

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Frank Tempel, Jan Korte, Ulla Jelpke, Cornelia Möhring, Halina Wawzyniak, Harald Weinberg und der Fraktion DIE LINKE.

Behandlungs- und Versorgungssituation Alkoholabhängiger sowie Ausbildungslage im Medizinstudium

Alkoholabhängigkeit ist eine Volkskrankheit (laut BKK Gesundheitsreport 2007 liegt die Prävalenz bei 5 Prozent). Laut WHO Report – Alcohol in the European Union, Consumption, harm and policy approaches und der Alcohol Comparator Report – Alkoholkonsum, Abhängigkeit und Gesundheitsschäden in Deutschland ist der Alkoholkonsum bei Erwachsenen gleichbleibend hoch. In Deutschland sterben jährlich etwa 74 000 Menschen an den Folgen des Alkoholmissbrauchs. Eine psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol wurde im Jahr 2011 als zweithäufigste Einzeldiagnose in Krankenhäusern mit 338 400 Behandlungsfällen diagnostiziert (Jahrbuch Sucht 2013, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen).

Die direkten jährlichen Kosten der Behandlung alkoholbezogener Krankheiten werden im Jahrbuch Sucht 2013 mit 10 Mrd. Euro angegeben. Weitere 16,7 Mrd. Euro werden für indirekte Kosten (Ressourcenverluste) veranschlagt. Wie der Barmer-GEK Gesundheitsreport 2012 zum Thema Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit zeigt, gibt es eine hohe Erwerbsunfähigkeitsquote durch Alkoholabhängigkeit.

9,5 Millionen Menschen konsumieren Alkohol in riskanter Weise. 1,3 Millionen Menschen sind als alkoholabhängig diagnostiziert (Jahrbuch Sucht 2012), davon sind jedoch nur ca. 10 Prozent in Behandlung (Rehm, J., Rehm, M., Shield, K. D., Gmel, G., Frick, U., Mann, K. (2012): Alkoholkonsum, Alkoholabhängigkeit und Gesundheitsschäden in Deutschland. Szenarien eines verbesserten Zugangs zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit. Toronto, ON: Addiction and Mental Health/ Dresden: Technische Universität Dresden). Der WHO und der Alcohol Comparator Report – Alkoholkonsum, Abhängigkeit und Gesundheitsschäden in Deutschland prognostizieren, dass eine Erhöhung der Behandlungsquote um 40 Prozent jährlich 2 000 Menschen das Leben retten könnte.

Die Behandlung von Alkoholabhängigkeit stellt sich als schwierig dar: Abstinenz ist für viele Alkoholabhängige ein unerreichbares Ziel; Rückfallraten liegen nach Abstinenzbehandlungen bei bis zu 90 Prozent (Sonntag, D., Künzel, J. (2000): Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg? In: Sucht Sonderheft 2, S. 89 bis 176). Die Bedeutung der Alkoholreduktion als notwendigen therapeutischen Ansatz für die Versorgung der Patienten nimmt in Anbetracht dieser Zahlen zu. Die Thematik von Diagnose und Behandlung wird im Medizinstudium jedoch nur mit 2 bis 3 Stunden bedacht. Bis zu 60 Prozent der Studierenden wünschen sich laut der SAME Study eine ausführlichere Behandlung

des Themas im Studium (Strobel et al., 2012; Smoking and Alcohol in Medical Education: SAME Study. *Addiction*. 107: 1878–1882).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus der Aussage, dass 90 Prozent der Alkoholabhängigen nicht in Behandlung sind?
2. Was gedenkt die Bundesregierung, gegen die therapeutische Unterversorgung Alkoholabhängiger zu unternehmen, welche Maßnahmen sind zu ergreifen?
3. Was kann man an Diagnose- und Behandlungsqualität erwarten, wenn die Thematik Alkoholabhängigkeit nur mit 2 bis 3 Stunden während des Studiums behandelt wird?

Sieht die Bundesregierung Bedarf, das Curriculum anzupassen und die hausärztliche Fortbildung um einen entsprechenden Schwerpunkt zu erweitern?

4. Warum ist die Untersuchung auf Alkoholabhängigkeit noch nicht in den § 25 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V Gesundheitsuntersuchungen für Ü35 integriert, obwohl andere Volkserkrankungen, wie Diabetes Mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bestandteil dieser Früherkennungsuntersuchungen sind?

Was gedenkt die Bundesregierung bezüglich Früherkennung von Alkoholabhängigkeit zu tun?

5. Erkennt die Bundesregierung bei Alkoholabhängigkeit auch in der Alkoholreduktion ein erstrebenswertes Therapieziel, und welche Maßnahmen ergreift sie, um dieses Therapieziel zu fördern?
6. Welche Informationen hat die Bundesregierung über den Umfang von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Alkoholabhängigkeit und dem daraus resultierenden Produktivitätsverlust sowie der Anzahl der Frühberentungen aufgrund von Alkoholabhängigkeit?
7. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung, inwieweit und für wie viele Menschen, das Therapieziel Reduktion des Alkoholkonsums bei Erwachsenen mit Alkoholabhängigkeit angewendet wird?

Wie viele Patientinnen und Patienten könnten von einer derartigen Behandlung profitieren?

8. Hält die Bundesregierung die Verordnungseinschränkung für verfassungsmäßig unbedenklich?
9. Weshalb hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Verordnungsfähigkeit von Alkoholentwöhnungspräparaten mit der Vorgabe einer gesonderten Begründung durch den verordnenden Arzt/die verordnende Ärztin in der Arzneimittelrichtlinie eingeschränkt?

Ist in der Versorgungswirklichkeit eine durch Vorsicht und zusätzlichen Arbeitsaufwand bedingte Zurückhaltung der Ärztin oder des Arztes zu erwarten?

Berlin, den 8. Mai 2013

Dr. Gregor Gysi und Fraktion