

Entwicklungen in der Suchtbehandlung – Ein aktueller Überblick

Volker Weissinger

Grundsätzliche Aspekte zum Stellenwert der Rehabilitation

In seinem Gutachten 2000/2001 zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (Band 3 Über-, Unter- und Fehlversorgung) stellt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen fest, dass in den fortgeschrittenen Industrienationen die angemessene Versorgung chronisch Kranker die wichtigste und größte Herausforderung für das Gesundheitswesen darstellt. Chronische Krankheiten verursachen einen erheblichen Teil der direkten und – in einem noch höheren Maße – der indirekten Krankheitskosten, z.B. durch Produktionsausfälle, Lohnersatzleistungen oder vorgezogene Rentenzahlungen. Der Sachverständigenrat weist darauf hin, dass in Zukunft die Bedeutung chronischer Krankheiten weiter zunehmen wird. Dies liegt insbesondere an dem Zusammenhang zwischen demografischer Alterung der Bevölkerung und der daraus resultierenden chronischen Krankheitslast. So ist davon auszugehen, dass der Anteil der über 60-jährigen bis zum Jahr 2040 von heute 20% auf ein Drittel ansteigen wird, während der Anteil der 20 - 60-jährigen von rund 58% auf 50% sinkt. Das Erwerbstätigenpotential wird im gleichen Zeitraum, bei Fortschreibung bestehender Verhältnisse, von 37 auf 24 Mio. Menschen abnehmen.

Es ist daher ein zentrales Ziel der Politik, dass zukünftig Arbeitnehmer/innen länger am Arbeitsleben teilnehmen, Frühberentungen vermieden werden und Beiträge für die Sozialversicherungsträger geleistet werden.

Ebenso wie die Prävention gehört nach Ansicht des Rates die Rehabilitation zu den großen Unterversorgungsbereichen. Gerade die moderne Rehabilitation eröffnet, wie kaum ein anderer Behandlungsansatz, die Chance für eine umfassende und multidimensionale Versorgung chronisch Kranker.

Rehabilitation gehört neben der Prävention, Akutbehandlung und Pflege zu den zentralen Säulen unseres Gesundheitssystems. Die zentrale Herausforderung für die Rehabilitation besteht darin, wie bedarfsgerecht und qualitativ hochwertige Rehabilitationsleistungen angesichts der begrenzt bereitgestellten finanziellen

Ressourcen zukünftig gewährleistet werden können und eine fachgerechte Behandlung sichergestellt werden kann.

I. Suchterkrankungen in Deutschland

Suchterkrankungen und übermäßiger Substanzkonsum stellen ein epidemiologisches und sozial- und gesundheitspolitisches Problem ersten Ranges dar. In Deutschland rechnet man in der Altersgruppe der 18 - 59-jährigen Erwachsenen mit: ¹⁾

- 1,5 Mio. (3,1%) Menschen, die alkoholabhängig sind,
- 2,4 Mio. (5%) die Alkoholmissbraucher sind,
- 1,4 Mio. Medikamentenabhängigen
- 120.000 bis 150.000 Menschen mit Drogenabhängigkeit
- 5,8 Mio. starken Rauchern (mehr als 20 Zigaretten pro Tag), davon 3,9 Mio. mit Tabakabhängigkeit

Auf jeden Süchtigen kommen mindestens 3 - 4 Angehörige, die psychisch, sozial, finanziell und oft auch physisch in Mitleidenschaft gezogen werden.

Abhängigkeitserkrankungen sind mit vielen Beeinträchtigungen der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität sowie einer deutlichen Reduktion von Aktivitäten und Leistungen verbunden. Von daher handelt es sich bei der medizinischen Suchtrehabilitation um eine komplexe Leistung, der ein biopsychosoziales Krankheitsfolgenmodell zugrunde liegt.

Art und Umfang der Rehabilitationsleistungen richtet sich im Einzelfall nach dem Grad der körperlichen und psychischen Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen.

Wirtschaftliche Auswirkungen der Sucht

Allein die Folgen von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit belaufen sich nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation Europa (2000) auf einen ²⁾

- Anteil an den Krankheitskosten von 9%
- Anteil am Bruttosozialprodukt 2-5%.

Eine Studie des Robert-Koch-Instituts schätzt, dass die Kosten durch alkoholbezogene Morbidität und Mortalität in Deutschland über 20 Milliarden Euro pro Jahr betragen.

