervised detoxification““. Im Rahmen von (gesetzlich nicht verbindlichen) Richtlinien für Missbrauchs- und Abhängigkeitsversorgung (Alkohol und Narkotika) für das Gesundheits- und Sozialwesen wurden 53 Empfehlungen entwickelt. Als Definitionsgrundlagen von Missbrauch und Abhängigkeit werden im klinischen Rahmen die Schemata ICD-10 oder DSM-IV benutzt. Im Sozialwesen fehlen jedoch diagnostische Definitionen, es gibt keine objektiven Kriterien, um Missbrauch oder Abhängigkeit festzustellen [20]. Derzeit werden für das Gesundheits- und Sozialwesen in 10 Qualitätsbereichen Indikatoren für die Beurteilung der Missbrauchs- und Abhängigkeitsversorgung entwickelt. Ein nationales Qualitätsregister für Missbrauchs- und Abhängigkeitsversorgung im Gesundheits- und Sozialwesen ist in Planung.

4.5 Großbritannien

Im Report zum Alcohol Needs Assessment Research Project ANARP wird lediglich 3% der britischen Bevölkerung eine echte Alkoholabhängigkeit attestiert. Diese im internationalen Vergleich sehr niedrige Zahl deutet darauf hin, dass die Begriffsdefinitionen zwischen den Ländern nicht immer einheitlich sind, was jedoch für die Effektivität der nationalen therapeutischen Versorgung nicht relevant sein muss. Im Jahr 2006 entwickelte das Department of Health die „Models of Care for Alcohol Misusers/ MoCAM“ [21]. Darin wird von Grund auf beschrieben, wie diverse Versorgungsleistungen implementiert werden sollten. Für die Einrichtung folgender Versorgungsleistungen wurden Definitionen, Interventionen, Settings und Kompetenzen festgelegt: alcohol-related information and advice, screening, simple brief interventions, referral, open access interventions, non-care-planned interventions, alcohol-specific interventions, community-based interventions, structured interventions, care-planned alcohol treatment, alcohol specialist inpatient treatment, residential rehabilitation. Auf diese Art und Weise wird in Großbritannien nun seit kurzem versucht, einerseits ein breites Spektrum an Versorgungsleistungen nicht zu verhindern, es andererseits jedoch zu synchronisieren, indem man die Einrichtung neuer Institutionen

reglementiert und dadurch auf der Basis von best practices eine Art „mainstream“ vorgibt. Der sogenannte „United Kingdom Alcohol Treatment Trial/UKATT“ ist Resultat einer Zusammenarbeit von Expertinnen und Experten aus den Bereichen Psychiatrie, klinische Psychologie, Biostatistik und Gesundheitsökonomie, und hat als RCT die Besonderheit, dass er neben seiner großer Fallzahl (576 Probandinnen und Probanden) auch Wert auf unterschiedlichste Perspektiven der Evaluation legt [22]. Es handelt sich hier einerseits um eine Messung klinischer Outcomes, jedoch sind beispielsweise mit dem Health Utilization Questionnaire ein ökonomischer Aspekt, und mit der Family Environment Scale eine Messgröße enthalten, die einen sozialen Parameter darstellt, als solcher im Kontext mit Sucht jedoch wiederum besondere klinische Relevanz birgt. Generell ist auch in Großbritannien die Therapieversorgung in klinischen und ambulanten Institutionen nicht vereinheitlicht. Die Tendenzen zu einer breiteren Behandlung des Themas jenseits der alleinigen klinischen Versorgung und Wirksamkeitsbeurteilung sind zwar klar zu erkennen, es gibt jedoch kein einheitliches Modell, nach dem im ganzen Land behandelt wird. Zum Einen sind präventive Maßnahmen im Sinne von Aufklärungskampagnen sehr populär, zum Anderen setzt man auch verstärkt auf Screenings. Unter Anderem wird dazu, die Entwicklung zuverlässiger Biomarker voran getrieben. Generell wird das Phänomen Alkoholismus eher entsprechend eines Public Health Ansatzes verfolgt.

