

## **Psychotherapie und Suchtbehandlung – Möglichkeiten der Kooperation**

### **Gemeinsames Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer und des Fachverbandes Sucht e.V.**

#### **1. Epidemiologische Daten zum Substanzkonsum in Deutschland**

##### **Epidemiologie**

In Deutschland rechnet man bei den 18-59jährigen mit ca. 3,2 Mio. suchtkranken Personen, davon sind

- ca. 1,3 Mio. alkoholabhängig,
- ca. 1,4 Mio. medikamentenabhängig,
- ca. 175.000 drogenabhängig (ohne Cannabis) sowie
- ca. 220.000 cannabisabhängig.

(vgl. Kraus & Bühringer, 2008).

Darüber hinaus sind ca. 3,8 Mio. Personen nikotinabhängig, ca. 100.000 Personen pathologische Glücksspieler (vgl. DHS, 2008). Es ist darüber hinaus von einer hohen Anzahl von Personen mit riskantem Konsum oder schädlichem Gebrauch auszugehen, allein bei Alkohol betreiben ca. 2 Mio. Menschen einen Missbrauch<sup>1</sup>. Allein bezogen auf Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol rechnet man mit ca. 42.000 Todesfällen pro Jahr (Bergmann & Horch, 2002). 12,7 Prozent der Krankenhauspatienten sind alkoholabhängig, weitere 4,6 Prozent missbrauchen Alkohol. 7,2 Prozent der Patienten in der Allgemeinärztlichen Versorgung werde als alkoholabhängig, weitere 3,5 Prozent als Alkohol missbrauchend eingeschätzt (John et al., 1996).

---

<sup>1</sup> Zudem ist der Alkoholkonsum mit riskantem Trinkverhalten unter Jugendlichen stark verbreitet (Lampert & Thamm, 2007, Drogenaffinitätsbericht, 2004). Hieraus ergeben sich besondere Ansatzpunkte für die (Früh-)Intervention bei Kindern und Jugendlichen.

## **Komorbide psychische Störungen bei Abhängigkeitserkrankungen**

Komorbide psychische Störungen kommen bei substanzbezogenen Störungen oft vor. Am häufigsten sind Angststörungen, affektive Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Angst- und Panikstörungen treten bei bis zu einem Drittel der alkoholabhängigen Männer und bis zu zwei Drittel der alkoholabhängigen Frauen auf (Schneider et al., 2001 in Mundle et al., 2006), substanzinduzierte depressive Störungen finden sich bei rund 50 Prozent aller alkoholabhängigen Patienten (Berglund und Nordström, 1989 in Mundle et al., 2006). Zudem findet sich bei alkoholabhängigen Patienten häufig eine Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen (Mundle et al., 2006).

## **Kosten substanzbezogener Störungen**

Allein die Kosten alkoholbezogener Krankheiten werden für das Jahr 2002 auf insgesamt 24,4 Mrd. Euro geschätzt (DHS, 2008). Diese Kosten setzen sich aus direkten Kosten (z. B. Behandlungskosten im akutmedizinischen Bereich inkl. der Folgeerkrankungen, Rehabilitationsleistungen etc.) in Höhe von 8,4 Mrd. Euro und indirekten Kosten (durch Produktivitätsverluste, Arbeitsausfälle etc.) in Höhe von 16,6 Mrd. Euro zusammen.

Eine Reduktion der gesellschaftlichen Folgekosten substanzbezogener Störungen, welche durch Arbeitsunfähigkeit, Lohnfortzahlung, Unfälle, unzureichende Behandlung im akutmedizinischen Bereich sowie Mortalität etc. verursacht werden, wäre durch optimierte Strategien, die von der Primärprävention und Gesundheitsförderung über Interventionen bei schädlichem Konsum bis hin zur fachgerechten Beratung und Behandlung abhängigkeitskranker Menschen reichen, möglich.

## **2. Evidenzbasierte Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen**

Die Behandlungsleitlinie „Substanzbezogene Störungen“ der AWMF unterscheidet, insbesondere in Bezug auf alkoholbezogene Störungen, Maßnahmen der Früh- oder Kurzintervention, Akut- und Postakutbehandlung (Schmidt & Gastpar, 2006).

