

# Krankheitskosten bei Alkoholabhängigen und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation

Manfred Zielke

## 1. Krankheitskosten in Deutschland und Ressourcenverteilung

Jeder zweite Einwohner Deutschlands ist oder wird in seinem Leben chronisch krank.

Unterstellt man, dass die Leser dieser Zeitschrift ein repräsentativer Querschnitt der erwachsenen Bevölkerung sind, dann hat jeder 10. Durchblutungsstörungen am Herzen. Jeder dritte davon wird einen Herzinfarkt erleiden.

Jeder Vierte – und bei denen die über 60 sind, jeder Zweite – hat zu hohen Blutdruck. Jeder Siebte trinkt gesundheitsschädigend zu viel. Jeder Fünfte hatte Übergewicht, jeder Dritte erhöhtes Serumcholesterin und jeder Vierte ist Raucher oder Exraucher.

Am Ende des 20. Jahrhunderts ist die Hälfte der Deutschen chronisch krank und verursacht im Jahr 1998 aktuell eine Kostenlast von mehr als 200 Mrd. Mark. Die folgende Ausarbeitung wird darstellen, wie eine effizientere Versorgung Kranker durch Senkung der Inzidenz und der Mortalität und damit die zu versorgende Krankheitslast signifikant gesenkt werden kann. Dazu sollen zwei Szenarien skizziert werden.

### Szenario 1

Der medizinische Fortschritt verbessert weiterhin, die Möglichkeit der Behandlung von Krankheit. Funktionierende künstliche Herzen, Nieren, Lebern und Lungen werden entwickelt. Das kranke Individuum kann mit wachsendem Millionenaufwand immer besser behandelt werden.

Die steigenden Leistungen können allerdings nicht mehr für alle finanziert werden. Es wird deshalb ein Versorgungsbudget gesetzlich festgeschrieben und innerhalb desselben per Leistungsbegrenzung festgelegt, das Hüftgelenke und Nieren nicht mehr ab sechzig Jahren und Herzen nicht für Kinderlose, Mehrfachkranke und nicht mehr ab siebzig Jahren implantiert werden könne.

### Szenario 2

Der medizinische Fortschritt entwickelt Methoden, die Entstehung chronischer Krankheiten maßgeblich zu verringern.

Um die fachliche und wissenschaftliche Grundlage für diese Entwicklung zu schaffen, wurde von der Allgemeinen Hospitalgesellschaft AG bei dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) an der Medizinischen Hochschule Hannover unter der Leitung von Prof. Schwartz ein Gutachten in Auftrag gegeben, das im Dezember 1999 publiziert wurde (Schwartz et al. 1999). Prof. Schwartz ist seit zwei Jahren Leiter des „Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“.

Das Gutachten umfasste 4 Teilaufträge:

1. Die Berechnung der Ausgaben für chronische Krankheiten in den einzelnen Versorgungsbereichen
2. Die Identifikation verhaltensmäßig beeinflussbarer chronischer Krankheiten
3. Die Abschätzung des Interventionspotentials durch verhaltensmedizinische Interventionen
4. Wege zur Identifizierung von Patientengruppen

Die Untersuchung ermittelt aus einer Vielzahl von Quellen und durch Auswertung von über 300 wissenschaftlichen Arbeiten aus aller Welt die Ausgaben für chronische Krankheiten, spezifiziert

nach einzelnen Kostenbereichen. Und sie identifiziert aus der Gesamtheit chronischer Krankheiten diejenigen, die in besonderem Umfang verhaltensbedingt und damit verhaltensmedizinisch beeinflussbar sind.

Die Gesamtausgaben für Gesundheit in Deutschland werden für das Jahr 1994 mit 469,6 Mrd. und für 1995 mit DM 507,1 Mrd. angegeben (s. Tab. 1).

Da zum Zeitpunkt der Ausgabenberechnungen für chronische Erkrankungen noch keine Angaben über die Gesundheitsausgaben im Jahr 1995 zur Verfügung standen, wurden für die durchzuführenden Analysen die Gesundheitsausgaben im Jahre 1994 zu Grunde gelegt.

Die Kalkulation erkrankungsspezifischer Ausgaben erfordert den Zugriff auf diverse Datenquellen, die von unterschiedlichen Institutionen gehalten werden. Sinnvoll erscheint eine derartige Kalkulation für die Bereiche „Behandlung“ und „Krankheitsfolgeleistungen“; „Ausbildungs- und (öffentliche) Forschungsausgaben“ sowie „nicht aufteilbare Ausgaben“ lassen sich dagegen kaum diagnosespezifisch zuordnen. Die beiden Bereiche „Behandlung“ und „Krankheitsfolgeleistungen“ lassen sich

Tabelle 1: Ausgaben für Behandlung und Folgeleistungen 1994

Bezugsjahr 1994	Mio. DM	Anteil an den Gesamtausgaben	Anteil an der jeweiligen Subgruppe
<b>Ausgaben für Gesundheit insgesamt</b>	<b>469.573</b>	<b>100%</b>	
<b>Behandlung insgesamt</b>	<b>274.714</b>	<b>58,50%</b>	<b>100%</b>
Ambulant	83.018	17,68%	30,22%
Stationär, Akutkrankenhäuser	106.221	22,62%	38,67%
Stationär, Rehabilitation	10.898	2,32%	3,97%
Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	59.439	12,66%	21,64%
Zahnersatz	15.138	3,22%	5,51%
<b>Krankheitsfolgeleistungen insgesamt</b>	<b>129.140</b>	<b>27,50%</b>	<b>100%</b>
Berufliche und soziale Rehabilitation	19.129	4,07%	14,81%
Entgeltfortzahlungen	49.420	10,52%	38,27%
Sonstige Einkommensleistungen	22.268	4,74%	17,24%
BU- und EU-Renten	35.596	7,58%	27,56%

## Fachbeiträge

gemäß den folgenden Tabellen weiter differenzieren.

Der größte Anteil der aufgeführten Gesamtausgaben entfiel 1994 mit fast 60% auf die Behandlungsausgaben. Ein bedeutsamer Anteil wurde mit 27,5% für die Krankheitsfolgeleistungen aufgewendet. Auf vorbeugende und betreuende Maßnahmen entfielen ca. 7% bzw. 8% der Gesamtausgaben.

Im Hinblick auf die fokussierten Bereiche „Behandlung“ und „Krankheitsfolgeleistungen“ in der dargestellten Aufgliederung finden sich in den verfügbaren Datenquellen üblicherweise keine direkten Ausweisungen von erkrankungsspezifischen Ausgaben. Eine diagnosespezifische Aufteilung der Ausgaben muss daher i.d.R. auf der Basis von Indikatoren des Leistungsgeschehens vorgenommen werden. Als Indikatoren bieten sich zumeist (relative) Fallhäufigkeiten (z.B. Zahl der diagnosebezogenen Arztkontakte) sowie Leistungszeiten (z.B. diagnosebezogene Krankenhaustage) an.

Als Datenquellen für die Feinschätzung der Ausgaben stationärer Akutbehandlungen sowie der Ausgaben für Arbeitsunfähigkeitszeiten werden die Längsschnittdaten der GEK-Stichprobe (zu indikationsbezogenen Verweildauern und Krankheitsverläufen nach stationären Akutbehandlungen), die Krankenhausdiagnosestatistik, die Krankheitsartenstatistik des BKK Bundesverbandes und der AOK (zum Abgleich mit den GEK-Daten und der Krankenhausdiagnosestatistik) verwendet.

Zur Berechnung der Ausgaben der ambulanten ärztlichen Behandlung wird auf die EvaS-Studie und den GKV-Arzneimittelreport zurückgegriffen. Als Datenquellen zur Bestimmung der Ausgaben der Rentenversicherung für vorzeitige Erwerbsunfähigkeit werden die Erwerbsunfähigkeitsbestands- und Erwerbsunfähigkeitseingangstatistiken des VDR genutzt, die diagnosebezogene Informationen beinhalten.