4.6 USA

Die in den USA entwickelten „Patient Placement Criteria PPC-2R“ der American Society of Addiction Medicine/ASAM [2] stellen ein umfassendes Kompendium dar, das Standards in der Therapiezuweisung bei unterschiedlichen Diagnosen in unterschiedlichen Behandlungssettings beinhaltet. Es ist ein internationales Standardwerk, an dem sich viele Staaten und Institutionen in der Festlegung ihrer Behandlungsabläufe orientieren. Die Zuordnungskriterien beziehen sich allgemein auf substanzbezogene Suchterkrankungen, für Alkohol gibt es, so wie für andere Suchtmittel, spezifische Detailangaben. Die oberste Einteilung bezüglich der Therapiesettings stuft zwischen „early intervention“, „outpatient treatment“, „intensive outpatient / partial hospitalization treatment“, „residential / inpatient treatment“ und „medically managed intensive inpatient treatment“ ab. Darunter existiert noch eine Differenzierung, die die nötige Behandlungintensität innerhalb der einzelnen Stufen präzisiert. Bezüglich der Diagnose gilt es nach den Kriterien der ASAM folgende 6 Dimensionen zu beachten. In den PPC-2R wird besonderer Wert darauf gelegt, dass Versorgungssysteme sowohl auf klinischer Kompetenzebene, als auch in Bezug auf die Infrastruktur und Vernetzung mit anderen Einheiten immer imstande sein müssen, zumindest auch Zweifach-Diagnosen im Sinne von psychischen Störungen und gleichzeitigen Substanzabhängigkeiten behandeln zu können. Auf der Ebene der klinischen Effektivitätsforschung wurden in den USA in den letzten Jahren enorme Anstrengungen unternommen. Die University of New Mexico startete im Jahr 2001 einen großen RCT mit dem Titel COMBINE, im Rahmen dessen sie 1383 Abstinente mit der Diagnose primäre Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV Klassifikation behandelte. Ziel war es, durch Gruppenvergleiche und ein zwölfmonatiges Follow-up Aufschlüsse über die Effektivität von medikamentöser Behandlung (Naltrexon vs. Acamprosat) vs. kombinierter Verhaltenstherapie (CBI) vs. kombinierter

ter Therapie zu gewinnen [23]. 2004 präsentierten Anton et al. ihre Studie, wonach die Kombination von Naltrexon und CBI keine klinisch relevante Wirkung hat, jedoch die beiden Interventionen in Kombination mit anderen Therapieformen sehr wohl gut wirken. Acamprosat wird darin eine mangelhafte Effektivität bescheinigt.

4.7 Kanada

Kanada hat traditionell ein bundesstaatlich organisiertes Gesundheitswesen, was eine einheitliche Analyse in allen Bereichen erschwert. 2001 publizierte das kanadische Gesundheitsministerium Health Canada einen Überblick über 37 der wichtigsten Suchttherapieeinrichtungen, in denen Forschungsprojekte laufen. Aus dieser Dokumentation geht hervor, dass das Spektrum der Versorgung grundsätzlich breit ist und mehr oder weniger (un-)abhängig von den Provinzen unterschiedlichste Angebote zur Verfügung stehen: sowohl stationäre als auch ambulante Einheiten, „case management“ Programme, Entzugskliniken, tagesklinische Institutionen, aber auch Einrichtungen für betreutes Wohnen und andere mehr [24]. In der Dokumentation von Roundtables unter dem Motto „Toward a National Framework for Action on Substance Use and Abuse“ wird einmal mehr deutlich, dass Themen wie „defining terms/ agreeing on common language“, oder die Frage nach den Ursachen von Alkoholismus nicht definiert sind. Deutlich wird jedoch ebenso der Wunsch aller Beteiligten, das System durch gemeinsame Forschung und Organisation kosteneffektiver zu gestalten, weiterhin Forschungsoptionen offen zu halten, evidenzbasiert, transparent, langfristig und mit Bedacht auf ethische Fragen zu arbeiten [25]. Zur Darstellung der landesweiten Versorgungssituation liegt derzeit kaum ausreichendes Wissen vor. Dem aktuellen Protokoll des Canadian Centre on Substance Abuse zum Second Forum on the National Framework for Action to Reduce the Harms Associated with Alcohol and Other Drugs and Substances vom Mai 2008 sind jedoch die 13 „priorities“ zu entnehmen, nach denen die nationale Versorgung ausgerichtet werden soll. Diese „priorities“ stellen eine allgemein-politische Agenda über unterschiedliche Bereiche dar, in denen sich durch das Problem der Alkoholabhängigkeit besondere Anforderungen stellen [24]. Die Koordination der gemeinsamen Planung obliegt dem Canadian Centre on Substance Abuse. Das Beispiel Kanada dürfte im Laufe der nächsten Jahre insofern von hohem Interesse sein, weil hier versucht wird, auf nationaler Ebene bisherige regionale Konzepte zu reflektieren, und eine Gesamtstrategie zu entwickeln, die für unterschiedliche Provinzen anwendbar sein soll.