- *Früh- oder Kurzintervention:* Erkennung gesundheitsgefährdenden (riskanten) Alkoholkonsums und alkoholbezogener Störungen, erste beratende und motivierende Interventionsstrategien.
- *Akutbehandlung:* Maßnahmen zur Entgiftung und zum Entzug mit Förderung der Motivation zur Inanspruchnahme weiterer gezielter Behandlungsangebote zur Stabilisierung, Diagnostik und Behandlung psychischer und somatischer Folge- und Begleiterkrankungen.
- *Postakutbehandlung:* Maßnahmen zur Entwöhnung von Alkohol und zum Erhalt, der Verbesserung und der Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit des chronisch Alkoholkranken in Alltag und Beruf. Hierzu gehören auch Interventionen zur Besserung komorbider psychischer und körperlicher Störungen sowie Maßnahmen zur Beseitigung, Reduzierung oder Kompensation der durch den Alkoholkonsum bedingten sozialen Folgen.
- Die Postakutbehandlung wird durch Maßnahmen der Nachsorge ergänzt. Nachsorge ist die ambulante Behandlungsphase, die sich an eine stationäre Behandlung (die Entwöhnung) anschließt. Wesentliches Ziel in der Nachsorgephase ist die Aufrechterhaltung der Abstinenz nach vorausgegangener Entwöhnung sowie (soweit vorhanden) die Weiterbehandlung psychischer Komorbiditäten.

Nach den AWMF-Leitlinien (Schmidt et al., 2006) ist Psychotherapie ein wesentlicher Bestandteil der Postakutbehandlung der Alkoholabhängigkeit. Zu den empfohlenen psychotherapeutischen Interventionen gehören u. a. motivierende Gesprächsführung, verhaltens- und kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapien, soziales Kompetenztraining. Expositionsbehandlung, Verhaltensverträge und Kontingenzmanagement, Psychodynamische Therapien und Paar- und Familientherapie. Psychotherapie ist ein wesentlicher integraler Bestandteil multimodaler stationärer, teilstationärer oder ambulanter Maßnahmen zur Entwöhnung (Geyer et al., 2006).

Die AWMF – Leitlinien beziehen in ihren Nachsorgeempfehlungen im Rahmen stationär-ambulanter Sequenzbehandlungen zwar u. a. die Betreuung durch niedergelassene Ärzte, nicht aber die Weiterbehandlung durch (niedergelassene) Psychologische Psychotherapeuten in ihre Empfehlungen ein.

### 3. Das Suchthilfesystem

In Deutschland existiert ein umfassendes und differenziertes Versorgungssystem für abhängigkeitskranke Menschen, basierend auf einem interdisziplinären und ganzheitlichen Behandlungsansatz, dessen Schwerpunkt in der Rehabilitation liegt. Zum Versorgungssystem gehören im Wesentlichen Beratungsstellen und Fachambulanzen für Suchtkranke, Fachkliniken, Psychiatrische Kliniken, Allgemeinkrankenhäuser sowie niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten. Hinzu kommt eine große Zahl von Selbsthilfegruppen für Abhängigkeitskranke.

Bei der Beschreibung des Versorgungssystems lassen sich im zeitlichen Verlauf drei Phasen – Vorphase, Rehabilitationsphase, Nachsorgephase – ausmachen, an denen die einzelnen Institutionen unterschiedlich beteiligt sind (siehe auch Müller-Farnow et al., 2002).

In der **Vorphase** geht es hauptsächlich um Beratung, Motivation, Frühintervention und Entzug. Beteiligte Institutionen sind Beratungsstellen, Fachambulanzen, Selbsthilfegruppen und niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, da sie häufig die erste Anlaufstelle sind. Ebenso wie bei den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten bieten sich in psychiatrischen und in Allgemeinkrankenhäusern Chancen zur Früherkennung und Frühintervention, da Abhängigkeitskranke in internistischen und chirurgischen Abteilungen häufig wegen akuter Intoxikation oder Unfallfolgen sowie zur Behandlung von Begleit- und Folgekrankheiten der Abhängigkeit aufgenommen werden. Zudem führen Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrische Kliniken stationäre Entzugsbehandlungen durch.

Die **Rehabilitationsphase** schließt sich im Idealfall direkt an die Entzugsbehandlung an, in ihr geht es schwerpunktmäßig um die umfassende und spezielle Entwöhnungsbehandlung, Reintegration und das Rückfallmanagement. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation können ambulant, teilstationär oder stationär erfolgen und werden hauptsächlich in Fachkliniken sowie sich daran anschließenden Adaptionsseinrichtungen und zu einem Teil in (ganztägig) ambulanten Behandlungsstellen durchgeführt.

