

# **Alkohol – die legale Droge**

---

## **BPtK-Standpunkt**

**September 2016**

## Inhaltsverzeichnis

<b>I. Alkohol – das Versagen der Drogenpolitik .....</b>	<b>4</b>
• Alkohol ist tödlich .....	4
• Alkohol fördert Gewalt .....	4
• Alkohol ist nach Nikotin das häufigste Suchtmittel .....	4
• Alkohol ist Risikofaktor für 200 Erkrankungen .....	5
• Viel zu wenige sind in Behandlung .....	5
• Viel zu viele erhalten die Behandlung zu spät .....	5
• Behandlungserfolge sind nicht immer dauerhaft .....	6
<b>II. Die Kosten der Alkoholkrankheit .....</b>	<b>7</b>
• Behandlungskosten .....	7
• Kosten durch Arbeitsunfähigkeit .....	7
• Kosten durch Frühverrentung .....	11
• Volkswirtschaftliche Kosten .....	12
<b>III. Stationen des Scheiterns .....</b>	<b>13</b>
• Alkoholkonsum und Alkoholkrankheit .....	13
• Unzureichende Prävention .....	13
• Zu wenige Alkoholranke werden erkannt .....	14
• Die folgenschwere Fragmentierung der Behandlung .....	14
• Nachlässige Nachsorge .....	15
<b>IV. BPtK – 15 Forderungen für eine wirksame Anti-Alkoholpolitik .....</b>	<b>17</b>
<b>Gesundheitsziel: Alkoholkonsum verringern .....</b>	<b>17</b>
• Maßnahme 1: Alkoholpreis erhöhen .....	18
• Maßnahme 2: Verfügbarkeit von Alkohol einschränken .....	19
• Maßnahme 3: Werbeverbot für Alkohol .....	19
• Maßnahme 4: Eigenverantwortung von Jugendlichen stärken .....	19
<b>Gesundheitsziel: Abhängigkeit als Krankheit akzeptieren .....</b>	<b>21</b>
• Maßnahme 5: Alkoholkrankheit entstigmatisieren .....	21
• Maßnahme 6: Auch PKV muss Behandlung finanzieren .....	21
<b>Gesundheitsziel: Alkoholgefährdung früher erkennen .....</b>	<b>21</b>
• Maßnahme 7: Screening durch Ärzte und Psychotherapeuten .....	21

• Maßnahme 8: Alkoholranke für Behandlung motivieren .....	22
<b>Gesundheitsziel: Alkoholranke leitliniengerecht behandeln .....</b>	<b>24</b>
• Maßnahme 9: Qualifizierten Entzug fördern .....	24
• Maßnahme 10: Ambulante Psychotherapie stärker nutzen .....	25
• Maßnahme 11: Nachsorge innerhalb von vier Wochen .....	27
<b>Gesundheitsziel: Behandlungsabbrüche vermeiden.....</b>	<b>28</b>
• Maßnahme 12: Nahtloser Übergang von Entzug in Entwöhnung .....	28
• Maßnahme 13: Regionale Vernetzung .....	29
• Maßnahme 14: Spezifische Angebote für Kinder und Jugendliche .....	30
• Maßnahme 15: Spezielle Angebote für chronisch Alkoholranke.....	31
<b>V. Literatur .....</b>	<b>32</b>
<b>VI. Anhang .....</b>	<b>37</b>
<b>A. Was wird unter „Alkoholrankeiten“ verstanden? .....</b>	<b>37</b>
<b>B. Phasen der Versorgung von Alkoholranken .....</b>	<b>38</b>

## I. Alkohol – das Versagen der Drogenpolitik

- **Alkohol ist tödlich**

Jedes Jahr sterben in Deutschland ca. 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholkonsums beziehungsweise des kombinierten Konsums von Alkohol und Tabak (Lehner & Kepp, 2016). Davon sterben rund 15.000 Menschen an Krankheiten, die unmittelbar auf Alkohol zurückzuführen sind, wie Leberzirrhose und Alkoholabhängigkeit (RKI, 2015). Hinzu kommen fast 18.000 Menschen, die bei Verkehrsunfällen getötet oder verletzt wurden, bei denen der Fahrer Alkohol getrunken hatte (Statistisches Bundesamt, 2014).

- **Alkohol fördert Gewalt**

Alkohol fördert Gewalttätigkeit. Etwa jede dritte Gewalttat in Deutschland erfolgt alkoholisiert (2014 fast 40.000 Fälle). Besonders bei gefährlicher und schwerer Körperverletzung prägt Alkohol die Tat in erheblichem Umfang (BMI, 2015).

- **Alkohol ist nach Nikotin das häufigste Suchtmittel**

Alkohol ist nach Nikotin das häufigste Suchtmittel in Deutschland. Etwa jeder siebte Erwachsene konsumiert Alkohol in riskanten Mengen (RKI, 2015). Auf etwa 1,8 Millionen Erwachsene in Deutschland trifft die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ zu, weitere 1,6 Millionen trinken so viel Alkohol, dass sie sich körperlich, psychisch und sozial schaden.<sup>1</sup> Männer trinken Alkohol erheblich häufiger als Frauen. Rund 70 Prozent der Alkoholabhängigen sind Männer (1,3 Millionen; Pabst, Kraus, Gomes de Matos & Piontek, 2013).

Auch Jugendliche trinken in erheblichen und oft schädlichen Mengen Alkohol. Fast jeder fünfte 15-jährige Junge nimmt mindestens einmal wöchentlich Alkohol zu sich. Alkoholabhängigkeit und -missbrauch sind bei 18- bis 20-Jährigen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am höchsten. Der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen ist besonders problematisch, weil ihre körperliche und geistige Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist. So kann durch Alkoholkonsum die Entwicklung des Gehirns

---

<sup>1</sup> Mehr dazu, was eine Alkoholkrankung ist, siehe Anhang A.

gestört werden, was wiederum negative Folgen für die geistige, soziale und emotionale Entwicklung des Kindes haben kann (HBSC-Studienverbund Deutschland, 2015).

Eine weitere Risikogruppe sind Kinder aus suchtblasteten Familien. In Deutschland gibt es rund 2,5 Millionen Kinder mit alkoholabhängigen Eltern. Bei Kindern aus suchtblasteten Familien ist das Risiko, selbst süchtig zu werden, drei- bis viermal so groß wie bei anderen Kindern (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016).

- **Alkohol ist Risikofaktor für 200 Erkrankungen**

Alkoholkonsum gehört nach Rauchen und Bluthochdruck zu den wichtigsten Risikofaktoren für Krankheit und vorzeitigen Tod (Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016). Riskanter Alkoholkonsum ist ein Risikofaktor für weitere 200 Erkrankungen, insbesondere Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen (Gaertner, Freyer-Adam, Meyer & John, 2015). In Deutschland steht Alkoholkonsum bei Männern an vierter Stelle der Hauptursachen für die Entstehung von Krankheiten (Plass et al., 2014).

- **Viel zu wenige sind in Behandlung**

Nur 10 bis 20 Prozent der Alkoholabhängigen nehmen im Jahr professionelle Unterstützung, wie ambulante Suchtberatung, hausärztliche Hilfe, Psychotherapie, stationäre Entgiftung oder stationäre Rehabilitation, in Anspruch (Gomes de Matos, Kraus, Pabst & Piontek, 2013). Lediglich 10 Prozent der Alkoholabhängigen erhalten eine spezialisierte Suchtbehandlung (Ärzteblatt.de, 2015).

- **Viel zu viele erhalten die Behandlung zu spät**

Bei den wenigen Alkoholkranken, die überhaupt eine angemessene Behandlung bekommen, dauert es außerdem sehr lange, bis sie diese erhalten. Im Durchschnitt erfolgt eine stationäre Alkoholbehandlung erst 12 Jahre nach den ersten Alkoholproblemen (Lindenmeyer, 2006). Ein typischer Patient in einer Entwöhnungseinrichtung leidet durchschnittlich seit rund 14 Jahren an Alkoholabhängigkeit (Bachmeier et al., 2015). Zudem sind Alkoholerkrankungen (ICD-10 F10-Diagnosen) der zweithäufigste Grund für Krankenhausbehandlungen (2014: 340.500 Behandlungsfälle). Bei Männern

lagen Alkoholerkrankungen 2014 sogar auf dem ersten Platz der Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt (Lehner & Kepp, 2016).

