

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 40 (2014)

Heft: 5

Artikel: Wirksamkeit ambulanter Behandlung bei Alkoholproblemen

Autor: Haug, Severin

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800122>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Wirksamkeit ambulanter Behandlung bei Alkoholproblemen

In einer multizentrischen, überkantonalen Studie mit über 800 KlientInnen wird derzeit die Wirksamkeit ambulanter Behandlung bei Alkoholproblemen in der Schweiz überprüft. Die ersten Ergebnisse der Nachbefragung bei Austritt und 6 Monate danach zeigen deutliche Verbesserungen der alkoholbezogenen Problematik und überwiegend positive Veränderungen im Gesundheitszustand und der Lebenszufriedenheit.

Severin Haug

PD Dr. Dr., Dipl.-Psych., Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Konradstrasse 32, Postfach, CH-8031 Zürich, Tel. +41 (0)44 448 11 74, severin.haug@isgf.uzh.ch, www.isgf.uzh.ch

Schlagwörter: Alkoholprobleme | Ambulante Therapie | Wirksamkeit |

Hintergrund

In der Schweiz beginnen jährlich knapp 10'000 KlientInnen eine ambulante Beratung aufgrund eines eigenen Alkoholproblems (Schätzung aufgrund von 3'695 Selbstbetroffenen mit Alkohol als Hauptproblemsubstanz in 77 an act-info teilnehmenden von insgesamt 196 Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe).¹ Wenngleich mit act-info ein standardisiertes Dokumentationssystem zur Erfassung von Ein- und Austrittsbasisdaten vorliegt, gibt es national bislang keine aussagekräftigen Erkenntnisse über die Wirksamkeit ambulanter Behandlungen bei Personen mit Alkoholproblemen.

Mangels aussagekräftiger nationaler Daten und aufgrund der zunehmenden Forderung nach Massnahmen zur Wirksamkeitsprüfung und Qualitätssicherung sowie zur Identifikation von Schwächen und Verbesserungspotenzialen wurde vorliegende Studie von vier Fachstellen für ambulante Alkoholberatung in den Kantonen Aargau, Bern und Zürich initiiert. Die Studie wird vom Bundesamt für Gesundheit mitfinanziert. Die im Rahmen der Studie erhobenen Daten sollen:

- Ergebnisse zur mittel- und längerfristigen Wirksamkeit ambulanter Behandlung bei Personen mit Alkoholproblemen liefern,
- Aussagen über deren differenzielle Wirksamkeit in Abhängigkeit von KlientInnen- und Behandlungscharakteristika ermöglichen und
- einen Vergleich der Ergebnisse zwischen den beteiligten Institutionen sowie ein darauf aufbauendes Benchmarking erlauben.

In der vorliegenden Publikation werden die ersten Ergebnisse zur mittelfristigen Wirksamkeit ambulanter Alkoholbehandlung berichtet, anhand von bei Eintritt, Austritt und sechs Monate nach Austritt erhobenen Daten.

Methodik

Durchführung und Erhebungsinstrumente

Die beteiligten Institutionen Aargauische Stiftung Suchthilfe (ags), Berner Gesundheit (BeGes), Beratungszentrum Bezirk Baden (BZB) und Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA) erarbeiteten zusammen mit dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) ein Set von Erhebungsinstrumenten, das erlaubt, zentrale Kriterien einer Alkoholgebrauchsstörung, den Gesundheitszustand, und die Lebenszufriedenheit im zeitlichen Verlauf zwischen Behandlungseintritt, Behandlungsaustritt sowie 6 und 12 Monate nach Behandlungsaustritt zu erheben.

Es erfolgten schriftliche Befragungen mittels Fragebogen; bei Nichterreichbarkeit zu den beiden Zeitpunkten nach Behandlungsende alternativ ein strukturiertes Telefoninterview.

Zentrales Ergebniskriterium bildete das Vorliegen keiner, einer moderaten oder schweren Alkoholgebrauchsstörung gemäss DSM-5, welches anhand der Kurzversion des Alcohol Use Disorders Identification Test AUDIT-C² erfasst wurde. Der AUDIT-C beinhaltet je eine Frage zu Konsumhäufigkeit, Konsummenge und Häufigkeit eines übermässigen Alkoholkonsums bei einer Gelegenheit (Rauschtrinken).