In der **Nachsorgephase** liegt das Hauptgewicht auf der Stabilisierung der Abstinenz, auf der dauerhaften (Re-)Integration in den Alltag, auf dem Rückfallmanagement und der Behandlung von psychischen Komorbiditäten. In der Regel handelt es sich um eine langfristige Betreuung, die von ambulanten Einrichtungen, Selbsthilfegruppen und/oder niedergelassenen Psychotherapeuten und Ärzten geleistet werden kann. Auch die Deutsche Rentenversicherung und gesetzliche Krankenkassen bieten ambulante Nachsorgeleistungen bzw. nachstationäre Entwöhnungsbehandlungen für Abhängigkeitskranke an. Die Einleitung und Durchführung erfolgt hier in enger Abstimmung mit dem zuständigen Leistungsträger.

Um eine effektive Behandlung zu gewährleisten, bedarf es eines hohen Grades an Vernetzung mit reibungslosen Übergängen zwischen den einzelnen Behandlungsphasen und somit auch den beteiligten Institutionen.

#### **4. Versorgungsdefizite in der Suchtbehandlung**

Die Epidemiologie der Suchterkrankungen und die Statistiken ihrer Behandlung zeigen starke Missverhältnisse zwischen der Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen und der Inanspruchnahme einer Behandlung auf. Folgt man den Daten des Bundesgesundheitsstudie 1998, werden im Durchschnitt nur 29 Prozent aller im Laufe eines Lebens an Substanzstörungen Erkrankten überhaupt behandelt (Wittchen und Jacobi, 2001). Zwar nimmt ca. ein Fünftel der Patienten einer stationären Entwöhnungsbehandlung vorher keine Entzugsbehandlung in Anspruch, von den übrigen werden dafür pro Patient im Durchschnitt vier Entzugsbehandlungen im Vorfeld absolviert. Für ungefähr zwei Drittel der Patienten ist es die erste stationäre Entwöhnungsbehandlung, die Dauer der Abhängigkeit bis zu deren Inanspruchnahme beträgt im Durchschnitt 11,8 Jahre (Fachverband Sucht, Basisdokumentation, 2006). Die Früherkennung und -intervention sowie die Nachsorge mit der Zielsetzung, den Behandlungserfolg – über 50 Prozent der alkohol- und medikamentenabhängigen

Patienten ist ein Jahr nach stationärer Behandlung abstinent – zu festigen, ist bei Abhängigkeitserkrankungen deshalb von besonderer Wichtigkeit.

### **Bedeutung der Psychotherapie in der Suchtbehandlung**

Psychotherapie ist gemäß Leitlinienempfehlungen und vor dem Hintergrund häufig bestehender psychischer Komorbiditäten ein wichtiger Bestandteil der Suchtbehandlung. Sie ist bereits ein fester Bestandteil multimodaler Rehabilitationsprogramme, die meist stationär, aber im zunehmenden Maße auch ambulant durchgeführt werden. Der ambulanten Psychotherapie kann jedoch auch in der Vorphase, in der es um Früherkennung und Frühintervention, und in der Nachsorgephase, in der es um die Aufrechterhaltung der Abstinenz und die Weiterbehandlung der psychischen Komorbiditäten geht, eine besondere Bedeutung zukommen.

Die Behandlung Abhängigkeitskranker stellt ein wichtiges Arbeitsfeld Psychologischer Psychotherapeuten dar. Die Kompetenzen angestellter Psychologischer Psychotherapeuten sind in allen Bereichen der Suchtkrankenversorgung und in der Suchtforschung erforderlich, um eine hohe Versorgungsqualität und deren Weiterentwicklung sicherzustellen. Die Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (2005) schätzt, dass in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchthilfe bis zu 500 Psychologische Psychotherapeuten, in stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bis zu 700 Psychologische Psychotherapeuten und in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen bis zu 400 weitere Psychologische Psychotherapeuten in der Krankenbehandlung Abhängigkeitskranker tätig sind.