- **Behandlungserfolge sind nicht immer dauerhaft**

Wenn ein Patient nach einem Entzug nicht weiterbehandelt wird, liegt die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall innerhalb des kommenden Jahres bei 90 Prozent (kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, 2012). Wenn eine Entwöhnung stattfindet, ist die Prognose deutlich besser. Je nach Berechnungsformel liegt die 1-Jahres-Erfolgsquote dann zwischen 41 und 77 Prozent (Bachmeier et al., 2015).

Ob ein Patient nach einer Entwöhnung abstinent bleibt, hängt von verschiedenen Variablen ab, zum Beispiel bleiben Frauen häufiger abstinent als Männer, ältere Menschen häufiger als jüngere und Erwerbstätige häufiger als Arbeitslose. Auch die Anzahl der bereits stattgefundenen Entgiftungen und Entwöhnungen sagt die Wahrscheinlichkeit der Abstinenz vorher. Alkoholranke mit vielen Vorbehandlungen haben ein höheres Rückfallrisiko als Alkoholranke, die erstmalig einen Entzug und eine Entwöhnung in Anspruch genommen haben (Bachmeier et al., 2015).

## II. Die Kosten der Alkoholkrankheit

- **Behandlungskosten**

Schädlicher Alkoholkonsum verursacht für die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr Kosten von rund 7,6 Milliarden Euro (Effertz, 2015) – etwa 60 Prozent für ambulante und 40 Prozent für stationäre und teilstationäre Behandlungen (Adam & Effertz, 2011). Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für einen Versicherten mit schädlichem oder abhängigem Alkoholkonsum sind im Durchschnitt pro Quartal 660 bis 800 Euro höher als für einen Versicherten ohne problematischem Alkoholkonsum (Effertz, Verheyen & Linder, 2014). Eine stationäre Behandlung zur ausschließlichen körperlichen Entgiftung kostet im Durchschnitt ca. 1.900 Euro pro Fall, ein qualifizierter Entzug mit zusätzlichen psychosozialen und psychotherapeutischen Maßnahmen im Mittel ca. 2.600 Euro pro Fall (Marschall, Ullrich & Sievers, 2012).

- **Kosten durch Arbeitsunfähigkeit**

Alkoholerkrankungen (ICD-10 F10-Diagnose) verursachten im Jahr 2014 fast 68.000 Krankschreibungen mit insgesamt etwa 1,7 Millionen Fehltagen in Deutschland (KG8-Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung, BMG, 2015).

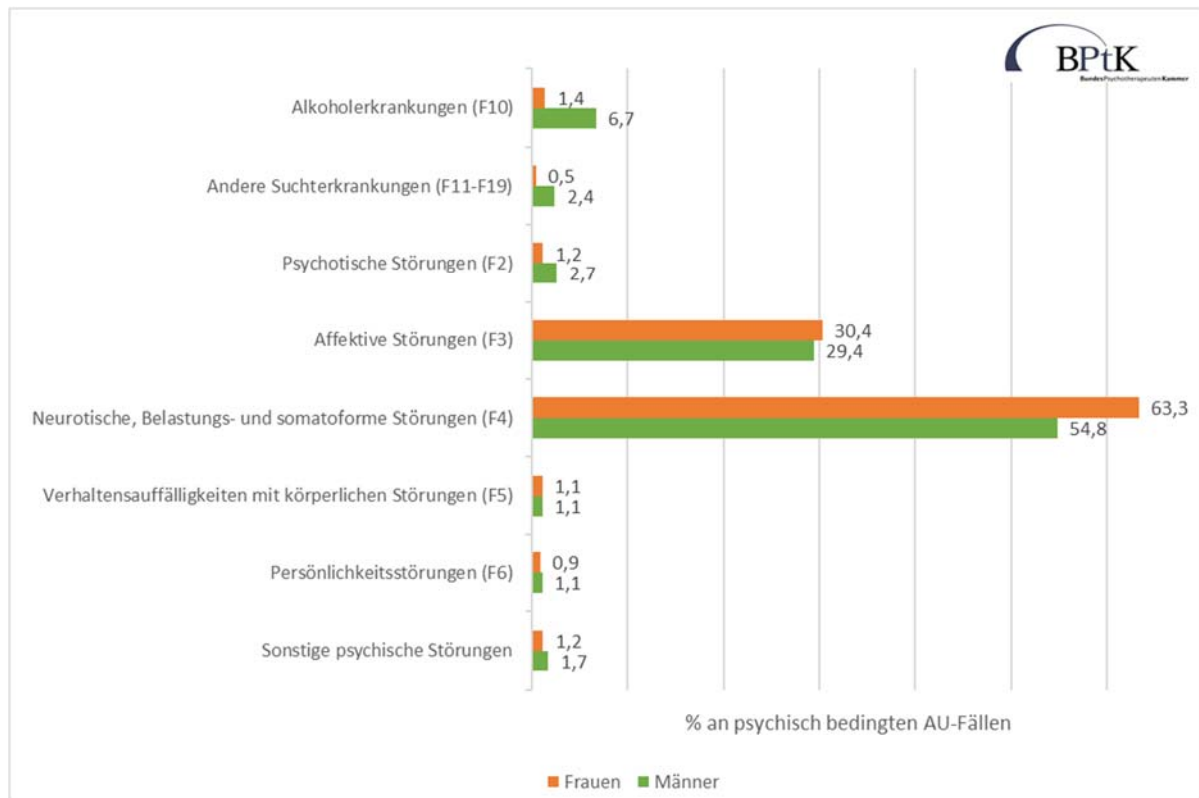
Alkoholerkrankungen standen 2014 bei Männern mit 6,7 Prozent an dritter Stelle der häufigsten Ursachen für psychisch bedingte Krankschreibungen (Arbeitsunfähigkeitsfälle). Bei Frauen waren es nur 1,4 Prozent (Abbildung 1).

Der Anteil von Alkoholkrankheiten an den betrieblichen Fehltagen, die durch psychische Erkrankungen verursacht wurden, lag bei Männern im Jahr 2014 bei 5 Prozent. Damit stehen Alkoholerkrankungen bei Männern an dritter Stelle der häufigsten Ursachen für psychisch bedingte Fehltag. Bei Frauen betrug der Anteil lediglich 1,1 Prozent (Abbildung 2).

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) geht davon aus, dass die genannten Zahlen die Auswirkungen von Alkoholerkrankungen für Arbeitsunfähigkeit (AU) erheblich unterschätzen. Die Komorbidität von Alkoholerkrankungen mit anderen psychischen Störungen ist hoch. Rund die Hälfte der Alkoholkranken leidet unter einer weiteren psychischen Erkrankung (Missel et al., 2013). Andererseits missbraucht zum

Beispiel ein Drittel aller depressiven Patienten zusätzlich ein Suchtmittel (DGPPN et al., 2015). Um den Patienten vor Stigmatisierung zu schützen, wird aber ein krank-schreibender Arzt eher eine Depression als Grund für die Arbeitsunfähigkeit diagnostizieren als eine Alkoholabhängigkeit.

