Plenumsvorträge

Das Gesundheits- und Sozialsystem der Zukunft
Ökonomische Aspekte der Suchtbehandlung
Franz Hessel, Jürgen Wesem


Das Gesundheitswesen in Deutschland – Kosten und Nutzen im Ungleichgewicht?


Qualitätsindikatoren des Gesundheitssystems – Outcomeseite

DALYs und das DALE-Konzept


<table>
<thead>
<tr>
<th>Rank</th>
<th>Member State</th>
<th>Disability-adjusted life expectancy at age 60</th>
<th>Percentage of life lived with disability</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Japan</td>
<td>74.5</td>
<td>21.2</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Australia</td>
<td>73.2</td>
<td>20.2</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>France</td>
<td>73.1</td>
<td>21.7</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Sweden</td>
<td>73.0</td>
<td>16.0</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Spain</td>
<td>72.8</td>
<td>20.1</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Italy</td>
<td>72.7</td>
<td>19.9</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Greece</td>
<td>72.5</td>
<td>18.8</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Switzerland</td>
<td>72.5</td>
<td>20.6</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Mexico</td>
<td>72.4</td>
<td>20.5</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Andorra</td>
<td>72.3</td>
<td>20.3</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>San Marino</td>
<td>72.3</td>
<td>20.3</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Canada</td>
<td>72.0</td>
<td>18.9</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>New Zealand</td>
<td>72.0</td>
<td>19.7</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>United Kingdom</td>
<td>71.7</td>
<td>19.4</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Norway</td>
<td>71.7</td>
<td>19.7</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Belgium</td>
<td>71.6</td>
<td>19.3</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Austria</td>
<td>71.6</td>
<td>19.1</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Luxembourg</td>
<td>71.1</td>
<td>19.5</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Ireland</td>
<td>70.7</td>
<td>18.4</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Malta</td>
<td>70.5</td>
<td>17.3</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>Germany</td>
<td>70.4</td>
<td>16.8</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>United States</td>
<td>70.0</td>
<td>16.8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Table 1: Güte des Gesundheitssystems gemessen mit dem DALE-Konzept
### Verteilung der Gesundheit: Gleichheitsindex

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rank</th>
<th>Member State</th>
<th>Index</th>
<th>Uncertainty interval</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Cola</td>
<td>0.999</td>
<td>0.999 - 0.999</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>United Kingdom</td>
<td>0.999</td>
<td>0.999 - 0.999</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Japan</td>
<td>0.999</td>
<td>0.999 - 0.999</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Norway</td>
<td>0.999</td>
<td>0.999 - 0.999</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Poland</td>
<td>0.999</td>
<td>0.999 - 0.999</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Greece</td>
<td>0.879</td>
<td>0.952 - 0.999</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Israel</td>
<td>0.879</td>
<td>0.661 - 0.994</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Austria</td>
<td>0.879</td>
<td>0.959 - 0.946</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>San Marino</td>
<td>0.798</td>
<td>0.961 - 0.987</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Switzerland</td>
<td>0.798</td>
<td>0.769 - 0.986</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Spain</td>
<td>0.978</td>
<td>0.860 - 0.986</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>France</td>
<td>0.978</td>
<td>0.961 - 0.984</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Ireland</td>
<td>0.978</td>
<td>0.860 - 0.995</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Italy</td>
<td>0.978</td>
<td>0.860 - 0.991</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Netherlands</td>
<td>0.978</td>
<td>0.860 - 0.991</td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>New Zealand</td>
<td>0.978</td>
<td>0.860 - 0.994</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Australia</td>
<td>0.977</td>
<td>0.860 - 0.994</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Canada</td>
<td>0.977</td>
<td>0.869 - 0.995</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Czech Republic</td>
<td>0.977</td>
<td>0.868 - 0.995</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Germany</td>
<td>0.977</td>
<td>0.868 - 0.995</td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### Responsivität

Der von der WHO geprägte Begriff der Responsivität aggregiert die Erwartung einer Bevölkerung am Gesundheitssystem durch die folgenden Aspekte zu einem Index:

- Reziprozität der Würde des Menschen
- Vertrauenswürdigkeit des Recht auf Einsicht von Informationen von eigenen Gesundheit
- Autorität und Selbstbestimmung der Patienten
- Risiko Versorgung
- Gewisser Stabiliät bei Dingen wie Sauberkeit und Essen
- Gewährung sozialer Unterstützung
- Freie Arztrechnung

