

Positionspapier zur stärkeren Vernetzung von Substitution und Entwöhnungsbehandlung

Fachverband
Sucht e.V. 

der verband
der drogen- und
suchthilfe **fdr** 

Einleitung

Opiatabhängigkeit ist eine besonders komplexe und schwere behandlungsbedürftige Erkrankung (s. ICD-10-Ziffer F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode). Sie geht in der Regel mit einem hohen Anteil an somatischen und psychischen Störungen, dem Mischkonsum unterschiedlicher Substanzen sowie massiven Beeinträchtigungen und Teilhabeproblemen im beruflichen, familiären und sozialen Gebiet einher. Sie ist aufgrund des häufig auftretenden chronischen Verlaufs auch mit einer deutlich erhöhten Gesamtmorbidität und -mortalität verbunden.

Es handelt sich somit um eine chronische Erkrankung, für deren bedarfsgerechte Behandlung eine ganzheitliche und umfassende Sichtweise zugrunde gelegt werden muss. Im Rahmen der Behandlung sind

- die Abhängigkeitserkrankung (Abhängigkeit von Opiaten und weiteren Substanzen)
- psychische und somatische Störungen (s. ICD-10),
- die Förderung von Aktivitäten (z.B. Selbstversorgung, Kommunikation),
- die Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen (z.B. soziale Kontakte, berufliche Integration, sinnerfüllte Freizeit) im Sinne der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

zu berücksichtigen.

In der vorliegenden Positionsbestimmung nehmen die Suchtverbände eine Einschätzung zur aktuellen Versorgungssituation vor, stellen Behandlungserfordernisse dar und zeigen Perspektiven zur Weiterentwicklung des Versorgungs- und Behandlungssystems auf.

1. Prävalenz des Drogengebrauchs und Inanspruchnahme von Suchtbehandlungsangeboten im Überblick

Die Zahl der problematischen Konsumenten* illegaler Opiode in Deutschland wird für das Jahr 2011 auf 63.000 bis 185.000 Personen geschätzt¹. Auf Basis des epidemiologischen Suchtsurveys ist insgesamt von ca. 283.000 Erwachsenen auszugehen, die einen Missbrauch, und weiteren 319.000, die eine Abhängigkeit im Zusammenhang mit dem Konsum von illegalen Drogen wie Cannabis, Kokain oder Amphetaminen aufweisen. Für Menschen, die aufgrund ihrer Opiatabhängigkeit professionelle Unterstützung in Anspruch nehmen wollen, stehen zahlreiche Angebote mit unterschiedlichen Zielsetzungen bereit. Diese reichen von niedrigschwelligen Angeboten (z.B. Konsumräume), über ambulante Beratungs- und Behandlungsangebote, substitions-gestützte und He-

* Zur besseren Lesbarkeit wird die männliche Schriftweise verwendet.

roin-gestützte Angebote für Schwerstabhängige bis hin zur abstinentenorientierten medizinischen Rehabilitationsleistung bei Abhängigkeitserkrankungen. Ein großer Teil der Opioidabhängigen in Deutschland befindet sich in einer substitions-gestützten Behandlung, zum 01.07.2013 waren dies 77.300 Patienten. Laut der Deutschen Suchthilfestatistik betrug der Anteil der Patienten mit der Hauptdiagnose „Opiode“ im ambulanten Bereich 15,9 % (25.979 Klienten in 748 ambulanten Suchtberatungsstellen) und 7,0 % im stationären Bereich (2.840 Patienten in 198 stationären Drogenrehabilitationseinrichtungen). Eine Entwöhnungsbehandlung schlossen im Jahr 2012 eine deutlich höhere Anzahl, nämlich insgesamt 13.564 Drogenabhängige und 2.179 Mehrfachabhängige ab, für welche die Rentenversicherung zuständig war. Bei diesen sind auch Patienten enthalten, welche Opiode nicht als Hauptsubstanz konsumiert haben. Der Anteil der Rentenversicherung als Leistungsträger liegt im Bereich der Drogenabhängigkeit bei ca. 85 %.