### 1.1. Auswahl chronischer Krankheitsbilder, die sowohl ausgabenintensiv als auch potentiell verhaltensmedizinisch beeinflussbar sind

Die Auswahl erfolgte unter dem Aspekt der Aufgabenintensität im deutschen Gesundheitswesen und war vor allem davon abhängig, ob sich nationale und internationale Interventionsstudien finden lassen, dass das jeweilige Krankheitsverhalten unter einer verhaltensmedizinischen Perspektive langfristig beeinflussbar ist. Ergebnis dieser Selektion ist in Tabelle 2 zusammengefasst.

ICD-9-Ziffern	
410-414; 410-412	KHK, darunter: Myokardinfarkt
401-405	Hypertonie
436 (430-438)	Apoplex (Krankheiten d. zerebrovaskulären Systems)
250	Diabetes
311, (300.4), 296	Depressionen
291, 292, 303, 304-5	Alkohol- und Drogenabhängigkeit
300, (300.0), 306	Neurosen, (Angstneurosen), funktionelle Störungen
720-724	Rückenbeschwerden
346	Migräne
491, 493	COLD, Asthma
733.0 820 (OSH)	Osteoporose bzw. Oberschenkelhals-Frakturen als Folge einer Osteoporose
<b>Ferner:</b>	Rauchen
	Adipositas

Tabelle 2: Auswahl chronischer Krankheitsbilder, die sowohl ausgabenintensiv als auch potentiell verhaltensmedizinisch beeinflussbar sind

Koronare Herzerkrankungen (insbesondere der Myokardinfarkt), Hypertonie, Schlaganfall und andere Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems, Diabetes, Depressionen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, neurotische Erkrankungen und funktionelle Störungen, Rückenbeschwerden, Migräne, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COLD) und insbesondere Asthma bronchiale, Osteoporose bzw. Oberschenkelhalsfrakturen als Folge einer Osteoporose und ergänzend zu dieser Systematik analog der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD) die Problembereiche Rauchen und Übergewicht.

sowie Unfälle) werden bei dieser ICD-Auswahl nicht erfasst (s. Tab. 3).

## 2. Epidemiologie der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Die Mehrzahl der bundesdeutschen Bevölkerung trinkt zumindest gelegentlich Alkohol, wie auch die Selbstangaben zum Alkoholkonsum aus dem DHP-Survey belegen. Als „gemäßigter Alkoholkonsum“ wird dabei nach WHO eine Menge von bis zu zwei alkoholischen Getränken bei Männern (bei Frauen: ein Getränk) verstanden.

291	Alkoholpsychose
292	Drogenpsychose
303	Alkoholabhängigkeit
304	Medikamenten- und Drogenabhängigkeit
305	Medikamenten- und Drogenmissbrauch ohne Abhängigkeit

Tabelle 3: Ausgewählte Diagnosen: Alkohol- und Drogenabhängigkeit (ICD-9-Ziffern: 291, 292, 303-305) Einzelziffern

Insgesamt existieren 5 dreistellige ICD-9-Ziffern mit direktem Bezug zu einer Alkohol oder Drogenabhängigkeit bzw. zum Medikamenten- und Drogenmissbrauch. Gesundheitliche Folgeschäden des Alkohol- bzw. Drogenmissbrauches (z.B. Leber- und Pankreaserkrankungen

Bei Frauen wird als „gesundheitlich bedenklich“ ein Konsum als 17g/d (Gramm pro Tag) bis 41g/d und als „gesundheitlich schädigend“ ein Konsum von über 41g/d angesehen. Bei den Männern ist der „gesundheitlich bedenkliche“ Konsumbereich zwischen 25 und 58g/d festgelegt,

Frauen	< 17g/d	mäßiger Alkoholkonsum
	ab 17g/d bis <41g/d	harmful, gesundheitlich bedenklich (A)
	ab 41g/d	hazardous, gesundheitlich schädigend (B)
Männer	< 25g/d	mäßiger Alkoholkonsum
	ab 25g/d bis <58g/d	harmful, gesundheitlich bedenklich (A)
	ab 58g/d	hazardous, gesundheitlich schädigend (B)

Tabelle 4: Grenzwerte für den täglichen Alkoholkonsum

Tabelle 5: Gesundheitssurvey Ost-West 1990-1992: Kalkulierter täglicher Alkoholkonsum nach Selbstangaben zum Getränkekonsum

„gesundheitlich schädigender“ Konsum beginnt oberhalb von 58g/d (s. Tab. 4).

Legt man diese Grenzwertkriterien zugrunde, gibt es bei den Männern einen gesundheitsschädigenden Alkoholkonsum zwischen 11,78% bei den 25-29-jährigen und 22 % in den Altersgruppen 40-49 Jahre und 50-59 Jahre. Fasst man die Häufigkeitsangaben zu „bedenklich“ und „schädigend“ zusammen, summieren sich die Quoten bei den Männern auf 48,8% (s. Tab. 5).

Die Konsumgewohnheiten bei Frauen bewegen sich auf einem Niveau von etwa 50% der Männer, wenngleich in der Altersgruppe der 40-49 jährigen Frauen 14,39 einen gesundheitlich bedenklichen Verbrauch und 14,77% einen schädigenden Konsum angeben. Über alle Altersgruppen hinweg ergibt sich bei den Frauen eine Quote von 24,86% mit bedenklichem, bzw. schädigendem Alkoholkonsum.

Allerdings sind Angaben zu Häufigkeit und Menge des konsumierten Alkohols keine hinreichenden Kriterien zur Diagnose von Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit (Schorling u. Buchsbaum 1997). Daher können auf der Basis der zusammengestellten Prävalenzdaten keine direkten Schlüsse auf die Prävalenz von Alkoholmissbrauch oder Abhängigkeit gezogen werden.

### 2.1. Die gesellschaftliche und gesundheitsbezogene Rolle von Alkoholproblemen

Welche Bedeutung Alkoholprobleme in verschiedenen Bereichen unserer Gesellschaft haben, soll an drei empirischen Untersuchungen aufgezeigt werden.

Altersgruppe	Männer (%)		Frauen (%)		Gesamt (%)	
	25-57g A	≥58g B	17-41g A	≥41g B	A	B
25-29	24,21	11,78	13,14	10,62	18,80	11,22
30-39	32,29	18,50	14,29	11,65	23,46	15,14
40-49	30,47	22,83	14,39	14,77	22,50	18,84
50-59	29,68	22,16	14,23	10,17	21,92	16,14
60-69	29,66	17,39	15,06	5,52	21,23	10,54
<b>Gesamt</b>	<b>29,69</b>	<b>19,11</b>	<b>14,29</b>	<b>10,57</b>	<b>21,85</b>	<b>14,76</b>

### Straftaten unter Alkoholeinfluss

An dieser Übersicht ist dargestellt, ein wie hoher Prozentsatz von Straftaten unter Alkoholeinfluss ausgeübt wurde. Bei „gefährlicher Körperverletzung“ sind dies 27,5%, bei „Vergewaltigung“ 32,4%,

„Raubmord“ 32,7%, „Sexualmord“ 35%, bei „Körperverletzung mit tödlichem Ausgang“ 38%, bei Totschlag 38,8% und bei „Widerstand gegen die Staatsgewalt“ 56,3%. Ein Viertel aller Gewaltstraftaten wurden unter Alkoholeinfluss verübt (s. Abb. 1).

