

Gesundheitsrisiken, Krankheiten und Todesfälle, die durch Tabakrauchen und Alkoholkonsum bedingt sind, und notwendige Schritte der Gesundheitsversorgung

U. John, U. Hapke, H.-J. Rumpf, C. Meyer, A. Schumann, M. Hanke, G. Bischof, J. Riedel, W. Hannöver, J. R. Thyrian, K. Bott, S. Ulbricht, B. Wedler, S. Pockrandt, B. Hartmann, K. Stegemann, J. Grothues, S. Reinhardt, J. Kelbsch, K. Röske, C. Goeze, A. Lück, J. Freyer, M. Fritze, I. Löhrmann

In der Suchtkrankenversorgung steht die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen im Vordergrund der Aufmerksamkeit. Dabei gerät schnell in Vergessenheit, dass psychotrope Substanzen eine weit darüber hinausgehende Vielfalt von Erkrankungen verursachen. Abhängigkeit ist der aufrechterhaltende Faktor für gesundheitsschädigenden Konsum der Substanzen bei vielen Menschen, was dazu führt, dass die Suchtkrankenversorgung einen wesentlichen Anteil an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung hat. Dieser Aspekt kommt in der Arbeit der Suchtkrankenhilfe zu wenig zur Geltung. Viele erforderliche Tätigkeitsfelder sind bis heute nicht besetzt. Die Rehabilitationsleistungen können nur einen Teil der erforderlichen Hilfe bieten. Ziel dieses Beitrages ist es, in einem ersten Abschnitt einige Forschungsergebnisse zur Verursachung von Krankheiten und Todesfällen durch den Konsum psychotroper Substanzen und in einem zweiten Abschnitt die notwendigen Schritte der Gesundheitsversorgung darzustellen. Den wünschbaren Beitrag der Suchtkrankenhilfe benennen wir in den Schlussfolgerungen. Wir beschränken uns auf Tabakrauchen und Alkoholkonsum. Zu psychotrop wirkenden Medikamenten ist die Forschungslage leider unbefriedigend, illegale Drogen haben bezüglich der Krankheiten und Todesfälle bei bevölkerungsbezogener Betrachtung bisher eine geringe Bedeutung im Vergleich zu Tabak und Alkohol.

1. Krankheiten und Todesfälle, die durch Tabakrauchen und Alkoholkonsum verursacht werden

Zur Frage, wieweit einzelne Krankheiten und Todesfälle durch Tabakrauchen und Alkoholkonsum verursacht werden, sind Ergebnisse aus folgenden Forschungsgebieten heranzuziehen:

1. Pro-Kopf-Verbrauch an Rauchtobak und Alkohol,
2. Tabak- und alkohol-attributable Mortalität,

3. Tabak- und alkohol-attributable Morbidität.

Synergie-Effekte der beiden Substanzen wurden bisher zu wenig beachtet und sollen deshalb in den Abschnitten knapp dargestellt werden.

Pro-Kopf-Verbrauch an Rauchtobak und Alkohol

Deutschland ist ein Hochkonsumland, was Tabak und Alkohol betrifft (Junge, 2001; Meyer & John, 2001). Seit dem Jahr 1993 stieg die Zahl verkaufter Zigaretten pro Kopf der Bevölkerung in Deutschland von 1578 auf 1770 Zigaretten im Jahr 1999 an (Junge, 2001). Unter 15- bis 20-jährigen gaben bereits 27,9% an, zu rauchen (Statistisches Bundesamt, 2001b). Von erwachsenen Frauen sind 22,4% gegenwärtige, 11,4% frühere Raucherinnen, von den Männern 36,7% gegenwärtige und 24,0% frühere Raucher gemäß der Bevölkerungsbefragung im Mikrozensus, der die repräsentativste Stichprobe in Deutschland für diese Zwecke bereitstellt (John & Hanke, 2001). Damit unterscheidet sich Deutschland von anderen einzelnen Ländern, in denen die Raucherraten niedriger sind, etwa Schweden mit 17,1% gegenwärtigen Rauchern unter den 18- bis 84-jährigen Männern im Jahr 1998 oder den USA mit 27,7% Rauchern unter den erwachsenen Männern im Jahr 1993 (Corrao, Guindon, Sharma, & Shokoohi, 2000; World Health Organization, 2001). Ein Beispiel für gesundheitlich besonders kritisches Verhalten bildet das Tabakrauchen unter Schwangeren. Während der Schwangerschaft beenden von den Raucherinnen nach bisherigen Daten lediglich 39% den Tabakkonsum. Von ihnen nehmen 70% innerhalb eines Jahres nach der Entbindung ihre Rauchgewohnheit wieder auf (Fingerhut, Kleinman, & Kendrick, 1990).