Einzelne Auswirkungen im Zusammenhang mit Alkohol sind in Abbildung 1 aufgeführt. ³⁾

Die Kostenanteile an direkten und indirekten Kosten wurden für das Jahr 1995 berechnet und werden in Abbildung 2 (auf der folgenden Seite) dargestellt.

Im Vergleich zu den indirekten Kosten – die auf dem durch den Alkoholmissbrauch und die -abhängigkeit bedingten Ressourcenverlust basieren – sowie zu den direkten Kosten, die durch die Folgeerkrankungen der Alkoholabhängigkeit im akutmedizinischen Bereich anfallen (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser), machen die Ausgaben für die spezifischen Behandlungsangebote für Sucht-

Arbeitsunfähigkeitsfälle	850.000
Krankenhausaufenthalte (10-15%) davon diagnostiziert (1997)	570.000
- Alkoholabhängigkeit	177.500
- Alkoholpsychose	36.000
- Alkoholvergiftung	8.000
Rehabilitationsmaßnahmen	40.000
Frühberentungen	5.000
Straftaten unter Alkoholeinfluss	
- gefährliche und schwere Körperverletzung	96.000
- Vergewaltigung sexuelle Nötigung	6.000
- Tötungsdelikte	2.000
Alkoholunfälle im Straßenverkehr 1999	
- mit Personenschaden	28.350
- dabei verunglückte Personen	38.110
- davon gestoben	1.114
Alkoholbedingte Todesfälle	42.000

Abb. 1: Auswirkungen alkoholassoziierter Probleme

Fachbeiträge

Direkte Kosten (Ressourcenverbrauch)	in Mio. Euro
Krankenhausbehandlung	1.919
Stationäre Rehabilitation	318
Ambulante Rehabilitation	10
Ambulante Behandlung	1.018
Vorbeugende und betreuende Maßnahmen	1.779
Ausbildung und Forschung	419
Verwaltungs- u. Investitionsausgaben	1.070
Krankentransport (nur GKV)	198
Sterbegeld	43
Sachschaden	999
Arbeits- und Wegeunfall (Mehrfachzählungen)	971
Direkte Kosten insgesamt	8.744
Indirekte Kosten (Ressourcenverlust) "	in Mio. Euro
Mortalität	7.018
Arbeitsunfähigkeit	884
Rehabilitation	247
Frühberentung	3.106
Arbeits- und Wegeunfall	695
Indirekte Kosten insgesamt	11.950
Kosten insgesamt	20.694

Abb. 2: Direkte indirekte Kosten alkoholassoziierter Krankheiten (1995)

ranke nur einen vergleichsweise geringen Betrag aus.

Eine aktuelle Erhebung des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) ergab ferner, dass die durchschnittliche Abhängigkeitsdauer von Patienten/Innen, die sich in einer stationären Entwöhnungsbehandlung (Bereich: Alkohol/Medikamente) befinden, (Entlassjahrgang 2002, N=11.405) 11,8 Jahre betrug.⁴⁾

Die genannten Zahlen verdeutlichen, welche ökonomische Bedeutung einer Verstärkung präventiver Angebote und der Frühintervention zuzumessen ist, um der Chronifizierung einer Abhängigkeit entgegenzuwirken und frühzeitig eine sucht-spezifische Behandlung einzuleiten.

II. Entwicklung des Behandlungssystems für suchtkranke Menschen

In Deutschland verfügen wir über ein gut ausgebautes und hochwertiges Beratungs- und Behandlungssystem mit einem breiten Spektrum an Rehabilitationsangeboten für suchtkranke Menschen. Es gibt derzeit ca. 1.050 ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, davon sind 448 als ambulante Behandlungsstellen anerkannt, ca. 6.760 stationäre Entzugsbetten mit Motivationsanteilen und 700 gesonderte Entzugsbetten für Suchtkranke (qualifizierter Entzug), 11.700 stationäre Entwöhnungsbetten sowie 7.511 Plätze für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke. Darüber hinaus existieren ca. 11.490 Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und ihre Angehörigen.

