



Henning Krampe

Deutsche Suchtstiftung Matthias Gottschaldt

ALITA – Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke

Henning Krampe, Sabina Stawicki, Thilo Wagner, Katja Ribbe,
Ahmed El Kordi, Silja Niehaus, Wiebke Timmer, Hannelore Ehrenreich

Max-Planck-Institut für Experimentelle Medizin, Division Klinische Neurowissenschaften Göttingen

psychoneuro 2005; 31 (10): 507–512

Die von Prof. Dr. Dr. Hannelore Ehrenreich geleitete Division Klinische Neurowissenschaften am Max-Planck-Institut für Experimentelle Medizin in Göttingen arbeitet seit über zehn Jahren unter dem Motto: „From bench to bedside and back again“. Die verschiedenen Projekte der Grundlagenforschung untersuchen die therapeutische Anwendbarkeit endogener neuroprotektiver Substanzen. Die konsequente Umsetzung des Gedankens der „Translational Medicine“ spiegelt sich darin wider, dass parallel dazu vier klinische Studien in jeweils unterschiedlichen Entwicklungsstadien laufen:

- die Multicenter-Studie zu Erythropoietin bei Schlaganfall (Phase II/III)
- die Multicenter-Studie zu Erythropoietin bei Schizophrenie (Phase II)
- die Phase-IIa-Studie zu Melatonin bei Amyotropher Lateralsklerose (ALS)
- die Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA).

Der vorliegende Artikel beschreibt den aktuellen Stand, sowie die Ergebnisse und Perspektiven des ALITA-Projektes, für das dem Diplom-Psychologen Dr. Henning

ALITA, die Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke, wurde 1993 als umfassendes Forschungsprojekt entwickelt. Dieser Artikel beschreibt den aktuellen Stand, sowie die Ergebnisse und Perspektiven des ALITA-Projektes. Im Sommer 2003 wurde die monozentrische Pilot-Studie in Göttingen nach zehn Jahren und dem Einschluss von 180 Patienten erfolgreich abgeschlossen. Mehr als 50% der Patienten blieben über einen Follow-up-Zeitraum von bis zu sieben Jahren nach Therapieende abstinent. Die Arbeitslosenrate fiel von 58% auf 22%, die komorbiden psychiatrischen Störungen gingen von 60% auf 13% zurück. Eine aktuelle videobasierte prospektive Längsschnittstudie untersucht, welche Therapieprozesse diesem Erfolg zu Grunde liegen. Derzeit beginnt eine Multicenter-Studie zur Umsetzung von ALITA auf Franchise-Basis.

Krampe am 8. April 2005 in Würzburg als Repräsentanten der Arbeitsgruppe der Wilhelm-Feuerlein-Preis der Deutschen Suchtstiftung Matthias Gottschaldt verliehen wurde.

ALITA, die Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke, wurde 1993 als umfassendes Forschungsprojekt zur Behandlung der Alkoholkrankheit entwickelt (2, 6). Im Sommer 2003 wurde der aktive therapeutische Teil dieser monozentrischen Pilot-Studie in Göttingen nach zehn Jahren und dem Einschluss von 180 Patienten erfolgreich abgeschlossen. Zur Zeit ist geplant, ALITA als multizentrisches Projekt umzusetzen. Diese Multicenter-Studie verfolgt zwei Hauptziele: 1. Reproduktion des ungewöhnlich hohen Behandlungserfolgs in anderen Zentren unter strikter Qualitätskontrolle und sorgfältiger Evaluation. Dazu wird das Verfahren des „Franchising“ angewandt

(siehe unten). 2. Nutzung des Multicenter-Setting zur systematischen Untersuchung der psychologischen und biologischen Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis.

Das ALITA-Projekt wurde durch eine Zwei-Jahres-Förderung des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales unterstützt und hat aktuell eine Drei-Jahres-Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) erhalten.

■ Das ALITA-Programm

ALITA ist ein neues biopsychosoziales Behandlungsprogramm für schwer Alkoholranke, das sich direkt an die stationäre Entgiftung anschließt und über zwei Jahre erstreckt (Tab. 1 und 2).