### **Substanzbezogene Störungen in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung**

In den Psychotherapie-Richtlinien (zuletzt geändert am 24.04.2008) heißt es in Abschnitt D (Anwendungsbereiche), dass Psychotherapie neben oder nach einer somatisch-ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden kann, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen An-

teil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet. Indikation hierfür könne sein (Abschnitt D, 2.1): „Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, d. h. im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz“.

Gemessen an der hohen Zahl von Abhängigkeitskranken in der Allgemeinbevölkerung und dem großen Anteil von Patienten mit Suchterkrankungen, die im akutmedizinischen Bereich behandelt werden, ist der Anteil dieser Patienten auch in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung sehr gering.

In der Gesundheitsberichtserstattung zur psychotherapeutischen Versorgung des Robert Koch-Instituts wird ausgeführt, dass laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2004 insgesamt 1.019.154 Patienten mit psychischen Erkrankungen in Krankenhäusern behandelt worden seien. Dabei zeigt die Diagnoseverteilung von Patienten mit psychischen Störungen in Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2004 einen Diagnoseanteil von Störungen durch psychotrope Substanzen von ca. 15 Prozent, in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie von ca. 35 Prozent Erstdiagnosen. Im Rahmen der Rehabilitation von Patienten mit psychischen bzw. psychosomatischen Störungen führten in Deutschland im Jahre 2004 insgesamt 125.101 Versicherte wegen einer psychischen Störung als Erstdiagnose eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung durch. Darunter waren lediglich 38.938 Patienten mit Suchterkrankungen (Alkohol, Medikamente, Drogen, Mehrfachabhängigkeit), das entspricht etwa einem Drittel der Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund psychischer Störungen.

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol haben nach Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) jedoch nur einen Anteil von 1,4 Prozent an den von Psychologischen Psychotherapeuten bzw. 1,6 Prozent von ärztlichen Psychotherapeuten gestellten Diagnosen. Analysen von Ablehnungsquoten zeigen auf der anderen Seite, dass Patienten mit Suchterkrankungen häufig nicht in Behandlung genommen werden (Zepf, 2003). Offen ist allerdings die Frage, inwieweit beispiels-

weise ein schädlicher Konsum oder eine „verdeckte“ Abhängigkeitserkrankung (z. B. von Medikamenten) bei Patienten in der vertragspsychotherapeutischen Behandlung vorliegt (sog. Dunkelziffer).

Zudem zeigt die Deutsche Suchthilfestatistik 2006 dass nur 6,9 Prozent aller Vermittlungen in stationäre und 7,8 Prozent aller Vermittlungen in ambulante Entwöhnungsmaßnahmen durch niedergelassene Ärzte/Psychotherapeuten vorgenommen wurden.

Somit zeigen sich insgesamt gesehen deutliche Versorgungsdefizite hinsichtlich der Erreichbarkeit von Menschen mit substanzbezogenen Störungen innerhalb der verschiedenen Behandlungselemente, wie auch zwischen diesen.

## **5. Möglichkeiten zur Verbesserung der Kooperation zwischen niedergelassenen Psychotherapeuten und der Suchtkrankenhilfe**

Diskutiert man Wege zu einer verbesserten Kooperation zwischen Psychologischen Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Einrichtungen der Suchtbehandlung, stößt man u. a. auf nachfolgende Fragen:

- Welche Aufgaben übernehmen niedergelassene Psychotherapeuten derzeit hinsichtlich der Behandlung substanzbezogener Störungen? Welche Aufgaben sollten niedergelassene Psychotherapeuten übernehmen?
- Wie kann die Frühintervention und frühzeitige Vermittlung in Entwöhnungsmaßnahmen durch niedergelassene Psychotherapeuten bei Abhängigkeitserkrankungen gefördert werden? Welche Möglichkeiten zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements und damit zur Förderung der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen, Akutkrankenhäusern oder entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen gibt es?

- Welche Rolle spielen niedergelassene Psychotherapeuten bei der Weiterbehandlung komorbider psychischer Störungen im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung?

Da Psychologische Psychotherapeuten bisher medizinische Rehabilitationsleistungen nicht verordnen können, hält es die BPTK in Übereinstimmung mit dem Fachverband Sucht und der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie (2005) für geboten, sich für entsprechende gesetzliche Änderungen im § 73 Abs. 2 SGB V einzusetzen, um

- die psychotherapeutische Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- die psychotherapeutische Verordnung von Krankenhausbehandlungen oder Behandlungen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen,
- die psychotherapeutische Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes benötigen, und
- die psychotherapeutische Verordnung von Soziotherapie

zu ermöglichen.