4.8 Australien

Bezüglich der Versorgungssituation mit Therapieeinrichtungen existieren in Australien seit 2003 gesetzlich nicht verbindliche Guidelines, die einen starken Fokus auf Screening und Maßnahmen der öffentlichen Bewusstseinsbildung enthalten. Das National Drug and Alcohol Research Center NDARC versuchte einen Überblick über die Evidenz vorhandener Behandlungsstrategien zu geben. Die daraus resultierenden Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems [26] sollten jedoch nur als eine Art Nachschlagewerk für Institutionen und Entscheidungsträger dienen, die ihre Versorgungsstrukturen auf der Basis ihrer Ressourcen und unter Einbeziehung individueller Bedürfnisse gestalten.

Darin wird betont, dass manche Strategien, wie zum Beispiel Kurzinterventionen sehr effektiv sein können, insgesamt wird jedoch weniger eine Politik der Spezialisierung, sondern eher die Schaffung eines breiten Angebotspektrums gut evaluierter Instrumente empfohlen. Dies bezieht sich nicht nur auf den angewandten Therapiebereich, sondern in gleicher Weise auf das Feld der Primärprävention. Die beschriebenen Bereiche wie etwa ‚Screening‘, ‚Relapse Prevention‘, ‚Psychosocial Interventions‘ oder ‚Patient-Treatment Matching‘ werden im Kontext ihrer klinischen, organisatorischen oder sonstigen Einflüsse dargestellt und in Einzelaussagen „zerlegt“. Diesen wird ein Evidenzlevel auf einer Skala von I - IV zugeordnet. Die unterschiedlichen „Level“ definieren sich nach der Qualität der Evidenz bzw. der Studiendesigns. In ihren Definitionen bedienen sie sich der diagnostischen Kriterien der DSM-IV Klassifizierung. Auf Basis der erstellten „Mikroassessments“ wird dann für einzelne Handlungsoptionen innerhalb eines Bereichs, beispielsweise des Screenings, eine Empfehlung mit der Stärke ‚strong‘, ‚moderate‘ oder ‚fair‘ abgegeben. Um die „Guidelines“ auch in die Nähe einer praktischen Anwendung zu bringen, wurde je ein Ablaufdiagramm für ein Screening und eine Intensivtherapie verfasst, das die Zuordnung der Inhalte bei der Erstellung bzw. der Analyse eines Programms erleichtert. Insgesamt ist die australische Alkoholversorgung also bewusst nicht zentralisiert. Selbst die Standardisierung der Maßnahmen wird bewusst weitgehend jenen Expertinnen und Experten überlassen, die Versorgungsentscheidungen treffen. Es existiert jedoch ausführliche Information zur Evidenz der Einzelinterventionen. Zur Organisation von Screenings bzw. Therapieprogrammen werden konkrete Ablaufschemata vorgeschlagen, die einzige „harte“ Empfehlung betrifft jedoch die Bereitstellung eines breiten Angebotspektrums. Insgesamt wird deutlich ausgedrückt, dass die australische Regierung versucht, der Diversität der Bedürfnisse in der alkoholtherapeutischen Versorgung Rechnung zu tragen.