2. Zielsetzungen der Hilfeeinrichtungen in einem komplexen Versorgungssystem

Übergeordnete Zielsetzung aller Angebote im Bereich der Sucht- und Drogenhilfe sollte es sein, für jeden Betroffenen ein autonomes, gesundes und zufriedenes Leben mit einem möglichst hohen Grad an

Selbstkontrolle und Selbstverwirklichung anzustreben bzw. dieses zu ermöglichen. Daraus folgt, dass die verschiedenen Angebote der Suchtkrankenhilfe und -behandlung aufeinander bezogen sein müssen und dass möglichst nahtlose Übergänge zwischen den Angeboten vorhanden sein sollten. Von daher reicht es beispielsweise nicht aus, lediglich sektorierte Angebote zur Verfügung zu stellen, welche ausschließlich auf die Sicherung des Überlebens und die Minderung von Risiken ausgerichtet sind. Vielmehr müssen alle Angebote der Suchtkrankenhilfe auch die Entwicklungspotenziale des Menschen und damit seine psychosozialen Lebensumstände, seine psychischen und somatischen Ressourcen und Komorbiditäten sowie seine soziale Einbindung in die Gemeinschaft, Gesellschaft und das Arbeitsleben im Blick haben. Von daher ist es eine wichtige Aufgabe, entsprechende Rahmenbedingungen und fachliche Ressourcen in einem vernetzten Behandlungssystem zur Verfügung zu stellen, damit das umfassende Ziel „Recovery“, d.h. der Zustandsverbesserung in verschiedenen Dimensionen (körperlich, psychisch, neurokognitiv, neurobiologisch, Substanzgebrauch, sozial, beruflich, Sinnerfüllung, Freizeitverhalten), auch erreicht werden kann. Zudem ist die Veränderungsbereitschaft des Betroffenen im Behandlungsprozess zu fördern, damit er seine Entwicklungspotenziale und Spielräume für die Erlangung eines möglichst autonomen Lebens nutzt und dabei zunehmend seine Teilhabechancen realisiert. Der Recovery-Ansatz ist damit eng verknüpft mit der Therapieziel-Hierarchie für Abhängigkeitserkrankungen:

1. Sicherung des Überlebens
2. Sicherung des möglichst gesunden Überlebens
3. Reduzierung der Konsummenge und der Konsumexzesse
4. Verlängerung der drogenfreien Perioden
5. Dauerhafte Abstinenz
6. Lebensgestaltung und -bewältigung in Zufriedenheit

Bei abhängigkeitskranken Menschen stellt die Förderung eines drogenfreien und abstinenten Lebens in Zufriedenheit die übergeordnete und ggf. erst in einem längerfristigen Prozess zu erreichende Zielsetzung dar.

3. Substitutionsbehandlung: Zielsetzungen, Umsetzung, Entwicklungspotenziale

Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger beinhalten eine – aus Sicht der Suchtverbände zu begrüßende – integrierte ganzheitliche Sichtweise. Denn bei der Substitution kann es nicht darum gehen, Substitutionsmittel le-

diglich zu verabreichen, sondern diese Form der Behandlung muss selbstverständlich auch die Abklärung somatischer und psychischer Erkrankungen, begleitende psychosoziale Maßnahmen sowie die Vermittlung in weiterführende Behandlungsangebote wie die Entwöhnungsbehandlung beinhalten².

Von daher sind die folgenden fünf Zielsetzungen der Richtlinien der Bundesärztekammer im Sinne einer Zielhierarchie zu verstehen und eng miteinander verwoben.

1. Sicherung des Überlebens
2. Reduktion des Gebrauchs anderer Suchtmittel
3. Gesundheitliche Stabilisierung und Behandlung von Begleiterkrankungen
4. Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben
5. Opiatfreiheit

Unter Substitutionstherapie versteht man die Substitution mit Opiatersatzstoffen oder mit Diamorphin im ambulanten Setting (Schwerpunktpraxis, Fachambulanz) mit einer entsprechenden psychosozialen Begleitung. Weitere erforderliche Hilfen und Behandlungen sind im Sinne eines Case-Managements zu organisieren bzw. einzuleiten. Die PREMOS-Studie³ hat nun gezeigt, dass