Der Alkoholkonsum und damit die Ausprägung der Alkoholgebrauchsstörung (keine, moderat, schwer) variiert sehr stark bei Eintritt in die ambulante Behandlung, insbesondere in Abhängigkeit davon, ob es sich um eine Nachsorgebehandlung, z.B. nach stationärer Behandlung oder eine Behandlung nach einer vorhergehenden Entzugsbehandlung handelt. Um dies zu berücksichtigen, wurden die Verbesserungsraten jeweils getrennt für KlientInnen mit bei Eintritt schwerer, moderater und keiner Gebrauchsstörung dargestellt. Bei KlientInnen mit schwerer Gebrauchsstörung bei Eintritt wurde das Vorliegen keiner oder einer moderaten Gebrauchsstörung bei den Befragungen zu Austritt und sechs Monate später als Verbesserungen definiert; bei KlientInnen mit moderater Gebrauchsstörung bei Eintritt lediglich das Vorliegen keiner Störung. Bei KlientInnen ohne Gebrauchsstörung bei Eintritt diente das Beibehalten dieses Status als Erfolgskriterium.

Weitere Ergebniskriterien waren der Gesundheitszustand, erhoben über die Frage «Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand derzeit im Allgemeinen beschreiben?» (Antwortkategorien: ausgezeichnet, sehr gut, gut, weniger gut, schlecht), sowie die Zufriedenheit in 9 unterschiedlichen Lebensbereichen, erfasst anhand der Fragen zur Lebenszufriedenheit FLZ.³

Fehlende Werte bei der Befragung bei Austritt und 6 Monate später wurden mit Hilfe der Methode der multiplen Imputation ersetzt.⁴ Diese Methode gilt als «State of the Art» zur Behandlung fehlender Werte und nutzt die gesamte vorliegende Information in den verfügbaren Datensätzen (z. B. soziodemographische gesundheits- und alkoholkonsumbezogene Charakteristika), um die fehlenden Werte der Nichtantwortenden möglichst selektionskompensiert zu ersetzen.

Studienteilnehmende

Alle Personen, die im Zeitraum vom 1. März 2011 bis 30. November 2012 eine Behandlung in einer der vier beteiligten Institutionen begonnen und diese bis zum 30. November 2013 beendet hatten, wurden in die Studie eingeschlossen, sofern folgende Einschlusskriterien erfüllt waren:

- der eigene Alkoholkonsum stellte den Hauptbehandlungsgrund dar,
- es erfolgte eine Behandlung über mindestens drei Sitzungen

Personen, welche eines der folgenden Ausschlusskriterien erfüllten, wurden nicht zur Studienteilnahme eingeladen:

- sprachliche oder kognitive Defizite, die eine Beantwortung der Fragen im Rahmen der Befragungen nicht erlauben,
- gesetzliche Vertretung durch einen Vormund,
- akute Krisensituation,
- ausschliessliche Paarberatung

Im Studienzeitraum erfolgten insgesamt 2'513 Neu- oder Wiederaufnahmen, bei denen der eigene Alkoholkonsum den Hauptbehandlungsgrund darstellte. Von diesen wurden aufgrund der Ausschlusskriterien 340 Personen (13.5%) aus der Studie ausgeschlossen, bei 925 Personen (36.8%) wurde eine Behandlung mit einer Behandlungsdauer von weniger als 3 Sitzungen durchgeführt. Insgesamt erfüllten somit 1'248 Personen die Einschlusskriterien zur Studienteilnahme. Von diesen waren 1'009 (80.8%) bereit zur Studienteilnahme. Eine explizite Teilnahmeverweigerung erfolgte durch 239 Personen (19.2%). 807 Personen, deren letzte ambulante Konsultation bis zum 30. November 2013 erfolgte, bilden die Grundgesamtheit der nachfolgenden Auswertungen und werden im Folgenden als «Studienteilnehmende» bezeichnet. Dies sind (80.0%) der 1'009 teilnahmebereiten Personen und 64.7% der Personen, welche die Einschlusskriterien zur Studienteilnahme erfüllten. Von den 807 Studienteilnehmenden konnten 290 Personen (35.9%) zum Zeitpunkt T₂ (Austritt) und 499 (61.8%) zum Zeitpunkt T₃ (6 Monate nach Austritt) nachbefragt werden. Soziodemografische und gesundheitsbezogene Charakteristika der Studienteilnehmenden sind in Tabelle 1, Angaben zur Behandlung sind in Tabelle 2 dargestellt.