Deutschland zählt zu den Ländern mit dem höchsten Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol (Meyer & John, 2002). Er betrug 10,5 Liter im Jahr 2000. Im Gegensatz zu Deutschland zeigen Länder, die eine Tradition mit erheblichen Anstrengungen zur Gesundheit der Bevölkerung

aufweisen, die geringsten Pro-Kopf-Verbrauchszahlen, selbst unter Berücksichtigung von möglicherweise illegal hergestelltem Alkohol. Dazu zählen Norwegen und Schweden. In Norwegen betrug der Pro-Kopf-Verbrauch 4,3 und in Schweden 4,9 Liter Reinalkohol im Jahr 2000 (Meyer & John, 2002). Insgesamt sind diese Verbrauchszahlen nützlich, wenn es um eine Einschätzung der gesundheitlichen Belastung der Bevölkerung durch Alkoholkonsum geht. Bei Fragen nach Problemgruppen helfen individuelle Konsummengen weiter (Tabelle 1; vgl. John, Hapke, Rumpf, Hanke, & Meyer, 2002). So ist ein erhöhtes Gesundheitsrisiko anzunehmen, wenn Frauen mehr als 20 Gramm Reinalkohol pro Tag trinken, entsprechend etwa einem Viertel Liter Wein, und Männer mehr als 30 Gramm, entsprechend etwa einem drei viertel Liter Bier (Bühringer et al., 2000). In einer Stichprobe 18- bis 59-jähriger Erwachsener in Deutschland fanden sich 10,9% der Frauen sowie 21,5% der Männer mit einem riskanten, gefährlichen oder hohen Konsum (Kraus & Augustin, 2001). Allerdings ist bei Aussagen über das Ausmaß von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sowie riskanten, gefährlichen und schädlichen Alkoholkonsum in einer Bevölkerung eine Tendenz zur Unterschätzung zu erwarten. Von den befragten Männern zeigten 11% und von den Frauen 4% eine Alkoholproblematik über die bisherige Lebenszeit gemäß einem Screening-Fragebogen (Kraus, Bauernfeind, & Bühringer, 1998).

Riskantes Alkoholtrinken, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit sind in der medizinischen Versorgung häufig anzutreffen. So betreiben rund 4% der Patienten eines Allgemeinkrankenhauses einen Alkoholmissbrauch, rund 12% waren Alkoholabhängige und rund 3% waren Alkoholabhängige in Remission, d. h. bei ihnen lag diese Krankheit mehr als ein Jahr zurück (John, Hapke, Rumpf, Hill, & Dilling, 1996; John, Rumpf, & Hapke, 1999). In Allgemeinarztpraxen betrieben rund 4% einen Alkoholmissbrauch, etwas mehr als 7% waren Alkoholabhängige, und rund 5% waren remittierte Alkohol-

	Frauen		Männer	
	Reinalkohol (Gramm/Tag)	Wein (Liter, gerundet)	Reinalkohol (Gramm/Tag)	Bier (Liter, gerundet)
Risikoarm	≤ 20	< 0,25	≤ 30	< 0,75
Riskant	21 – 40	0,25 – < 0,50	31 – 60	0,76 – 1,50
Gefährlich	41 – 80	0,50 – 0,90	61 – 120	1,51 – 3,00
Hoch	> 80	> 0,90	> 120	> 3,00

Tab. 1: Arten des Alkoholkonsums und Trinkmengen (Bührlinger et al., 2000)

abhängige (Hill, Rumpf, Hapke, Driessen, & John, 1998).

Mehrere Arten wissenschaftlicher Evidenz zeigen, dass Tabakrauchen und riskanter Alkoholkonsum Synergien bilden und kombiniert zu besonders schweren Erkrankungen führen (John, Hapke et al., in Druck). Befunde zu gleichzeitigem Alkohol- und Tabakkonsum in Bevölkerungsuntersuchungen, die für Deutschland repräsentativ sind, liegen nicht vor. Eine repräsentative Studie mit Erwachsenen in Norddeutschland zeigt, dass von denjenigen, die als Alkoholabhängige diagnostiziert worden waren, 77,5% Raucher waren (John, Hill, Rumpf, Hapke, & Meyer, in Druck). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die bekanntermaßen extrem hohen Raucherraten unter Alkoholabhängigen in Therapieeinrichtungen, für die wir in Deutschland aber zuverlässige Daten benötigen, nicht auf die Selektion der Patienten zurückzuführen sind, sondern dass sie ein Phänomen bilden, das offenbar mit Alkoholabhängigkeit per se verknüpft ist. Aus Studien zu Alkoholabhängigen nach Behandlung ist sowohl eine erhöhte Gesamtmortalität als auch eine erhöhte tabak- und alkohol-attributable Mortalität bekannt (vgl. Miller & Gold, 1998). Gegenwärtige Raucher und Nikotinabhängige weisen mehr alkoholbezogene Probleme auf als Nichtraucher (Daepfen et al., 2000). Nikotinabhängigkeit ist bei Alkoholabhängigen schwerer ausgeprägt als bei Nichtabhängigen (Marks, Hill, Pomerleau, Mudd, & Blow, 1997). Eine Koabhängigkeit von beiden Substanzen lässt sich als besonders hoher Grad von Abhängigkeit interpretieren.

