

Pressestatement

**zum 23. Heidelberger Kongress
des Fachverbandes Sucht e.V.**

**„Integration oder Separation?
Suchtbehandlung im Gesundheitssystem“
am 14. Juni 2010**

Die Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen stärken!

Daten zum Substanzkonsum und zur Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung

Sucht ist eine chronische Erkrankung, bei der es sich oft um einen sehr langen Prozess handelt, der zu einer Veränderung des Erlebens, Verhaltens, der Lebensgewohnheiten und der Persönlichkeit führt. Obwohl es sich um eine leistungsrechtlich anerkannte Krankheit handelt und effektive Behandlungsansätze vorhanden sind, gibt es ein starkes Missverhältnis zwischen der Verbreitung von Abhängigkeitserkrankungen und der Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung.

Alkoholkonsum in Deutschland und dessen Folgen: Ausgewählte Daten und Fakten

- 12 l reiner Alkohol wird pro Kopf/Jahr (Bevölkerung 15 + und mehr Jahre) verbraucht
- 1,3 Mio. der 18 - 59-Jährigen sind alkoholabhängig, ca. 2 Millionen missbrauchen Alkohol
- 42.000 alkoholbedingte Todesfälle pro Jahr
- 19.600 Alkoholunfälle im Straßenverkehr (2008)
- 65.160 Gewalttaten unter Alkoholeinfluss (ein Drittel aller Gewalttaten)
- 25.700 Krankenhausfälle von Kindern und Jugendlichen (10 - 20 Jahre) aufgrund von Alkoholvergiftungen im Jahr 2008 (+ 170 % gegenüber Jahr 2000)
- 333.800 Krankenhausfälle mit Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (2008), d.h. Platz 3 der 20 häufigsten Krankenhausdiagnosen (s. Anlage 1)
- 39.193 Entwöhnungsbehandlungen im Indikationsbereich Alkohol (medizinische Rehabilitation) (s. Anlage 2)
- 11,8 Jahre Dauer der Abhängigkeit bis zu Inanspruchnahme einer stationären Erstbehandlung in einer Fachklinik (Basisdokumentation 2006 des FVS)
- > 50 % der Patienten sind 1 Jahr nach der stationären Entwöhnungsbehandlung abstinent
- 24,4 Mrd. Euro Gesamtkosten alkoholassoziierter Störungen (1,16 % des Bruttoinlandproduktes), davon
 - 8,4 Mrd. direkte Kosten (davon Anteile: 10 % für medizinische Rehabilitation (Entwöhnung), 29 % für Krankenhausbehandlungen, 45 % für ambulante Krankenbehandlung)
 - 15,9 Mrd. indirekte Kosten (davon Anteile: 10,9 Mrd. für Mortalität, 2,7 Mrd. für Arbeitsunfähigkeit, 2,27 Mrd. für Frühberentungen)

Alkoholabhängige Menschen im Versorgungs- und Behandlungssystem

7,2 Prozent der Patienten in der Allgemeinärztlichen Versorgung werden als alkoholabhängig, weitere 3,5 Prozent als Alkohol missbrauchend eingeschätzt, 12,7 Prozent aller Krankenhauspatienten sind alkoholabhängig, weitere 4,6 Prozent missbrauchen Alkohol (John et al., 1996).

Zwar wird das medizinische Versorgungssystem von den meisten Suchtkranken in Anspruch genommen, allerdings geschieht dies in der Regel wegen der Folgeschäden, anderen suchtassoziierten Störungen oder auch anderer medizinischer Probleme, und selten wegen der Suchtprobleme selbst.

Festzustellen ist somit, dass nur ein Teil der alkoholabhängigen Menschen eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch nimmt. Die Untersuchung einer Kompletstichprobe von DAK-Versicherten ergab, dass selbst von Patienten, die aufgrund einer F10-Diagnose (Alkoholintoxikation) im Krankenhaus behandelt wurden, nur 5,4 % im Folgejahr eine stationäre Entwöhnungsbehandlung antraten.

Im Unterschied zur hohen Inanspruchnahme des akutmedizinischen Sektors (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser) steht, dass im Auftrag der Rentenversicherung, welche in ca. 85 % der Fälle zuständiger Leistungsträger im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist, im Jahr 2008 lediglich 39.193 Entwöhnungsbehandlungen im Indikationsbereich Alkoholabhängigkeit durchgeführt wurden. Davon entfallen 30.328 auf den stationären Bereich.