4.9 Dänemark

In Dänemark wird die alkoholtherapeutische Versorgung zwischen Landtagen, Kommunen, ärztlichem und Pflegepersonal sowie freiwilligen Organisationen koordiniert. Politische Maßnahmen betreffen vor allem die präventive Arbeit, frühe Interventionen, therapeutische Behandlungen sowie die Nachbehandlung. Die Hausärztinnen und Hausärzten haben, ähnlich wie in Schweden, eine Schlüsselfunktion in der Aufdeckung bzw. Bewusstmachung von Alkoholismus, Beratung und im Führen von motivierenden Gesprächen [27]. Folgende Behandlungsoptionen sind grundsätzlich vorgesehen: Informationsgespräche durch Hausärztinnen und Hausärzte oder in Krankenhäusern, komplementäre Versorgungsleistungen, intensive Therapien im Rahmen von Gruppen oder Einzelbehandlungen, kürzere und flexiblere Interventionen sowie Versorgung in Abhängigkeit der jeweiligen psychiatrischen (Erst-)Diagnose. Seit 2007 haben die Kommunen Prävention und Behandlung sowie die ökonomische Verantwortung von den Ländern und die Verantwortung für Nachbehandlung und soziale Unterstützung übernommen. Die dominierende Therapieform ist die individuelle Gesprächstherapie. Während der intensivsten Behandlungsphase werden 2 bis 4 Mal im Monat ca. 30-60minütige Gespräche geführt. Personen mit Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblemen werden vornehmlich ambulant behandelt. Lediglich 4% bekommen Tagesbehandlungen, die hauptsächlich in privaten Institutionen stattfinden. Die frühe Erkennung von Alkoholproblemen und frühe Interventionen sind Berei-

che, die in der dänischen Alkoholpolitik hohe Priorität genießen [27]. In ein paar Regionen ist die alkoholtherapeutische Versorgung standardisiert oder teilweise standardisiert. Das Motivational Interviewing und der Addiction Severity Index sowie die kognitive Therapie und die systemische Therapie werden oft als standardisierte Methoden verwendet. Ca. 75% aller Patienten werden derzeit mit standardisierten Methoden untersucht und behandelt. Seit 1. Januar 2006 gibt es ein Nationales Alkoholbehandlungsregister/ NAB in Dänemark. Die Zielsetzung ist, auf Basis der Daten Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit zu erforschen, sowie die Behandlungen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen (Monitoring). Trinkgewohnheiten, Herkunft, sozioökonomischer Status sowie Information über die Behandlung und Behandlungsfortschritte werden analysiert. Ziel ist es auch, mithilfe des Registers zentrale und regionale Institutionen besser koordinieren zu können.

5. Diskussion und Schlussfolgerung

Sogar in Ländern, die ein nationales Gesundheitssystem haben und/oder über eine sehr gute Dokumentation über Versorgungsstrukturen und Leistungsgeschehen verfügen, zeigt es sich schwierig, einheitliche Strukturen in der alkoholtherapeutischen Versorgung auszumachen. Im Gegensatz zu anderen, klinischen Feldern, konnte bis dato auf internationaler Ebene keine Therapiestrategie allgemeine Akzeptanz finden. Dafür gibt es im Wesentlichen vier Gründe: neben kulturell unterschiedlichem Umgang mit Alkohol und den Folgen von übermäßigem Konsum und den jeweiligen Prioritätensetzung in der Frage der Relevanz von alkoholtherapeutischer Versorgung und der diesbezüglich vorhandenen Ressourcen sind dies die uneinheitliche Ausgangslage im Sinne von Infrastruktur und Gesamtkonzeption des öffentlichen und privaten Gesundheitswesens, sowie die vorherrschende klinisch-therapeutische Überzeugung der entsprechenden Entscheidungsträger und der Einrichtungen der Prävention. Im Gegensatz dazu sind in einzelnen Staaten dennoch Bemühungen bezüglich einer Evaluation von therapeutischen Versorgungsstrategien zu bemerken. Diese Entwicklungen sind nicht überall gleich weit fortgeschritten, das Beispiel von Kanada zeigt jedoch, dass sich auch in Ländern, in denen das Gesundheitswesen traditionell regional sehr unterschiedlich geregelt ist, Gruppen von verantwortlichen Expertinnen und Experten bilden, die Initiativen zur Koordinierung von Maßnahmen, zur Evaluation der Wirksamkeit und zur Kosteneffektivität von Versorgungsmaßnahmen gründen. Im Zuge der Recherche stellte sich heraus, dass die Evidenz zu Empfehlungen vornehmlich auf der einen Seite aus klinischen Expertisen und deren Formulierung in Form von Behandlungsrichtlinien/-leitlinien besteht, und auf der anderen Seite aus, im weiteren Sinne, politischen Papieren, die sich mit der Implementierung von Programmen oder der strukturellen Ausrichtung von Systemen auseinandersetzen. In Abhängigkeit von Setting und System kommen diverse Verfahren in unterschiedlichsten Kombinationen zum Einsatz.