Ergebnisse

Alkoholgebrauchsstörungen

Die Veränderungen im Vorliegen und Schweregrad von Alkoholgebrauchsstörungen zwischen Eintritt und Austritt sowie 6 Monate nach Austritt sind in Tabelle 3 dargestellt.

Von den KlientInnen mit schwerer Gebrauchsstörung bei Eintritt hatten 40.7% bei Austritt keine Gebrauchsstörung

Studienteilnehmende (n=807)	
Geschlecht	
Weiblich	279 (4.6%)
Männlich	528 (65.4%)
Alter in Jahren,^a M (SD)	45.4 (12.6)
Nationalität	
Schweiz	697 (86.4%)
Andere Nationalität	104 (12.9%)
Nicht bekannt, fehlend	6 (0.7%)
Höchste abgeschlossene Ausbildung	
Keine oder obligatorische Bildung	106 (13.1%)
Berufslehre	402 (49.8%)
Höhere Bildung	137 (17.0%)
Nicht bekannt, fehlend	162 (20.1%)
Lebensunterhalt	
Erwerbseinkommen	445 (55.1%)
Ersparnisse, Rente	123 (15.2%)
Sozialhilfe, Fürsorge, AHV	163 (20.2%)
Durch PartnerIn, Familienmitglieder, Bekannte	61 (7.6%)
Anderes	10 (1.2%)
Nicht bekannt, fehlend	5 (0.6%)
Partnerbeziehung	
Keine oder zeitweilige Beziehung(en)	316 (39.2%)
Feste Beziehung	438 (54.3%)
Nicht bekannt, fehlend	53 (6.6%)
Alkoholgebrauchsstörung nach AUDIT-C	
Keine	201 (24.9%)
Moderate	63 (7.8%)
Schwere	517 (64.1%)
Nicht bekannt, fehlend	26 (3.2%)
Aktuelles Ziel bezüglich des Alkoholkonsums	
Möchte mich nicht einschränken	8 (1.0%)
Möchte nur eine bestimmte Menge trinken	361 (44.7%)
Möchte abstinent sein	327 (40.5%)
Habe mich (noch) nicht entschieden	66 (8.2%)
Nicht bekannt, fehlend	45 (5.6%)

Tab. 1: **Charakteristika der Studienteilnehmenden bei Eintritt, Werte entsprechen Anzahl (%), sofern nicht anders angegeben.**

Anmerkungen: a nicht bekannt, fehlend n=11; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung.

mehr, 6 Monate später waren dies noch 31.4%; 19.0% dieser KlientInnen verbesserten sich bei Austritt hin zu einer moderaten Störung, 6 Monate später waren dies noch 14.8%. Insgesamt zeigten unter den KlientInnen mit schwerer Gebrauchsstörung bei Austritt somit 59.7% und 6 Monate später 46.3% eine Verbesserung. Von den KlientInnen mit moderater Gebrauchsstörung bei Eintritt lag bei 52.4% bei Austritt keine Gebrauchsstörung mehr vor, bei 48.3% war dies auch 6 Monate später noch der Fall. Von den KlientInnen ohne Gebrauchsstörung bei Eintritt hatten 78.5% diesen Status auch noch bei Austritt und entwickelten keine Gebrauchsstörung, 6 Monate später waren dies noch 65.8%.

Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit

In Abbildung 1 sind die Anteile der KlientInnen dargestellt, deren Gesundheitszustand und Zufriedenheit mit unterschiedlichen Lebensbereichen sich zwischen Eintritt und Austritt bzw. zwischen Eintritt und 6 Monate nach Austritt jeweils verbesserten, unverändert blieben oder verschlechterten.

Während 48.7% der KlientInnen bei Austritt und 40.7% der KlientInnen 6 Monate später einen verbesserten allgemeinen Gesundheitszustand berichteten, verschlechterte sich dieser bei 13.4% bei Austritt und bei 18.1% 6 Monate später.