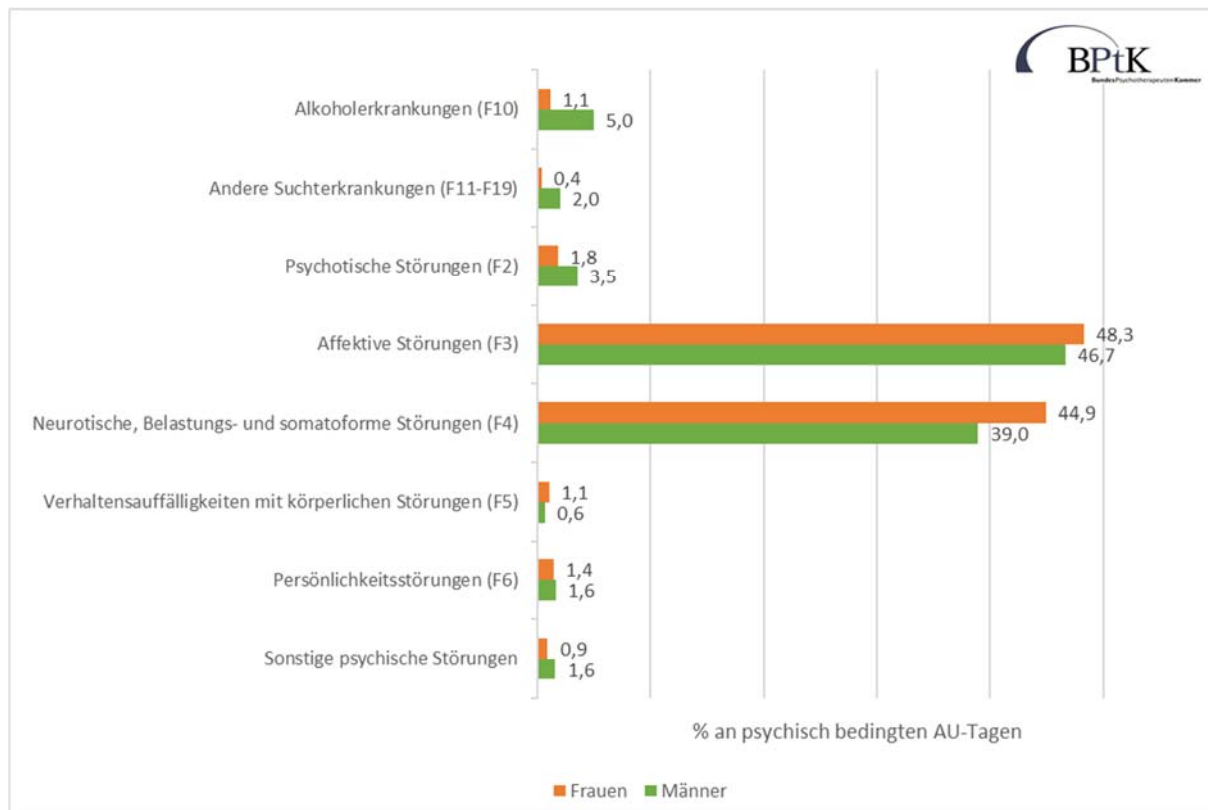
**Abbildung 1: Anteil der Diagnosen an psychisch bedingten AU-Fällen**



**Quelle: GKV-Statistik KG8 – Krankenartenstatistik „Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Diagnosen 2014“, abrufbar unter: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de); eigene Darstellung der BPtK, 2016.**

Dargestellt sind die Anteile (%) verschiedener psychischer Erkrankungen (F-Diagnosen im ICD-10) an den psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitsfällen im Jahr 2014.



**Abbildung 2: Anteil der Diagnosen an psychisch bedingten AU-Tagen**

**Quelle: GKV-Statistik KG8 – Krankenartenstatistik „Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Diagnosen 2014“, abrufbar unter: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de); eigene Darstellung der BPtK, 2016.**

Dargestellt sind die Anteile (%) verschiedener psychischer Erkrankungen (F-Diagnosen im ICD-10) an den psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeitstagen im Jahr 2014.

Im Durchschnitt sind Arbeitnehmer wegen einer Alkoholerkrankung etwa dreieinhalb Wochen krankgeschrieben. Das liegt deutlich über den mittleren Krankschreibungsdauern von vielen körperlichen Erkrankungen, jedoch unter dem Durchschnitt psychischer Erkrankungen insgesamt (Abbildung 3).

**Abbildung 3: Dauer der Krankschreibung bei verschiedenen Erkrankungen**



**Quelle: GKV-Statistik KG8 – Krankenartenstatistik „Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Alters- und Krankheitsartengruppen“ & „Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Diagnosen 2014“, abrufbar unter: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de); eigene Darstellung der BPtK, 2016.**

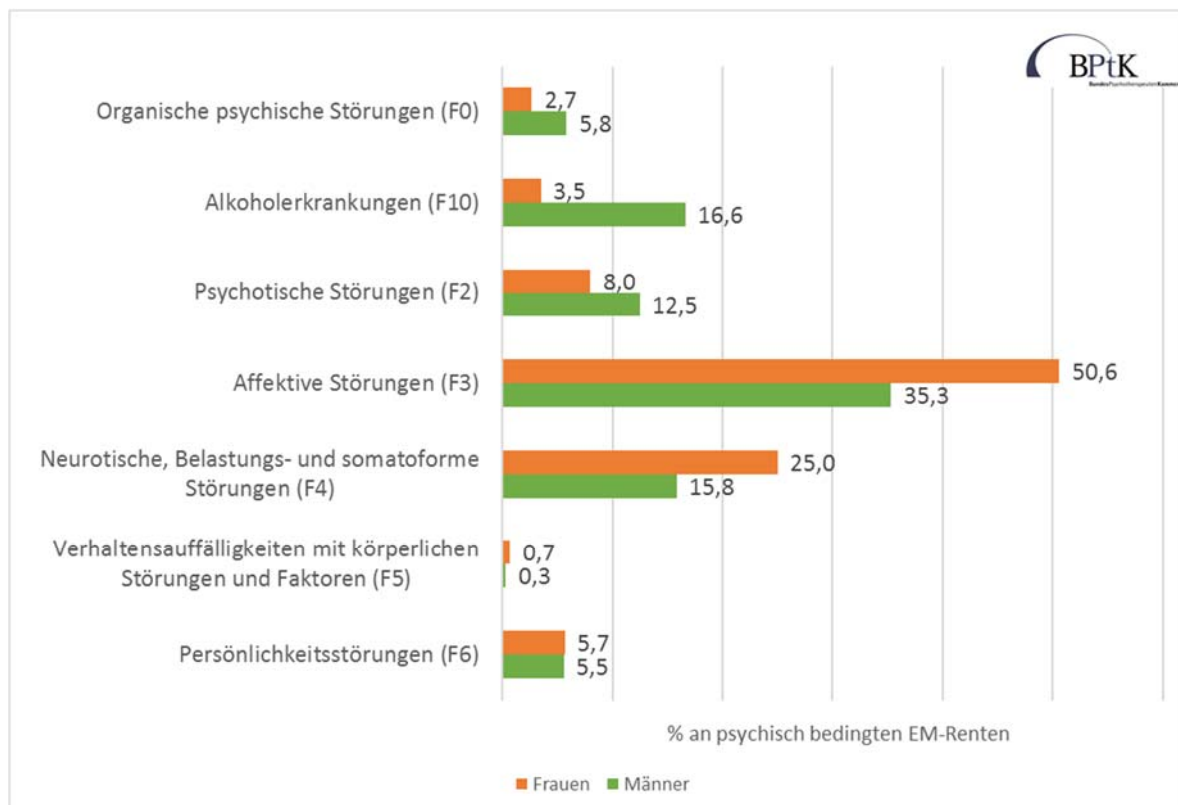
Dargestellt ist die durchschnittliche Krankschreibungsdauer pro Fall in Tagen für verschiedene Erkrankungen im Jahr 2014.

## • Kosten durch Frühverrentung

Rund 6.300 Menschen mussten im Jahr 2014 wegen einer Alkoholkrankheit (ICD-10 F10-Diagnose) vorzeitig in Rente gehen. Das sind 3,8 Prozent aller Frühverrentungen im Jahr 2014. Alkoholkrankheiten sind nach Depressionen bei Männern der zweithäufigste Grund für eine psychisch bedingte Frührente. Bei Männern machen sie fast 17 Prozent der Frührenten aus, bei Frauen lediglich knapp 4 Prozent (Abbildung 4).