Eine Untersuchung aus Allgemeinarztpraxen zeigt, dass unter den Patienten im Alter von 18 bis 64 Jahren 52,2% derjenigen mit einem Alkoholmissbrauch und 67,8% der gegenwärtig Alkoholabhängigen täglich Zigaretten rauchten im Vergleich zu 33,7% der Patienten, die keinerlei Alkoholauffälligkeit zeigten (John, Hill et al., in Druck). Im Allgemeinkrankenhaus betragen die entsprechenden Raten 69,2% für Alkoholmissbraucher sowie 81,3% für gegenwärtig Alkoholabhängige. Die Wahrscheinlichkeit der Diagnose einer gegenwärtigen Alkoholabhängigkeit stieg mit der Zahl der Zigaretten pro Tag (John, Hill et al., in Druck).

Tabak- und alkohol-attributable Mortalität

Gesundheitsstörungen aufgrund von Tabakrauchen sind alle Erkrankungen, für die aus epidemiologischen Befunden ein erhöhtes Todesrisiko (attributables Risiko) im Vergleich zu Nichtrauchern gilt. Das Nikotin trägt durch Gewöhnung und Abhängigkeit dazu bei. Die Nikotinabhängigkeit ist in den internationalen Krankheitsklassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV als Krankheit definiert (Dilling, Mombour, & Schmidt, 1991; Saß, Wittchen, & Zaudig, 1998). Für den überwiegenden Teil der Erkrankungsgruppen ist ein ursächlicher Zusammenhang bekannt (Doll, 1999). Ein ursächlicher Zusammenhang ist gegeben, wenn bestimmte Kriterien erfüllt sind, z.B. eine lineare Beziehung zwischen der Lebenszeitmenge gerauchter Zigaretten und dem Erkrankungsrisiko im Vergleich zu Nichtrauchern (Rothman & Greenland, 1998). Tabakrauchen hat von allen gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen das höchste attributable Mortalitätsrisiko (McGinnis & Foege, 1999). Es beschreibt die Wahrscheinlichkeit von Risikoträgern, in unserem Fall den Rauchern, in einem definierten Altersbereich zu versterben, im Vergleich zu den Menschen, die das Risikomerkmale nicht tragen, in unserem Fall also den Nichtrauchern. Das Ursachengefüge wird dadurch komplexer, dass das Risikomerkmale überzufällig häufig mit weiteren gesundheitsriskanten Verhaltensweisen verknüpft ist. So neigen Raucher stärker als Nichtraucher auch zu anderem gesundheitsabträglichen Verhalten (Schumann, Hapke, Rumpf, Meyer, & John, 2000). Ein Beispiel für eine Schädigungskette bilden auch Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft rauchten. Sie wiegen weniger, sind kleiner und einem höheren Risiko für eine Frühgeburt ausgesetzt als Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft nicht rauchten (Voigt, 2001). Frühgeburten wiederum bedeuten eine reduzierte Überlebenswahrscheinlichkeit der Neugeborenen.

Die tabak- und alkohol-attributable Mortalität wird auf Grund von drei Informationsquellen berechnet: Erstens werden Daten über relative Mortalitätsrisiken bei Rauchern und riskanten Alkoholkonsumenten aufgrund von großen Bevölkerungs-

stichproben im Längsschnitt bestimmt. Zweitens werden die so erhobenen relativen Risiken mit der Zahl der Verstorbenen pro Todesursache sowie drittens der Häufigkeit von Rauchen und riskantem Alkoholkonsum in der Bevölkerung in Beziehung gesetzt. Die relativen Todesrisiken für gegenwärtige und frühere Raucher sowie riskante Alkoholkonsumenten stammen aus einer Kohortenstudie in den USA (Cancer Prevention Study; Garfinkel & Heath, 1992; vgl. Thun, Apicella, & Henley, 2000). In ihr war das gesundheitsriskante Verhalten in einer Erstuntersuchung beschrieben und mit den Todesfällen nach zwölf Jahren in Beziehung gesetzt worden. Eine solche Untersuchung erfordert eine besonders umfangreiche Stichprobe, um auch seltene Erkrankungen einbeziehen zu können. Die Stichprobe der Cancer Prevention Study in den USA ist besonders adäquat, weil sie über eine Million Probanden enthält. Für die Bestimmung der tabak- und alkohol-attributablen Mortalität in Deutschland werden die Todesursachenstatistik (Statistisches Bundesamt, 2002; vgl. John & Hanke, 2002) sowie für Erkrankungsraten die Krankenhausdiagnosestatistik genutzt (Statistisches Bundesamt, 2001a). Von allen Todesursachen sind 275 tabak-attributable, 132 sowohl tabak- als auch alkohol-attributable und weitere 217 alkohol-attributable. Insgesamt sind damit 624 Todesursachen tabak- oder alkohol-attributable gemäß ICD-9 (vierstellige Diagnosenummern). Tabelle 2 gibt einen Ausschnitt aus dem betroffenen Diagnosespektrum wieder und enthält auch die attributablen Fraktionen. Das sind die aufgrund der Todesrisiken für Raucher berechneten Raten von Erkrankten, die auf das Rauchen rückführbar sind. Zu berücksichtigen ist bei den Todesursachengruppen, dass einzelne Erkrankungen zwar eine moderate attributable Fraktion aufweisen aber extrem häufig sind. Das ist etwa bei der Arteriosklerose der Fall.