Bei der Lebenszufriedenheit fanden sich insbesondere in den Bereichen Freizeit/Hobbys, Gesundheit und Beruf/Arbeit auch 6 Monate nach Austritt deutlich mehr Personen mit positiven als solche mit negativen Veränderungen. Dagegen zeigte sich bei der Zufriedenheit mit der Wohnsituation und der Zufriedenheit mit Freunden/Bekanntem kein oder ein nur leicht höherer Anteil an positiven Veränderungen im Vergleich zu negativen.

Diskussion

Die von vier schweizerischen Beratungsinstitutionen initiierte Studie, an die sich mit dem Blauen Kreuz Bern mittlerweile eine weitere Institution angeschlossen hat, soll erstmals aussagekräftige Resultate zum mittel- und längerfristigen Behandlungserfolg ambulanter Alkoholbehandlung in der Schweiz liefern. Der bisherige Stichprobenumfang von über 800 KlientInnen und der Anteil der 6 Monate nach Austritt für eine Befragung Erreichten von 62% deuten darauf hin, dass die bestehende Datengrundlage dies nun erlaubt. So ist der Rücklauf deutlich höher als in ähnlichen Studien im deutschsprachigen Raum.⁶

Insgesamt ist ein Vergleich der vorliegenden Studie mit bestehenden Untersuchungen aufgrund unterschiedlicher Charakteristika der KlientInnen (z.B. Schwere der Störung), unterschiedlicher Behandlungsintensität und -ziele (z.B. Abstinenz vs. kontrolliertes Trinken) und unterschiedlicher Berechnungsarten der Erfolgsrate (z.B. Umgang mit Nichtantwortenden) nur schwer möglich. Während internationale Studien überwiegend Alkoholabstinenz als zentrales Erfolgskriterium verwenden, ist dies bei der weiten Verbreitung von ambulanten Behandlungsprogrammen mit dem Ziel kontrollierten Trinkens in der Schweiz wenig sinnvoll.⁷

In einer katamnestic Untersuchung der Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach wurden Indikatoren des Behandlungserfolgs 6 bzw. 12 Monate nach dem Austritt bei einem Drittel bzw. einem Fünftel der ursprünglich 346 KlientInnen erhoben.⁸ Aufgrund der monozentrisch angelegten Studie und des geringen Rücklaufs liefert die in der Studie berichtete Gesamtbesserungsrate von 61% nach 12 Monaten lediglich einen ersten Hinweis auf den Behandlungserfolg.

International ergab eine Katamnese des deutschen Fachverbandes Sucht zur Effektivität ambulanter Suchtrehabilitation nach 12 Monaten einen Anteil Abstinenter von 39%, sofern die Nichtantwortenden den Rückfälligen zugeordnet werden.⁹ 6 Monate nach einem intensiven, ambulanten Nachsorgeprogramm mit 80-120 Behandlungssitzungen an der Universität München waren 64% der Behandelten abstinent.¹⁰

Die Ergebnisse in diesem Beitrag zeigen, dass die KlientInnen in ambulanter Alkoholbehandlung hinsichtlich des Alkoholkonsums bei Eintritt und hinsichtlich des Alkoholkonsumziels sehr heterogen sind; 45% der KlientInnen verfolgen das Ziel «kontrollierter Konsum», 41% das Ziel «Abstinenz».

	Austritt			6 Monate nach Austritt		
	Keine Störung	Moderate Störung	Schwere Störung	Keine Störung	Moderate Störung	Schwere Störung
Schwere Gebrauchsstörung bei Eintritt	40.7%	19.0%	40.3%	31.4%	14.8%	53.7%
Moderate Gebrauchsstörung bei Eintritt	52.4%	24.6%	23.0%	48.3%	26.9%	24.7%
Keine Gebrauchsstörung bei Eintritt	78.5%	11.7%	9.8%	65.8%	11.2%	23.0%

Tab. 3: Anteil der KlientInnen mit Alkoholgebrauchsstörung bei Austritt und 6 Monate später, in Abhängigkeit von der Ausprägung der Gebrauchsstörung bei Eintritt.