- die Substitutionsbehandlung zu einer Senkung der Mortalität der Opioidabhängigen führt (Ziel 1),
- eine Senkung des Gebrauchs anderer Suchtmittel zwar erreicht wird, aber der zusätzliche Konsum weiterer Drogen mit über 40 % weiterhin auf einem hohen Niveau verbleibt (Ziel 2),
- eine Reduktion der somatischen Komorbidität nur bei Hepatitiden erreicht wird, bei allen anderen Erkrankungen wurden nach sechs Jahren sogar größere Häufigkeiten dokumentiert (Ziel 3),
- bei den psychischen Begleiterkrankungen keine Verbesserungen (z.B. Depressions-, Angst-, Schlaf- und Persönlichkeitsstörungen) im Studienverlauf festgestellt wurden, einige nehmen sogar zu (z.B. psychotische Störungen) (Ziel 3),
- eine Verbesserung der Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben aufgrund der hochgradig desintegrierten Population Interventionen erfordert, die weit über die angebotene medizinische Behandlung hinausgehen und Optimierungsbedarf hinsichtlich der Inanspruchnahme weiterführender Angebote besteht (Ziel 4),
- das Ziel der längerfristigen Abstinenz bei opiatabhängigen Patienten in Substitutionsbehandlungen nur in Ausnahmefällen erreicht wird (Ziel 5).

Rund zwei Drittel der Patienten befanden sich nach einem Jahr noch in der Substitutionsbehandlung, allerdings waren nur 30 % der Teilnehmer über 12 Monate oder länger in einem stabilen, weitestgehend

unveränderten Behandlungssetting⁴. Die Autoren der PREMOS-Studie gehen davon aus, dass bei 54,6 % der Patienten die Versorgungssituation als „überwiegend zufriedenstellend“ anzusehen ist. Als günstiger Verlauf wurde hierbei Abstinenz oder eine „temporär stabile Substitution“ über mindestens drei Monate definiert. Angesichts der bestehenden erheblichen psychischen und somatischen Krankheitslast, der Notwendigkeit einer gezielten Unterstützung von Patienten in der Substitutionsbehandlung hinsichtlich einer Verbesserung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben und der nach wie vor hochgradig desintegrierten Patienten ist diese Kernaussage des Abschlussberichts kritisch zu hinterfragen (vgl. Hessel et al. 2014). Die Suchtverbände teilen von daher die kritische Sicht zu den Ergebnissen der PREMOS-Studie von Hessel et al. (2014), dass bei einer Gesamtbeurteilung der Ergebnisse der Eindruck entsteht, „dass die Therapie der Opioidabhängigkeit in Deutschland oftmals stärker als Medikamentenvergabe („Substitution“) und weniger als mehrdimensionales Therapiekonzept („substitutionsgestützte Behandlung“) mit definierten Versorgungspfaden verstanden und praktiziert wird. Sinnvoll ist eine standardisierte Diagnostik in mehreren Domänen (Suchterkrankung, psychische und somatische Komorbidität, ICF-Dimension) und die hierauf aufbauend strukturelle Einbeziehung weitergehender Versorgungsansätze einschließlich der Bereitstellung von erforderlichen Strukturen und Ressourcen“.

Faktisch hat sich die Substitution aber als eigenständiges Behandlungssystem etabliert, dem die Mehrheit der Opiatabhängigen gegenüber einer abstinenten Rehabilitation derzeit den Vorrang gibt, und aus dem heraus im Zeitrahmen von 12 Monaten nur 4,4 % in eine abstinentenorientierte Therapie wechselten.

Aus Sicht der Suchtverbände ist es deshalb erforderlich, die Substitution zukünftig verstärkt als umfassendes Behandlungsangebot zu verstehen, dessen spezifische Zielsetzungen wie etwa „verbesserte Lebensqualität“, „Reduzierung psychischer und somatischer Probleme“, „Förderung der Teilhabe und Milderung sozialer Desintegration“, „Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitsstatus“, „Berücksichtigung der besonderen Situation von substituierten Patienten mit Kindern“ im Rahmen eines Therapieplans festzulegen sind und auch überprüft werden müssen. Aufgabe des substituierenden Arztes ist es von daher auch auf Basis von festgelegten Indikationskriterien kritisch zwischen den Vor- und Nachteilen der Fortführung einer Substitution gegenüber dem Übergang in eine drogenfreie bzw. substitutionsgestützte Entwöhnungsbehandlung abzuwägen.