Bisher wurden 180 Alkoholranke (144 Männer, 36 Frauen) behandelt. Unter Berücksichtigung der Schwere der Alkoholabhängigkeit,

Tab. 1 Wesentliche Elemente des ALITA-Konzepts**Hochfrequente Kurzgesprächskontakte**

Strukturierte, sichernde Anbindung durch supportive, wenig fordernde Kurzgespräche; initial täglich 15 Minuten, einschließlich an Wochenenden und Feiertagen; langsame Reduktion der Kontaktfrequenz mit dem Ziel einer regelmäßigen und dauerhaften wöchentlichen Gruppenteilnahme

Kriseninterventionsbereitschaft

Das ALITA-Team ist im Notfall für die Patienten und deren Angehörige immer erreichbar: 24 Stunden, 365 Tage

Soziale Reintegration

Gezielte Unterstützung beim Wiederaufbau eines abstinentzfördernden sozialen Umfelds; aktive Hilfe bei Problemen mit Angehörigen und Freunden; Angehörigen- und Paargespräche; Beratung und Unterstützung bei Wohnungssuche, Umzug, Behörden, Wiedereinstieg ins Berufsleben, Schuldentilgung und Klärung juristischer Angelegenheiten

Schaffung einer Alkoholunverträglichkeit

Einnahme von Calciumcarbimid (Colme®) bzw. Disulfiram (Antabus®) als sogenannte Alkoholaversiva (die Hemmung des alkoholabbauenden Enzyms Acetaldehyd-Dehydrogenase führt im Falle der Aufnahme von Alkohol zur Anhäufung des toxischen Acetaldehyds mit den Folgen einer „inneren Vergiftung“, der sogenannten „Antabusreaktion“, d.h. knallroter Kopf, Blutdruckentgleisung, Pulsrasen, Übelkeit, Erbrechen, eventuell „Kreislaufkollaps“)

Kontrolle

Regelmäßige Urin- und Blutuntersuchungen auf Alkohol und andere Suchtstoffe (3); wenn notwendig zusätzlich Atemtests. Kontrollierte Einnahme der Aversiva und Fokussierung auf ihre psychologische Wirkung

„Aggressive Nachsorge“

Sofortige Beendigung beginnender oder Verhinderung drohender Rückfälle durch „aggressive therapeutische Einsätze“: Patienten, die einen Therapiekontakt versäumt haben, werden aufgefordert, die Therapie weiterzuführen oder die Abstinenz wieder aufzunehmen; Beispiele der „aggressiven Nachsorge“ sind spontane Hausbesuche, Telefonanrufe, Einbeziehen von nahen Freunden und Verwandten

Therapeutenrotation

Ein Team aus sechs bis sieben Therapeuten (Leitender Psychiater, Psychologe, Arzt, Sozialpädagoge, Krankenpfleger, Medizindoktorand, Psychologiediplomand) ist gleichermaßen für alle Patienten zuständig. Die klassische Zuweisung des Patienten zu einem Einzeltherapeuten wurde aufgehoben

der Komorbidität und der sozialen Beeinträchtigung bei Therapieeintritt zeigt sich trotz dieser „Negativ-Selektion“ eine Follow-up-Erfolgsrate von über 50% abstinenten Patienten.

Die Patienten waren bei Aufnahme in das Programm durchschnittlich 44 ± 8 Jahre alt, 18 ± 7

Jahre alkoholabhängig und hatten 7 ± 9 stationäre Entgiftungen sowie 1 ± 1 gescheiterte stationäre Langzeittherapien hinter sich. Fast 60% der Patienten waren langzeitarbeitslos. Der Anteil an Patienten mit aktuellen psychiatrischen komorbiden Störungen aller Kategorien belief sich bei ALITA auf 80%. Unter schwe-

ren, teils irreversiblen körperlichen Alkoholfolgeschäden (z.B. Leberzirrhose, Polyneuropathie, chronische Pankreatitis) litten zu Therapiebeginn ca. 60%.

Therapieergebnisse im Langzeitverlauf

Berücksichtigt man, dass es sich bei den Patienten um schwer beeinträchtigte Alkoholkrankte handelt, ist die langfristige Erfolgsrate von ALITA unglaublich hoch: mehr als 50% der Patienten bleiben über einen Follow-up-Zeitraum von bis zu sieben Jahren nach Therapieende abstinent (Abb. 1). In der Literatur werden gewöhnlich Abstinenzraten von weniger als 30% nach Follow-up-Zeiträumen von weniger als einem Jahr (selten über zwei Jahre) berichtet.