Die folgende Tabelle 3 listet die 25 in Bezug auf Responsivität am besten abgeschätzten Länder auf. Deutschland liegt hier auf Platz 5. Auch bei der Betrachtung der Guten Verteilung der Responsivität liegt Deutschland auf einem der besten Range.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rank</th>
<th>Member State</th>
<th>Index</th>
<th>Uncertainty interval</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>United States of America</td>
<td>0.720</td>
<td>0.732 - 0.869</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Switzerland</td>
<td>0.649</td>
<td>0.675 - 0.817</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Luxembourg</td>
<td>0.627</td>
<td>0.651 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Denmark</td>
<td>0.621</td>
<td>0.651 - 0.827</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Germany</td>
<td>0.600</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Japan</td>
<td>0.590</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Canada</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Norway</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Netherlands</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Sweden</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Austria</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Australia</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Canada</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Iceland</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Estonia</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>16-17</td>
<td>Belgium</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>France</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Bahamas</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Finland</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>21</td>
<td>Israel</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>22-23</td>
<td>Singapore</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>Italy</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>New Zealand</td>
<td>0.580</td>
<td>0.600 - 0.775</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Qualitätsindikatoren des Gesundheitssystems – Kostenseite

Zu einer angemessenen Beurteilung von Gesundheitssystemen gehört nicht nur die Qualität, sondern auch die Kosten. Im internationalen Vergleich der Ausgaben für Gesundheitsleistungen pro Person liegt Deutschland nach den Vereinigten Staaten und der Schweiz an dritter Stelle (siehe Tabelle 5).

<table>
<thead>
<tr>
<th>Die Kostenseite</th>
<th>Rank</th>
<th>Health expenditure per capita</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>United States of America</td>
<td>1</td>
<td>USD 7,862 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Belgium</td>
<td>2</td>
<td>EUR 6,729 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Germany</td>
<td>3</td>
<td>EUR 5,640 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>France</td>
<td>4</td>
<td>EUR 5,146 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Luxembourg</td>
<td>5</td>
<td>EUR 4,711 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Austria</td>
<td>6</td>
<td>EUR 4,564 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Sweden</td>
<td>7</td>
<td>EUR 3,975 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Denmark</td>
<td>8</td>
<td>DKK 3,541 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Netherlands</td>
<td>9</td>
<td>EUR 2,586 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Canada</td>
<td>10</td>
<td>CAD 2,465 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Italy</td>
<td>11</td>
<td>EUR 2,456 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Monaco</td>
<td>12</td>
<td>EUR 2,341 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Japan</td>
<td>13</td>
<td>JPY 2,275 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Iceland</td>
<td>14</td>
<td>ISK 2,186 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Belgium</td>
<td>15</td>
<td>EUR 1,980 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Norway</td>
<td>16</td>
<td>NOK 1,892 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Australia</td>
<td>17</td>
<td>AUD 1,838 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>New Zealand</td>
<td>18</td>
<td>NZD 1,622 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Israel</td>
<td>19</td>
<td>ILS 1,401 per capita</td>
</tr>
<tr>
<td>Luxembourg</td>
<td>20</td>
<td>EUR 0,622 per capita</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Neben den Gesundheitsausgaben pro Kopf ist es zweiter international gängiger Indikator der Kostenquote, die Gesundheitsquote, d.h. der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP), gängig. Für Länder, die die Gesundheitsversorgung zentral über gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) organisieren, bietet sich als Indikator darüber hinaus der Anteil der Leistungsausgaben der GKV für die Bundesrepublik an; zu be- merken, dass die Gesundheitsquote seit den 70er Jahren von knapp 6% auf über 10% angestiegen, der Anteil der Ausgaben für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung wechselt in diesen Zeiträumen von knapp 4% auf über 5% (vgl. auch Abbildung 1). Mitverantwortlich für diesen Trend ist die Wiedereinsetzung Deutschlands, wie an den sprunghaften Anstieg der Gesundheitsquote um 1,2% nach 1990 deutlich wird.