Die Statistiken der Deutschen Rentenversicherung (DRV) beziehen sich auf die Hauptdiagnose. Häufig sind nicht die Alkoholkrankheiten direkt, sondern vielmehr ihre Begleit- und Folgeerkrankungen für die Erwerbsunfähigkeit verantwortlich (zum Beispiel Lebererkrankungen, Pankreatitis, Polyneuropathie). Demnach kann angenommen werden, dass der Anteil von Frühberentungen, die – wenn auch indirekt – im Zusammenhang mit Alkoholkrankheiten stehen, deutlich höher ist (Köhler, 2013).

**Abbildung 4: Anteil der Diagnosen an psychisch bedingten Frührenten**



**Quelle: DRV-Statistik Rentenzugang, abrufbar unter: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de); eigene Darstellung der BPtK, 2016.**

Dargestellt ist der Anteil (%) verschiedener psychischer Erkrankungen an allen Rentenanzugängen aufgrund einer psychischen Störung im Jahr 2013.

• **Volkswirtschaftliche Kosten**

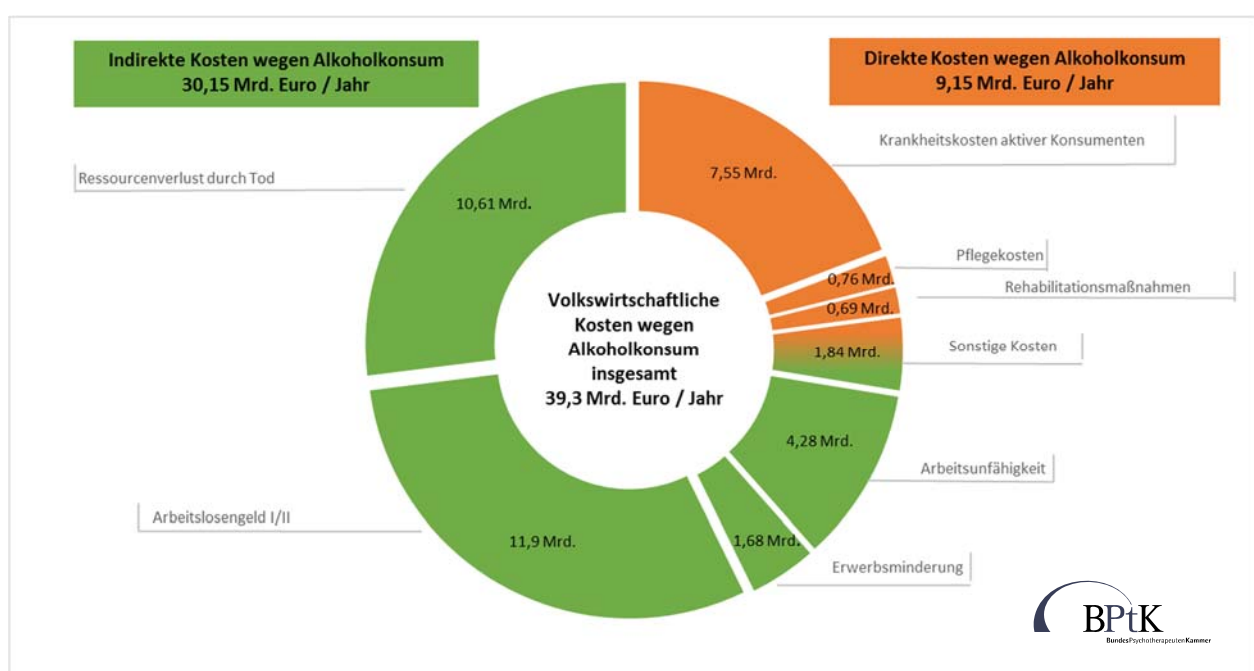
Schädlicher Alkoholkonsum verursacht in Deutschland insgesamt volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von 39,3 Mrd. Euro pro Jahr. Diese unterteilen sich in 9,15 Mrd. Euro direkte und 30,15 Mrd. Euro indirekte Kosten (vergleiche Abbildung 5, Effertz, 2015).

Zu den direkten Kosten gehören vor allem die Ausgaben für medizinische Behandlungen, Medikamente, Rehabilitationsmaßnahmen und Pflegeleistungen. Zu den indirekten Kosten gehören die alkoholbedingten Produktivitätsausfälle in der Volkswirtschaft, das heißt die Güter und Dienstleistungen, die aufgrund von Krankheit und vorzeitigem Tod nicht hergestellt werden (Adams & Effertz, 2011).

Alkoholkonsum verursacht in Deutschland pro Jahr geschätzte Produktivitätsausfälle in Höhe von rund 4,3 Mrd. Euro durch Krankschreibungen. Hinzu kommen jährlich etwa 1,7 Mrd. Euro durch Frühverrentung, fast 12 Mrd. Euro durch Arbeitslosigkeit und 10,6 Mrd. Euro durch vorzeitigen Tod (Effertz, 2015).

Zusätzlich zu den direkten und indirekten Kosten entstehen durch schädlichen Alkoholkonsum rund 18 Mrd. Euro psychosoziale Kosten, die den Geldwert für das Leid, den Schmerz und den Verlust an Lebensqualität durch den schädlichen Konsum von Alkohol beziffern (Effertz, 2015).

**Abbildung 5: Direkte und indirekte Kosten des Alkoholkonsums**



Quelle: Effertz, 2015, eigene Darstellung der BPTK.

### III. Stationen des Scheiterns

- **Alkoholkonsum und Alkoholkrankheit**

Summiert man den Alkohol, den Bier, Wein und Spirituosen enthalten, dann trinkt jeder Mensch in Deutschland durchschnittlich fast 10 Liter reinen Alkohol pro Jahr (Lehner & Kepp, 2016). In der Bevölkerungsgruppe der über 15-Jährigen sind es sogar fast 12 Liter (WHO, 2014). Etwa die Hälfte des Alkohols wird als Bier (52,8 Prozent) und fast ein Viertel als Wein (23,9 Prozent) konsumiert (Lehner & Kepp, 2015). Nach WHO-Angaben haben Europäer den höchsten Alkoholkonsum weltweit. Deutschland liegt demnach unter 190 Staaten an 23. Stelle (WHO, 2014).

3,4 Prozent der erwachsenen deutschen Bevölkerung leiden unter einer Alkoholabhängigkeit und weitere 3,1 Prozent konsumieren Alkohol in schädlichen Mengen. Das sind 3,4 Millionen Menschen (Pabst et al., 2013). Damit sind alkoholbezogene Erkrankungen die vierthäufigste psychische Erkrankung – nach Angststörungen, Nikotinabhängigkeit und Depressionen (Jacobi et al., 2014).

Alkoholranke leiden häufig an weiteren psychischen Erkrankungen. Fast 30 Prozent der Personen mit Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch leiden unter einer weiteren psychischen Störung (Bronisch & Wittchen, 1992). Am häufigsten sind komorbide Angststörungen und Depressionen. Unter Personen, die wegen einer Alkoholkrankung in Behandlung sind, ist die Häufigkeit weiterer psychischer Störungen noch höher. Bei Patienten, die sich in einer Suchtentwöhnung befinden, weisen mehr als 40 Prozent eine weitere psychische Erkrankung auf. Rund ein Viertel hatte eine affektive Störung und jeweils zwischen 12 und 15 Prozent eine Persönlichkeitsstörung oder eine neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung (Bachmeier et al., 2015; Missel et al., 2013).

- **Unzureichende Prävention**

In Deutschland wird zu viel Alkohol getrunken. Obwohl Deutschland beim Alkoholkonsum im weltweiten Vergleich weit vorne liegt, gibt es kaum wirksame Präventionsmaßnahmen. Die wirksamsten Maßnahmen zur Reduktion des Alkoholkonsums in der Allgemeinbevölkerung sind eine Verteuerung alkoholischer Getränke, zum Beispiel durch eine höhere Besteuerung, sowie eine Einschränkung der Verfügbarkeit von und der

Werbung für Alkohol (vergleiche Drogen- und Suchtrat, 2008; Babor et al., 2005; OECD, 2015; Schlieckau, 2015). Diese Strategien werden jedoch in Deutschland gar nicht beziehungsweise nicht ausreichend umgesetzt.

Aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom Mai 2016<sup>2</sup> geht hervor, dass die Bundesregierung über die bestehenden Regulierungen hinaus jedoch keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf sieht, um Alkohol stärker zu besteuern, Alkoholwerbung zu verbieten und die Verfügbarkeit von Alkohol einzuschränken.

- **Zu wenige Alkoholranke werden erkannt**

Alkoholranke Menschen sind sehr häufig in Kontakt mit Ärzten. 8 von 10 Alkoholabhängigen suchen während eines Jahres mindestens einmal wegen körperlicher Beschwerden einen Arzt auf. 24 Prozent der Alkoholranken werden im Laufe eines Jahres wegen einer körperlichen Erkrankung in Allgemeinkrankenhäusern behandelt (Rumpf, Meyer, Hapke, Bischof & John, 2000).

Bei diesen Arztkonsultationen wird der gesundheitsgefährdende Alkoholkonsum jedoch zu selten erkannt. In einer Untersuchung gaben nur etwa 12 Prozent der Befragten mit riskantem Alkoholgebrauch an, im vergangenen Jahr bei einem Arztbesuch wegen ihres Alkoholkonsums beraten worden zu sein (Hapke, v. der Lippe & Gaertner, 2013). Weniger als die Hälfte der behandlungsbedürftigen Alkoholprobleme werden erkannt (Mann, 2002). Im Schnitt dauert es 12 Jahre von den ersten Alkoholproblemen bis zu einer stationären Alkoholbehandlung (Lindenmeyer, 2006).

- **Die folgenschwere Fragmentierung der Behandlung**

Das Suchthilfesystem in Deutschland ist stark fragmentiert. An der Versorgung von alkoholranken Menschen sind viele verschiedene Akteure und Einrichtungen beteiligt, die von unterschiedlichen Kostenträgern finanziert werden.<sup>3</sup> Auch wenn einzelne

---

<sup>2</sup> Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Alkoholprävention in Deutschland (BT-Drs. 18/8601) vom 31.05.2016, abrufbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/086/1808601.pdf>

<sup>3</sup> vgl. hierzu Abbildung B.1 in Anhang B

Segmente des Suchthilfesystems für sich genommen hilfreich und wirksam sind, führen die fehlende Abstimmung und die Brüche zwischen den Sektoren dazu, dass die Versorgung von Alkoholkranken in Deutschland insgesamt unzureichend ist.

Dies betrifft vor allem den Übergang vom Entzug (Akutbehandlung: vor allem körperliche Entgiftung) zur Entwöhnung (Postakutbehandlung: dauerhafte Entwöhnung von Alkohol, um Funktions- und Leistungsfähigkeit des Alkoholkranken in Alltag und Beruf zu verbessern oder wiederherzustellen).<sup>4</sup> Die Weiterbehandlung nach dem Entzug ist äußerst wichtig, da 90 Prozent aller Alkoholabhängigen nach einem Entzug ohne anschließende Therapiemaßnahmen innerhalb des nächsten Jahres wieder rückfällig werden (kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, 2012).

Der Entzug wird in der Regel von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert und findet meist stationär in Allgemeinkrankenhäusern auf internistischen Stationen oder in psychiatrischen Kliniken statt. Die Entwöhnung wird in der Regel von der gesetzlichen Rentenversicherung finanziert und findet meist stationär in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation statt.

Infolge der getrennten Zuständigkeiten zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherern kommt es zu langen Wartezeiten zwischen Entzug und Entwöhnung und damit häufig zu Behandlungsabbrüchen (Mann, 2002). Nach Schätzungen erhalten innerhalb eines Jahres etwa 13 Prozent der Alkoholabhängigen eine stationäre Entgiftung. Nur 7 Prozent – das heißt nur halb so viele – nehmen eine stationäre Entwöhnung in Anspruch (Gomes de Matos et al., 2013).

- **Nachlässige Nachsorge**

Die Behandlung von Alkoholkranken ist mit der Entwöhnung nicht beendet. Auch nach der Behandlung in der Rehabilitationsklinik bleiben Alkoholranke gefährdet. Das Rückfallrisiko bei Alkoholkranken ist hoch. Rund 60 Prozent derjenigen, die eine suchtspezifische Behandlung erhalten haben, bleiben langfristig nicht abstinent (Mann et al., 2005). Besonders viele Rückfälle ereignen sich in den ersten Wochen nach der

---

<sup>4</sup> Zur detaillierten Beschreibung der verschiedenen Phasen der Behandlung von Alkoholkrankungen siehe Anhang B.

Entwöhnung. Die Hälfte der Rückfälle findet in den ersten drei Monaten und 80 Prozent im ersten halben Jahr nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung statt (Missel et al., 2013). Um den Rehabilitationserfolg nachhaltig zu sichern und die Rückfallgefahr zu minimieren, bedarf es nach der Entwöhnungsbehandlung weiterer stabilisierender Maßnahmen zur Nachsorge. Diese sollten sich möglichst nahtlos an die Entwöhnung anschließen (AWMF, 2015).

Die Nachsorge kann von verschiedenen Leistungserbringern und Einrichtungen übernommen werden. Ein wichtiger Baustein sind Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen. Die Nachsorge kann aber auch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten oder Arzt stattfinden. Schließlich bietet auch die Rentenversicherung stabilisierende Leistungen an.

Obwohl die Nachsorge sehr wichtig ist, um eine langfristige Abstinenz zu sichern, erhält ein Großteil der Patienten nach einer Suchtbehandlung keine professionelle Nachsorge. 2012 lag die Zahl der von der DRV bewilligten Nachsorgeleistungen für Suchtkranke bei 17.560 (Köhler, 2013). Das heißt, dass nur rund ein Drittel derjenigen, die eine Suchtrehabilitation abgeschlossen haben, auch eine Nachsorge der DRV erhält.<sup>5</sup> Etwa 17 Prozent nehmen Nachsorgeangebote von Beratungsstellen in Anspruch (Bachmeier et al., 2015). Nur etwa 6 Prozent der Alkoholabhängigen erhalten innerhalb eines Jahres eine Psychotherapie (Gomes de Matos et al., 2013). Selbst wenn man annimmt, dass all diese Psychotherapien im Anschluss an eine Rehabilitationsmaßnahme stattfinden, ist der Anteil psychotherapeutischer Behandlungen in der Nachsorge sehr gering.

---

<sup>5</sup> Im Jahr 2012 wurden 54.142 Leistungen der ambulanten und stationären Suchtrehabilitation durchgeführt und abgeschlossen (Quelle: DRV, Beckmann & Naumann, 2014).



## **IV. BPtK – 15 Forderungen für eine wirksame Anti-Alkoholpolitik**

Jedes Jahr sterben in Deutschland 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholkonsums. Mehr als 3 Millionen Menschen sind abhängig von Alkohol oder trinken Alkohol in schädlichen Mengen. Etwa die Hälfte dieser alkoholkranken Menschen wird durch unser Gesundheitssystem nicht erkannt und nur 10 Prozent der alkoholabhängigen Menschen erhalten eine suchtspezifische Behandlung – und das häufig erst nach vielen Jahren missbräuchlichen Alkoholkonsums. Dies ist erschreckend wenig.

Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem sowie relevante gesellschaftliche Akteure tun bisher zu wenig, um den Alkoholkonsum insgesamt zu verringern und Menschen, die zu viel Alkohol trinken, frühzeitig zu erkennen und sie angemessen und zeitnah zu versorgen.

Alkohol ist neben Nikotin die häufigste legale Droge in Deutschland. Deutschland gehört weltweit zu den Ländern mit den geringsten gesetzlichen Einschränkungen des Alkoholhandels und -konsums. Die Rahmenbedingungen für den Alkoholkonsum in Deutschland sind im Vergleich zu anderen Ländern konsumfördernd.