4. Abstinenzorientierte Entwöhnungsbehandlung: Zielsetzungen, Umsetzung, Entwicklungspotenziale

Der abstinenzorientierte Behandlungsansatz wird insbesondere in der Suchtrehabilitation verfolgt, der mittlerweile durch die substitions-gestützte Entwöhnungsbehandlung erweitert wurde. Seit 2001 besteht diese zusätzliche Angebotsform, in deren Rahmen übergangsweise auch der Einsatz von Substitutionsmitteln möglich ist. Die vollständige Drogenabstinenz bleibt weiterhin das übergeordnete Ziel. Jedoch entwickelt sich derzeit bei substituierten Patienten zunehmend als Option, dass dieses Behandlungsziel bezogen auf das Substitutionsmittel nicht in jedem Einzelfall bis zum Behandlungsende erreicht werden kann.

Entwöhnungsbehandlungen können ambulant, teilstationär bzw. ganztägig-ambulant oder stationär durchgeführt werden. Für Drogenabhängige ist eine Regelzeit von 6 Monaten in der stationären Rehabilitation vorgesehen (Phase I der Entwöhnungsbehandlung). Die Drogenrehabilitation basiert auf einem umfassenden Behandlungsansatz mit differenzierten Zielsetzungen. Hierzu gehören beispielsweise:

- Stärkung des Selbstwertgefühls sowie der persönlichen Potenziale und Ressourcen
- Förderung von Lebenskompetenzen
- gesundheitliche Stabilisierung
- Distanzierung von drogenbezogenen Lebensstilen
- Abbau von Delinquenz
- Behandlung somatischer und psychischer Störungen
- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- Förderung der sozialen, beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabechancen
- Freizeitgestaltung ohne Drogen
- Umgang mit Krisen und Rückfällen

Darüber hinaus können auch Drogenabhängige mit Kindern in verschiedenen Einrichtungen aufgenommen werden. Es wird beispielsweise die Möglichkeit geboten, Erfahrungen mit einem drogenfreien Lebensstil zu machen, die Achtsamkeit für die eigenen Bedürfnisse zu entwickeln, Lebensbilanz zu ziehen und sich persönliche Ziele für die Zukunft zu setzen, Kompetenzen zu entwickeln (z.B. Umgang mit den eigenen Ängsten, Entwicklung von Selbstvertrauen, Ertragen von Langeweile ohne Suchtmittel etc.) und Erfahrungen im Leben in einer Gemeinschaft zu sammeln. An die Suchtrehabilitation (Phase I) kann sich die Adaptionsphase (Phase II der Entwöhnungsbehandlung) anschließen, in der es um die Stabilisierung des Behandlungserfolgs, die zunehmende Außenorientierung mit dem Ziel der Integration in Arbeit und Gesellschaft geht. Des Weiteren gibt es Angebote des Betreuten Wohnens oder z.B. ambulan-

te Nachsorgemaßnahmen im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung. Im Vorfeld der Entwöhnungsbehandlung erfolgt in der Regel ein Entzug, der in internistischen oder psychiatrischen Krankenhäusern bzw. entsprechenden Fachabteilungen durchgeführt wird.

