

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Tempel, Jan Korte, Ulla Jelpke, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/13406 –**

Behandlungs- und Versorgungssituation Alkoholabhängiger sowie Ausbildungslage im Medizinstudium

Vorbemerkung der Fragesteller

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).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Deutschland verfügt über ein gut ausgebautes und ausdifferenziertes Netz der Suchthilfe, Suchttherapie und Suchtselbsthilfe. Zu unterscheiden ist zwischen Angeboten niedrigschwelliger ambulanter Suchthilfe und Suchtberatung, stationärer Entzugs- und Entgiftungsbehandlung, ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Entwöhnungstherapien, Wiedereingliederungshilfen sowie Selbsthilfegruppen.

Die zitierten nur knapp 10 Prozent der Menschen mit Alkoholabhängigkeit, die sich in Deutschland in Behandlung befinden sollen, wurden auf der Basis der Auswertung der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) geschätzt. Die DSHS ist ein Monitoringsystem, das darauf zielt, wichtige Veränderungen im Bereich der Suchthilfe, sowohl der behandelten Population als auch der Behandlung selbst, kenntlich und der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Die DSHS dient nicht dazu, die Gesamtzahl der Personen zu erheben, die sich in Behandlung befinden. Sie ist keine Vollerhebung der stationären und ambulanten Einrichtungen. Zudem werden psychiatrische und allgemeine Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte oder Selbsthilfegruppen nicht erfasst. Damit werden wesentliche Versorgungsbereiche für Menschen mit Suchterkrankungen nicht abgebildet. Aus Sicht der Bundesregierung ist folglich davon auszugehen, dass es sich bei der Annahme, nur 10 Prozent der Menschen mit Alkoholabhängigkeit würden sich in Behandlung befinden, um eine deutliche Unterschätzung handelt. Tatsächliche Daten über die Inanspruchnahme gesundheitlicher Hilfen von Menschen mit Alkoholabhängigkeit liegen derzeit nicht vor.

Auch die Behandlung der Alkoholabhängigkeit ist keineswegs so erfolglos, wie es in der Vorbemerkung der Fragesteller dargestellt wird. Die dort zitierten Rückfallraten von bis zu 90 Prozent beziehen sich ausschließlich auf die ambulanten und stationären Entgiftungen von Alkoholabhängigen. Gemäß den untersuchten Studien in der zitierten Überblicksarbeit (SUCHT, Sonderheft 2, 2000) liegen die Abstinenzquoten ein Jahr nach einer solchen Behandlung zwischen 10 und 35 Prozent. Um eine Alkoholabhängigkeit nachhaltig zu therapieren, ist aber eine Entgiftungsbehandlung in aller Regel nicht ausreichend, dazu ist vielmehr eine anschließende Entwöhnungsbehandlung erforderlich. Bereits der zitierte Überblick von 2000 weist dafür deutlich höhere Quoten aus (zwischen 38 und 63 Prozent). Gemäß einer aktuellen einrichtungsübergreifenden Untersuchung zur Effektivität der ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen (untersucht wurden die Patientinnen und Patienten aus dem Behandlungsjahrgang 2010) liegen die Erfolgsquoten ein Jahr nach Behandlung ebenfalls deutlich höher. Mindestens 41 bis 50 Prozent (je nach Einrichtungstyp) der behandelten Patienten sind ein Jahr nach der Behandlung abstinent. Beenden die Patienten planmäßig eine Entwöhnungsbehandlung steigt die Erfolgsquote auf deutlich über 50 Prozent (Sucht Aktuell, Jahrgang 20, Heft 01/2013). Da Patientinnen und Patienten, die die Nachbefragung nicht beantworten, als rückfällig gewertet werden, sind diese Angaben Mindestquoten. Die reale Erfolgsquote dürfte noch darüber liegen.

1. Welche Rückschlüsse zieht die Bundesregierung aus der Aussage, dass 90 Prozent der Alkoholabhängigen nicht in Behandlung sind?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass sich deutlich mehr Personen mit Alkoholabhängigkeit in Behandlung befinden. Es wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

2. Was gedenkt die Bundesregierung, gegen die therapeutische Unterversorgung Alkoholabhängiger zu unternehmen, welche Maßnahmen sind zu ergreifen?