In Deutschland beträgt die tabak- oder alkohol-attributable Mortalität 10,4% bei Frauen und 30,0% bei Männern, insgesamt 19,5%, d. h. 167.845 von allen Todesfällen im Jahr 1997 sind auf Tabakrauchen oder Alkoholkonsum rückführbar (John & Hanke, 2002). Sie setzt sich aus allein alkohol-attributablen, allein tabak-attributablen und sowohl tabak- als auch alkohol-attributable Todesursachen zusammen (Abbildung 1).

Tabakrauchen und Alkoholkonsum wirken wahrscheinlich unterschiedlich auf die Lebenserwartung. Die allein alkohol-attributablen Todesfälle treten im Leben am frühesten auf, gefolgt von den sowohl tabak- als auch alkohol-attributablen und den allein tabak-attributablen (John & Hanke, in Druck)

ICD-9	Todesursache	Attributable Fraktionen, %
<i>Tabak-attributable Todesursachen</i>		
162	Krebserkrankungen der Luftröhre, Bronchien, Lunge	70 - 91
157, 188, 189	Krebserkrankungen der Bauchspeicheldrüse, Niere, sonstiger Harnorgane	8 - 48
440 - 444	Arteriosklerose, einzelne Erkrankungen von Blutgefäßen	28 - 59
491	Chronische Bronchitis	71 - 84
<i>Tabak- und alkohol-attributable Todesursachen</i>		
140 - 149, 161	Krebserkrankungen oberer Atem- und Verdauungswege (u. a. Mund, Rachen, Kehlkopf, Speiseröhre)	51 - 92
401, 410 - 414, 430 - 438	U. a. Bluthochdruck (essentielle Hypertonie), akuter Herzinfarkt, weitere Herzerkrankungen, einzelne Funktionsstörungen der Hirngefäße	12 - 52
<i>Alkohol-attributable Todesursachen</i>		
291, 303, 305.0, 571.0 - 571.3	Alkoholpsychosen, Alkoholabhängigkeit, -missbrauch, alkoholbedingte Leberschäden	100
155	Krebserkrankung der Leber	1 - 7
577.1	Chronische Entzündung der Bauchspeicheldrüse	1 - 12

* % von Gestorbenen pro Todesursache. Die Werte variieren in Abhängigkeit von Geschlecht und einzelner Diagnose.

Tab. 2: Ausgewählte Todesursachen und tabak- oder alkohol-attributable Fraktionen

Tabak- und alkohol-attributable Morbidität

Methodisch befriedigende bevölkerungsbezogene Schätzungen von Erkrankungen sowie der Belastung des Gesundheitswesens durch Tabakrauchen und Alkoholkonsum fehlen, es gibt aber einige Näherungen. So lässt sich das Verfahren zur Bestimmung der tabak- und alkohol-attributablen Mortalität neben den Todesursachen (Statistisches Bundesamt, 2002) auch auf Erkrankungsfälle anwen-

den, etwa wenn die Krankenhausdiagnosestatistik zugrunde gelegt wird (Statistisches Bundesamt, 2001a; Hanke & John, eingereicht). So wurden aufgrund dieser Daten 4,9% der Krankenhausbehandlungsfälle unter Patientinnen sowie 16,4% der Krankenhausbehandlungsfälle unter Patienten im Alter von 25 bis 64 Jahren als tabak- oder alkohol-attributabel geschätzt. Wahrscheinlich ist die Rate aber höher. Die Zuhilfenahme von Daten aus einem Allgemeinkrankenhaus, in dem zusätzlich zu den Routine-Diagno-

sen eine standardisierte Diagnostik der Alkoholabhängigkeit erfolgte, ergab: Wenn das Wissen über die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit unter Patienten eines Allgemeinkrankenhauses berücksichtigt wird, erhöht sich die geschätzte Zahl tabak- oder alkohol-attributabler Krankenhausbehandlungsfälle in Deutschland unter den Frauen im Alter von 25 bis 64 Jahren auf 480.020 (12,8% der stationär behandelten Fälle in diesem Alter und Geschlecht) und unter den Männern im Alter von 25 bis 64 Jahren auf 1.734.980 (48,3% der stationär behandelten Fälle in diesem Alter und Geschlecht), insgesamt auf 2.215.000 (30,2% der stationäre behandelten Fälle) im Alter von 25 bis 64 Jahren. Die damit verbundenen Kosten betragen 7,59 Milliarden Euro für ein Jahr. Das entspricht 32,2% der Gesamtkosten für stationäre Krankenhausbehandlungen bei 25- bis 64-jährigen Patientinnen und Patienten im Jahr 1997 (John, Rumpf, Hanke, Gerke, & Hapke, eingereicht).

Insgesamt wird aufgrund des Wissens aus der Epidemiologie ein sehr großer Anteil an den Todesfällen und im Gesundheitswesen zu behandelnden Erkrankungen durch Tabakrauchen und Alkoholkonsum verursacht. Die finanziellen Ausgaben sind entsprechend groß. Der Anteil von tabak-attributablen Todesfällen und Erkrankungen ist höher als der Anteil von alkohol-attributablen Todesfällen und Erkrankungen.