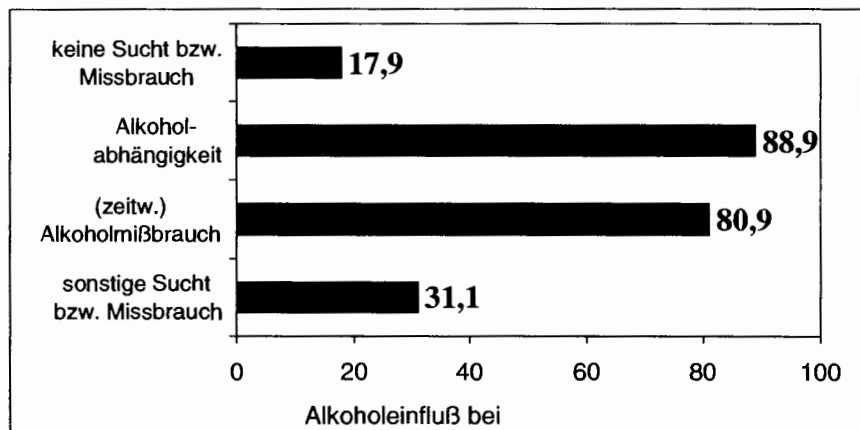


Abbildung 2: Häufigkeit des Alkoholeinflusses bei Begehung des Unterbringungsdeliktes, gegliedert nach entsprechender Suchtproblematik (N=1973) (aus Leygraf, 1988 S. 98)

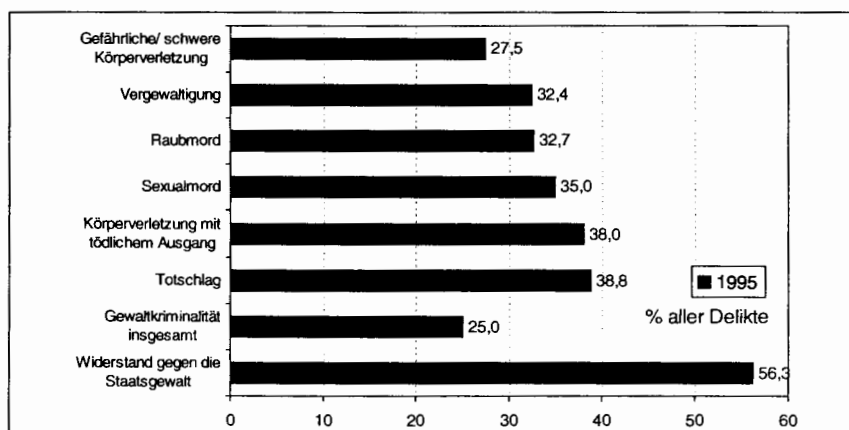


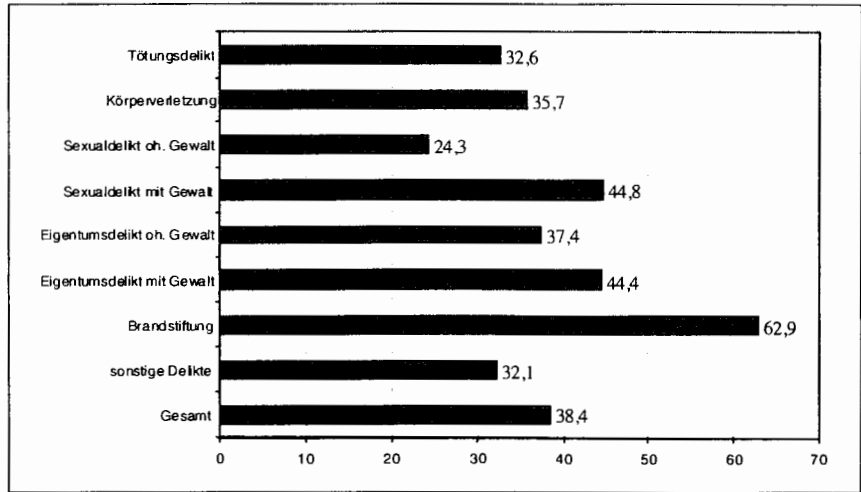
Abbildung 1: Straftaten unter Alkoholeinfluss

### Alkoholeinfluss bei Unterbringungsdelikten

In dieser Übersicht (s. Abb. 2) ist die Häufigkeit des Alkoholeinflusses bei Begehung eines Unterbringungsdeliktes im psychiatrischen Maßregelvollzug dargestellt.

Hatte bei Patienten ohne Suchtproblematik in nur 18 % der Fälle eine Alkoholeinflussung zur Tatzeit bestanden, traf dies bei Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit in 89%, bei erheblichem Alkoholmissbrauch in 81% der Fälle zu. Die Rolle des Alkoholkonsums bei Begehung des Unterbringungsdeliktes bei einzelnen Deliktgruppen wird durch die nächste Übersicht unterstrichen.

Abbildung 3: Häufigkeit des Alkoholeinflusses bei Begehung des Unterbringungsdeliktes, gegliedert nach Deliktgruppen (N=1973) (aus Leygraf, 1988 S. 97)



Bei Patienten des Maßregelvollzugs war in 38,4% der Fälle ein Alkoholkonsum dem Unterbringungsdelikt vorausgegangen, wobei der Anteil alkoholbeeinflusster Täter je nach Art der begangenen Straftaten deutliche Unterschiede aufweist (s. Abb. 3).

Einen hohen Anteil alkoholbeeinflusster Täter weisen neben den Brandstiftungen mit 62,9% gewalttätige Sexualdelikte mit 44,8% und gewalttätige Eigentumsdelikte mit 44,4% auf. Mit 32,6% erscheint der entsprechende Anteil unter den Tötungsdelikten dagegen vergleichsweise gering. Die durchschnittliche Unterbringungsdauer im Maßregelvollzug beträgt 4,7 Jahre; daraus resultieren Unterbringungs- und Behandlungskosten von DM 600 TSD je Fall!

**Alkoholbedingte stationäre Leistungstage bei arbeitslosen Männern**

Ein weiterer empirisch begründeter Mosaikbaustein zur Bedeutung von Alkohol stammt aus dem in Dezember 1999 erschienenen Gesundheitsreport der GEK zum Thema Arbeitslosigkeit und Gesundheit (s. Tab. 6).

ICD-9	Diagnose	Anteil an Tagen Arbeitslose	Tage je 1000 Arbeitslose	Tage je 1000 von Übrige	Faktor
303	Alkoholabhängigkeit	10,43%	229	25	9,16
291	Alkoholpsychosen	1,97%	43	4	10,75
571	Chron. Leberzirrhose	1,39%	30	3	10,00
<b>Gesamt</b>	<b>Alkohol</b>	<b>13,79%</b>	<b>302</b>	<b>32</b>	<b>9,43</b>
304	Medikamenten-/Drogenabhängigkeit	3,02%	66	3	22,0

aus: GEK Gesundheitsreport (1999) Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12. St. Augustin, Asgard-Verlag

Tabelle 6: Alkoholbedingte, stationäre Leistungstage bei arbeitslosen Männern 1998 (aus GEK Gesundheitsreport 1999)

Daraus geht hervor, dass 10,43% aller stationären Krankenhaustage bei arbeitslosen Männern nachweislich wegen einer Alkoholabhängigkeit erfolgen. Rechnet man die Alkoholpsychosen und die chronische Leberzirrhose dazu, summiert sich der Anteil auf 13,79%. Im Verhältnis zu den stationären Krankenhaustagen der übrigen, nicht arbeitslosen Versicherten der GEK, betragen die stationären Leistungstage bei arbeitslosen Männern das Neunfache bis Zehnfache der sonstigen Versicherten.

**3. Prävalenz und diagnosebezogene Gesundheitsausgaben**

Nach deutschen Prävalenzstudien wird die bevölkerungsbezogene Häufigkeit behandlungsbedürftiger Alkoholabhängigkeit mit ca. 7% angegeben, die von Alkoholmissbrauch mit ca. 8% (John 1997, Fichter 1989). In medizinischen Versorgungseinrichtungen werden jedoch vielfach höhere Prävalenzraten erhoben. Bei bis zu 14,34% der Patienten in Allgemeinpraxen konnte ein alkoholbezogener Beratungsbedarf festgestellt werden (s. Tab. 7 und 8).

In einer Notfallambulanz konnte bei 16,7% der Patienten aufgrund der Untersuchungsbefunde und eines Screeningfragebogens ein Alkoholmissbrauch bzw. eine -abhängigkeit festgestellt werden. Darüber hinaus stehen bis zu 50% der Behandlungsanlässe in stationären traumatologischen Einrichtungen im Zusammenhang mit Alkohol (Gentilello et al., 1995).