Studienteilnehmende (n=807)	
Zuweisung	
Eigeninitiative	312 (38.7%)
PartnerIn, Familie, Bekannte	86 (10.7%)
Institution des Gesundheitswesens	277 (34.3%)
Justiz	90 (11.2%)
ArbeitgeberIn, LehrerIn	30 (3.7%)
Anderes	2 (0.2%)
Nicht bekannt, fehlend	10 (1.2%)
Nachsorge nach Entzugsbehandlung	
Nein	662 (82.0%)
Ja	131 (16.2%)
Nicht bekannt, fehlend	14 (1.7%)
Anzahl durchgeführter Einzelsitzungen,^a M (SD)	9.6 (8.0)
Anzahl durchgeführter Gruppensitzungen,^b M (SD)	0.9 (3.4)
Behandlungsdauer in Tagen,^c M (SD)	219.3 (182.8)
Beendigung der Behandlung	
Planmässig ohne Übertritt in andere Institution	378 (46.8%)
Planmässig mit Übertritt in andere Institution	30 (3.7%)
Wohnortwechsel, Hospitalisierung, Inhaftierung	17 (2.1%)
Kontaktverlust ⁵	290 (35.9%)
Abbruch durch KlientIn oder Institution	38 (4.7%)
Tod	5 (0.6%)
Anderer Grund	6 (0.7%)
Nicht bekannt, fehlend	43 (5.3%)

Tab. 2: **Behandlungsbezogene Charakteristika der Studienteilnehmenden. Werte entsprechen Anzahl (%), sofern nicht anders angegeben.**

Anmerkungen: a nicht bekannt, fehlend n=35; b nicht bekannt, fehlend n=85; c nicht bekannt, fehlend n=78; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung.

Auch hinsichtlich der durchgeführten Behandlungssitzungen ist die in vorliegender Studie untersuchte Population nicht direkt vergleichbar mit der in ähnlichen Studien. So lag die mittlere Anzahl der Behandlungssitzungen in der Studie des Fachverbandes Sucht bei 64,¹¹ in der Studie der Fachstelle für Alkoholprobleme Bezirk Bülach bei 43,¹² in vorliegender Studie jedoch lediglich bei 10. Aufgrund des begrenzten Studienzeitraums wurden in vorliegender Studie jedoch ausschliesslich KlientInnen mit einer maximalen Behandlungsdauer von 12 bis 33 Monaten eingeschlossen. Berücksichtigt man die geringe Behandlungsintensität, sind die erzielten Besserungsraten vergleichsweise hoch.

Verwendet man die mittels AUDIT-C erfasste und auf Grundlage des DSM-5 kategorisierte fehlende Alkoholgebrauchsstörung als Erfolgskriterium, zeigt sich 6 Monate nach Austritt bei knapp einem Drittel (31%) der KlientInnen mit initial schwerer Alkoholgebrauchsstörung eine Remission (vorübergehendes Nachlassen der Krankheitserscheinung), bei KlientInnen mit initial moderater Gebrauchsstörung remittieren knapp die Hälfte (48%). Unter KlientInnen ohne aktuelle Gebrauchsstö-