Für ungefähr zwei Drittel der Patienten war es die erste stationäre Entwöhnungsbehandlung, die Dauer der Abhängigkeit bis zu deren Inanspruchnahme beträgt im Durchschnitt 11,8 Jahre (Fachverband Sucht, Basisdokumentation, 2006). Betrachtet man die Angaben zur vermittelnden Instanz, wird die ärztliche oder psychotherapeutische Praxis nur in 3 % und das Krankenhaus in 17 % der Fälle entsprechend dokumentiert (Fachverbands Sucht e.V., Basisdokumentation 2008). Angesichts der hohen Erfolgsquote der Entwöhnungsbehandlung – über 50 Prozent der alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten ist ein Jahr nach stationärer Behandlung abstinent – ist die Förderung der Frühintervention bei Abhängigkeitserkrankungen deshalb von besonderer Wichtigkeit.

Frühintervention stärken! Forderungen des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS)

Der FVS tritt angesichts der erheblichen Auswirkungen alkoholbezogener Störungen und des hohen Konsums von Alkohol in Deutschland dafür ein, die Prävention und Frühintervention zu stärken. Im weiteren werden als Ansatzpunkte für die Frühintervention zwei Bereiche hervorgehoben.

1. Zur Bedeutung niedergelassener Ärzte im Kontext von Suchterkrankungen und alkoholbezogenen Störungen

Ein früher, fachlich wie persönlich bedeutsamer Kontaktpartner von Menschen mit alkoholbezogenen Störungen und Suchtproblemen ist der niedergelassene Arzt bzw. Hausarzt. Dieser kann seinem Patienten eine langfristige und haltgebende Beziehung anbieten. Von daher sollte er eine entscheidende Rolle dabei spielen, wenn es darum geht, frühzeitig Risikokonsumanten wie auch suchtgefährdete und suchtkranke Menschen gezielt anzusprechen.

Handlungs- und Verbesserungsbedarf besteht hier aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V. insbesondere in folgenden Punkten:

- Die Rolle des Hausarztes bzw. niedergelassenen Arztes als wichtiger Vertrauensperson für seine Patienten sollte im Rahmen der Frühintervention substanzbezogener Störungen gestärkt werden. Auch weitere Berufsgruppen (insbesondere Arzthelferinnen) sollten hierbei einbezogen werden.
- Angesichts der weiteren Verbreitung alkoholbezogener Störungen sollten alle Patienten ein Screening in Form eines kurzen Fragebogens erhalten. Darin könnten im Sinne eines umfassenden Präventionsansatzes gleichzeitig auch Fragen zu Tabakkonsum und eventuell zu Ernährungs- und Bewegungsverhalten enthalten sein.
- Eine weiterführende Kurzdiagnostik würde bei screening-positiven Patienten klären, ob es sich um gesundheitsriskanten Konsum, Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit handelt. Frühinterventionsmaßnahmen durch den niedergelassenen

Arzt zeigen insbesondere in der Gruppe der riskanten Konsumenten Wirkung, bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit sollte eine verstärkte Zusammenarbeit mit dem Suchthilfe- und -behandlungssystem erfolgen.

- Spezifische Schulungen zum Thema „Umgang mit riskantem, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol“, welche möglichst alle Haus- und Fachärzte ansprechen, sollten ausgeweitet werden. Diese sollten in Zusammenarbeit der regionalen Ärztevertretung bzw. ärztlicher Qualitätszirkel mit Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe organisiert werden.
- Die niedergelassenen Ärzte sollten befähigt werden, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - und damit auch im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen - rasch einleiten zu können. Von daher sollte das Reha-Antragsverfahren möglichst verkürzt und die Verordnungsbefugnis der niedergelassenen Ärzte gestärkt werden.
- Eine entsprechende Vergütung von Leistungen zur frühzeitigen und nachhaltigen Intervention bei suchtgefährdeten und abhängigen Patienten sollte auf der Ebene der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) vertraglich geregelt werden, um eine flächendeckende Implementierung von Früherkennungs- und Frühinterventionsmaßnahmen in der medizinischen Versorgung zu erzielen.

In der Praxis hat es sich bewährt, wenn der Hausarzt suchtgefährdete Personen frühzeitig an das ambulante Beratungssystem vermittelt. Von daher sollte bei denjenigen Patienten, die einer umfassenden Beratung und Behandlung bedürfen, eine enge Kooperation von Seiten des Arztes mit den Angeboten der Suchtkrankenhilfe gesucht werden.

2. Zur Notwendigkeit der Frühintervention im Krankenhaus

Ein erheblicher Teil der Krankenhauspatienten mit substanzbezogenen Störungen wird aufgrund der somatischen Folgeerkrankungen behandelt, die Grunderkrankung bleibt dabei häufig unberücksichtigt und eine Ansprache der Patienten auf den schädlichen oder gefährlichen Alkoholkonsum erfolgt nur selten. Suchtspezifische Handlungskonzepte und Interventionsstrategien mit dem Ziel, die Änderungsbereitschaft hinsichtlich des Trinkverhaltens bei riskantem Konsum zu erhöhen und Abhängigkeitskranke in Suchtfacheinrichtungen zu vermitteln, sind von daher flächendeckend in den Krankenhäusern zu etablieren. Denn angesichts des Erlebens von körperlichen Verletzungen oder Erkrankungen ist bei vielen Betroffenen gerade während des Krankenhausaufenthalts mit einer erhöhten Beratungsbereitschaft zu rechnen. Erforderlich sind aus Sicht des FVS folgende Punkte zur Stärkung der Frühintervention im Krankenhaus:

- Durchführung eines Screenings für alle Patienten bei der Aufnahme, welches die Patienten dann erhalten, wenn sie zur Beantwortung in der Lage sind. Dieses kann auch weitere gesundheitsrelevante Themen (wie z.B. Rauchen, Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten) umfassen. Das Aushändigen, Einsammeln und Auswerten kann im Krankenhaus durch das Pflegepersonal erfolgen.
- Eine weiterführende Kurzdiagnostik kann sowohl durch das Pflegepersonal als auch durch den behandelnden Arzt oder über qualifizierte Konsiliar-/Liaisondienste erfolgen.
- Die Kurzintervention bzw. Beratung kann durch den behandelnden Arzt, durch Psychologen oder Diplom-Sozialarbeiter des Krankenhauses erfolgen. Angesichts bestehender Ressourcenprobleme wurde auch der erfolgreiche Einsatz qualifizierten externen Personals im Rahmen von Konsiliar-/Liaisondiensten bei alkoholgefährdeten und -abhängigen Patienten im Rahmen von Modellprojekten bereits umfangreich erprobt. Eine enge Kooperation des Konsiliar-/Liaisondienstes mit den Stationsärzten der Allgemeinkrankenhäuser sowie dem Pflegepersonal ist hierbei erforderlich.
- Um die Überleitung von alkoholabhängigen Patienten in das Suchthilfesystem zu unterstützen, ist die verbindliche Einbeziehung von Suchtberatungsstellen, Ambulanzen oder die Zusammenarbeit mit Entwöhnungskliniken von grundsätzlicher Bedeutung. Dies kann dadurch geschehen, dass der Konsiliar-/Liaisondienst bei einer ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle, einer Tagesklinik, einer Fachklinik oder Institutsambulanz angesiedelt ist und einrichtungsübergreifend tätig ist. Er sollte dann zu fest vereinbarten Zeiten im jeweiligen Krankenhaus anwesend sein.
- Die Bereitstellung entsprechender personeller Ressourcen für die Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen innerhalb des Krankenhauses oder über externe Konsiliar-/Liaisondienste sollte verbindlich geregelt werden.

Schlusswort

Trotz hoher gesellschaftlicher Folgekosten des problematischen Alkoholkonsums und alkoholbezogener Erkrankungen ist in Deutschland nach wie vor eine gravierende Unterversorgung insbesondere in den Bereichen der Früherkennung und Frühintervention festzustellen. Angesichts der Tatsache, dass die Wirksamkeit von Frühinterventionen wie auch der Entwöhnungsbehandlung belegt ist, stellt die flächendeckende Implementierung entsprechender Maßnahmen eine wichtige gesundheitspolitische Zielsetzung dar.

Ansprechpartner:

Dr. Volker Weissinger

Geschäftsführer

Fachverband Sucht e.V.

Walramstraße 3

53175 Bonn

Tel.: 02 28/26 15 55

Fax: 02 28/21 58 85

E-Mail: v.weissinger@sucht.de

www.sucht.de

Anlage 1

Krankenhauspatienten

Die 20 häufigsten Hauptdiagnosen der vollstationär behandelten Patienten insgesamt (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) 2008

ICD-10 Pos.Nr.	Diagnose/Behandlungsanlass	Anzahl
-------------------	----------------------------	--------

Die gesunden Neugeborenen wurden im Berichtsjahr 2004 erstmalig erfasst.

Alle Positionsnummern	Insgesamt	17 937 101
Z38	Lebendgeborene ¹⁾ nach dem Geburtsort	482 162
I50	Herzinsuffizienz	350 711
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	333 804
I20	Angina pectoris	268 850
S06	Intrakranielle Verletzung	227 469
I63	Hirnfarkt	219 815
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	218 841
I21	Akuter Myokardinfarkt	210 705
K80	Cholelithiasis	209 839
M17	Gonarthrose (Arthrose des Kniegelenkes)	203 986
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	200 563
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	199 556
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	198 309
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	189 561
E11	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes)	176 622
K40	Hernia inguinalis	171 381
I70	Atherosklerose	166 232
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	165 737
M16	Koxarthrose (Arthrose des Hüftgelenkes)	161 025
S72	Fraktur des Femurs	159 004

¹⁾ Lebendgeborene einschließlich gesunde Neugeborene.

(Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland)

Anlage 2

Stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlungen 2008 (Rehabilitation): Alkoholabhängigkeit (Deutsche Rentenversicherung)

Stationär	30.328
Ambulant	8.865
Gesamt	39.193