Das Ausgabenvolumen in den einzelnen Kostenbereichen ist in Tabelle 10 und in Abbildung 4 dargestellt. Den weitaus größten Einzelposten bilden die stationären Behandlungen im Akutkrankenhaus mit einem Betrag von DM 2,370 Mrd.. Die Aufwendungen für die medizinische Rehabilitation betragen DM 998 Mio. und die Kosten für die krankheitsbedingten Frühberatungen belaufen sich auf DM 887 Mio. pro Jahr. Die Aufwendungen für die ambulante Behandlung in der ärztlichen Praxis betragen für alle Abhängigkeitserkrankungen DM 99 Mio.; sie sind den einzelnen Abhängigkeitserkrankungen jedoch nicht eindeutig zuordenbar. Für die Alkoholabhängigkeit schätzen wir diesen Betrag auf etwa DM 43 Mio.

Damit ergeben sich Aufwendungen für die Alkoholabhängigkeit pro Jahr von DM 4,846 Mrd..

Gesamte untersuchte Patienten	237	100%	LAST
davon LAST positiv	47	19,83%	100%
davon falsch positiv	13		27,65%
<b>Alkoholbezogener Beratungsbedarf</b>	<b>34</b>	<b>14,34%</b>	

aus Petry (1999)

Tabelle 7: Erhebung mit dem LAST in einer Allgemeinarztpraxis

Aus dem Bereich der Allgemeinkrankenhäuser berichtet John (1997) in kontrollierten Studien über Prävalenzraten von 16,5% bei den Männern und 7% bei den Frauen (s. Tab. 9).

Bei den berechneten Ausgaben handelt es sich um eine konservative Schätzung, da die Ausgaben für alkoholbedingte Folgeerkrankungen wie Leberzirrhose (ICD-571) oder im Zusammen-

Gesamtpatientenzahl aus 8 Praxen	1630	100%	LAST
Kein Screening durchgeführt	22		
Gesamte untersuchte PatientInnen	1608		
Screeningergebnis negativ	1403		
davon LAST positiv	205	12,71%	100%
davon falsch positiv	44		21,46%
Gesamt richtig positiv	161	10,01%	
Davon Kurzintervention durchgeführt	140		86,95%
Anteil am Gesamt der untersuchten Patienten		8,71%	

-----  
aus Kremer (1999)

Tabelle 8: Prävalenz von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit In eigenständig arbeitenden Praxen mit Hilfe des LAST als Screeninginstrument

<b>Bereich: Allgemeinkrankenhaus</b>		
Gesamt	untersuchte Patienten	1309
Alkoholabhängigkeit (ICD-10)	Männer	16,5%
	Frauen	7,0%

Methode: Fragebogen und strukturiertes Interview

<b>Bereich: Notfallambulanz</b>	
Gesamt untersuchte Patienten	234
Alkoholmißbrauch /-abhängigkeit	16,7%

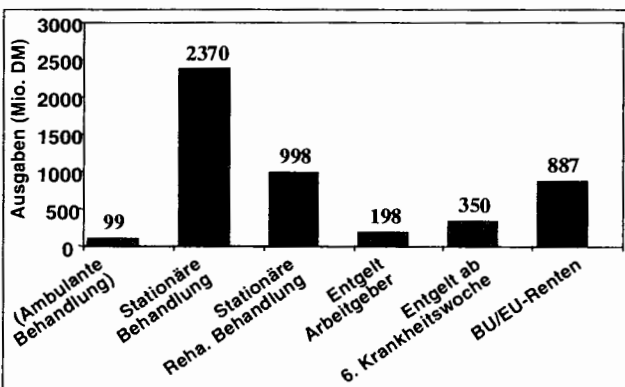
Methode: Befunderhebung und Screeningfragebogen  
-----  
aus John et al. (1996)

hang mit Alkohol stehende Verletzungen, Unfälle etc. nicht berücksichtigt wurden. 65 % der Alkoholabhängigen weisen eine Alkoholfolgeerkrankung auf (z.B. Delir, Speiseröhrenblutung, Lebererkrankung) (John et al. 1997). Zudem wurden die durch die verkürzte Lebenserwartung von Alkoholabhängigen die gesellschaftlich entstehenden Kosten von Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch nicht berücksichtigt. So beträgt das mittlere Sterbealter bei Alkoholikern nur 55 Jahre. Sie belaufen

Tabelle 9: Prävalenz von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit in der medizinischen Basisversorgung

Tabelle 10: Krankheitslast durch Alkoholabhängigkeit

Abbildung 4: Gesundheitsausgaben 1994: Alkoholabhängigkeit



sich nach einer kürzlich für Deutschland durchgeführten Krankheitskostenstudie mit Preisen von 1990 zusätzlich auf etwa 2,3 Mrd. DM. Hierbei berücksichtigt wurde der Verlust an „produktiven“ Lebensjahren, d.h. bis zum 65. Lebensjahr (Brecht et al. 1996).

Risikofaktoren für Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit sind u.a. männliches Geschlecht, geringeres Einkommen, geringere Bildung, Arbeitslosigkeit; d.h. im wesentlichen nicht durch verhaltensmedizinische Behandlung modifizierbare Faktoren.

Theoretisch ließen sich die mit ICD-303 in Zusammenhang stehenden Ausgaben deutlich reduzieren, wenn der Alkoholkonsum in der Bevölkerung die beispielsweise von der WHO vorgeschlagenen Grenzwerte für „mäßiges Trinken“ nicht überschreiten würde bzw. wenn der durchschnittliche „Alkohol-Pro-Kopf-Konsum“ einer Gesellschaft vergleichsweise gering ist. Denn es gibt keine Hin-

ICD-9:	291	303
KH-Diagnosestatistik Deutschland insgesamt 1995	0,45%	1,78%
Ausgaben 1994 (Mio. DM)	474	1.896
Stat. med. und sonst. Leistungen zur Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 1995 (VDR Statistik Bd. 118, S.42, 82)	0,00%	9,16%
Ausgaben 1994 (Mio. DM)	0	998
AU-Tage bis zur 6.Krankheitswoche	0,05%	0,35%
Ausgaben 1994 (Mio. DM)	25	173
AU-Tage nach der 6. Krankheitswoche	0,09%	1,48%
Ausgaben 1994 (Mio. DM)	20	330
Rentenzugänge, Renten wg. verminderter Erwerbsfähigkeit in der gesetzl. Rentenversicherung 1996 (VDR Statistik Bd. 121, S.30, S.44)	0,18%	2,31%
Ausgaben 1994 (Mio. DM)	66	821
ICD-9:	291	303
<b>Summe (Mio. DM)</b>	<b>585</b>	<b>4.218</b>
Anteil an d. berücksichtigten Ausgaben	0,17%	1,19%

Hellgraue Unterlegung:  
Keine korrekte Kalkulation aufgrund fehlender Differenzierung von Routinestatistiken

weise darauf, dass es einen konstanten Anteil suchtgefährdeter Personen in einer Gesellschaft gibt.

#### 4. Effekte fachbezogener Interventionen in kontrollierten Studien

In einer meta-analytischen Übersicht über Behandlungsergebnisse bei Alkoholabhängigen von Süß (1995) ergaben sich für Untersuchungen aus Deutschland höhere Erfolgsquoten als in den Studien aus dem angelsächsischen Raum. Eine der umfangreichsten in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten Studien zur Evaluation stationärer Alkoholbehandlungen (Münchener Evaluation der Alkoholismustherapie: MEAT von Kufner u. Feuerlein 1989) belegt, dass nach 18 Monaten 42 % abstinent sind (intention-to-treat Analyse), wobei diese Quote nach vier Jahren nur geringfügig auf ca. 38 % absinkt. Die Abbruchquote beträgt im Durchschnitt 17 %. 53 % der Patienten, die die Behandlung beendet haben, sind nach 18 Monaten abstinent.