Die letzten Jahre und Jahrzehnte sind durch eine zunehmende Professionalisierung und Flexibilisierung der Behand-

lungsangebote gekennzeichnet. Beispielsweise entwickelte sich mit der Verabschiedung der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht durch die Leistungsträger im Jahr 1991 sukzessive der Bereich der ambulanten Rehabilitation für Abhängigkeitskranke. Stationäre Einrichtungen verfügen über ein breites Angebotsspektrum, ein multiprofessionelles Team und richten ihre Behandlung zunehmend am besonderen Bedarf der Patienten/innen (Motivationsbehandlung, Auffangbehandlung, Kurzzeitbehandlung, variable Langzeitbehandlung, Angebote für spezifische Zielgruppen wie z.B. Jugendliche, Senioren, stark chronifizierte Patienten/innen, Migranten/innen) aus. Ein Großteil davon ist auch in der Lage, somatische Begleit- und Folgeerkrankungen adäquat zu behandeln.

Darüber hinaus gewinnen Kombinationsbehandlungen mit ambulanten und stationären Anteilen an Bedeutung und in

Jahre	Anträge Medizinische Reha-Maßnahmen	davon für Sucht (stationär)	Anteil in % (Sp.2 an Sp.1)	Steigerung insgesamt in % zum Vorjahr (Sp. 1)	Steigerung Sucht in % zum Vorjahr (Sp. 2)
	Sp. 1	Sp. 2	Sp. 3	Sp. 4	Sp. 5
1995	1.414.392	59.730	4,2	-	-
1996	1.233.091	64.109	5,2	- 12,8	7,3
1997	932.126	65.022	7,0	- 24,4	1,4
1998	1.066.525	70.061	6,6	14,4	7,7
1999	1.188.332	73.551	6,2	11,4	5,0
2000	1.297.952	77.970	6,0	9,2	6,0
2001	1.344.402	82.174	6,1	3,6	5,4
2002	1.323.489	89.717	6,3	5,9	9,1

Quelle: VDR-Antrag- und Erledigungsstatistik und eigene Berechnungen

Abb. 3: Anträge auf medizinische Reha-Maßnahmen insgesamt und wegen Sucht (stationär) in GRV 1995-2002 Deutschland gesamt

Ballungsgebieten werden zunehmend teilstationäre Angebote aufgebaut.

Aus der Flexibilisierung des Angebotspektrums resultieren erhöhte Qualitätsanforderungen an die Behandler, z.B. hinsichtlich der Differenzierung der Diagnostik und Indikationsstellung oder der Abstimmung von Angebotssegmenten.

Eine weitere wesentliche Entwicklung liegt darin, dass systematische Ansätze zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement insbesondere im stationären Bereich in den letzten Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen haben. Alle von den Rentenversicherungsträgern belegten Rehabilitationskliniken nehmen verpflichtend am 5-Punkte-Programm der Rentenversicherung zur Qualitätssicherung teil. Zunehmend gewinnen darüber hinaus Ansätze zum internen Qualitätsmanagement (z.B. Internes Qualitätsmanagement für den Bereich Abhängigkeits-erkrankungen nach DEGEMED/FVS) an Bedeutung.

III. Zahlen und Fakten zur Suchtbehandlung

Im weiteren wird die Entwicklung der Rehabilitationsleistungen und speziell der Suchtbehandlung der letzten Jahre dargestellt. Nach dem dramatischen Rückgang der Anträge auf Rehabilitationsmaßnahmen infolge des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) aus dem Jahre 1996 ist seit dem Jahr 1998 wieder eine deutliche Zunahme bei den Anträgen auf medizinische Rehabilitationsleistungen (siehe Abbildung 3) zu verzeichnen. Die Steigerung der Antragszahlen gegenüber dem Vorjahr betrug 2001 3,6%, im Jahr 2002 5,9%.

Im Suchtbereich ist es nicht zu einem Einbruch der Anträge infolge des WFG gekommen, vielmehr ist in diesem Indikationsbereich ein kontinuierlicher Anstieg über die letzten Jahre zu verzeichnen.

Insgesamt hat die Anzahl aller Anträge im Jahr 2002 auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation diejenige vom Jahr 1995 (vor dem WFG) leicht überschritten.