Das ALITA-Programm bietet die einzigartige Möglichkeit, eine gut charakterisierte Stichprobe von Alkoholkranken über einen langen Zeitraum kontrollierter Alkoholabstinenz zu beobachten. In dieser idealen Situation lassen sich alko-

Tab. 2 Durchführung des Therapieprogramms**Stationäre Vorphase: Entgiftung**

2–3 Wochen; tägliche Einzelkontakte, jeweils 15 Minuten; Disulfiram (Antabus®), 100 mg täglich, oder Calciumcarbimid (Colme®), 50 mg täglich

Ambulante Phase I: Intensivphase

3 Monate; tägliche Einzelkontakte, jeweils 15 Minuten; Disulfiram (Antabus®), 100 mg täglich, oder Calciumcarbimid (Colme®), 50 mg täglich

Ambulante Phase II: Stabilisierungsphase

3–4 Monate, je nach individuellem Bedarf; 3 Einzelkontakte pro Woche, jeweils 15 Minuten; Disulfiram (Antabus®), 400 mg, 3 mal pro Woche

Ambulante Phase III: Ablösungsphase

6 Monate; 2 Einzelkontakte pro Woche, jeweils 30 Minuten; Disulfiram (Antabus®), 400 mg, 2 mal pro Woche

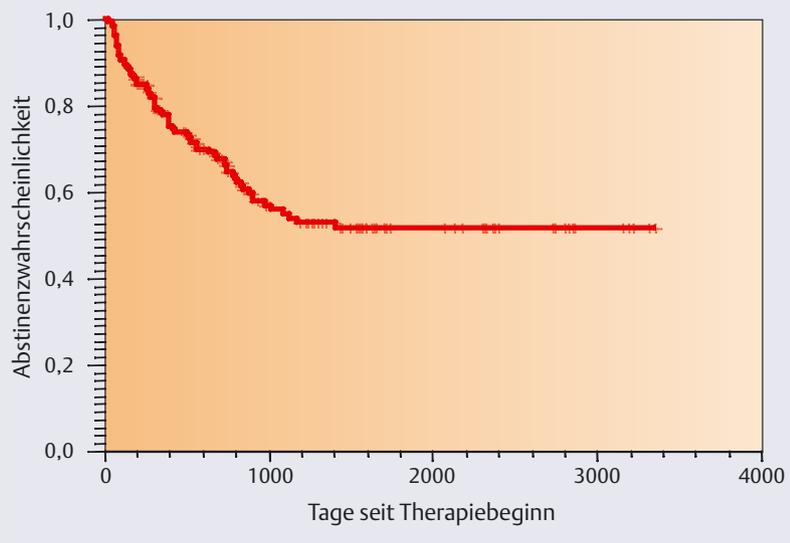
Ambulante Phase IV: Nachsorgephase

12 Monate; eine wöchentliche Gruppensitzung; initial noch wöchentlich ein Einzelgespräch (30 Minuten) das schrittweise eingestellt wird; Disulfiram (Antabus®), 400 mg, einmal wöchentlich, Absetzen zwischen Monat 13 und 20, individuelle Verlängerung ist möglich

holinduzierte Störungen ebenso gut erforschen wie die Prozesse und Mechanismen der Regeneration. Die im ALITA-Setting bearbeiteten Themen erstrecken sich von Chromosomenaberrationen, Veränderungen im hämatopoietischen System bis zu Dysregulation von Stress- und Sexualhormonen. In aktuellen Studien wurden weitere persistierende Veränderungen in vielen metabolischen und neuroendokrinen Parametern, wie z.B. die dauerhafte Störung des Wasser- und Elektrolythaushalts und des Durstgefühls, gefunden (1, 7). Diese Ergebnisse stellen möglicherweise die Grundlage für zukünftige pharmakologische Therapien dar. Die zugrundeliegenden „Mechanismen der Irreversibilität“ könnten direkt oder indirekt mit dem Phänomen der Abhängigkeit oder mit bestimmten suchtassoziierten Verhaltensweisen in Verbindung stehen.