Klein (1995) berichtet – bezogen auf eine Untersuchung des Entlassjahrganges 1990 in der Fachklinik am Rosenberg – von einer Abbrecherquote von 10,3 %. 71,9 % der Patienten, die die Behandlung regulär beendet haben, sind nach 12 Monaten abstinent. Auch Untersuchungen in einzelnen stationären Einrichtungen mit einem längeren Follow-up (5 - 10 Jahre) weisen noch Abstinenzraten zwischen 24 % bis 34 % (intention-to-treat Analyse) auf (Scheller et al. 1995, Bauer et al. 1995).

Unabhängig vom Therapiekonzept erzielen Therapieeinrichtungen, die ein längeres, d.h. sechsmonatiges Behandlungsprogramm durchführen, durchschnittlich höhere Abstinenzquoten als kürzer dauernde Programme (Kufner u. Feuerlein 1989, Süß 1995). In der multizentrischen MEAT-Studie, an der insgesamt 22 stationäre Einrichtungen teilgenommen haben, erfolgte eine Einteilung in „kurze“ (Behandlungsdauer < 3 Monate), „mittlere“ (Behandlungsdauer: 3 - 5 Monate) und „lange“ (Behandlungsdauer: 6 Monate) Programme. Obwohl die Abbruchrate in den „langen“ Programmen höher als in den kürzer dauernden Programmen war, wiesen die „langen“ Behandlungsformen bei einer intention-to-treat Analyse höhere Erfolgsquoten auf (18 Monate: 47 % abstinent; 4 Jahre: ca. 43 % abstinent). Von den Patienten, die eine „lange“ Behandlung regulär beendet haben, sind nach 18 Monaten 63 % abstinent.

Zwar weisen ambulante Behandlungsangebote in mehreren Übersichtsarbeiten vergleichbare oder nur geringfügig ge-

ringere Erfolgsquoten als stationäre Maßnahmen auf, allerdings handelt es sich bei den ambulant behandelten Personen um ein prognostisch günstigeres Klientel (u.a. im Hinblick auf die soziale Stabilität) (Kufner 1981, Kufner 1997, Süß 1995).

Für ein Subsample der in der MEAT-Studie einbezogenen Patienten wurden Analysen zur Inanspruchnahme stationärer Krankenhausleistungen (Leistungstage) und Häufigkeit von AU-Tagen auf der Basis von GKV-Versichertendaten durchgeführt. Dabei wurden die vor der Behandlung angefallenen Leistungstage und AU – Tage mit den in den 18 Monaten nach der Behandlung aufgetreten verglichen (Kufner u. Feuerlein 1989, S. 87 ff.) Die Ergebnisse zeigen, dass

- die alkoholbedingten Leistungs- bzw. AU-Tage hochsignifikant reduziert werden,
- die Krankenhausleistungstage pro 100 Versichertentage um 59,9 % sinken,
- und die AU-Tage pro 100 Versichertentage sinken um 56,3 %.

Auch nach den Ergebnissen der Studie von Klein (1995), in der die Leistungsdaten zwei Jahre vor der Behandlung mit den Daten zwei Jahre nach Beendigung der Behandlung verglichen werden, konnten in einem Patientengut mit einer durchschnittlichen Suchtkarriere von 10 Jahren sowohl die suchtbedingten Krankenhausfälle und Verweildauern als auch AU-Fälle und AU-Dauer deutlich reduziert werden:

- die Anzahl der Krankenhausfälle sinkt um 71,3 % (von 0,94 auf 0,27) und die Verweildauer im Krankenhaus nimmt im Durchschnitt um 22,0 % ab (von 22,01 auf 17,17 Tage); insgesamt sinken bei der Studienpopulation die Krankenhausleistungstage um 77,6 % (von 2.710 auf 607 Tage),

- die Anzahl der AU-Fälle sinkt um 71,8 % (von 1,42 auf 0,4) und die AU-Dauer nimmt durchschnittlich um 16,2 % ab (von 42,16 auf 35,33 Tage); insgesamt sinken in der Patientengruppe die AU-Tage um 76,4 % (von 7.843 auf 1.851 Tage).

Zudem konnte in dieser Studie auch eine Reduktion der nicht-suchtbedingten Krankenhausleistungstage und AU-Tage festgestellt werden:

- die allgemeinen, nicht-suchtbedingten Krankenhausleistungstage sinken um insgesamt 40,0 %,
- die nicht-suchtbedingten AU-Tage nehmen um 24,5 % ab.

Darüber hinaus konnte auch die Kosteneffektivität von Alkoholbehandlungen in mehreren Studien und Übersichtsarbeiten belegt werden (Luckey 1987, Holder et al. 1991, Healy et al. 1996, O'Connor u. Schottenfield 1998). Beispielsweise waren die Kosten für medizinische Leistungen in einer amerikanischen Langzeitstudie bei spezifisch behandelten Alkoholiker 24 % geringer als für unbehandelte Alkoholiker (Holder & Blose 1992).

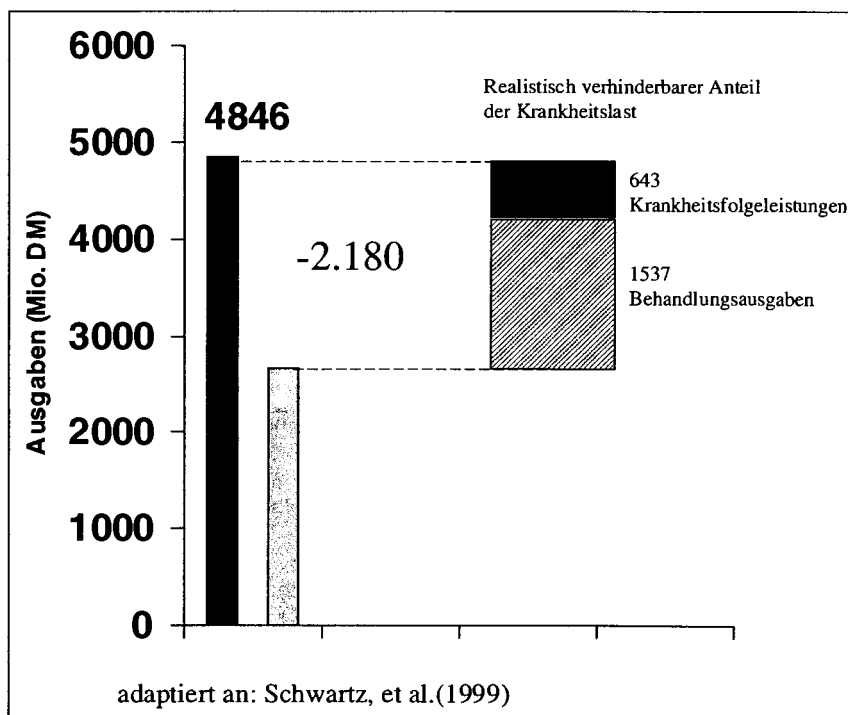


Abbildung 5: Realistisch verhinderbarer Anteil der Krankheitslast und der Gesundheitsausgaben für die Alkoholabhängigkeit pro Jahr

Neuere Abstinenzstudien weisen darauf hin, daß in speziellen Kliniken bzw. Klinikgruppen in den letzten Jahren höhere Abstinenzraten zu beobachten sind. Von besonderer Bedeutung scheint dabei zu sein, daß im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen ein besonderes Augenmerk auf die Ergebnisorientierung im Behandlungsverlauf gelegt wird.

Zemlin et al. (1999) berichten in ihrer Einjahreskatamnese des Entlassjahrgangs 1996 aus fünf Fachkliniken von Abstinenzquoten von 44,8% (abstinent) bzw. 6,9% (abstinent nach Rückfall) (nach DGSS 4). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Veröffentlichung aus dem Fachverband Sucht (Kluger et al. 2000), in der auf der Basis des Entlassjahrgangs 1997 Abstinenzquoten von 45 % (abstinent) bzw. 7,4% (abstinent nach Rückfall) festgestellt werden konnten.

### 5. Reduktionspotentiale

Die Abstinenzquoten und die korrespondierenden Veränderungen im medizinischen Ressourcenverbrauch haben einen erheblichen Einfluß auf den realistisch verhinderbaren Anteil der Krankheitslast.