Eine entsprechende Kooperation zwischen vertragspsychotherapeutischer Versorgung und Suchtbehandlung im Sinne einer versorgungssektorenübergreifenden Zusammenarbeit und Vernetzung sollte sich insbesondere auf folgende Bereiche konzentrieren:

- Ambulante psychotherapeutische Versorgung von Personen mit Abhängigkeitserkrankung, bei vorliegender dauerhafter Abstinenz, sofern spezifische Behandlungskompetenzen vorliegen und das Behandlungssetting hierfür geeignet ist.
- Ambulante psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit schädlichem Gebrauch als Nebendiagnose bei psychischer Komorbidität oder als Hauptdiag-

nose. Hierzu bedarf es z. T. entsprechender Anpassungen und Konkretisierungen in den Psychotherapie-Richtlinien,

- Vermittlung abhängigkeitskranker Personen in suchtspezifische Beratungs- und Behandlungsangebote insbesondere auch in Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch Psychologische Psychotherapeuten,
- Vermittlung abhängigkeitskranker Personen insbesondere mit komorbiden psychischen Störungen durch Einrichtungen der Suchtkrankenversorgung in die vertragspsychotherapeutische Behandlung,
- Wechselseitiges Schnittstellen- und Entlassungsmanagement zwischen den Versorgungsbereichen.

Adressen:

Bundespsychotherapeutenkammer  
Klosterstraße 64  
10179 Berlin  
[www.bptk.de](http://www.bptk.de)

Fachverband Sucht e.V.  
Walramstraße 3  
53175 Bonn  
Telefon: 0228/26 15 55  
Fax: 0228/21 58 85  
[www.sucht@sucht.de](http://www.sucht@sucht.de)  
[sucht@sucht.de](mailto:sucht@sucht.de)

## Literatur

- Bergmann, E. & Horch, K. (2002). Kosten alkoholassoziierter Krankheiten: Schätzung für Deutschland. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Berlin.
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2008). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 11. Dez. 1998, zuletzt geändert am 24. April 2008.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V. (2005). Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie. Psychologische Psychotherapeuten in der Suchtkrankenversorgung. Köln.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen DHS (2008). Jahrbuch Sucht 08. Geesthacht: Neuland.
- Fachverband Sucht. Basisdokumentation 2006. In der Reihe: Qualitätsförderungen in der Entwöhnungsbehandlung, Band 14.
- Geyer, D. et al. (2006). Leitlinie Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. In: Schmidt, L. G., Gastpar, M., Falkai, T. und Gaebel, W. (Hrsg.). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- John, U. et al. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 71. Baden-Baden: Nomos.
- Kraus, L. & Bühringer, G. (2008). Umfang substanzbezogener Risiken und Störungen und jährliche Behandlungsfälle, 12.08.2008, [www.ift.de](http://www.ift.de).
- Lampert T., Thamm M. (2007). Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 50: 600-608.
- Müller-Fahrnow W. et al. (2002). Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. DRV-Schriften, Band 32.
- Mundle G, Banger M, Mugele B et al. (2006) Leitlinie Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen. In: Schmidt, L. G., Gastpar, M., Falkai, T. und Gaebel, W. (Hrsg.). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008). Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Psychotherapeutische Versorgung. Heft 41. Berlin.
- Schmidt L.G., Gastpar M., Falkai P., Gaebel W. (Hrsg.) (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Deutscher Ärzte-Verlag Köln.
- Schmidt L.G., Gastpar M. (2006). Die Entwicklung der Leitlinien. In: Schmidt, L. G., Gastpar, M., Falkai, T. und Gaebel, W. (Hrsg.). Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Sonntag, D., Hellwich, A. K. u. Bauer, C. (2007). Deutsche Suchthilfestatistik 2006 für stationäre Einrichtungen. Sucht, 53, Sonderheft 1.
- Sonntag, D., Bauer, C. u. Hellwich, A. K. (2007). Deutsche Suchthilfestatistik 2006 für ambulante Einrichtungen. Sucht, 53, Sonderheft 1.

- 
- Wittchen, H.U., Jacobi F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 44: 993-1000.
- Zepf, S., Mengele, M. & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 53: 155 – 162.