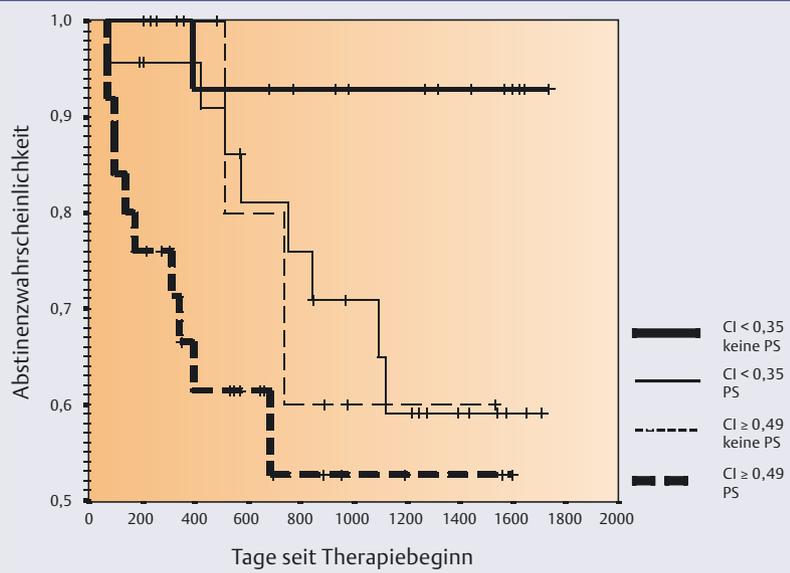
In Zeiten knapper wirtschaftlicher Ressourcen ist es nötig, Prognosefaktoren zu identifizieren, mit denen der individuelle Behandlungsbedarf alkoholkranker Patienten geschätzt werden kann. Dadurch können sowohl unangemessen kurze Behandlungen, die zu sofortigem Rückfall und psychologischen, körperlichen und sozialen Katastrophen führen, als auch unnötige und kostenintensive Überbehandlung verhindert werden. Das Niedersächsische Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales förderte ein ALITA-Projekt zur Erforschung psychosozialer Prädiktoren des Therapieerfolges, bei der eine Teilstichprobe von 112 Patienten über einen Zeitraum von vier Jahren prospektiv verfolgt wurde (11, 12). Abbildung 2 zeigt, dass die Abstinenzwahrscheinlichkeit mit ca. 50% bei den Patienten am niedrigsten ist, die eine hohe Chronizität (Dauer der Suchtkrankheit in Relation zum Lebensalter) und zusätzlich eine komorbide Persönlichkeitsstörung aufweisen. Hervorragende Ergebnisse erreichen weniger beeinträchtigte Patienten, die eine niedrige Chronizität und keine Persönlichkeitsstörung haben. Betrachtet man den Verlauf der Kurven in Abbildung 2 genauer, wird auffällig, dass die beiden Prädiktoren Chronizität und Persönlich-

Abb. 1 Kumulative Abstinenzwahrscheinlichkeit im 9-Jahres-Verlauf (S = 0,52; n = 180)



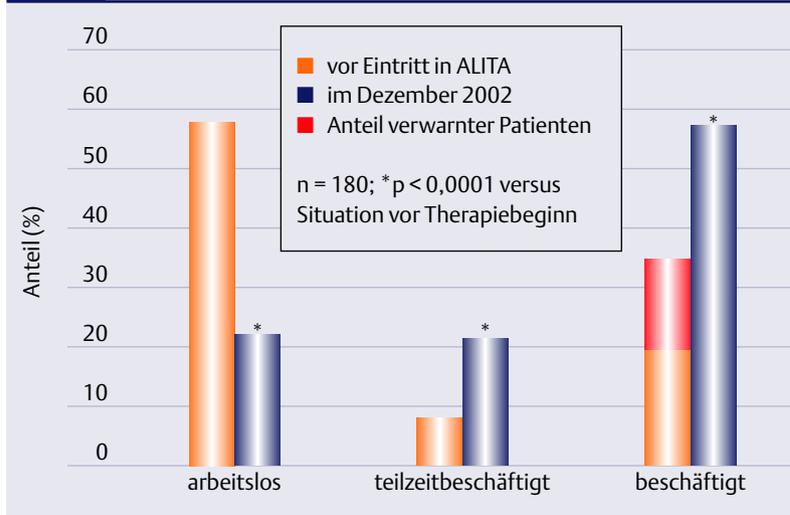
keitsstörung unabhängig voneinander sind. Für die klinische Praxis bedeutet dies, dass Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen und/oder einer hohen Chronizität einen dringenden Bedarf an intensiver,

Abb. 2 Interaktion der Faktoren Persönlichkeitsstörung und Chronizität (Extremgruppen-Analyse)