Schwartz et al. (1999) kommen auf der Datengrundlage der Feuerlein-Studie ausgehend von einer Abstinenzquote von 38 % zu dem Ergebnis, daß die Gesundheitsausgaben durch stationäre verhaltensbezogene Programme jährlich um insgesamt 1.845 Mio. DM (Behandlungsausgaben: 1.300 Mio. DM, Krankheitsfolgeleistungen: 545 Mio. DM) reduziert werden könnten.

Auf der Basis der genannten neueren Studien ergeben sich unter weitreichender Berücksichtigung der Abstinenzkriterien (abstinent und abstinent nach Rückfall) Einsparungen von jährlich DM 2,618 Mrd.. Berechnet man den realistisch verhinderbaren Anteil der Krankheitslast auf der Grundlage der unmittelbar Abstinenten (45%), resultieren Einsparungen von 2,180 Mrd. DM jährlich. Etwa 30 % der reduzierten Krankheitslast (DM 643 Mio.) sind verminderte Krankheitsfolgeleistungen und 70% sind eingesparte Behandlungsausgaben (s. Abb. 5).

### 6. Zugang zu Zielgruppen

Aufgrund der ersten Folgeerkrankungen, der hohen gesellschaftlichen Kosten sowie der hohen Prävalenz von Problemtrinkern, Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit vor allem in medizinischen (ambulanten und stationären) Versorgungseinrichtungen wird ein allgemeines Screening erwachsener Patienten in diesen Einrichtungen empfohlen (U.S. Preventive Services Task Force 1996, Freemantle et al. 1993, John et al. 1997).

Besonders hohe Prävalenzen weisen Allgemeinarztpraxen auf, die in Stadtteilen mit hoher Arbeitslosenquote, Wohnungsdichte und hohem Arbeiteranteil lokalisiert sind (Hill et al. 1996). Krankenhausabteilungen mit einer überdurchschnittlichen Prävalenz sind (neben psychiatrischen Abteilungen) insbesondere die Innere Medizin, Chirurgie, Traumatologie, Notfallambulanzen und Orthopädie (John 1993).

Das Screening sollte dabei mit standardisierten Erhebungsinstrumenten (mit ausgewiesener psychometrischer Güte), jedoch nicht als schriftliche Befragung, sondern in Form eines Interviews (durch geschultes ärztliches oder nicht-ärztliches Personal) erfolgen (Schorling & Buchsbaum 1997). Medizinische Parameter (z.B. Leberenzyme) sind als Screeningtests im Vergleich zu standardisierten Fragebögen nicht hinreichend sensitiv bzw. spezifisch (Beresford et al. 1990, Conigrave et al. 1995, John 1993).

Eine Übersicht der routinemäßig eingesetzten Fragebogen enthält die nebenstehende Tabelle 11.

Instrument	Anzahl der Items	Diagnosestellung: Alkoholmißbrauch bzw. -abhängigkeit
AUDIT (Babor & Grant, 1989)	10 Items (fünffach gestuft)	> 8 Punkte
CAGE (Mayfield et al., 1974)	4 dichotome Items	> 1 Zustimmung
LAST (Rumpf et al., 1997)	7 dichotome Items	> 1 Zustimmung
ScreeT-9 (Richter et al., 1994)	9 Items	Grenzwertüberschreitung

Tabelle 11: Screening-Verfahren zur Erfassung von Alkoholproblemen

		Ja	Nein
Cut Down Drinking	Haben Sie jemals daran gedacht, Ihren Alkoholkonsum einzuschränken?		
Annoyance	Haben Sie jemals bei anderen Menschen Anstoß erregt, weil Sie nach deren Meinung zu viel trinken?		
Guilt	Haben Sie sich jemals schuldig gefühlt wegen Ihres Trinkens?		
Eye Opener	Haben Sie morgens jemals als erstes Alkohol getrunken, um sich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?		

Tabelle 12: CAGE-Fragebogen

CAGE-Score	Sensitivität	Spezifität	Positive Prädiktionswerte		
			10%*	20%*	30%
≥1	86-90	52-93	15-20	25-35	40-50
≥2	74-78	76-96	30-60	55-75	65-80
≥3	44-54	92-99	60-75	75-80	80-95
≥4	24-26	100	90-99	95-99	≥99

Tabelle 13: Sensitivität, Spezifität und positiver Prädiktionswert des CAGE-Fragebogens in Abhängigkeit von verschiedenen Prävalenzraten von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit (zitiert nach Schorling & Buchsbaum 1997)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Da Alkohol zu gesundheitlichen Schäden führen kann, werden Sie in diesem Fragebogen nach Ihren Trinkgewohnheiten gefragt. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich, da sie Grundlage für ein ärztliches Gespräch sind.

Als Maßeinheit gilt:  
1 Drink = 0,2l Bier oder 0,1l Wein/Sekt oder ein Glas (0,02l = „Einfachen“) Korn, Rum, Weinbrand oder ähnliches

	0	1	2	3	4
Wie oft haben Sie alkoholische Getränke getrunken?	nie	1mal im Monat	2mal im Monat	3mal im Monat	4 oder mehrmals im Monat
Wieviele Drinks trinken Sie pro Tag?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr
Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Drinks pro Tag?	nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft hatten Sie im letzten Jahr das Gefühl, Sie könnten nicht aufhören zu trinken, wenn Sie angefangen haben?	nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft konnten Sie im letzten Jahr nicht das tun, was von Ihnen erwartet wurde, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft brauchten Sie morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie vorher stark getrunken hatten?	nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	Fast täglich
Wie oft haben Sie sich im letzten Jahr nach dem Alkoholkonsum Gewissensbisse gehabt oder sich schuldig gefühlt?	nie	Weniger als einmal im Monat	Einmal im Monat	Einmal in der Woche	
Wie haben Sie sich nicht an die Ereignisse in der Nacht zuvor erinnern können, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	nie	Weniger als einmal im Monat		Einmal in der Woche	Fast täglich
Haben Sie sich oder einen anderen schon einmal verletzt, weil Sie Alkohol getrunken hatten?	nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr
Hat Ihnen ein Verwandter, Freund oder Arzt geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?	nein	Ja, aber nicht im letzten Jahr			Ja, im letzten Jahr

Tabelle 14: AUDIT-Instrument

Beide Instrumente stehen in einer deutschsprachigen Version zur Verfügung. Darüber hinaus steht seit kurzem ein speziell in Deutschland entwickeltes Instrument, der Lübecker Alkoholabhängigkeits- und missbrauch-Screening-Test (LAST), zur Verfügung, der inzwischen bei mehr als 2.000 Patienten eingesetzt wurde (Hapke et al. 1996).

In einer zweiten Stufe der Diagnostik sollten Daten zur Beurteilung des Schweregrades, der Prognose sowie der Indikation für eine zielgerichtete Behandlung erhoben werden. Die Beurteilung kann wiederum mit standardisierten Verfahren durchgeführt werden, wobei insbesondere die Erfassung der Änderungsabsicht einzubeziehen ist (John et al. 1997).

Zu einem solchen zweistufigen, auf Sekundär- und Tertiärprävention ausgerichteten Screeningverfahren liegen bereits

Erfahrungen in Deutschland vor (Hapke et al. 1996), die für eine spätere Umsetzung herangezogen werden sollten.

### 7. Prävention und Selbsthilfe: Neufassung des § 20 Abs. 1 und 2, SGB V

Nach der Zerschlagung von Präventionsansätzen im Rahmen der Seehoferschen Gesundheitsreform haben die Spitzenverbände der Krankenkassen nunmehr im Zuge der aktuellen Gesundheitsreform gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention beschrieben. Wegen der Aktualität dieser Entwicklung werden nachfolgend Auszüge aus dem Entwurf vom Anfang des Jahres vorgestellt.

#### Prävention und Selbsthilfe

Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen. Leistungen zur Primärprävention

sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswege, Inhalten und Methodik.

Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsverfahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist.