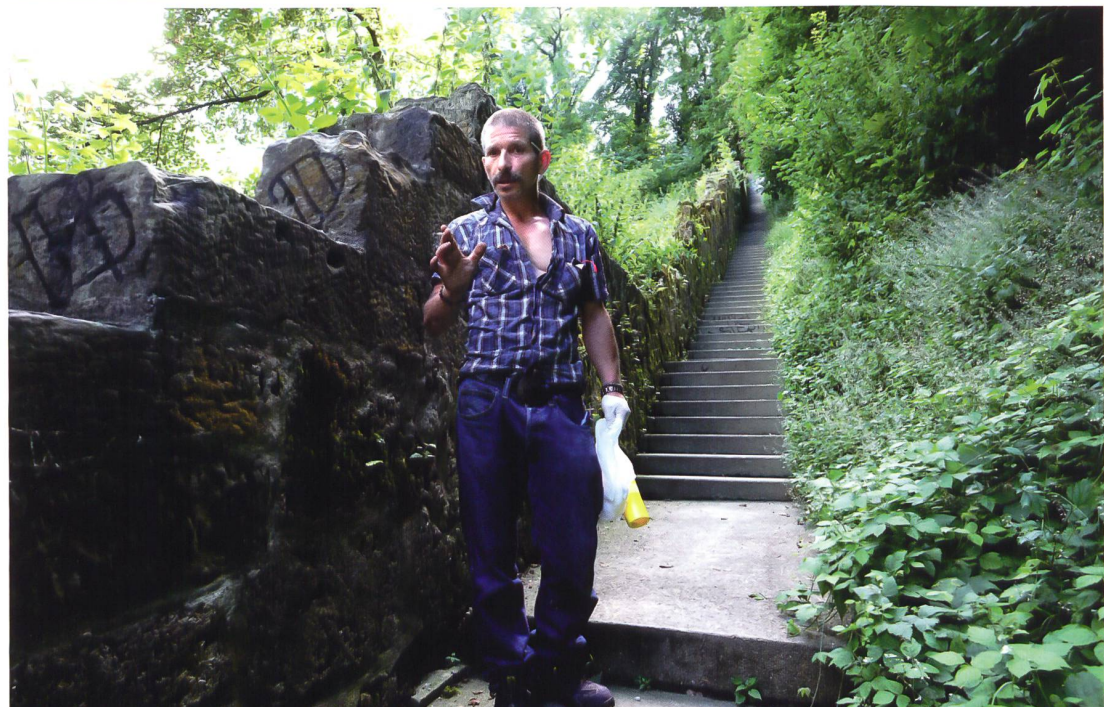
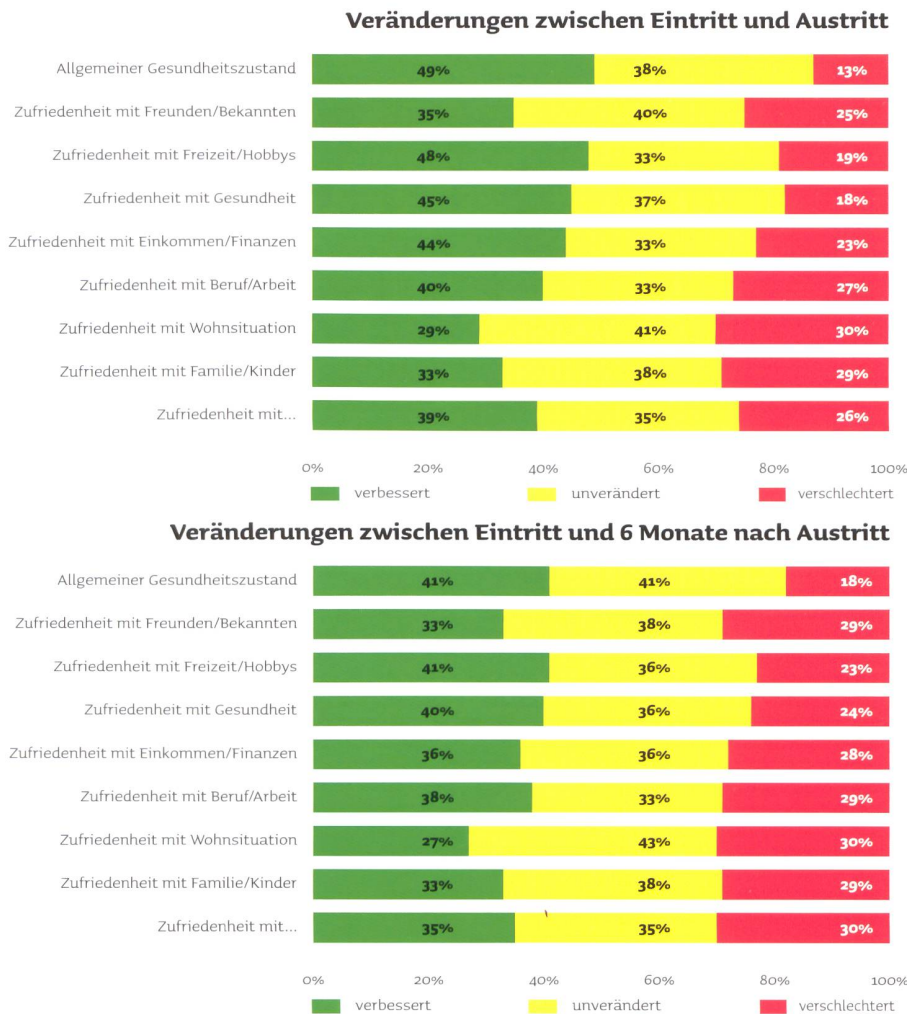