Die BPtK fordert eine entschiedeneren Politik gegen schädlichen Alkoholkonsum. Sie schlägt 15 Maßnahmen vor, mit denen Alkoholabhängigkeit und -missbrauch sowie dem zu hohen Alkoholkonsum wirksamer begegnet werden kann.

### **Gesundheitsziel: Alkoholkonsum verringern**

Die BPtK fordert, mittelfristig den durchschnittlichen Alkoholkonsum pro Kopf in Deutschland auf 7 Liter Reinalkohol pro Jahr zu senken. Wenn in Deutschland jeder Mensch ab 16 Jahren in risikoarmen Mengen Alkohol trinkt (das heißt täglich 24 Gramm für Männer und 12 Gramm für Frauen), dann liegt der Konsum von Reinalkohol pro Person im Jahr bei ca. 7,1 Liter (DHS, 2008).

In einem ersten Schritt sollte sich die Gesundheitspolitik verpflichten, spätestens bis zum Ende der nächsten Legislaturperiode, also bis 2021, den durchschnittlichen Pro-Kopf-Konsum reinen Alkohols pro Jahr um mindestens einen Liter zu verringern. Damit könnte der Alkoholkonsum in Deutschland auf den europäischen Durchschnitt gesenkt

werden (Pro-Kopf Konsum reinen Alkohols pro Jahr bei den über 15-Jährigen: Ø 11,8 Liter in Deutschland, Ø 10,9 Liter in Europa; WHO, 2014).

Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es eines Bündels von Präventionsmaßnahmen – allen voran eine höhere Besteuerung von Alkohol, das Verbot von Alkoholwerbung sowie die Einschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol.

- **Maßnahme 1: Alkoholpreis erhöhen**

Die BPtK fordert, Alkohol spürbar zu verteuern. Alkohol ist in Deutschland zu billig. Dies liegt vor allem an den niedrigen Steuern auf alkoholische Getränke. Die Alkoholsteuer in Deutschland liegt weit unter dem EU-Durchschnitt. Die Steuer auf Bier beträgt in Deutschland 197 Euro je Hektoliter Reinalkohol. Der EU-Durchschnitt liegt bei 756 Euro – fast dem Vierfachen. Wein wird in Deutschland überhaupt nicht besteuert, während der EU-Durchschnitt bei 618 Euro je Hektoliter Reinalkohol liegt (Lehner & Kepp, 2016).

Es ist wissenschaftlich belegt, dass ein Zusammenhang zwischen Alkoholpreis und Alkoholkonsum besteht. Je teurer Alkohol in einem Land ist, desto geringer ist die konsumierte Alkoholmenge (vergleiche Gaertner et al., 2015; Schlieckau, 2015). Steuern haben sich als wirksames Instrument der Alkoholprävention erwiesen. Die Bundesregierung nutzt dieses Steuerungsinstrument jedoch nicht ausreichend. Die BPtK fordert, die Alkoholsteuer mittelfristig mindestens auf den europäischen Durchschnitt zu erhöhen.

In einem ersten Schritt sollte die Gesundheitspolitik zu Beginn der nächsten Legislaturperiode den durchschnittlichen Preis von Alkohol mittels Steuern um 10 Prozent erhöhen. Entsprechend einer Studie der OECD (2015) würde ein durchschnittlicher Anstieg des Alkoholpreises in Deutschland um 10 Prozent die Häufigkeit der Alkoholabhängigkeit um rund 3 Prozent und die Häufigkeit von Alkoholmissbrauch um etwa 10 Prozent verringern. Die Zahl der alkoholabhängigen Menschen sänke um rund 54.000 und die Zahl derjenigen, die Alkohol in schädlichen Mengen konsumieren, um rund 160.000.

Eine 10-prozentige Preiserhöhung führt auch dazu, dass mehr Menschen länger und gesünder leben. Die Anzahl der gesunden Lebensjahre<sup>6</sup> aller Bürger in Deutschland könnte jährlich um mehr als 75.000 und die Anzahl zusätzlich gewonnener Lebensjahre um mehr als 25.000 steigen. Außerdem könnten rund 200 Millionen Euro Gesundheitsausgaben eingespart werden (OECD, 2015).

- **Maßnahme 2: Verfügbarkeit von Alkohol einschränken**

Die BPtK fordert gesetzliche Regelungen, die Alkohol weniger verfügbar machen. Dies ist eine wirksame Strategie, um den Alkoholkonsum zu reduzieren (vergleiche Babor et al., 2005; Schlieckau, 2015). Ziel muss es sein, die Verkaufszeiten einzuschränken und die Verkaufsstellendichte auszudünnen. Notwendig ist ein Alkoholverkaufsverbot an Kiosken in den späten Abend- und Nachtstunden (zeitlich) und an Tankstellen und Autobahnraststätten (örtlich).

- **Maßnahme 3: Werbeverbot für Alkohol**

Die BPtK fordert die Bundesregierung auf, Alkoholwerbung zu verbieten – analog zum Verbot von Tabakwerbung. In einem ersten Schritt sollte kurzfristig die Werbung für alkoholische Getränke in TV, Radio, Internet und Printmedien untersagt werden. Zudem sollten mittelfristig auch die Plakat- und Kinowerbung, das Sponsoring von Großereignissen, vor allem von Sportveranstaltungen und jugendnahen Veranstaltungen wie Musikfestivals, durch alkoholproduzierende Unternehmen und auch das Produkt-Placement in Kino und Fernsehen verboten werden.

- **Maßnahme 4: Eigenverantwortung von Jugendlichen stärken**

Die BPtK fordert, dass in Schulen flächendeckend wirksame Präventionsprogramme durchgeführt werden, um Jugendliche zu einem verantwortungsvollen Alkoholkonsum zu motivieren. Der Umgang mit Alkohol stellt in unserer Gesellschaft eine entwicklungsbedingte Anforderung dar, die von Jugendlichen bewältigt werden muss (gesund-

---

<sup>6</sup> Zugrunde liegt das Konzept der *Disability-adjusted life years (DALYs)*. Ein *DALY* ist ein verlorenes Jahr "guter" Gesundheit. Die Summe der DALYs über die Bevölkerung ist ein Maß für die Differenz zwischen dem tatsächlichen Gesundheitsstatus und der idealen Gesundheitssituation. Im vorliegenden Fall ist es die Differenz zwischen der Gesundheitssituation ohne beziehungsweise mit Erhöhung der Alkoholsteuer (vergleiche [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/)).

heitsziele.de, 2015). Studien zeigen, dass Präventionsangebote, die sich auf Erziehungs- und Überzeugungsarbeit stützen und vor allem der Abschreckung oder der normativen Beeinflussung dienen, kaum wirksam sind (vergleiche Babor et al., 2005; Schlieckau, 2015).

Nach einer aktuellen Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Drogenaffinität von Jugendlichen nimmt der regelmäßige Alkoholkonsum unter Jugendlichen in Deutschland zwar ab. Problematisch ist aber weiterhin das Rauschtrinken. 16 Prozent der männlichen und 13 Prozent der weiblichen Jugendlichen trinken sich mindestens einmal im Monat in einen Rausch. Bei den 18- bis 25-Jährigen sind es bei den jungen Männern 45 Prozent und bei den jungen Frauen 33 Prozent (Orth, 2016).

Es muss bei Präventionsprogrammen demnach vor allem darum gehen, dass Jugendliche einen vernünftigen Umgang mit Alkohol erlernen. Wirksamkeitsnachweise gibt es für Programme, bei denen Jugendliche aktiv einbezogen werden (vergleiche Schlieckau, 2015). Ein Beispiel hierfür ist das Alkoholpräventionsprogramm „Lieber schlau als blau“. Jugendliche ab 16 Jahren machen in einem kontrollierten Rahmen Trinkerfahrungen und lernen, wie man „richtig“ trinkt. Sie sollen ermutigt werden, eigenverantwortlich Kriterien für einen künftigen Umgang mit Alkohol zu entwickeln. Das Programm vermeidet jede aversive Besserwisserei durch Erwachsene (Lindenmeyer & Rost, 2008).