#### 7.1. Handlungsfelder der Primärprävention (Auszug)

##### Prävention des riskanten und schädlichen Konsums von Genuss- und Suchtmitteln

Alkohol und Tabak gehören zu den potentiell gesundheitsgefährdenden und abhängigkeiterzeugenden Genussmitteln mit einer großen gesellschaftlichen Akzeptanz und alltäglichen Präsenz. Der leichtfertige und medizinisch nicht begründete Umgang mit Psychopharmaka oder der Konsum illegaler Drogen führen ebenfalls zu erheblichen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgeproblemen. Eine kritische Auseinandersetzung mit den Übergängen und Grenzen zwischen risikoarmen / riskanten / gefährlichem Konsum bzw. Hochkonsum fehlt.

##### Präventionsprinzip: Maßnahmen zur personalen / massenmedialen Kommunikation

##### Bedarf:

Der riskante, schädliche und hohe Konsum von Genussmitteln wie Alkohol und



Tabak, der Missbrauch von Psychopharmaka sowie der Konsum illegaler Drogen können zu erheblichen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgeproblemen führen (siehe diverse Fallstudien).

**Zielgruppen:**

- alle Versicherten und deren Familienangehörigen mit riskantem oder schädlichem Konsumverhalten sowie die auf sie Einfluss nehmenden sozialen Systeme und user-groups
- die spezifische Ausrichtung auf die jeweilige Zielgruppe in der methodischen und inhaltlichen Umsetzung ist zwingend erforderlich.

**Inhalt:**

Physische und psychische Wirkung von Genuss- und Rauschmitteln; Genussfähigkeit und Belastungsbewältigung unter besonderer Berücksichtigung von Erfahrungen und psychisch wirksamen Substanzen. Reflektion des persönlichen Konsums und Sensibilisierung für die Übergänge zwischen Genuss - Missbrauch - Abhängigkeit. Entwicklung von nikotin- und alkoholassoziierten Erkrankungen sowie von Abhängigkeit, Darstellung von Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten; Förderung protektiver Faktoren; Hinweis auf Selbsthilfegruppen

**Ziel der Maßnahme:**

- Förderung eines kritischen und bewussten Umgangs mit Genussmitteln
- Stärkung der persönlichen Kompetenzen im gesundheitsbewussten Umgang mit Belastungen
- Förderung eines positiven gesellschaftlichen Images eines gesundheitsbewussten und suchtmittelfreien Lebens

**Methodik:**

- Schaffung geeigneter Kommunikations- und Informationsstrukturen

**Anbieterqualifikation:**

- Dipl. Psychologen(-innen)
- Dipl. (Sozial-) Pädagogen(-innen)
- Dipl. Sozialarbeiter(-innen) u.ä. mit anerkannter Zusatzqualifikation (Erwachsenenbildung / Suchtberatung)
- Ärzte mit anerkannter Zusatzqualifikation und
- Berufserfahrung auf dem Gebiet

Hier einzuordnen sind Präventionsprogramme, wie sie zur Zeit in der Fachklinik Bad Tönisstein sehr erfolgreich angeboten werden (Buschmann u. Schneider 2000). Es erweist sich dabei hinsichtlich der Kostenträgerschaft als besondere Problemlage, daß die Krankenkassen in ihrer traditionellen Aufgabenstellung

einen riskanten Konsum von Genuss- und Suchtmitteln nicht als Krankheit einstuft und ihre Leistungspflicht demzufolge mit großen Vorbehalten sehen. Hier ist sicher noch eine intensive gemeinsame Entwicklung voranzutreiben, die gesundheitlichen Folgeprobleme bei riskanten Konsumverhalten stärker in das Blickfeld zu rücken. Die begonnene Konzeptformulierung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Primärprävention wird dabei eine wesentliche Hilfe darstellen.

**7.2. Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung (Auszug)**

**Genuss- und Suchtmittelkonsum**

Die epidemiologischen Daten belegen den enormen Umfang von riskantem, missbräuchlichen und abhängigen Konsum von Suchtmitteln in Deutschland. Bei 9,3 Mio. Menschen in der Altersgruppe von 18 bis 69 Jahren besteht z. B. ein riskanter Alkoholkonsum, davon haben 2,7 Mio. Menschen einen missbräuchlichen Konsum und bei 1,7 Mio. der Gesamtzahl liegt ein Abhängigkeitssyndrom vor.

Präventionsprinzip: „Punktnüchternheit“ bei der Arbeit und Schaffung präventiver Arbeitsbedingungen

**Bedarf:**

Trotz erheblicher betrieblicher Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit, Arbeitssicherheit und Gesundheit und den damit verbundenen Kosten und Nachteile durch riskanten und gefährlichen Konsum von Alkohol und Tabak, durch unangemessenen Umgang mit Psychopharmaka und durch Drogenmisskonsum sind die meisten Arbeitgeber auf diesem Gebiet der Prävention noch nicht tätig geworden: Eine Vielzahl von Arbeitsunfähigkeitsgründen (sog. alkoholassoziierte Erkrankungen) stehen im Zusammenhang mit einem schädlichen Alkoholkonsum. Erfahrungen zeigen, dass z. B. alkoholranke Mitarbeiter(-innen) nicht die übliche Arbeitsleistung erbringen und häufiger kurzzeitkrank sind. Die Gefahr von Arbeits- und Wegeunfällen ist unter Einfluss von Alkohol und vielen Medikamenten erhöht. Geschätzt wird, dass bis zu 30 % der Arbeitsunfälle auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen sind. Daneben sind auch die Kolleg(-innen) Alkoholkranker durch Stress in Folge von Mehrarbeit betroffen. Andere Suchtformen wurden hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf den Betrieb bisher kaum oder gar nicht untersucht. Von den im Folgenden beschriebenen Maßnahmen sind jedoch primär- und sekundärpräventive Erfolge für sämtliche Suchtprobleme zu erwarten, da sie zum größten Teil ganz allgemein auf einer Reduktion suchtförderlicher Bedingungen und der Stärkung protektiver Fakto-

ren (wie sozialer Unterstützung) beruhen.

**Zielgruppe:**

Alle Mitarbeiter(-innen) des Betriebes (evtl. auch die Familienangehörigen).

**Inhalt:**

Kombination unterschiedlicher struktureller Maßnahmen, überwiegend aus dem Gebiet der Organisationsentwicklung / Personalentwicklung (OE/PE) unter Ausschöpfung der salutogenen Potenziale der Berufstätigkeit und Einbeziehung individueller Hilfs- und Beratungsangebote (Sozialberatung, Personalpflege, Mitarbeiterberatungsangebote)

Notwendige Bestandteile von Suchtpräventions- und Suchthilfeprogrammen sind:

- Schaffung von Aufmerksamkeit für das Thema, insbesondere für den Umgang mit Alkohol im Betrieb, zur Prävention von Erkrankungen durch Nikotin, Alkohol- und Psychopharmaka, mittelbar auch zur Senkung des Unfallrisikos
- Förderung des Nichtrauens / Förderung des Nichtraucherschutzes
- Schulung der Führungskräfte zum Umgang mit suchtmittelauffälligen Mitarbeiterinnen
- Förderung einer alkoholfreien Betriebs(-feier)kultur, Vorbildrolle der Vorgesetzten
- Ausrichtung des Getränke-Angebots und der Preisgestaltung in den Betriebsverpflegungs-Einrichtungen an dieser Betriebskultur
- besondere Kontroll- und Vorsichtsmaßnahmen bei „Griffnähe“ (z. B. Psychopharmaka am Arbeitsplatz Krankenhaus)
- Angebot von Entspannungstrainings als Alternative zum Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln
- Maßnahmen zur Verbesserung des Betriebsklimas (Klimagruppen, Zufriedenheitszirkel)
- Schaffung betriebsnaher, dennoch anonymer Hilfs- und Beratungsangebote für Mitarbeiter in Krisensituationen und mit Suchtproblemen
- Personalentwicklungsmaßnahmen für Mitarbeiterinnen, die sich unter-/überfordert fühlen, Jobenrichment und Jobenlargement

**Ziel der Maßnahme:**

- frühzeitige Intervention bei suchtkranken Mitarbeiter(-innen)
- Prävention manifester Erkrankung bei Suchtgefährdeten
- Prävention suchtförderlicher Faktoren bei Mitarbeiter(-innen), die bisher keine Suchtprobleme haben

## Fachbeiträge

- Senkung der Suchtmittelkonsumbedingten Unfallzahlen
- Senkung der Kosten, die aus suchtbedingten Fehlzeiten und der Behandlung Suchtkrankter erwachsen.