Abb. 1: **Veränderungen im Gesundheitszustand und in der Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen.**



zung bei Eintritt, die sich häufig in einer Nachsorgebehandlung nach stationärer oder einer vorübergehenden Entzugsbehandlung befinden, weisen zwei Drittel (66%) diesen Status auch noch 6 Monate nach Austritt auf. Auch beim Gesundheitszustand und der Lebenszufriedenheit zeigen sich überwiegend positive Entwicklungen. So gibt es 6 Monate nach dem Austritt mehr als doppelt so viele KlientInnen, die hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes positive Veränderungen (41%) berichten, als solche mit negativen Veränderungen (18%). Auf Grundlage einer stetig wachsenden Datenbasis, insbesondere hinsichtlich der Nachbefragungen 12 Monate nach Behandlungsaustritt, wird es Anfang 2015 möglich sein, zu überprüfen, inwieweit diese Ergebnisse auch längerfristig beibehalten werden können. Zudem sind differenziertere Analysen, insbesondere zu Prädiktoren für einen Behandlungsabbruch sowie zu Prädiktoren für ein positives Behandlungsergebnis geplant.●

Literatur

- Astudillo, M./Notari, L./Maffli, E. (2013): Ambulante Suchthilfe – Ergebnisse der KlientInnenbefragung 2012. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Bottlender, M./Soyka, M. (2005): Efficacy of an intensive outpatient rehabilitation program in alcoholism: predictors of outcome 6 months after treatment. *European Addiction Research* 11: 132-137.
- Bush, K./Kivlahan, D.R./McDonell, M.B./Fihn, S.D./Bradley, K.A. (1998): The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine* 158: 1789-1795.
- Dawson, D.A./Smith, S.M./Saha, T.D./Rubinsky, A.D./Grant, B.F. (2012): Comparative performance of the AUDIT-C in screening for DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 126: 384-388.

- Heinrich, G./Herschbach, P. (2000): Fragen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). S. 98-110 in: U. Ravens-Sieberer/A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin*. Landsberg: ecomed.
- Klingemann, H./Rosenberg, H. (2009): Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programmes. *European Addiction Research* 15: 121-127.
- Missel, P./Schneider, B./Funke, W./Janner-Schraml, A./Klein, T./Medenwaldt, J./Schneider, P./Steffen, D./Weissinger, V. (2010): Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation - FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2007 von Ambulanzen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *SuchtAktuell* 17: 57-63.
- Royston, P. (2005): Multiple imputation of missing values: update of ICE. *The Stata Journal* 5: 527-536.
- Sieber, M./Rüttimann, R./Schmid, R. (2011): Ambulanter Behandlungserfolg bei Personen mit Alkoholproblemen. *Abhängigkeiten* 17: 24-36.
- Sieber, M./Rüttimann, R./Schmid, R. (2011/2012): Behandlungserfolg nach 6 und 12 Monaten bei Personen mit Alkoholproblemen (ambulante Behandlung). *Abhängigkeiten* 17/18: 30-53.

Endnoten

- 1 Vgl. Astudillo et al. 2013.
- 2 Vgl. Dawson et al. 2012; Bush et al. 1998.
- 3 Vgl. Heinrich/Herschbach 2000.
- 4 Vgl. Royston 2005.
- 5 Beim Kontaktverlust erscheinen die KlientInnen nicht mehr zur nächsten Sitzung, beim Abbruch sagen sie explizit, sie wünschen keine Behandlung mehr, obwohl diese noch erforderlich wäre.
- 6 Vgl. Sieber et al. 2011; Missel et al. 2010.
- 7 Vgl. Klingemann/Rosenberg 2009.
- 8 Vgl. Sieber et al. 2011; Sieber et al. 2011; Sieber et al. 2012.
- 9 Vgl. Missel et al. 2010.
- 10 Vgl. Bottlender/Soyka 2005.
- 11 Vgl. Missel et al. 2010.
- 12 Vgl. Sieber et al. 2011.