Eine Evaluation des Programms zeigt, dass Jugendliche, die hieran teilnahmen, später deutlich weniger tranken als Jugendliche, die nicht teilnahmen. Sechs Monate nach dem Programm war die Häufigkeit von Rauschtrinken in der Trainingsgruppe signifikant niedriger als in der Gruppe, die nicht an dem Trinkexperiment teilgenommen hat (50 versus 64 Prozent). Auch der Anteil von Jugendlichen mit besonders hohem Alkoholkonsum war sechs Monate nach dem Programm in der Trainingsgruppe signifikant geringer als in der Kontrollgruppe (41 versus 58 Prozent).<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> [http://www.salus-kliniken.de/lindow-Isab/bilder/Salus\\_Konzept\\_Suchtpraevention\\_2013.pdf](http://www.salus-kliniken.de/lindow-Isab/bilder/Salus_Konzept_Suchtpraevention_2013.pdf)

## **Gesundheitsziel: Abhängigkeit als Krankheit akzeptieren**

- **Maßnahme 5: Alkoholkrankheit entstigmatisieren**

Die BPtK fordert, der psychischen Krankheit „Abhängigkeit“ ihr Stigma zu nehmen. Alkoholranke werden in Deutschland immer noch stigmatisiert. Sie leiden an einer „zweiten Krankheit“ – dem Stigma der Erkrankung (Schomerus, Holzinger, Matschinger, Lucht & Angermeyer, 2010). So zeigt eine Befragung, dass jeweils rund ein Drittel der Deutschen Alkoholranke nicht als Nachbarn beziehungsweise Arbeitskollegen wünscht. 60 Prozent möchten nicht mit ihnen befreundet sein. Menschen mit Depressionen werden hingegen nur halb so häufig abgelehnt (Angermeyer, Matschinger & Schomerus, 2013). Diese Stigmatisierung führt dazu, dass Alkoholranke versuchen, ihren zu hohen Alkoholkonsum zu verharmlosen oder so lange wie möglich zu verheimlichen (Rummel, 2015).

Im Wesentlichen basieren die negativen Zuschreibungen auf Fehlinformationen. Insbesondere die Meinung, Alkoholabhängigkeit sei keine (psychische) Krankheit und nicht behandelbar, ist falsch. Aufklärung und Information sind die wesentlichen Anti-Stigma-Strategien, in denen deutlich gemacht werden muss, dass Alkoholabhängigkeit eine Krankheit ist, die behandelt werden kann.

- **Maßnahme 6: Auch PKV muss Behandlung finanzieren**

Die BPtK fordert, dass auch die Private Krankenversicherung (PKV) die Behandlung der Alkoholabhängigkeit in ihren Leistungskatalog aufnehmen muss. Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit ist bis heute keine Leistung der PKV (sogenannte „Suchtklausel“). Behandlungen werden höchstens auf Kulanz bewilligt (Rummel, 2015; DHS, 2013; Schlieckau, 2015). Damit diskriminiert und stigmatisiert die PKV Menschen mit Alkoholerkrankungen.

## **Gesundheitsziel: Alkoholgefährdung früher erkennen**

- **Maßnahme 7: Screening durch Ärzte und Psychotherapeuten**

Die BPtK fordert, bei Patienten in Praxen, Krankenhäusern und Beratungsstellen standardmäßig Screeningfragebögen einzusetzen, um gefährlichen Alkoholkonsum und Alkoholkrankheit frühzeitig zu erkennen. Auch die S3-Leitlinie für alkoholbezogene

Störungen (AWMF, 2015) empfiehlt, bei allen Patienten, zum Beispiel in Praxen, Krankenhäusern oder Beratungsstellen, Fragebögen zur Früherkennung von Alkoholproblemen einzusetzen. Vorgeschlagen wird der Einsatz des Alcohol Use Disorders Identification Tests (AUDIT) oder seiner Kurzform.

- **Maßnahme 8: Alkoholranke für Behandlung motivieren**

Die BPtK fordert, Alkoholgefährdete und -ranke besser zu beraten und zu einem geringeren Alkoholkonsum und einer gegebenenfalls notwendigen Behandlung zu motivieren. Die Motivation, gar nicht oder weniger und kontrolliert Alkohol zu trinken, kann wesentlich gefördert werden. Dafür existieren wirksame Gesprächstechniken. Die BPtK fordert deshalb den Einsatz entsprechender Kurzinterventionen.

Durch ein standardmäßiges und flächendeckendes Screening auf Alkoholprobleme und die Durchführung von Kurzinterventionen bei Auffälligkeiten könnte die Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit in Deutschland um rund 10 Prozent und die von Alkoholmissbrauch um rund 5 Prozent gesenkt werden. Das wären 180.000 alkoholabhängige und 80.000 missbräuchlich alkoholkonsumierende Menschen weniger als bisher. Außerdem könnte dadurch die Anzahl der in guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre aller Bürger in Deutschland jährlich um mehr als 145.000 erhöht werden. Die Anzahl zusätzlich gewonnener Lebensjahre würde bei rund 40.000 liegen. Die Investitionskosten für Screening- und Kurzinterventionsprogramme lägen in Deutschland bei rund 600 Millionen Euro. Dem gegenüber ständen jedoch geringere Ausgaben für die Behandlung von chronischen Erkrankungen und Unfällen um rund 400 Millionen Euro (OECD, 2015).

### ***Kurzinterventionen durch Ärzte und Psychotherapeuten***

Bei Kurzinterventionen handelt es sich um bis zu fünf Gespräche zum Beispiel beim Haus- oder Facharzt, im Allgemeinkrankenhaus, in Beratungsstellen, beim Betriebsarzt oder beim Psychotherapeuten. Sie sollen Menschen mit problematischem Alkoholkonsum flächendeckend angeboten werden. In diesen Gesprächen wird über die negativen Folgen des Alkoholkonsums informiert und zu einem geringeren Alkoholkonsum, zum völligen Verzicht auf Alkohol (Abstinenz) oder zu einer suchtspezifischen

Behandlung motiviert. Die Interventionen beinhalten personalisiertes Feedback, individuelle Zielfindung sowie Informationsvermittlung und konkrete Ratschläge. Es gibt Hinweise darauf, dass Kurzinterventionen besondere Wirksamkeit aufweisen, wenn sie Elemente des Motivational Interviewing<sup>8</sup> enthalten (AWMF, 2015).

Die Wirksamkeit von Kurzinterventionen in Allgemeinarztpraxen (Kaner et. al., 2009) und im Allgemeinkrankenhaus (McQueen, Howe, Allen, Mains & Hardy, 2011) für Menschen mit problematischem Alkoholkonsum ist gut belegt. Danach trinken Alkoholgefährdete sogar ein Jahr nach einer Kurzintervention noch 38 Gramm Alkohol pro Woche weniger als Personen in einer Vergleichsgruppe (Kaner et al., 2009).

### ***Konsiliar- und Liaisondienste in Krankenhäusern***

Alkoholerkrankungen sollten auch in Allgemeinkrankenhäusern frühzeitiger erkannt und Patienten systematisch zu einer suchtspezifischen Behandlung motiviert werden. Es ist sinnvoll, Psychotherapeuten hinzuzuziehen, die in einem Konsiliar- oder Liaisondienst tätig sind, wenn bei einem Patienten der Verdacht auf eine Alkoholerkrankung besteht. Motivationsaufbau zur Verhaltensänderung ist ein originäres Tätigkeitsfeld von Psychotherapeuten.

### ***Vergütung von Früh- und Kurzinterventionen***

Um Kurzinterventionen einsetzen zu können, bedarf es einer angemessenen Vergütung für Arztpraxen, Psychotherapeutenpraxen und Allgemeinkrankenhäuser. Bisher fehlen diese. Dies verhindert, dass Primärversorger diese Leistungen anbieten (Schlieckau, 2015).

Die BPtK fordert von den Krankenkassen die Finanzierung des systematischen Einsatzes von Früh- und Kurzinterventionen bei Patienten mit schädlichem Alkoholkonsum oder mit Alkoholabhängigkeit in Arztpraxen, Psychotherapeutenpraxen und Allgemeinkrankenhäusern.