Im Durchschnitt betrug die Abhängigkeitsdauer vor dem Antritt einer Entwöhnungsbehandlung im Jahr 2012 in einer Fachklinik für Drogenabhängigkeit 12,1 Jahre⁵. 61,3 % beendeten dort die Behandlung planmäßig, bei Entlassung aus der Behandlung waren 92,6 % der Patienten arbeitsfähig. Das Durchschnittsalter lag bei 29,9 Jahren. Mittlerweile gibt es verschiedene Studien, welche den längerfristigen Behandlungserfolg der stationären Drogenrehabilitation belegen. Beispielsweise erbrachte eine einrichtungsübergreifende Erhebung zur Effektivität der stationären Drogenrehabilitation des Entlassjahrgangs 2011 (N=925) eine katamnestiche Erfolgsquote (abstinent und Abstinenz nach Rückfall) – ein Jahr nach der stationären Behandlung für Katamneseantworter mit planmäßiger Entlassung – von 74,2 % (DGSS 1)⁶. Die Erfolgsquote verringert sich, wenn man andere Berechnungsformen zugrunde legt. Sie beträgt nach DGSS 4 22,4 %, hierbei wird der gesamte Entlassjahrgang zugrunde gelegt und Nichtantworter (Anteil 67,2 %) werden generell als rückfällig gewertet. Während die Berechnung nach DGSS 1 somit eine Überbewertung des Behandlungserfolgs darstellt, stellt die Berechnung nach DGSS 4 eine deutliche Unterschätzung dar. Insgesamt liegt der „wahre“ Wert somit zwischen diesen Angaben zur Abstinenz. Es zeigen sich zudem auch deutliche Veränderungen in zentralen Lebensbereichen aus Sicht der Katamneseantworter. Am deutlichsten werden positive Veränderungen in den Bereichen Suchtmittelkonsum (78,5 %), Alltagsbewältigung (75,7 %) und seelischer Zustand (70,9 %) berichtet. Aber auch die Freizeitsituation (68,5 %), der Gesundheitszustand (64,3 %), die Situation im Freundes- und Bekanntenkreis (62,7 %), die Arbeitssituation (61,5 %) werden als verbessert erlebt. Angesichts der langjährigen Abhängigkeit vor Antritt einer Behandlung und der erheblichen Chronifizierung der Suchtproblematik zeigen diese Ergebnisse, dass sich die Drogenrehabilitation lohnt. Im Bereich der ambulanten Rehabilitation sind die Fallzahlen für die Behandlung von Abhängigen illegaler Drogen (F11, F13, F14, F15, F19) vergleichsweise gering. Gleichwohl sei auch auf deren Bedeutung verwiesen. Ergänzend zeigen auch die Daten der Rentenversicherung zum längerfristigen sozialmedizinischen Verlauf nach einer erfolgten Rehabilitationsleistung, dass ein erheblicher Anteil der ehemaligen Patienten nach der Entwöhnungsbehandlung im Erwerbsleben verblieben ist. Eine Auswertung des Entlassjahrgangs 2008 (N=2473)

der DRV Bund erbrachte, dass zwei Jahre nach der stationären Entwöhnungsbehandlung aufgrund von Drogenabhängigkeit 98 % im Erwerbsleben verblieben sind. Davon wiesen 44 % lückenhafte und 54 % lückenlose Beitragszahlungen auf. Allerdings sind daraus keine direkten Rückschlüsse über eine Berufstätigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt zu ziehen.

Aus Sicht der Suchtverbände liegen Herausforderungen für die Zukunft insbesondere darin, den Zugang zur Entwöhnungsbehandlung zu verbessern und die Teilhabechancen im Anschluss an die Behandlung durch entsprechende Arbeitsmarktinstrumente und Förderungsangebote zu verbessern.

Substitution und Entwöhnungsbehandlung: Perspektiven für die Zukunft

Die Brückenbildung zwischen Substitution und Entwöhnungsbehandlung sollte zukünftig im Sinne einer integrierten und systemübergreifenden Behandlungsplanung deutlich ausgebaut werden. Um der Komplexität des Behandlungsbedarfs im Einzelfall gerecht werden zu können, bedarf es eines Case-Managements, das zur Aufgabe hat, im Rahmen der Substitution entsprechende Fachstellen und Dienstleister bedarfsgerecht einzuschalten und beispielsweise auch dafür Sorge zu tragen, eine nahtlose Überleitung aus der Substitutionsbehandlung in den Entzug bzw. eine Entwöhnungsbehandlung zu unterstützen. Hier sind nicht nur substituierende Ärzte gefordert, sondern beispielsweise auch in der psychosozialen Betreuung tätige Mitarbeiter (z.B. gemäß § 53 SGB XII). Zielsetzung dabei ist es, Krisen und Rückfälle möglichst zu vermeiden und die Inanspruchnahme der weiterführenden Angebote zu unterstützen. Zudem sollte der Case-Manager auch bei einem eventuellen Abbruch der Behandlung als Ansprechpartner zur Verfügung stehen, um möglichst zeitnah weitere Schritte einzuleiten und erforderliche Hilfen zur Verfügung zu stellen.