2. Notwendige Schritte der Gesundheitsversorgung

In Deutschland sind die Entwöhnungsbehandlungen sehr gut entwickelt. Wir erreichen aber mit dem Suchtkrankenversorgungssystem in seiner bisherigen Form viel zu wenige Betroffene. Ein neues, umfassendes Konzept der Versorgung bei Gesundheitsstörungen durch psychotrope Substanzen sollte umgesetzt werden. Dazu zählen über die vorhandenen Entwöhnungsbehandlungen hinaus Prävention mit allen erforderlichen nationalen Maßnahmen der Gesetzgebung sowie der individuellen Intervention auf Bevölkerungsebene, Früherkennung und -intervention in Allgemeinkrankenhäusern und Arztpraxen sowie möglichst in der Arbeitswelt. Zu Maßnahmen der Gesetzgebung liegt ein umfassendes Wissen über die positiven Ergebnisse vor (John, 2002; John, Hapke, Rumpf, Meyer, Bischof, Hanke et al., 2002). Die Aufmerksamkeit gegenüber den Krankheitsrisiken sollte erhöht werden. Dazu zählen im Gesundheitswesen z.B. Screenings auf Alkoholisikokonsum, Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit. Zeitsparend durchführbare Verfahren liegen vor (Rumpf, Hapke, & John, 2001; Rumpf, John, Hapke, Meyer, & Bischof, in Druck). Zur Kurz-

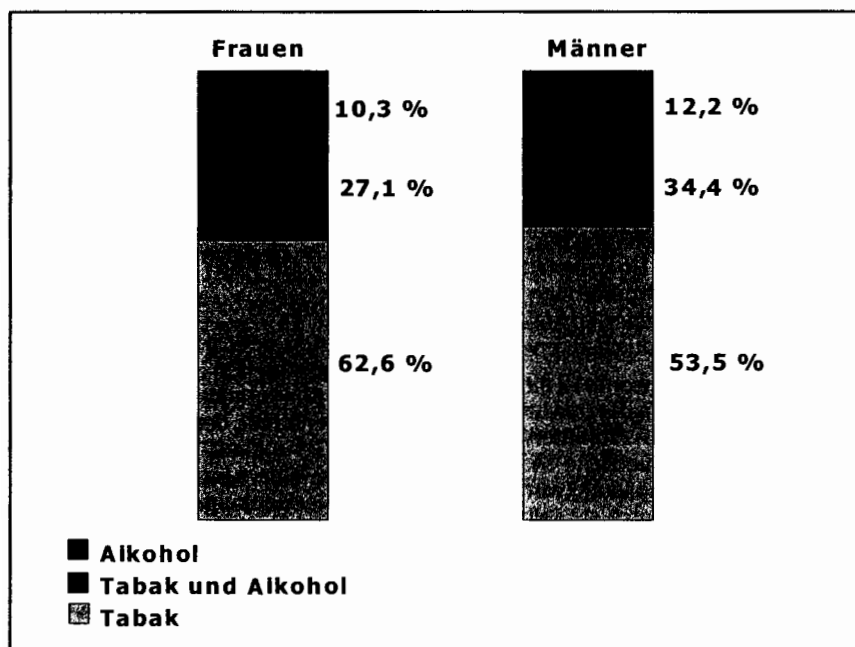


Abb. 1: Tabak- und alkohol-attributable Mortalität in Deutschland, 1997 (John & Hanke, 2002)

intervention in der medizinischen Versorgung liegen Befunde über positive Ergebnisse vor (Hapke, 2000; Rumpf, Hapke, Meyer, Bischof, & John, 2000).

Der Einführung der einfach zu erbringenden Leistungen stehen bisher noch Hemmnisse entgegen (vgl. John, Hapke et al., in Druck). Zum Teil sind sie unabhängig von dem Gesundheitsversorgungssystem, z.B. ob die finanzielle Abrechnung nach medizinischen Einzelleistungen oder nach einem anderen Modus erfolgt. Aus der Sicht der Ärztinnen und Ärzte, die tabak- und alkoholbezogene Screenings und Kurzinterventionen, etwa ärztliche Ratschläge oder Kurzberatungen, erbringen sollten, sind die Zeitknappheit, das von ihnen erlebte Desinteresse der Patienten und der Mangel an Beratungskompetenz hervorzuheben (vgl. Elder, Ayala, & Harris, 1999).