Ziel ist es, sich in der Evaluation von Strategien nicht auf einzelne Interventionen zu beschränken, sondern eine breite Palette an möglichen Behandlungsalternativen zu prüfen. Unabhängig von der Schwerpunktsetzung der Länder sind Screenings, Kurzinterventionen, stationäre bzw. ambulante Behandlungsmodelle, psychotherapeutische sowie familientherapeutische Ansätze oder medikamentöse Therapien einander ergänzende Strategien. Die klinische

Effektivität einzelner Maßnahmen wird bereits seit langem geprüft, die Kosten-Nutzen-Evaluierung sowie die Prozessqualität von kombinierten Versorgungsangeboten sind jedoch die Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt.

Die Frage, ob Case Management Modelle effektiver sind als streng geplante Therapieverläufe, ist derzeit nicht zu beantworten, da Ergebnismessungen unterschiedlicher Therapiepläne rar sind, resp. nicht vorliegen. Auch Fragen zur Kosteneffektivität der Alternativen sind offen. Um letztere Frage zu klären ist es notwendig, die Kostenstrukturen der einzelnen Ansätze inklusive ihrer Folgekosten zu erfassen bzw. zumindest zu definieren und einzugrenzen. Um den Nutzen zu beurteilen, sind messbare PatientInnen-Outcomes zu definieren, mithilfe derer die einzelnen Interventionen beurteilt werden können. Um die systemische Komponente zu berücksichtigen ist es zusätzlich wichtig, Prozess-Parameter zu bestimmen, die das Versorgungs-Programm in seiner Gesamtheit beurteilen. Es ist auffallend, dass kaum ein Land die therapeutische Versorgung verpflichtend standardisiert, was zum Einen an mangelnder Evidenz, d.h. aussagekräftigen Studien, in diesem Gebiet liegen dürfte, zum anderen jedoch auch an der Problematik, dass psychische Erkrankungen wie Sucht schon in Bezug auf die Behandlungszuweisung nach jeweiliger klinischer Diagnose vergleichsweise schwierig zu standardisieren sind. Aus therapeutischer Sicht ist es evident, dass Versorgungspolitik nicht vom sozialen Kontext in dem sich die Betroffenen befinden, losgelöst werden kann. Als eine der wenigen Gemeinsamkeiten in den Versorgungsstrukturen findet sich überall die Eingliederung in soziale Netzwerke als notwendiger Bestandteil der Versorgung, um eine realistische Chance auf dauerhafte Abstinenz zu gewährleisten. Mit wenigen Ausnahmen sind großflächige Erfassungen im Rahmen von Registern oder Ähnlichem nicht üblich. Dies mag zum Einen an datenschutztechnischen Gründen und der Stigmatisierung von Alkoholismus liegen, zum Anderen scheint aber auch die diagnostische Klassifizierung nicht ausreichend detailliert, um repräsentatives Datenmaterial zu sammeln.

Um die Wirksamkeit und Kosteneffektivität alkoholtherapeutischer Versorgung auf Dauer wirklich vergleichbar machen zu können, bedarf es einer vermutlich doppelten Strategie. Einerseits die Betrachtung von Einzelmaßnahmen, deren Zweck, Kontext und Zielgruppe gut abgrenzbar ist, und die so auch über Details Auskünfte geben kann, und andererseits der Vergleich von Ländern oder Regionen, die einen ähnlichen, breiten Fächer an Versorgungsleistungen anbieten, deren politische und epidemiologische Daten zusätzlich gut bekannt bzw. leicht zu erheben sind. Hier muss sich das Angebot nicht zu 100% überschneiden, solange grundsätzlich eine breite Versorgung im Sinne vieler verschiedener Maßnahmen gewährleistet ist. Eine derartige doppelte Analysestrategie könnte Auskunft darüber geben, welche Instrumente spezifisch für einen bestimmten Kontext tauglich sind, und welche im gesamten Leistungsspektrum in der Regel dienlich sind, selbst wenn sie auch im Einzelfall nicht immer ganz treffsicher sein sollten.