Die vier Abstinenzkurven unterscheiden sich signifikant voneinander (Breslow-Statistik = 10,36; $p = 0,02$). Im Einzelvergleich der Abstinenzkurven sind Patienten, die beide Risikofaktoren aufweisen, deutlich stärker rückfallgefährdet (0,53; $n = 25$, gestrichelte fette Linie) als Patienten, die keine Persönlichkeitsstörung und nur eine leichte Chronizität aufweisen (0,93; $n = 14$, durchgezogene fette Linie) (Breslow-Statistik = 5,5; $p = 0,02$). Die Abstinenzkurven der Patienten, die nur durch die Persönlichkeitsstörung (0,59; $n = 23$, einfache Linie) oder durch die starke Chronizität (0,60; $n = 11$, gestrichelte Linie) beeinträchtigt sind, nähern sich der Abstinenzkurve der Patienten an, die mit beiden Risikofaktoren belastet sind. Dies zeigt, dass die beiden Rückfallprädiktoren relativ unabhängig voneinander die Abstinenzwahrscheinlichkeit der Patienten senken. (Zensierte Fälle sind durch Kreuze gekennzeichnet)

Abb. 3 Wiederbeschäftigung bei ALITA



umfassender und langfristiger Behandlung haben.

Der Erfolg von ALITA und wie er zu erklären ist ...

Basierend auf der hohen Abstinenzrate der schwer beeinträchtigten chronisch Alkoholkranken im ALITA-Programm konnten enorme Verbesserungen in psychologischen, biologischen und sozialen Parametern dieser Patientengruppe erreicht werden. Die Arbeitslosenrate der ALITA-Patienten sank von 58% auf 22% in einer Region (Göttingen) mit einer Arbeitslosenquote von 17% (Abb. 3).

Abbildung 4 zeigt den hochsignifikanten Rückgang von komorbiden

psychiatrischen Störungen (vor allem Depression und Angststörungen) im Verlauf der Behandlung vom ersten Therapiemonat bis zum Therapieende nach zwei Jahren (13). Des weiteren zeigen die Patienten einen deutlichen Rückgang der körperlichen Alkoholfolgekrankheiten, die von Lebererkrankungen bis zu Polyneuropathie reichen.

Abgesehen von der wiedererwonnenen Lebensqualität wird durch das ALITA-Programm eine enorme Kostenreduktion im Bereich der gesamten Gesundheitsversorgung der Patienten erreicht. Wie kann der ungewöhnliche Erfolg dieser sehr strukturierten, intensiven und umfassenden Langzeitbehand-

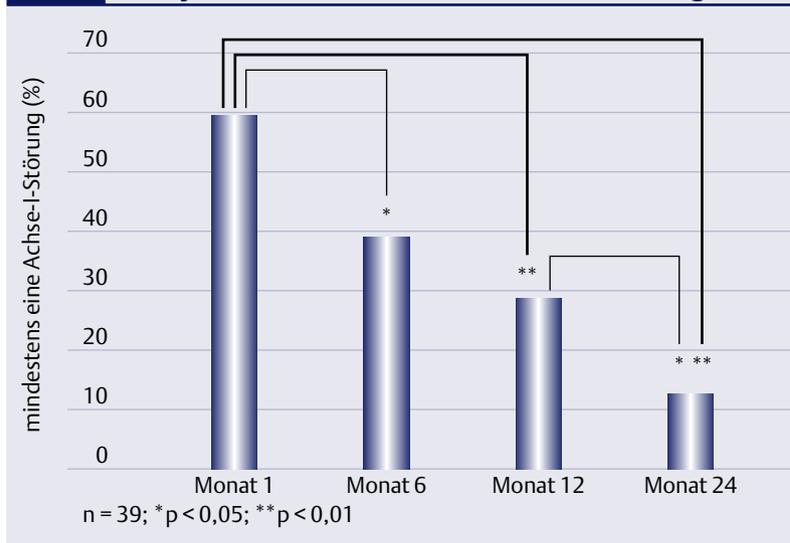
lung erklärt werden? Ein zentraler Wirkfaktor von ALITA scheint die Therapeutenrotation zu sein (8–10). Dieses ALITA-Element stellt eine „Revolution in der Psychotherapie“ dar. Die Tatsache, dass sechs bis sieben Therapeuten gleichermaßen für jeden Patienten zuständig sind, erweitert die übliche dyadische Beziehung zwischen Therapeut und Patient, so dass ein höchst effizientes multiples therapeutisches Netzwerk entsteht. Die Therapeuten halten sich übereinstimmend an die festgelegten Regeln des Programms und die Inhalte zur Behandlung der Alkoholkrankheit (Kongruenz) und wiederholen sie regelmäßig (Wiederholung). Dabei wird durch die Verschiedenheit der einzelnen Therapeuten mit ihren verschiedenen Sichtweisen eine therapeutische Atmosphäre aufgebaut, die sich durch lebendige und vielfältige Variationen auszeichnet. Diese spezifischen Faktoren aktivieren vermutlich allgemeine Psychotherapiefaktoren, so dass die Therapeutenrotation maßgeblich zum Erfolg von ALITA beitragen kann.