Es darf nicht aus dem Blick geraten, dass die abstinenzorientierte Entwöhnungsbehandlung ein wichtiges und erfolgsversprechendes Behandlungsangebot darstellt. Zudem wurde dieses Angebot im Rahmen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 (Anlage 4) erweitert, so dass der übergangsweise Einsatz eines Substitutionsmittels möglich ist. Da eine völlige Abstinenz des Substitutionsmittels bis zum Ende der Entwöhnungsbehandlung nicht in jedem Fall erreichbar ist, sollte diese Zielsetzung ergänzt werden um das Ziel der Abdosierung, um damit auch mögliche Zugangshemmnisse zur medizinischen Rehabilitation abzubauen. Beikonsumfreiheit stellt eine weitere wichtige Zielsetzung der

substitutionsgestützten Rehabilitation dar und sollte nicht als grundsätzliche Eintrittsbedingung schon vor Beginn der Behandlung gefordert werden. Entsprechende Ansätze zur Weiterentwicklung der Behandlung Opiatabhängiger sollten entsprechend evaluiert werden. Zielsetzung sollte es sein, praxisorientierte Indikationskriterien weiter zu entwickeln und diese auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen.

Aufgabe der Einrichtungen der Suchtbehandlung ist es im Sinne der Brückenbildung zu prüfen, inwieweit ihre Konzepte der medizinischen Rehabilitation an die unterschiedlichen Bedürfnisse und Potenziale substituierter Menschen angepasst werden können. Dies erfordert den intensiven fachlichen Diskurs sowie eine konsequente Überprüfung der Qualität und Wirksamkeit innovativer Angebote. Angeregt wird in diesem Zusammenhang, auch die Anlage 4 der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001 zum Einsatz eines Substitutionsmittels in der Rehabilitation Opiatabhängiger im Sinne der Förderung der Brückenbildung zwischen den Behandlungsangeboten zu überprüfen.

Von grundsätzlicher Bedeutung ist es aus Sicht der Suchtverbände, dass der Zugang

von Substituierten zur ambulanten und stationären Rehabilitation aktiv gefördert werden sollte. Dies bedeutet, die Behandlungssysteme der Substitution und medizinischen Rehabilitation stärker miteinander zu verknüpfen und damit auch die Motivations- und Vorbereitungsarbeit für eine sich anschließende Entwöhnungsbehandlung im Rahmen der Substitution zu verbessern.

Literaturhinweise:

- 1 Pfeiffer-Gerschel T, Kipke I, Flöter S et al.: Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD. Im Internet: www.dbdd.de/images/2012/reitox_report_2012_dt.pdf
- 2 Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Deutsches Ärzteblatt 2010; 107, Heft 11, A-511-A-516
- 3 Wittchen HU, Bühringer G, Rehm J: Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments – Effekte der langfristigen Substitution Opioid-abhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. 2011; Schlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit
- 4 Hessel F, Pfeiffer-Gerschel T, Reimer J: Die Qualität in der Versorgung Opiatabhängiger in substitutionsgestützter Behandlung – Eine Diskussion vor dem Hintergrund der PREMOS-Studie. 2014. Suchttherapie 2014; 15, 84-90
- 5 Kemmann D, Post Y et al.: Basisdokumentation 2012 – Fachkliniken für Drogenabhängigkeit. Fachverband Sucht e.V. (Hg.): Basisdokumentation 2012 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. 2013
- 6 Fischer M, Kemmann D, Weissinger V et al.: Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2011 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. Sucht-Aktuell 01.14, 19-24

FACHVERBAND SUCHT e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel.: 0228 - 26 15 55
Fax: 0228 - 21 58 85

fdr – Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.
Gierkezeile 39 · 10585 Berlin
Tel.: 030/85400490 · Fax: 030/85400491