In diesem Zusammenhang sind die Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems des australischen National Drug and Alcohol Research Center bemerkenswert, zumal sie mit ihren Assessments, wenngleich auf sehr unverbindlicher Ebene, eine Basis für die Konzeption von Versorgungssystemen leisten. Jedoch finden sich auch in einigen anderen systematischen Arbeiten Parameter, die über einen regionalen Kontext hinaus Gültigkeit haben und anhand derer ein System gemessen, bzw. neu konzipiert werden könnte. Für

die konkrete Evaluation von Versorgungseinrichtungen können die Evaluation der niederländischen Jellinek-Klinik und der britische UKATT als Basis dienen. Das gesamte Ausmaß der internationalen Evidenz ist derzeit noch als sehr uneinheitlich einzustufen, was sicherlich auch an der Tatsache liegt, dass viele wichtige Dokumente nicht veröffentlicht werden, und auch mit eingehender Suche nach grauer Literatur nicht zu finden sind. Es ist jedoch erkennbar, dass auch im Bereich der alkoholtherapeutischen Versorgungsmodelle Evaluierungen und einheitliche Standards immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Literatur

1. Jellinek EM. The Disease Concept of Alcoholism. New Haven 1960.
2. American Society of Addiction Medicine I. ASAM PPC-2R Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders. 2. ed. Chevy Chase, Maryland: ASAM 2001.
3. World Health Organization WHO. WHO Global Status Report on Alcohol 2004; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/netherlands.pdf (30.08.2008)
4. Uhl A, et al. Handbuch Alkohol Österreich 2008 – Zahlen, Daten, Fakten, Trends 3., überarbeitete und ergänzte Auflage ed. Wien 2008.
5. Med Austria – DIMDI. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision Version 2.0 ed.
6. Cloninger RC, et al. Type I and Type II Alcoholism: an update. 1996.
7. Lesch OM, Bonte W, Walter H, Musalek M, Sprung R. Verlauforientierte Alkoholismusdiagnostik. Stuttgart 1990.
8. Lesch OM, Walter H. Alkoholabhängigkeit: Wiener Gebietskrankenkasse 2004.
9. Hertling I, Ramskogler K, Riegler A, Zoghiami A, Walter H, Lesch OM. Entzugsbehandlung von alkoholabhängigen Patienten. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. 2001;1:41-6.
10. Feuerlein W, ed. Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage ed. Stuttgart 1979.
11. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Leitlinien der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) für die Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. 2003.
12. Feselmayer S, Puchinger H, Andorfer U, Scheibenbogen O, Zadro-Jaeger S, Kerschbaum I, et al. Abteilung für substanzabhängige (primär alkohol- und medikamentenabhängige) Frauen am Anton-Proksch-Institut/Kalksburg. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. 2003;3/4:15.
13. Hüllinghorst R. Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht 2007. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Neuland, Hamm 2007.
14. Kufner H. Therapieevaluation als Evidenzbasis der Suchttherapie. Psychotherapie im Dialog. 2003;2:8.
15. Hintz T, Schmidt G, Reuter-Merklein A, Nakovics H, Mann K. Qualifizierter ambulanter Alkoholentzug: Enge Kooperation zwischen/Hausarzt und Deutsches Ärzteblatt. 2005 05/01;102.
16. Hüllinghorst R. Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In: Jahrbuch Sucht 2006. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Neuland, Hamm 2006.
17. Krappel C. Die Einführung Evidenz-orientierter Behandlung zum „Patient treatment matching“. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. 2004;1.
18. Ministry of Health and Social Affairs organisation. Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner. 2005 Available from: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/05/33/44/c3f9abcd.pdf> (20.06.2008)
19. Ministry of Health and Social Affairs organisation. Strategi för utveckling av missbruks- och beroendevården - inriktningen till och med 2010 och insatser under 2008; (2008b). Available from: <http://www.regeringen.se/sb/d/10566/a/103607> (20.06.2008)

literature search and evaluation of publications and fugitive literature. **Results:** Different diagnostic typologies are just as much a reason for internationally heterogeneous treatment practices as, for instance, the general tradition of quality assurance and organisational structures in public health care, which vary widely from country to country. **Conclusions:** Although there is an abundance of comprehensively evaluated individual interventions, nationwide co-ordinated models for integrated treatment for alcoholism are very rare. Since most of these only came into existence recently, there is little evidence as yet for quality analysis.