Hinsichtlich der erbrachten medizinischen Rehabilitationsleistungen ergibt sich folgendes Bild (siehe Abbildung 4):

Jahr	Reha-Leistungen insgesamt	Entwöhnungsbehandlungen	Anteil Entwöhnungsbehandlungen (Sp.2 an Sp.1) in %	Steigerung der Entwöhnungsbehandlungen zum Vorjahr in %
	Sp.1	Sp.2	Sp.4	Sp.5
1996	960.622	35.090	3,7	3,1
1997	629.752	41.486	6,6	18,2
1998	642.436	42.680	6,6	2,9
1999	717.388	43.793	6,1	2,6
2000	835.878	46.508	5,6	6,2
2001	892.687	48.937	5,5	5,2
2002	894.347	51.785	5,8	5,0

Quelle: VDR-Statistik „Rehabilitation“, Tab 55.00 M (Zeitreihe)

Abb. 4: Medizinische und sonstige Leistungen sowie Entwöhnungsbehandlung der GRV. Zeitreihe 1996 bis 2002 (Ab 1997: Ambulante und stationäre Entwöhnungsbehandlungen)

Infolge des Wachstums und Beschäftigungsförderungsgesetzes sank die Anzahl der medizinischen Rehabilitationsleistungen von 960.222 im Jahr 1996 auf 629.752 im Jahr 1997. Im Jahr 2002 wurden aufgrund der zwischenzeitlichen Zunahme 894.347 Leistungen durchgeführt.

Im Bereich der Entwöhnungsbehandlungen zeigt sich hingegen ein kontinuierlicher Zuwachs. So erfolgten im Jahr 1996 35.090 und im Jahr 2002 51.785 Entwöhnungsbehandlungen

Das Reha-Budget für medizinische und ergänzende Leistungen liegt allerdings im Jahr 2002 mit 3,171 Mrd. Euro deutlich

unter den Ausgaben im Jahr 1996 mit 3,849 Mrd. Euro (siehe Abbildung 5).

Im Suchtbereich wurden bei einem vergleichsweise nur geringfügig gestiegenen Finanzbudget von 2,6% im Vergleich der Jahre 1996 bis 2002 insgesamt 47,7% mehr Leistungen (Anstieg um

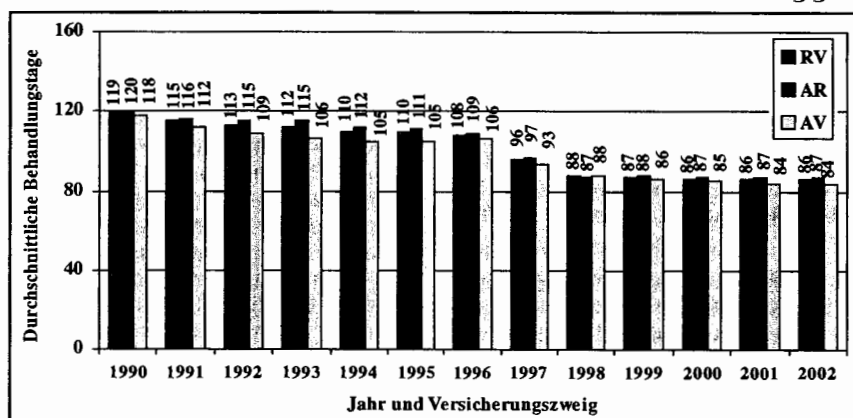
16.695 Entwöhnungsbehandlungen) erbracht.

Somit wurden erhebliche Einsparungen bei den durchschnittlichen Behandlungskosten pro Fall vorgenommen. Diese wurden im stationären Bereich insbesondere durch die Verkürzung der Behandlungszeiten erreicht.

In der stationären Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit reduzierte sich die Behandlungszeit für den Gesamtlassjahrgang von 1990 bis 2002 sukzessive von 119 Tagen auf 86 Tage (-27,7%) (siehe Abbildung 6).

Grundsätzlich muss sich die Dauer der Reha-Leistungen an der medizinischen Notwendigkeit des Einzelfalls ausrichten. Von daher ist eine rein fiskalisch bedingte Kürzung der Behandlungsdauer aus fachlicher Sicht abzulehnen. Verschiedene Studien belegen, dass es z.B. bereits Probleme hinsichtlich des Behandlungserfolges, die mit der reduzierten Behandlungsdauer zusammenhängen, bei chronifizierten Therapiewiederholern mit ungünstiger Prognose gibt.⁵⁾

Abb. 6: Durchschnittliche Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit



Quelle: VDR Statistik Rehabilitation 1990-1999; Tab. 7.00 M RV/AR/AV; ICD-9 303/2000 – 2001; Tab. 9.00 M ICD 10