Wie kann die Wirksamkeit eines therapeutischen Setting überprüft werden? Im Gegensatz zur Wirkung pharmakologischer Substanzen sind psychotherapeutische Wirkmechanismen wesentlich schwerer zu definieren oder zu erfassen. Darüber hinaus fehlen in der Psychotherapie weitgehend Effizienz- und Qualitätskontrollen. Daher und um unsere Annahmen zu überprüfen, wie ALITA funktioniert, haben wir das Video-assistierte Monitoring psychotherapeutischer Prozesse bei chronischen psychiatrischen Krankheiten (VAMP) entwickelt (Abb. 5).

Seit vier Jahren werden insgesamt 61 Patienten mit dem VAMP analysiert. Von jedem Patienten wurden im Verlauf der zwei Jahre bei ALITA 17 Therapiesitzungen auf Video aufgenommen. Diese Videos sind die Grundlage der makroanalytischen und mikroanalytischen Untersuchung der therapeutischen Prozesse und deren Einfluss auf das Therapieergebnis.

Die untersuchten Skalen des VAMP sind 1. Allgemeine Psychotherapiefaktoren, 2. Relevante Sucht-

Abb. 4 Zwei-Jahres-Verlauf komorbider Achse-I-Störungen



prozesse, 3. Krankheitskonzept, 4. Arbeitsatmosphäre, 5. Psychopathologische Symptome, 6. Therapeutische Allianz und 7. Problembearbeitung. Die Skalen zeigen eine hohe Interrater-Reliabilität, hohe Homogenität und deutliche Interkorrelationen zwischen den spezifischen Faktoren, die auf eine gute Konstruktvalidität hinweisen.

■ Weiterführende Forschung

Unsere derzeitigen vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderten Forschungsthemen sind: 1. Untersuchung des Einflusses der Aversionsmedikation auf psychotherapeutische Prozesse und das Therapieergebnis im Langzeitverlauf. 2. Der Einsatz des VAMP in einer prospektiven Längsschnittstudie zur Erfassung der Veränderungsprozesse während der ersten sechs ALITA-Monate. Des Weiteren sollen die Zusammenhänge zwischen den therapeutischen Prozessen und den wesentlichen Ergebnisvariablen (z.B. Abstinenz, Rückfall, Schwere der Abhängigkeit, Verlauf der komorbiden Störungen, neuropsychologische Regeneration) analysiert werden.

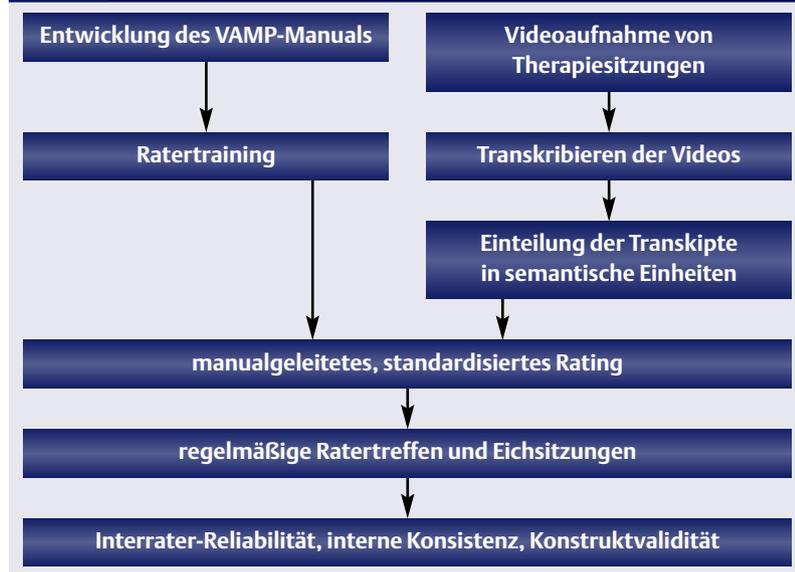
Multizentrische Umsetzung des ALITA-Konzeptes auf Franchise-Basis

Nach monozentrischer Bewährung und sorgfältiger wissenschaftlicher Evaluation, untermauert durch zahlreiche, auch internationale Publikationen, sind die Anfragen bezüglich des ALITA-Konzeptes aus dem gesamten deutschsprachigen Raum zahlreich.