Die Hemmnisse lassen sich aber überwinden. Die Erfahrungen aus dem Forschungsverbund zur Frühintervention bei substanzbezogenen Gesundheitsstörungen zeigen, dass Beratung in der medizinischen Versorgung und der Bevölkerung direkt auch mit dem Anspruch realisierbar sind, systematisch Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Die Praxisprojekte werden zurzeit mit dem Ziel durchgeführt, günstige Wege der Implementierung von Kurzinterventionen in Allgemeinkrankenhäusern und Arztpraxen einer Region zu ermitteln (John, Hapke, Rumpf, Meyer, Bischof, Schumann et al., 2002). Einen Schwerpunkt der Arbeiten bilden Motivierungskonzepte (vgl. z.B. Hapke, 2000). Dabei berücksichtigen wir auch besondere Patientengruppen in einem eigenen Beratungsansatz. In einer Studie sind es Schwangere und Mütter unmittelbar nach der Entbindung. Wege der Implementierung umfassen die Ausbildung der behandelnden Ärzte und die Anwendung von Kurzinterventionen mit Liaisondiensten, in denen Suchtberatungsexperten im Allgemeinkrankenhaus sowie Allgemeinarztpraxen mit den Patienten arbeiten. Dabei ist das Problem zu lösen, wie Beratung die Funktion erfüllen kann, möglichst viele Betroffene zu erreichen und bei ihnen erfolgreich zu sein bei geringen Kosten. Es werden sowohl Tabakrauchen als auch riskanter, gefährlicher oder hoher Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit einbezogen. Der Ansatz, mit Patienten in der Krankenversorgung in Kontakt zu treten, lässt sich als indirekt bevölkerungsbezogen bezeichnen. Eine Begrenzung liegt darin, dass 83,6% der Alkoholabhängigen, die in einer Bevölkerungsstudie entdeckt worden waren, in den vorangegangenen 12 Monaten Kontakt mit ihrem Hausarzt oder einem praktischen Arzt hatten oder stationär in einem Krankenhaus behandelt worden waren (Rumpf,

Meyer, Hapke, Bischof, & John, 2000). Die bisherigen Erfahrungen zeigen vier für die Perspektive der Suchtkrankenversorgung wichtige Befunde:

1. Die Akzeptanz der Suchtkrankenhelfer ist sowohl in den Allgemeinkrankenhäusern als auch in den Arztpraxen hervorragend.
2. Die Bereitschaft zur Mitwirkung von Arztpraxen in einem Frühinterventionsprogramm ist günstig. Nach unserer Erfahrung beteiligen sich 45-90% der angesprochenen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, obwohl allgemein immer wieder befürchtet wird, dass die Thematisierung von Rauchen und Alkoholkonsum zu einem Verlust von Patienten führen könnte. Die Mitwirkung der Ärztinnen und Ärzte ist allerdings bei Beratungen zum Tabakrauchen ausgeprägter als bei Beratungen zum Alkoholkonsum.
3. Die Patienten lassen sich gut erreichen und zeigen eine gute Kooperation.
4. Unabhängig von medizinischen oder anderen Einrichtungen lässt sich ein kostengünstiges Interventionsprogramm für die Bevölkerung direkt u. a. über Briefkontakte aufbauen. Insgesamt zeigen die bisherigen Befunde die Implementierbarkeit von Frühintervention in der medizinischen Basisversorgung einer Region sowie der Bevölkerung direkt. In unseren Projekten arbeiten Fachkrankenschwestern, Arzthelferinnen, Diplompsychologinnen und Diplompsychologen sowie die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in Screening, Diagnostik und Beratung (zu Einzelheiten s. Meyer et al., 2002; Meyer et al., in Druck; Grothues et al., in Druck; Reinhardt, Bischof, Grothues, & Rumpf, in Druck).

Die Evidenz macht deutlich, dass Tabakrauchen und riskanter, gefährlicher und hoher Alkoholkonsum, Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit auf alle Fälle in der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Berücksichtigung finden sollten. Ein kostengünstiger Beitrag zur Sekundärprävention tabak- und alkohol-attributabler Erkrankungen und Todesfälle ist dadurch zu erwarten.

Weitgehend unbeantwortet ist die Frage, was die optimale Form der Durchführung verhaltensbezogener Frühintervention sei. So sind unterschiedliche Lösungen denkbar, wie die Ausbildung von Ärzten und Durchführung durch sie selber, die Durchführung durch Assistenzpersonal in der Praxis, die Delegation der Patienten an einen Experten, der zur Beratung in die Praxis kommt oder die Überweisung der Patienten an eine Einrichtung außerhalb der Praxis. Kompetenzen und Schwerpunkte der Praxis können unter

Umständen für eine Delegation, das Potenzial des ärztlichen Vertrauensverhältnisses für die Durchführung durch den Arzt selber sprechen. Ergebnisse aus dem Forschungsprogramm „Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen“ (EARLINT) sollen dazu Aufschluss bringen (John, Hapke, Rumpf, Meyer, Bischof, Schumann et al., 2002)

3. Schlussfolgerungen

1. Die Versorgung der Bevölkerung bezüglich Gesundheitsstörungen durch psychotrope Substanzen ist unzureichend.
2. Die Kompetenzen zur Lösung der Probleme sind besonders bei Suchtkrankenhelfern vorhanden. Der Fachverband Sucht hat sich bisher durch Innovationsfreudigkeit ausgezeichnet und sollte dabei aktiv mitwirken.
3. Die Suchtkrankenhilfe sollte ihre Kompetenzen in neue Formen der Intervention einbringen und diese zu Routineleistungen entwickeln, z.B. Früherkennung und Frühintervention bei Krankheiten, die teilweise oder vollständig durch psychotrope Substanzen verursacht sind.
4. Es müssen kurz- und langfristige Finanzierungskonzepte entwickelt werden. Die vorhandenen Realisierungskompetenzen zur Finanzierung neuer Formen der Suchtkrankenhilfe sollten genutzt werden. Z.B. ist denkbar, dass Leistungen pauschal oder versichertenbezogen vergütet werden, die der Prävention von Krankheiten dienen, die teilweise oder vollständig durch psychotrope Substanzen bedingt sind. Dadurch könnte eine Ausdehnung der Kompetenzbereiche der Suchtkrankenhilfe erfolgen.
5. Die wissenschaftlichen Resultate sind ausreichend, um mit einer bevölkerungsbezogenen Umsetzung zu beginnen. Der nächste Schritt könnte dabei z.B. in der Realisierung von Modellprogrammen auf Bundes- oder Bundesländerebene bestehen.