Jahr	medizinische und ergänzende Reha-Leistungen insgesamt (Sp.1)	Davon für Sucht (Sp.2)	Anteil in % Sucht (Sp.2 an Sp.1)	Steigerung insgesamt zum Vorjahr in % (Sp. 1)	Steigerung Sucht zum Vorjahr in % (Sp. 2)
1995	3.850,5	464,8	12,1	4,5	4,2
1996	3.849,2	480,77	12,5	0,0	3,4
1997	2.627,5	424,37	16,1	31,7	11,7
1998	2.677,2	437,3	16,3	1,9	3,1
1999	2.747,4	446,3	16,2	2,6	2,1
2000	3.101,1	464,9	14,9	12,8	4,2
2001	3.165,2	478,9	15,1	2,1	3,0
2002	3.171,2	493,4	15,6	0,2	3,0

Quelle: VDR-Statistik Rehabilitation, Tab 8.00 A (Zeitreihe) (DRV-Schriften)

Abb. 5: Bruttoaufwendungen in Mio. Euro für medizinische und ergänzende Leistungen (1995-2002)

Für die Behandlungseinrichtungen im Suchtbereich resultierte aus der Verkürzung der Behandlungszeiten ein erheblicher Mehraufwand (Zunahme der Aufnahmen und Entlassungen, der Dokumentation, der diagnostischen Leistungen etc.), der nicht durch die Zurverfügungstellung zusätzlicher Ressourcen ausgeglichen wurde.

Hinsichtlich der Inanspruchnahme stationärer und ambulater Entwöhnungsbehandlungen zeigt sich ferner eine deutliche Zunahme der ambulanten Leistungen in den letzten Jahren. Im Jahr 2002 wurden 41.905 stationäre (Anteil Alkoholabhängigkeit: 29.810) und 9.880 ambulante Entwöhnungsbehandlungen (Anteil Alkoholabhängigkeit: 8.581) durchgeführt (siehe Abbildung 7 auf der folgenden Seite).

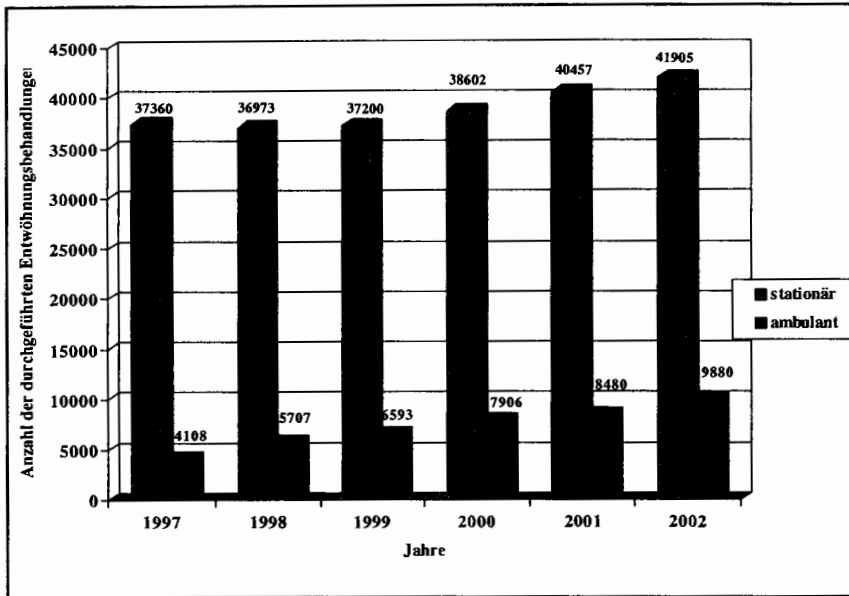


Abb. 7:
Stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlung in der gesetzlichen Rentenversicherung 1997-2002

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen sind somit – wie eben dargelegt – erhebliche Anstrengungen zur Steigerung der Effizienz des gesamten Behandlungssystems bei in etwa gleichbleibendem Finanzvolumens erfolgt.

Die zukünftige Entwicklung der medizinischen Rehabilitation hängt wesentlich von der Frage ab, wie die dargestellte mittel- bis langfristig steigende Nachfrage (z.B. bedingt durch die demografische Entwicklung der Bevölkerungsstruktur) durch ein entsprechend wachsendes Rehabilitationsbudget finanziert werden kann.

Die Politik ist gefordert, auf entsprechende Entwicklungen zu reagieren und durch die Zurverfügungstellung entsprechender Mittel, Rationierungen oder die drohende Absenkung der Qualität der Behandlung zu verhindern.