Um von einer generellen therapeutischen Unterversorgung Alkoholabhängiger in Deutschland zu sprechen, liegen nicht ausreichend belastbare Daten vor (siehe Vorbemerkung der Bundesregierung).

Es gibt Hinweise, dass ältere Menschen mit Suchterkrankung bisher tendenziell unterversorgt sind, da die Erkrankung seltener erkannt wird. Daher hat das Bundesministerium für Gesundheit bereits 2010 einen Förderschwerpunkt zur „Sucht im Alter – Maßnahmen zur Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in der Sucht- und Altenhilfe“ aufgelegt. Hierzu wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage „Sucht im Alter – Aufklärung fördern und Nationale Strategie mit Leben füllen“ (Bundestagsdrucksache 17/9814) verwiesen.

Aktuell werden zudem die therapeutischen Leitlinien der Suchttherapie gemäß den Standards der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) überarbeitet. Es ist davon auszugehen, dass im Jahr 2014 die neue S3-Leitlinie zu tabak- und alkoholbezogenen Störungen vorliegen wird. Sie wird neue Impulse für eine evidenzbasierte Versorgungsgestaltung geben.

Eine bedeutende Rolle für die Inanspruchnahme von Hilfen bei Alkoholabhängigkeit spielt zudem die gesellschaftliche Sensibilität für Suchterkrankungen. Menschen mit Alkoholabhängigkeit werden zu selten von Personen aus dem sozialen und beruflichen Umfeld auf ihr Konsumverhalten angesprochen und ermuntert, sich in therapeutische Behandlung zu begeben. Dies trägt auch zu einem späten Beginn der Therapie bei. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen setzt sich daher mit der Aktionswoche „Alkohol – Weniger ist besser“ dafür ein, dass eine größere Sensibilität von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit in der Bevölkerung geweckt wird. Die diesjährige Aktionswoche findet vom 25. Mai bis 2. Juni statt. Zahlreiche Einrichtungen der Suchthilfe, Suchtprävention, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Betriebe beteiligen sich mit lokalen Aktivitäten an der Aktionswoche.

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?

Der Bund hat auf der Grundlage von Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes mit der Approbationsordnung für Ärzte die Mindestanforderungen an die ärztliche Ausbildung geregelt. Die inhaltliche Ausgestaltung dieser allgemeinen Vorgaben nehmen die Hochschulen in ihren Curricula vor. Hierauf hat die Bundesregierung keinen Einfluss. Ebenso wenig liegt die ärztliche Fortbildung in der Zuständigkeit des Bundes. Hierfür sind die Länder und dort die Ärztekammern zuständig.

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?

Die Aufzählung der Zielkrankheiten in § 25 Absatz 1 SGB V (Gesundheitsuntersuchungen) ist nicht abschließend („insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit“) und ermöglicht somit dem für die nähere Ausgestaltung des Leistungsanspruchs durch Richtlinien zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Berücksichtigung weiterer Krankheiten. Die entsprechenden Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des G-BA in der derzeit gültigen Fassung enthalten in Abschnitt B Nummer 4 auch die Erfassung des individuellen Risikoprofils und eine ärztliche Beratung des Versicherten über die Vermeidung und den Abbau gesundheits-schädigender Verhaltensweisen sowie den Hinweis auf entsprechende Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen. In diesem Rahmen kann der Arzt bzw. die Ärztin auch Themen wie riskanten Alkohol- und Tabakkonsum ansprechen. Im Übrigen liegt es sowohl im ärztlichen Ermessen als auch in der ärztlichen Verantwortung, bei entsprechenden Verdachtsmomenten oder gesundheitlichen Problemlagen alkoholbezogene Probleme auch außerhalb des Gesundheits-Check-up in einem vertrauensvollen Gespräch zu thematisieren und auf entsprechende Maßnahmen – z. B. die Reduktion des Alkoholkonsums oder Weiterleitung zur Suchtberatung – hinzuwirken.