Anmerkung

Die zitierten oder genannten eigenen Forschungsarbeiten wurden gefördert von dem Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft, dem Bundesministerium für Gesundheit, der Europäischen Union sowie dem Sozialministerium des Landes Mecklenburg-Vorpommern.

Literatur:

Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, C., Rumpf, H.-J., Simon, R., & Töppich, J. (2000). Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland (Vol. 128). Baden-Baden: Nomos.

- Corrao, M. A., Gulndon, G. E., Sharma, N., & Shokoohi, D. F. (Eds.). (2000). Tobacco control country profiles. Atlanta: American Cancer Society.
- Daeppen, J. B., Smith, T. L., Danko, G. P., Gordon, L., Landi, N. A., Nurnberger, J. I., Jr., Bucholz, K. K., Raimo, E., & Schuckit, M. A. (2000). Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol-dependent men and women. The Collaborative Study Group on the Genetics of Alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, 35, 171-175.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Eds.). (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. Bern: Hogrefe.
- Doll, R. (1999). Risk from tobacco and potentials for health gain. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3, 90-99.
- Elder, J. P., Ayala, G. X., & Harris, S. (1999). Theories and intervention approaches to health-behavior change in primary care. *American Journal of Preventive Medicine*, 17, 275-284.
- Fingerhut, L. A., Kleinman, J. C., & Kendrick, J. S. (1990). Smoking before, during, and after pregnancy. *American Journal of Public Health*, 80, 541-544.
- Garfinkel, L., & Heath, C. W. (1992). Cancer Prevention Study II. The American Cancer Society Prospective Study. *Statistical Bulletin*, 73, 21-29.
- Grothues, J., Bischof, G., Reinhardt, S., Meyer, C., Hapke, U., & Rumpf, H.-J. (In Druck). Ein Selbsthilfe-Manual zur Trinkmengenreduktion für Allgemeinärztpatienten mit Alkoholproblemen. In H.-J. Rumpf & Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Freiburg: Lambertus.
- Hanke, M., & John, U. (eingereicht). Tabak- oder alkoholattributable stationäre Behandlungen.
- Hapke, U. (2000). Sekundärpräventive Interventionen bei Patienten mit einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus: Theoretische Grundlagen und empirische Befunde. Freiburg: Lambertus.
- Hill, A., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Driessen, M., & John, U. (1998). Prevalence of alcohol dependence and abuse in general practice. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 935-940.
- John, U. (2002). The approach of tobacco control in cancer prevention: elements and evidence. *European Journal of Cancer Prevention*, 11, 439-446.
- John, U., & Hanke, M. (2001). Tabakrauch-attributable Mortalität in den deutschen Bundesländern. *Das Gesundheitswesen*, 63, 363-369.
- John, U., & Hanke, M. (2002). Tobacco smoking and alcohol drinking-attributable cancer mortality in Germany. *European Journal of Cancer Prevention*, 11, 11-17.
- John, U., & Hanke, M. (In Druck). Tobacco- and alcohol-attributable mortality and years of potential life lost in Germany. *European Journal of Public Health*.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hanke, M., & Meyer, C. (2002). Alkoholbezogene Schäden in Deutschland. In G. Bühringer (Hrsg.), *Strategien und Projekte zur Reduktion alkoholbezogener Störungen*, 61-74. Lengerich: Pabst.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A., & Dilling, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H. J., Meyer, C., Bischof, G., Hanke, M., Schumann, A., Riedel, J., Hannöver, W., Thyrian, R., Bott, K., & Michael, A. (2002). Prävention von Gesundheitsstörungen aufgrund von Tabakrauchen und Alkoholkonsum – der Beitrag zur Gesundheitsversorgung mit besonderer Berücksichtigung des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung. *Sucht*, 48, 284-295.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H. J., Meyer, C., Bischof, G., Schumann, A., Hannöver, W., Thyrian, R., Bott, K., Freyberger, H. J., Möllmann, R., Fusch, C., Hessel, F., Wasem, J., & Hohagen, F. (2002). Der Suchtforschungsverbund: Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen (EARLINT). *Sucht*, 48, 209-216.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Schumann, A., Hanke, M., Hannöver, W., & Thyrian, R. (In Druck). Tabakrauchen und riskanter Alkoholkonsum: die größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken. In H.-J. Rumpf & Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Freiburg: Lambertus.
- John, U., Hill, A., Rumpf, H. J., Hapke, U., & Meyer, C. (In Druck). Alcohol high risk drinking, abuse and dependence among tobacco smoking medical care patients and the general population. *Drug and Alcohol Dependence*.
- John, U., Rumpf, H. J., Hanke, M., Gerke, P., & Hapke, U. (eingereicht). Estimation of tobacco or alcohol-attributable disease rates in national hospital care: an approach based on routine inpatient disease register data and systematic diagnosis of alcohol use disorders.