Franchising, ein aus der Wirtschaft entlehntes Vorgehen, bietet sich als ein idealer Rahmen für die Übertragung von ALITA in die multizentrische Überprüfung und später in die klinische Praxis an.

Beim Franchising bildet ein Verbund von Anbietern ein Franchise-System, in dem der Franchise-Geber die Planung, Durchführung und Kontrolle übernimmt. Die Franchise-Nehmer agieren zwar als selbstständige Personen, vertreiben aber Produkte und Dienstleistungen unter der Anleitung des Franchise-Gebers und unter dem Systemnamen. Der

Abb. 5 Entwicklung des Video-assistierte Monitoring psychotherapeutischer Prozesse bei chronischen psychiatrischen Krankheiten (VAMP)



Franchise-Geber entwickelt ein komplettes Konzept – einschließlich Markeneintragung, Werbung, Schulungen, Raumgestaltung und öffentliche Kommunikation –, und die Franchise-Nehmer setzen dieses vor Ort um und entrichten zur Aufrechterhaltung des Systems eine Franchise-Gebühr.

Bei der Übertragung des Franchise-Prinzips auf das Gesundheitswesen tritt Marketing in den Hintergrund. Es wird Kostendeckung zur Finanzierung der Qualitätskontrolle angestrebt, jedoch kein Gewinn. Vor allem geht es um den strukturierten Rahmen des Franchising, der die Gewähr dafür bietet, dass ein wissenschaftlich überprüfbares Konzept programmgetreu in die klinische Praxis übernommen und fortlaufend qualitäts- und erfolgskontrolliert werden kann.

Eine wissenschaftliche Idee, die zu einer Umsetzung in ein Therapiekonzept führt, sollte nach modellhafter (in der Regel monozentrischer) Ersterprobungsphase und Evaluation in die Multicenterüberprüfung übergehen. Mit dem Eintreten in die multizentrische Überprüfungsphase beginnt der Schritt ins Franchising, zunächst für eine Probezeit von beispielsweise drei bis fünf Jahren. Hält das Therapiekonzept dieser Überprüfung stand, so kann als nächster

Schritt, unter Schutz und Kontrolle des Franchise-Prinzips, ein breiter Einsatz in der (Regel-)Versorgung stattfinden (Expansion). Nach sorgfältiger Datenakkumulation (Transparenz durch Franchising) kann dann nach angemessenem zeitlichen Abstand (z.B. 5–10 Jahre) eine erneute wissenschaftliche Überprüfung des Therapiekonzeptes erfolgen. Auf diese Weise werden für die Kostenträger Qualität und Erfolg zur Grundlage der Erstattungsfähigkeit von Therapien.

Derzeit stehen wir in intensiven Verhandlungen mit interessierten Behandlungszentren in verschiedenen deutschen Städten, um die Umsetzung des Multicenter-Projektes voranzutreiben. Hierbei hat Hamburg (Klinikum Nord/Ochsensoll; Dr. Klaus Behrendt) eine Vorreiterrolle übernommen. Die Anwendung des Franchising im Gesundheitswesen, die mit dem Prototyp-Projekt ALITA erstmals erprobt wird, stellt einen wichtigen innovativen Ansatz von großer allgemeiner sozialpolitischer Bedeutung dar (4, 5). Nach unserer

Danksagung

Dieses Projekt wird unterstützt durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS).

Vision wird sich dieses Verfahren nicht nur zur fortlaufenden Qualitäts- und Erfolgskontrolle im Gesundheitswesen durchsetzen, sondern auch Ressourcen mobilisieren, die gewissermaßen über Rücklauf zum Initiator des Verfahrens (Franchise-Geber) die wissenschaftliche Weiterentwicklung und versorgungsorientierte Anwendungsforschung mitfinanzieren können.