Seit der Wiedervereinigung haben sich die Pro-Kopf-Ausgabenumschichtungen insgesamt zwischen Ost- und Westdeutschland stetig abgeschwächt, wobei zwischen den unterschiedlichen Zahlenbereichen noch deutliche Unterschiede bestehen (siehe die Zahlenübersicht der Pro-Kopf Ausgaben auf Westdeutschland, die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung hingegen nur bei d r. drei Vierteln des Westniveaus). Dabei sind keine neunmachtvollen Unterschiede im Umgang der Inanspruchnahme
von Gesundheitsleistungen zwischen alten und neuen Bundesländern festzustellen. 
Dagegen bleibt die Finanzierungsebene, d.h. die beitragspflichtigen Einnahmen je GKV-Versicherten, u.a. aufgrund höherer Arbeitslosenquoten und des geringeren 
Einkommen niveaus in den neuen Bundesländern deutlich hinter der der alten Bun-
desländer zurück; im Resultat ergeben sich deutlich höhere Gesundheits- bzw.
GKV-Quoten in Ost- als in Westdeutschland.

Abb. 1:

Zusätzlich zu den beschriebenen Effekten geht, wie aus Grafik 2 ersichtlich, seit den 
70er Jahren die Schere zwischen dem Wachstum der GKV-Leistungsausgaben und 
dem Bruttoinlandsprodukt, d.h. sich weitgehend parallel zu entwickeln, und dem Wachs-
tum des Grundlohns zunehmend aus. Dies führt zu einem Strich zwängli-
f zu steigenden Beitragssätzen für die gesetzliche Krankenversicherung; diese sind 
weniger „ausgabenintern“ verursacht (denn die GKV-Ausgaben laufen der gesam-
türkischen Entwicklung nicht wegz.) ; modern „einnahmenintern“ (die GKV-Ein-
nahmen halten nicht mit der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung Schritt).

Qualitätsindikatoren des Gesundheitssystems – 
Kosten-Outcome-Relation

Entscheidendes Kriterium des Gütes eines Gesundheitssystems ist das Verhältnis 
von eingesetzten finanziellen Ressourcen (Input) und dem damit erreichten Grad 
an Gesundheit (Output). Letzteres kann in Form der oben beschriebenen Kriterien 
wie DALE, Responsiveness und Fair Financing ausgedrückt werden. Auf der Basis 
von Expertiseinigungen wurden die jeweiligen Gewichte dieser drei Größen so-
wie der Grad ihrer gerechten Verteilung von der WHO zu dem Gesamtnach der 
Performance zusammengefasst. Diese kann für sich als Gesundheits-Performance 
or als Gesamt-Performance in Relation zu den eingesetzten Mitteln ausgedrückt 
werden.

In der nachfolgenden Tabelle 6 sind diese Größen dargestellt. Beim Vergleich des 
Grades der Gesundheit belegt Deutschland einen 41. Platz. Bei der Beurteilung 
der Gesamt-Performance der jeweiligen Gesundheitssysteme rangiert Deutschland 
thin 

Staaten belegen hierbei den 37. Platz.

Das „WHO-Ranking“ in der kritischen Diskussion

Mit dem Vorliegen jeder World Health Report und des damit vorgelegten Rankings hat 
die WHO eine intensive Diskussion nicht nur in der wissenschaftlichen Community, 
sondern auch bei den Mitgliedstaaten ausgelöst. In der Weltgesundheitsver-
sammlung 2001 ist die WHO von zahlreichen Mitgliedstaaten heftig kritisiert 
worden. Dem Vernehmen nach hat sie sich verpflichtet, sich erst wieder zu diesem 
Thema zu ändern, wenn eine vorläufige und wissenschaftlich „adäquate“ Methodik 
für einen internationalen Vergleich von Aufwand und Ertrag vorliegt (Beskis 2001).

Aus wissenschaftlicher Sicht ist unter anderem die Validität der Generierung der 
behindergangsadjustierten Lebensjahre kritisiert worden (Blendon et al 2001). Wäh-
rend qualitätsadjustierte Lebensjahre im Kontext von gesundheitsökonomischen 
Evaluationen typischerweise aus repräsentiellen Bevölkerungsbevragungen ermit-
telt werden, sind bei der Konstruktion von DALYs und DALE nur Experten-