IV. Effektivität und Effizienz der Suchtbehandlung

Von zentraler Bedeutung hinsichtlich der Bewertung der Suchtbehandlung ist, dass diese mit einem erheblichen wirtschaftlichen Nutzen für die Renten- und Krankenversicherung sowie die Arbeitgeber verbunden ist und von daher eine Investition in die Zukunft darstellt. In diesem Zusammenhang sei auf folgende Ergebnisse hingewiesen:

- Die katamnestiche Erfolgsquote bezüglich des Kriteriums „Abstinenz“ (klinikübergreifende Katamnese des Fachverbandes Sucht e.V., Entlassjahrgang 2001) nach DGSS 1 (alle erreichten Patienten mit planmäßiger Entlassung) betrug für alkohol- und medikamentenabhängige Patienten 74,2% (davon durchgehend abstinent 65,5%), nach

DGSS 4 (alle Patienten, Nichtantworter als rückfällig gewertet) 43,9% (davon durchgehend abstinent 38,6%),⁶¹

- Im Erwerbsleben verblieben sind 2 Jahre nach der stationären Suchtrehabilitationsmaßnahme wegen Alkoholabhängigkeit (Rehabilitanden des Jahres 1998 Angestelltenrentenversicherung): 88% (lückenlose Beitragszahlung: 62%).
- Die Frühberentung von Alkoholkranken (5.300 Personen im Jahr 1999, Durchschnittsalter 49 Jahre) führt zu Gesamtausgaben der Rentenversicherung (bis zum Erreichen der Altersgrenze) von ca. 500 Mio. Euro. Während die Frührente pro Person 103.000 Euro kostet, werden für eine Suchtbehandlung ca. 11.000 Euro aufgewendet. Angesichts der hohen Erfolgsrate der Suchtbehandlung würde eine verstärkte Inanspruchnahme dieser Personengruppe zu erheblichen Einspareffekten führen.⁷¹
- Eine Studie der Bundesknappschaft zeigte bei einem Vergleich von Patienten einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige (N=84) einen deutlichen Rückgang der Arbeitsunfähigkeit sowie der Inanspruchnahme von Krankenhausesleistungen nach der Entwöhnungsbehandlung. Im Vergleich von zwei Jahren vor und fünf Jahren nach der Behandlung ergaben sich folgende Effekte: Rückgang der Arbeitsunfähigkeits-Tage bei suchtbedingten Erkrankungen um 75,3% (12.842 Tage), Rückgang der Krankenhaustage um 76,7% (2.921 Tage).⁶¹

Angesichts des hohen Nutzens der Suchtrehabilitation für die Betroffenen, deren Familien, die Sozialversicherungsträger und die Gesellschaft sollte deren frühzeitige Inanspruchnahme gefördert werden.

Literatur:

- 1) vgl. Kraus, L., Augustin, R.: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000, Sucht 47. Jahrgang, Sonderheft 1, September 2001
- 2) Weltgesundheitsorganisation – Regionalbüro für Europa (2000): Europäischer Aktionsplan Alkohol 2000-2005, Kopenhagen
- 3) Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Bergmann E., Horch, K.: Kosten alkoholassoziierter Krankheiten, Reihe: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2002
- 4) Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): Bachmeier, R. et al.: Basisdokumentation von 2002 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fahrverband Sucht e.V., Bonn 2002
- 5) Zemlin, U. et al.: Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung, in: Sucht aktuell 2/1999, S. 16-32
- 6) Bachmeier, R., Brandl, E.: Behandlungserfolg von erst- und wiederholungsbehandelten Patienten in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger, in: Sucht aktuell 1/2000, S. 44-51
- 6) Zobel, M., Missel, P., et al.: Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2001 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, in: Sucht aktuell 1/2004, S. 11-20
- 7) vgl. Müller-Farnow, W. et al.: Suchtrehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven, DRV-Schriften Band 32, Januar 2002, S. 160
- 8) Klein, W., Missel, P., Braukmann, W. (1997): Effizienz stationärer Abhängigkeitsrehabilitation: Ergebnisse zum langfristigen sozialmedizinischen Rehabilitationserfolg, in: Verhaltensmedizin heute, 7, S. 47 – 58

Der Autor:

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel.: 0228 – 26 15 55
Fax: 0228 – 21 58 85
E-Mail: sucht@sucht.de
Internet: www.sucht.de