

## Pressestatement

zur bundesweiten Aktionswoche  
„Alkohol? Weniger ist besser!“

21.-29. Mai 2011

### Die Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen stärken!

Anlässlich der bundesweiten Aktionswoche Alkohol 2011 (<http://www.aktionswoche-alkohol.de>) informieren eine Vielzahl von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Schulen, Betriebe, Selbsthilfegruppen und Mitgliedseinrichtungen des Fachverbandes Sucht e.V. über den Konsum und die Auswirkungen von Alkohol. Das Motto lautet „Weniger ist besser!“. Angesichts von 9,5 Mio. Menschen mit einem riskanten Alkoholkonsum, davon 1,3 Mio. alkoholabhängige Menschen, weist der Fachverband Sucht e.V. (FVS) auf die Notwendigkeit hin, die Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen zu stärken.

### Daten zum Substanzkonsum und zur Inanspruchnahme einer Entwöhnungsbehandlung

Alkoholabhängigkeit 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

- 9,7 l reiner Alkohol wurde pro Kopf/Jahr im Jahr 2009 verbraucht (109 l Bier, 20 l Wein, 3,9 l Schaumwein, 5,4 l Spirituosen)
  - 1,3 Mio. der 18-59-Jährigen sind alkoholabhängig, ca. 2 Mio. missbrauchen Alkohol
  - 42.000 alkoholbedingte Todesfälle pro Jahr
  - 17.434 Alkoholunfälle im Straßenverkehr (2009)
  - 68.856 Gewalttaten unter Alkoholeinfluss (ein Drittel aller Gewalttaten) (2009)
  - 26.428 Krankenhausfälle von Kindern und Jugendlichen (10-20 Jahre) aufgrund von Alkoholvergiftungen im Jahr 2009
  - 333.804 Krankenhausfälle mit Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (2008), d.h. Platz 3 der 20 häufigsten Krankenhausdiagnosen
- 
- 39.800 Entwöhnungsbehandlungen im Indikationsbereich Alkohol (medizinische Rehabilitation)
  - 14,3 Jahre Dauer der Abhängigkeit bis zur Inanspruchnahme einer stationären Behandlung in einer Fachklinik (Basisdokumentation 2009 des FVS)
  - > 50 % der Patienten sind 1 Jahr nach der stationären Entwöhnungsbehandlung abstinent
- 
- 26,7 Mrd. € Gesamtkosten alkoholassoziierter Störungen (1,16 % des Bruttoinlandproduktes), davon
    - 10,0 Mrd. € direkte Kosten (Krankenhausbehandlung, medizinische Rehabilitation [Entwöhnung], ambulante Krankenbehandlung, Sachschäden/Verkehrsunfälle etc.)
    - 16,7 Mrd. € indirekte Kosten (Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung, Arbeitsleistungsausfall etc.)

## **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 2009 lediglich 39.800 Entwöhnungsbehandlungen im Indikationsbereich Alkoholabhängigkeit durchgeführt wurden. Davon entfallen 30.055 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 14,3 Jahre (Fachverband Sucht, Basisdokumentation, 2009). Betrachtet man die Angaben zur vermittelnden Instanz, wird die ärztliche oder psychotherapeutische Praxis nur in 3,4 % und das Krankenhaus in 18,2 % der Fälle entsprechend dokumentiert (Fachverbands Sucht e.V., Basisdokumentation 2009). 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 Risikokonsumenten 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, schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol“, welche möglichst alle Haus- und Fachärzte ansprechen, sollten ausgeweitet werden. Diese sollten in Zusammenarbeit der regionalen Ärztervertretung 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](mailto:v.weissinger@sucht.de)*

*[www.sucht.de](http://www.sucht.de)*

*Der Fachverband Sucht e.V. ist ein bundesweit tätiger Verband, in dem Einrichtungen zusammengeschlossen sind, die sich der Behandlung, Versorgung und Beratung von Suchtkranken widmen. Er wurde 1976 gegründet und vertritt heute ca. 95 Mitgliedseinrichtungen mit über 6.500 stationären und vielen ambulanten Therapieplätzen. Die Behandlungseinrichtungen sind unter <http://www.sucht.de/Behandlungseinrichtungen.html> zu finden.*