In dem Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Prävention ist die präventionsorientierte Weiterentwicklung des Gesundheits-Check-up vorgesehen. In diesem Zusammenhang sollen die bislang gesetzlich vorgesehenen Altersgrenzen, Untersuchungsabstände und die Nennung von Zielkrankheiten entfallen. Dies gibt dem G-BA eine noch größere Flexibilität, die Gesundheitsuntersuchung an den Bedürfnissen und Erfordernissen unterschiedlicher Zielgruppen anzupassen. Die Gesundheitsuntersuchung soll – neben der Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten – stärker als bisher auch die alters- und zielgruppengerechte Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung beinhalten. Sie umfassen, sofern medizinisch angezeigt, auch eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur individuellen Verhaltensprävention nach § 20 SGB V. Auch dieser Regelungsentwurf erlaubt dem G-BA somit die Berücksichtigung der Alkoholabhängigkeit oder eines riskanten Alkoholkonsums bei der näheren Ausgestaltung des Leistungsanspruchs in seinen Richtlinien.

Auf die explizite gesetzliche Nennung einzelner Zielkrankheiten oder Gesundheitsstörungen wie substanzbezogene Störungen von Alkohol und Tabak wurde hingegen bewusst verzichtet. Zum einen wäre eine solche Aufzählung angesichts der Vielzahl von möglichen Risikofaktoren und Zielkrankheiten aus fachlicher Sicht nicht sinnvoll. Zum anderen besteht die Sorge, die explizite gesetzliche Aufnahme der Alkoholabhängigkeit in den Gesundheits-Check-up könnte von der Bevölkerung als Kontrolluntersuchung missverstanden werden und die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung senken.

Die Bundesregierung fördert stattdessen eine Früherkennung von schädlichem Alkoholkonsum in der Gesundheitsversorgung mit Hilfe unterstützender Materialien für Ärztinnen und Ärzte. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat in Kooperation mit der Bundesärztekammer einen Leitfadens für Ärzte zur Früherkennung und Kurzintervention entwickelt. Die BZgA informiert zudem mit ihrer Kampagne für Erwachsene „Alkohol, kenn dein Limit“

nicht nur über die Gefahren von Alkoholkonsum, sondern bietet auch online einen Selbsttest zum Konsumverhalten und zur eigenen Gefährdung an (www.kenn-dein-limit.de/selbst-tests/). Dieser dient ebenfalls der Früherkennung von problematischem und abhängigem Konsum.

5. Erkennt die Bundesregierung bei Alkoholabhängigkeit auch in der Alkoholreduktion ein erstrebenswertes Therapieziel, und welche Maßnahmen ergreift sie, um dieses Therapieziel zu fördern?

Eine Alkoholerkrankung ist wie alle Suchterkrankungen eine chronische Erkrankung mit sehr individuellen Verläufen. Therapieziele werden zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient bzw. Patientin, basierend auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, getroffen. Die Bundesregierung bewertet Therapieziele nicht. Die derzeit gültige AWMF-Leitlinie zur Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen (Stand 2006) sieht folgende Behandlungsziele vor: „Ziele der Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen umfassen das Erreichen von und Aufrechterhalten der Abstinenz bei Abhängigkeit sowie die Verringerung des Konsums bei schädlichem Gebrauch. Weitere Ziele sind die Besserung komorbider psychischer und körperlicher Störungen sowie die Beseitigung, Reduzierung oder Kompensation der durch Alkoholkonsum bedingten somatischen, psychischen und psychosozialen Folgen.“ Ob Alkoholreduktion auch bei Alkoholabhängigkeit ein sinnvolles Ziel sein kann, wird aktuell von Wissenschaftlern und Klinikern diskutiert. Wie sich diese Debatte in den zu erwartenden neuen Leitlinien widerspiegeln wird, bleibt abzuwarten.

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?

Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage werden von den Krankenkassen jährlich im Rahmen der Krankheitsartenstatistik (KG8) gemeldet. Unter der Klassifikation F10 der 10. Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) enthält diese Meldung die Fälle und Tage, die ihre Ursache in Störungen durch Alkohol finden. In der nachfolgenden Tabelle sind die Ergebnisse getrennt für Männer und Frauen sowie nach Kassenarten gegliedert für das Jahr 2011 aufgeführt.

Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage aufgrund von Störungen durch Alkohol (10. ICD: F10) 2011

Kassenart	Krankheitsart (ICD)	Frauen			Männer			Zusammen		
		Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall	Fälle	Tage	Tage je Fall
		absolut			absolut			absolut		
AOK	F10	8 301	146 998	17,71	33 905	522 382	15,41	42 206	669 380	15,86
BKK	F10	1 666	74 156	44,51	5 790	249 917	43,16	7 456	324 073	43,46
IKK	F10	535	24 392	45,59	2 640	112 039	42,44	3 175	136 431	42,97
LKK	F10	33	526	15,94	282	3 418	12,12	315	3 944	12,52
KBS	F10	168	5 005	29,79	753	30 689	40,76	921	35 694	38,76
VdEK	F10	7 757	310 953	40,09	13 867	524 925	37,85	21 624	835 878	38,66
GKV insg.	F10	18 460	562 030	30,45	57 237	1 443 370	25,22	75 697	2 005 400	26,49

Quelle: GKV-Statistik KG8/2011

Die vorliegenden Daten zu Arbeitsunfähigkeit erlauben lediglich die Berücksichtigung der Diagnosen, die kausal vollständig auf Alkoholkonsum zurückzuführen und als solche dokumentiert wurden. Wie groß der alkoholassoziierte Anteil an Arbeitsausfällen durch andere Krankheiten ist, ist der Bundesregierung nicht bekannt. Zu dem daraus resultierenden Produktivitätsverlust liegen keine verlässlichen Daten vor.

Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) weist für das Jahr 2011 insgesamt 180 238 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus. Davon waren 7 122 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Männer 5 564; Frauen 1 558) aufgrund von Alkoholabhängigkeit als Erstdiagnose zu verzeichnen.

Die diagnosebezogenen Statistiken der Rentenversicherung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit beziehen sich auf die Erstdiagnose. Bei den psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen sind aber häufig nicht die Suchterkrankung selbst, sondern Begleit- und Folgeerkrankungen für die Einschränkung bzw. Aufhebung der Erwerbsfähigkeit verantwortlich. Es gibt Diagnosen in der ICD-10, denen eindeutig eine Ursache durch eine psychotrope Substanz zugeordnet ist, wie z. B. die alkoholische Leberkrankheit (ICD-10: K70), die alkoholinduzierte chronische Pankreatitis (ICD-10: K86.0) oder die Alkohol-Polyneuropathie (ICD-10: G62.1). Werden Berentungen wegen Aufhebung oder Einschränkung der Erwerbsfähigkeit aufgrund der genannten Erkrankungen berücksichtigt, erhöht sich im Jahr 2011 die Zahl der vorzeitigen Berentungen durch Suchterkrankungen um knapp 1 200 Fälle.

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?

Der Bundesregierung liegen darüber keine Informationen vor.

8. Hält die Bundesregierung die Verordnungseinschränkung für verfassungsmäßig unbedenklich?

Der G-BA beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Nach § 92 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGB V kann er die Verordnung von Arzneimitteln einschränken oder ausschließen, wenn die Unzweckmäßigkeit erwiesen oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist. Die Bundesregierung hat derzeit keinen Anlass, an der Rechtmäßigkeit und Verfassungsmäßigkeit der Verordnungseinschränkungen der Arzneimittel-Richtlinie zu zweifeln.

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?

Die Neufassung der Arzneimittel-Richtlinie im Jahr 2008 wurde vom G-BA unter anderem wie folgt begründet: „Die alleinige Verordnung des Mittels sichert nicht das Therapieziel der Abstinenz. Im Sinne eines qualitätsgesicherten Einsatzes ist die Verordnung von Alkoholentwöhnungsmitteln nur im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes angezeigt.“

Nach dem Arzneiverordnungsreport 2012 nimmt die Zahl der Verordnungen der Arzneimittel zur Unterstützung der Alkoholabstinenz seit Jahren ab. Dies ist übereinstimmend mit den zurückhaltenden Empfehlungen zu Alkoholentwöhnungsmitteln in den derzeit gültigen AWMF-Leitlinien zur Akutbehandlung und Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen (Stand: 2006).