- John, U., Rumpf, H.-J., & Hapke, U. (1999). Estimating prevalence of alcohol abuse and dependence in one general hospital – an approach to reduce sample selection bias. *Alcohol and Alcoholism*, 34, 786-794.
- Junge, B. (2001). Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2002*, 32-62. Geesthacht: Neuland.
- Kraus, L., & Augustin, R. (2001). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Sucht*, 47, 3-86.
- Kraus, L., Bauernfeld, R., & Bühringer, G. (1998). Epidemiologie des Drogenkonsums. Ergebnisse aus Bevölkerungssurveys 1990 bis 1996. Baden-Baden: Nomos.
- Marks, J. L., Hill, E. M., Pomerleau, C. S., Mudd, S. A., & Blow, F. C. (1997). Nicotine dependence and withdrawal in alcoholic and nonalcoholic ever-smokers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 521-527.
- McGinnis, J. M., & Foege, W. H. (1999). Mortality and morbidity attributable to use of addictive substances in the United States. *Proceedings of the Association of American Physicians*, 111, 109-118.
- Meyer, C., & John, U. (2001). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2002*, 17-31. Geesthacht: Neuland.
- Meyer, C., & John, U. (2002). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2003*. Geesthacht: Neuland.
- Meyer, C., Ulbricht, S., Schumann, A., Hannöver, W., Hapke, U., Rumpf, H. J., Bischof, G., Thonack, J., Möllmann, R., & John, U. (2002). Behandlung der Tabakabhängigkeit in der hausärztlichen Praxis: Ein Projekt der Community Medicine an der Universität Greifswald. *Ärztblatt Mecklenburg-Vorpommern*, 2, 41-42.
- Meyer, C., Ulbricht, S., Schumann, A., Hannöver, W., Rumpf, H.-J., Bischof, G., Hapke, U., Thonack, J., Möllmann, R., & John, U. (In Druck). Ein Leitfaden zur motivierenden Kurzberatung von Rauchern in der hausärztlichen Praxis. In H.-J. Rumpf & D. H. g. d. Suchtgefahren (Hrsg.), *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Freiburg: Lambertus.
- Miller, N. S., & Gold, M. S. (1998). Comorbid cigarette and alcohol addiction: epidemiology and treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 17, 55-66.
- Reinhardt, S., Bischof, G., Grothues, J., & Rumpf, H.-J. (In Druck). Ein Individuelles computerisiertes Feedback für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in Arztpraxen. In H.-J. Rumpf & Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Freiburg: Lambertus.
- Rothman, K. J., & Greenland, S. (1998). *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott – Raven.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., & John, U. (2001). Der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und -missbrauchs-Screening-Test (LAST). Göttingen: Hogrefe.
- Rumpf, H.-J., Hapke, U., Meyer, C., Bischof, G., & John, U. (2000). Kurzinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Individuelle Hilfen für Suchtkranke – Früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren*, 211-219. Freiburg: Lambertus.
- Rumpf, H.-J., John, U., Hapke, U., Meyer, C., & Bischof, G. (In Druck). Identifizierung von Patienten mit Alkoholabhängigkeit, schädlichem Gebrauch oder riskantem Alkoholkonsum. In H.-J. Rumpf & Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen*. Freiburg: Lambertus.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G., & John, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen bei Alkoholabhängigen und -missbrauchern: Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht*, 46, 9-17.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., & Zaudig, M. (1998). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV* (2. ed.). Göttingen: Hogrefe.
- Schumann, A., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Meyer, C., & John, U. (2000). Gesundheitsverhalten von Rauchern – Ergebnisse der TACOS-Studie. *Das Gesundheitswesen*, 62, 275-281.
- Statistisches Bundesamt. (2001a). *Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 6.2, Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1999*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt. (2001b). *Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe S.3, Fragen zur Gesundheit 1999*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt. (2002). *Gesundheitswesen, Fachserie 12, Reihe 4, Todesursachen in Deutschland 2000*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Thun, M. J., Apicella, L. F., & Henley, S. J. (2000). Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths: confounding in the courtroom. *Journal of the American Medical Association*, 284, 706-712.

Voigt, M. (2001). Einfluss des Rauchens der Mütter in der Schwangerschaft auf den somatischen Entwicklungsstand des Neugeborenen und daraus resultierende Kosten für die Perinatalmedizin in Deutschland. *Rostock: Universität Rostock*.

World Health Organization. (2001). Tobacco or Health: A Global Status Report. Genf: World Health Organization, <http://www.who.org/programmes/psa/toh.htm>.

Referenzadresse:

Prof. Dr. Ulrich John
Direktor des Institutes für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Greifswald, Walther-Rathenau-Str. 48
17487 Greifswald,
e-mail: ujohn@uni-greifswald.de
Internet: <http://www.medizin.uni-greifswald.de/epidem>