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gesundheitsystem-Teil</th>
<th>Performance</th>
<th>a) OHL/WHO und Gesundheitsbeteiligung, input-OHL-Relation</th>
<th>b) OHL/WHO und WHO-System-Performance</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>France</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Italy</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>San Marino</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Andorra</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Malta</td>
<td>2</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Singapore</td>
<td>14</td>
<td>6</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Spain</td>
<td>6</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Denmark</td>
<td>1</td>
<td>8</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Austria</td>
<td>15</td>
<td>9</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Japan</td>
<td>9</td>
<td>10</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Norwegen</td>
<td>13</td>
<td>11</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Portugal</td>
<td>13</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Monaco</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Griechen</td>
<td>11</td>
<td>14</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Ireland</td>
<td>25</td>
<td>16</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Luxemburg</td>
<td>31</td>
<td>17</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Grossbritannien</td>
<td>19</td>
<td>18</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Grossbritannien</td>
<td>24</td>
<td>19</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Irland</td>
<td>32</td>
<td>20</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Schweden</td>
<td>36</td>
<td>21</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Belgien</td>
<td>28</td>
<td>22</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Estland</td>
<td>51</td>
<td>23</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Schweden</td>
<td>21</td>
<td>24</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Österreich</td>
<td>52</td>
<td>25</td>
<td>25</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Künftige Herausforderungen an das Gesundheits- und Sozialsystem der Bundesrepublik Deutschland


Gesamtwirtschaftliche Trends

Angebotsseitige Trends
Darüber hinaus bringt die oben erwähnte Lockerung und Öffnung der nationalen Grenzen in Europa auch eine Zunahme der grenzüberschreitenden Gesundheitsangebote und wachsende Möglichkeiten von Dienersten zu exportieren und importieren sowie grenzüberschreitend umzustellen (Waeser 1995).

Trends bei Patientenfragen
Dessenwegen besteht eine vergleichsweise hohe Zahlungsbereitschaft in der Bevölkerung für gesundheitsbezogene Produkte und Dienstleistungen, jedoch nicht zu einer Steigerung der Leistungsauswahl. Man muss jedoch bereits einen nicht unerheblichen Teil seines Einkommens für die Gesundheitsversorgung einräumen, erwartet und/oder aber auch eine individuell unklare Maximalversorgung. Neben dieser steigenden Erwartungshaltung zeigt sich auch ein Trend zu vermehrten Selbstverwaltung und Eigenbestimmung, was insbesondere zu einem steigernden Verbrauch von Gesundheitsleistungen führt.


Trends bei Sekundärfragen
Trotz der festen traditionellen Trennung der Verantwortlichkeiten und Aufgabenbereiche der einzelnen Akteure im deutschen Gesundheitswesen, wie Krankenkassen, Rentenversicherung, Krankenhaus und niedergelassene Ärzteschaft, zeigt sich derzeit ein zügiger aber kontinuierlicher Trend zu einem besseren Schnittstellenmanagements zwischen den einzelnen Sektoren. Damit zusammenhängend ist beispielsweise auch die aktuelle Diskussion um eine verstärkte Orientierung auf die Versorgung chronisch Kranker in der GKV im Rahmen von Diagnose-Management-Programmen und einem damit verbundenen (oder auch losgelösten) marktorientierten Risikokontrollmanagement zu sehen.

Was bedeutet diese Trends?
Daher besteht unser Erachtens die Notwendigkeit, Kriterien für einen ethisch und sozial verantwortliche Priorisierung und Postenierung (und dies heisst auch: Ra-
Klinische Bedeutung von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung


Ökonomische Belange von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung


Ökonomische Belange von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung


Ökonomische Belange von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung


Ökonomische Belange von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung


Ökonomische Belange von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung


Ökonomische Belange von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung


Ökonomische Belange von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung


Ökonomische Belange von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung


Ökonomische Belange von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung


Ökonomische Belange von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung


Ökonomische Belange von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung


Ökonomische Belange von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung


Ökonomische Belange von Suchterkrankungen und ihrer Behandlung

Ausblick: Die Suchtbehandlung im künftigen Sozial- und Gesundheitssystem


Im bundesdeutschen Gesundheitssystem konzentriert sich die Behandlung von Suchterkrankungen auf die Entwöhnungstherapie bei bestehender Abhängigkeit. Es liegen jedoch enorme medizinische wie ökonomische Potentiale in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Die Behandlung dieser Erkrankungsmerkmale ist eine starke Verzahnung und eine Verbesserung der Schrittmachungs- und Management der medizinischen Spezialisierung sowie eines Ausbaus derartiger Maßnahmen kann somit positiv für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen beitragen.
Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen
Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.
Neuland, 2002, Geesthacht