### Methodik:

- Schaffung geeigneter Strukturen übergreifende Kooperation in einem Steuerungsgremium (z. B. AK Gesundheit, Abschluss einer Betriebsvereinbarung)
- Führungskräfte-Schulung, Qualifizierung zur Vermeidung von Unter-/Überforderung
- Mitarbeiterberatung individuelle Beratung und Krisenintervention, Vermittlung in externe Beratungsstellen und Rehabilitationseinrichtungen, Zusage der Wiedereingliederung nach erfolgreicher Maßnahme
- OE-Maßnahmen: Unternehmenskultur, Führungsstil, Umgang mit Alkohol, Verbesserung des Betriebsklimas und der Arbeitszufriedenheit

### Anbieterqualifikation:

- Dipl.-Psychologen(-innen)
- Betriebs-Ärzte(-innen)
- Dipl.-Pädagogen(-innen), Sozialarbeiter(-innen)
- Dipl.-Soziologen(-innen) mit Qualifikation in Suchthilfe und OE sowie möglichst Berufserfahrung in betrieblichen Interventionen.

## 8. Zusammenfassung

Mit zunehmender systematischer Untersuchung spezifischer Krankheitskosten einzelner Erkrankungen lässt sich die entsprechende Krankheitslast exakt bestimmen.

Die Auswertung der nationalen und internationalen Literatur erlaubt eine zuverlässige Zuordnung verhaltensbezogener Gesundheitsrisiken.

Die Interventionseffekte auf der Grundlage nationaler und internationaler Studien zeigen ein gewaltiges Reduktionspotential auf.

Die gegenwärtige Entwicklung in der Präventionslandschaft lässt erwarten, dass es möglich ist, die Entstehung chronischer Erkrankungen maßgeblich zu beeinflussen.

### Literatur:

Bauer U, Wolfram H, Strzata A, Neise U, Kühne GE. Langzeitkatamnese Alkoholabhängiger über 10 bis 14 Jahre nach stationärer viermonatiger Entwöhnungsbehandlung - Erfolgsmerkmale und Mortalität. Sucht 1995; 41: 384-394.

Beresford TP, Blow FC, Hill E, Singer K, Lucey MR. Comparison of CAGE questionnaire and

computer assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism. Lancet 1990; 336: 482-485.

Conigrave KM, Saunders JB, Whithfield JB. Diagnostic tests for alcohol consumption. Alcohol 1995; 30: 13-26.

Ewing JA. Detecting alcoholism: The CAGE-questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-1907.

Fichter MM, Weyerer S, Dilling H. The upper bavarian studies. Part II. The five-year-follow up study in upper bavaria. Acta Psych Scan 1989; 79: 131-140.

Freemantle N, Gill P, Godfrey C et al. Brief interventions and alcohol use. Effective Health Care Bulletin 1993; 7.

GEK - Gmünder Ersatzkasse (Hrsg) GEK Gesundheitsreport 1999. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 12. St. Augustin: Asgard-verlag 1999

Gentilello LM, Donovan DM, Dunn CW, Rivara FP. Alcohol Interventions in trauma centers. Current practice and future directions. JAMA 1995; 274: 1043-1048.

Hapke U, John U, Rumpf HJ et al. Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und Abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 17. Baden-Baden 1996.

Healy A, Knapp M, Astin JM, Gossop M, Mardsen J, Godfrey C. National treatment outcome research study: economic evaluation of treatment for drug misuse. Report to the Dept. Of Health Tasks Force to review services for drug misusers: Institute of Psychiatry, Centre for the economics of mental health 1996.

Holder HD, Longabaugh R, Miller WR, Rubonis AV The cost-effectiveness of treatment of alcoholism: a first approximation. J Stud Alcohol 1991; 52, 517-540

John U. Alkoholabhängigkeit im Allgemeinkrankenhaus: Verbreitung und Behandlungsbedarf. Ersatzkasse 1993; 73: 512-522.

John U. Riskanter Konsum, Mißbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München, Wien, Baltimore 1997: 476 - 484.

John U. Standardisierte Verfahren zur Diagnostik der Alkoholabhängigkeit. Drogalkohol 1993; 17: 3-12.

John U., Hapke u., Rumpf HJ., Hill A., Dilling H. (1996) Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 71, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft

Kluger H, Funke W, Bachmeier R, Herder F, Medenwadt J, Missel P, Weissinger V, Wüst G FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 1977 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Sucht aktuell, 2000, 7, 1, 39-44.

Kremer G Früherkennung und Kurzintervention von Alkoholabhängigkeit in der ärztlichen Praxis. In Freie Hansestadt Bremen, Der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz (Hrsg.) Früherkennung und Behandlung von Suchterkrankungen in der ärztlichen Praxis und im Krankenhaus. Schriftenreihe Suchtkrankenhilfe Band 3, GP-Druck, Bremen, 1999

Küfner H, Feuerlein W. In-Patient treatment for alcoholism. Berlin, Heidelberg, New York 1989.

Küfner H. Ambulante Therapie von Alkoholabhängigen: Empirische Ergebnisse und Indikation. In: Keup W (Hrsg.): Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe. Stuttgart, New York 1981: 73-82.

Küfner H. Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen. In: Watzl H, Rockstroh B (Hrsg.): Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen, Bern 1997: 201-228.

Leygraf N. Psychisch kranke Straftäter. Heidelberg, Springer, 1988

Luckey JW. Justifying alcohol treatment on the basis of cost savings. Alcohol Health Res World 1987; 12: 8-15.

O'Connor PG, Schottenfield R. Patients with alcohol problems. N Engl J Med 1998; 338: 592-602.

Petry A Erkennung und Behandlung von Patientinnen mit Alkoholproblemen in der Allgemeinarztpraxis. In Freie Hansestadt Bremen, Der Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz (Hrsg.) Früherkennung und Behandlung von Suchterkrankungen in der ärztlichen Praxis und im Krankenhaus. Schriftenreihe Suchtkrankenhilfe Band 3, GP-Druck, Bremen, 1999

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO Collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. - II. Addiction 1993; 88: 791-804.

Scheller R, Klein M, Zimm S. Verläufe von Suchtkarrieren: Langzeitkatamnesen aus kritischer Perspektive. In: Körkel J, Lauer G, Scheller R (Hrsg.): Sucht und Rückfall. Stuttgart 1995: 2-13.

Schorling JB, Buchsbaum D. Screening for alcohol and drug abuse. Med Clin North Am 1997; 81: 845-866.

Schwartz FW, Bitzer EM, Dörning H, Grobe TG, Krauth C, Schlaud M, Schmidt T, Zielke M Gutachten: Gesundheitsausgaben für chronische Krankheit in Deutschland - Krankheitskostenlast und Reduktionspotentiale durch verhaltensbezogene Risikomodifikation. Pabst Science Publishers, Lengerich, 1999

Süß HM. Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau 1995; 46: 248-266

US Preventive Services Task Force. Screening for Problem Drinking. In: Guide to clinical preventive services. Second edition 1996. U.S. Department of Health and Human Services. Office of Public Health and Science. Office of Disease Prevention and Health Promotion.

Zemlin U, Schneider B, Braukmann W, Buschmann H, Dehmlow A, Herder F, Jahreiss R, Missel P, Ott E, Quinten C, Roeb W Effektivität in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Ergebnisse einer klinikübergreifenden Ein-Jahreskatamnese in fünf Fachkliniken. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 1999; 47, 60-73.

### Der Autor:

Privatdozent Dr. Manfred Zielke  
Geschäftsführer des  
AHG Wissenschaftsrates  
Lange Koppel 10, 24248 Mönkeberg  
E-mail: mzielke@ahg.de