Deutsche Suchtstiftung Matthias Gottschaldt: OLITA – Outpatient Longterm Intensive Therapy for Alcoholics

OLITA, the Outpatient Longterm Intensive Therapy for Alcoholics, was developed as a comprehensive research project in 1993. This article reports on the results of the OLITA project and its future perspectives. In summer 2003, the monocentric pilot study in Göttingen was completed successfully after 10 years and the enrollment of 180 patients. More than 50% of the patients remained abstinent during a follow-up of up to seven years after termination of therapy. The unemployment rate declined from 58% to 22%, comorbid psychiatric disorders decreased from 60% to 13%. An ongoing video-based prospective longitudinal study investigates the therapeutic processes associated with this success. At present, a multicenter trial for the translation of OLITA using the franchising approach is initiated.

Key words

chronic alcohol dependence – deterrent medication – franchising – outpatient alcoholism treatment – psychiatric comorbidity – therapist rotation

Literatur

1. Doering WK, Herzenstiel M-N, Krampe H, Jahn H, Pralle L, Sieg S, Wegerle E, Poser W, Ehrenreich H. Persistent alterations of vasopressin and NT-pro-ANP plasma levels in long-term abstinent alcoholics. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 2003; 27: 849–861
 2. Ehrenreich H, Jahn H, Heutelbeck K, Reinhold J, Stawicki S, Wagner T, Wolff-Menzler C, Ahrens T, Haase A, Mahlke K, Maul O, Rusteberg W, Krampe H: ALITA – Neue Wege in der ambulanten Intensivbehandlung von Alkoholabhängigen. In: Mann K (Hrsg.) *Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen*. Lengerich, Pabst, 2002; 107–118

3. Ehrenreich H, Krampe H. Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? Not to forget about disulfiram's psychological effects. *Addiction* 2004; 99: 26–27
 4. Ehrenreich H, Krampe H. Über den sozialpolitischen Umgang mit innovativen ambulanten Therapiekonzepten am Beispiel von ALITA. *ZfA* 2003; 79: 613–617
 5. Ehrenreich H, Krampe H, Croissant B, Timmer W, Rusteberg W, Mann K. Franchising im Gesundheitswesen: Kosteneffizienz durch Qualitätskontrolle. *Deutsches Ärzteblatt* 2004; 101: B2219–B2220
 6. Ehrenreich H, Mangholz A, Schmitt M, Lieder P, Völkel W, Rütger E, Poser W. OLITA: An alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1997; 247: 51–54
 7. Jahn H, Doering W, Krampe H, Sieg S, Werner C, Poser W, Brunner E, Ehrenreich H. Preserved vasopressin response to osmotic stimulation despite decreased basal vasopressin levels in long-term abstinent alcoholics. *Alcohol. Clin Exp Res* 2004; 28: 1925–1930
 8. Krampe H, Kuefner H, Wagner T, Ehrenreich H. Die Therapeutenrotation – ein neues Element in der ambulanten Behandlung alkoholkranker Menschen. *Psychotherapeut* 2001; 46: 232–242
 9. Krampe H, Kuefner H, Wagner T, Ehrenreich H. ALITA (Ambulante Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke) – die Wiege der Therapeutenrotation. *Suchtmed.* 2001; 3: 199–205
 10. Krampe H, Wagner T, Kuefner H, Jahn H, Stawicki S, Reinhold J, Timmer W, Kröner-Herwig B, Ehrenreich H. Therapist rotation – a new element in the outpatient treatment of alcoholism. *Subst Use Misuse* 2004; 39: 135–178
 11. Krampe H, Wagner T, Stawicki S, Bartels C, Aust C, Kroener-Herwig B, Kuefner H, Ehrenreich H. Comorbid personality disorder and chronicity of addiction are independent predictors of time to relapse in alcoholism treatment. *Psychiatric Services*, in press
 12. Wagner T, Krampe H, Stawicki S, Reinhold J, Galwas C, Aust C, Soyka M, Kröner-Herwig B, Kuefner H, Ehrenreich H. Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke – Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholkranke (ALITA). *Suchtmed* 2003; 5: 221–236
 13. Wagner T, Krampe H, Stawicki S, Reinhold J, Jahn H, Mahlke K, Barth B, Sieg S, Maul O, Galwas C, Aust C, Kröner-Herwig B, Brunner E, Poser W, Henn F, Rütger F, Ehrenreich H. Substantial decrease of psychiatric comorbidity in chronic alcoholics upon integrated outpatient treatment – results of a prospective study. *J Psychiatr. Res* 2004; 38: 619–635

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. Hannelore Ehrenreich,
 Max-Planck-Institut für
 Experimentelle Medizin
 Hermann-Rein-Str. 3
 37075 Göttingen
 ehrenreich@em.mpg.de