---

<sup>8</sup> Motivational Interviewing ist eine Gesprächstechnik, durch die der Patient selbst zu der Einsicht kommen soll, dass er weniger oder keinen Alkohol mehr trinkt. Der Patient wird dabei unterstützt, sich über die gegensätzlichen Gefühle und Gedanken zu seinem Alkoholkonsum klarzuwerden und konkrete Veränderungsziele und -wege zu erarbeiten. Der Therapeut hilft dem Patienten, sich zum Beispiel die Widersprüche zwischen seinem Alkoholkonsum und seinen Lebensplänen bewusst zu machen und dadurch die Motivation zu wecken, sein Trinkverhalten zu ändern. Er erarbeitet mit ihm auch konkrete Schritte, wie er seinen Alkoholkonsum verringern kann (Miller & Rollnick, 2005).



## Gesundheitsziel: Alkoholranke leitliniengerecht behandeln

Mit der S3-Leitlinie für alkoholbezogene Störungen liegen seit vergangenem Jahr evidenzbasierte Empfehlungen für eine angemessene Versorgung alkoholbezogener Erkrankungen vom Screening über die Diagnose bis zur Behandlung vor (AWMF, 2015).<sup>9</sup> Die BPtK fordert, die Empfehlungen der S3-Leitlinie zur Versorgung von Menschen mit Alkoholerkrankungen in die Praxis umzusetzen. Ein besonderer Fokus muss hierbei auf die Förderung von qualifizierten Entzugsbehandlungen, der stärkeren Berücksichtigung ambulanter Psychotherapie, dem Ausbau der Nachsorgeangebote, der stärkeren Vernetzung der Angebote der Suchthilfe und spezifischen Angeboten für Kinder und Jugendliche gelegt werden.

- **Maßnahme 9: Qualifizierten Entzug fördern**

Die BPtK fordert, dass der Entzug bei Alkoholranken nicht auf die rein körperliche Entgiftung beschränkt sein darf, sondern immer auch psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen beinhalten sollte.

Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit erfolgt in der Regel in zwei Schritten: Als erstes findet der Entzug statt. Er erfolgt meist stationär und unter ärztlicher Aufsicht, da es zu schweren, lebensbedrohlichen Komplikationen (epileptische Anfälle, Delirium) kommen kann. Danach erfolgt idealerweise eine Weiterbehandlung, häufig in Form einer Entwöhnung, die die Behandlung der psychischen, körperlichen und sozialen Veränderungen durch die Alkoholsucht beinhaltet.

Der Entzug kann als reine „körperliche Entgiftung“ oder als „qualifizierter Entzug“ durchgeführt werden. Beim qualifizierten Entzug erfolgen zusätzlich psychosoziale und psychotherapeutische Interventionen. Ziel ist die Stabilisierung der Abstinenz sowie die Stärkung der Änderungsbereitschaft und der Motivation für eine Weiterbehandlung. Weiterhin geht es auch um die Diagnostik und Behandlung psychischer und somatischer Folge- und Begleiterkrankungen.

---

<sup>9</sup> Der in der S3-Leitlinie vorgeschlagene Versorgungsalgorithmus bei Alkoholabhängigkeit ist in Abbildung B.2 im Anhang B dargestellt.



Studien zeigen, dass der qualifizierte Entzug im Vergleich zur reinen körperlichen Entgiftung wirksamer ist. Er erreicht eine höhere Abstinenzrate, Abstinenzzeit und Vermittlungsquote in eine Langzeittherapie. Nach einer reinen Entgiftung wird fast jeder Patient innerhalb eines Jahres rückfällig, beim qualifizierten Entzug nur jeder zweite Patient (Ärztezeitung, 2015).

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 160.000 Entzugsbehandlungen in somatischen Kliniken durchgeführt: 60 Prozent waren reine körperliche Entgiftungen, nur 40 Prozent erfolgten als qualifizierter Entzug (AWMF, 2015).

- **Maßnahme 10: Ambulante Psychotherapie stärker nutzen**

Die BPtK fordert, die ambulante Psychotherapie als wichtigen Baustein der Versorgung von alkoholkranken Patienten zu stärken. Psychotherapie ist in allen Phasen der Alkoholerkrankung wirksam – von der Motivierung zu geringerem Alkoholkonsum über die Behandlung bis zur Nachsorge. Neben den psychotherapeutischen Interventionen im Rahmen von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen liegen auch in der ambulanten Psychotherapie erhebliche Chancen für die Behandlung von Patienten mit alkoholbezogenen Erkrankungen (Behrendt & Hoyer, 2010).

Eine ambulante Psychotherapie kann einem Alkoholgefährdeten und -kranken helfen, die Motivation für einen geringeren Alkoholkonsum oder eine Abstinenz zu entwickeln. Sie kann helfen, die Reduktion beziehungsweise Abstinenz zu erreichen. Psychotherapie kann alternativ zu einer Entwöhnung in einer Reha-Klinik zur Weiterbehandlung nach einem Entzug in Betracht gezogen werden. Hilfreich ist eine ambulante Psychotherapie auch nach einer Entwöhnungsbehandlung entweder zur Aufrechterhaltung der Abstinenz im Sinne der Nachsorge oder zur Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen, die bei Alkoholabhängigen häufig vorkommen und die das Risiko für einen Rückfall erhöhen (Bachmeier et al., 2015).

Patienten mit alkoholbezogenen Störungen machen tatsächlich aber nur einen kleinen Teil der Patienten in ambulanter Psychotherapie aus. Entsprechend einer Auswertung der BARMER GEK für das Jahr 2012 nehmen nur rund 8 Prozent der Versicherten mit einer alkoholbezogenen Erkrankung (ICD-10 F10-Diagnose) eine ambulante Psycho-

therapie in Anspruch. Im Vergleich dazu liegt die psychotherapeutische Behandlungsrate bei Depressionen hingegen bei 20 Prozent, bei Essstörungen bei 29 Prozent und bei Zwangsstörungen sogar bei 39 Prozent (BARMER GEK, 2014).

### ***Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie***

Neben der Stigmatisierung von Alkoholkranken, die dazu führen kann, dass die Betroffenen keine Hilfe in Anspruch nehmen, sind die Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie ein Grund dafür, dass alkoholranke Menschen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung unterrepräsentiert sind. Bis 2011 durften Patienten mit akuter Alkoholerkrankung überhaupt nicht ambulant psychotherapeutisch behandelt werden. Sie mussten erst abstinent sein, um eine ambulante Psychotherapie beginnen zu können. Seit der Änderung der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2011 wird verlangt, dass alkoholranke Menschen bis spätestens zur zehnten Behandlungsstunde abstinent sein müssen, damit eine Therapie fortgeführt werden darf (§ 22 Absatz 1 Nr. 1a Psychotherapie-Richtlinie).

Die BPtK fordert, diese rigide Regelung aufzuheben, da sie dazu führt, dass viele alkoholranke Menschen keine ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen können. Es gibt alkoholranke Patienten, die mehr als zehn Behandlungsstunden benötigen, um Abstinenz zu erreichen. Psychotherapeuten können einschätzen, ob die Prognose eines Patienten ausreichend gut ist, um eine Psychotherapie mit einem alkoholranken Patienten auch über die zehnte Behandlungsstunde hinaus fortzuführen.

Darüber hinaus entspricht es nicht mehr dem aktuellen Stand der Wissenschaft, für jeden Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit vollständige Abstinenz zu fordern. Entsprechend der Empfehlungen der S3-Leitlinie für alkoholbezogene Erkrankungen (AWMF, 2015) sollte Abstinenz zwar weiterhin das primäre Therapieziel sein. Als sekundäres Therapieziel kann jedoch für Menschen mit riskantem und schädlichem Trinkverhalten und solche mit einem niedrigen Grad an Alkoholabhängigkeit auch ein moderater Alkoholkonsum ein sinnvolles Therapieziel sein („Kontrolliertes Trinken“).

Auch für schwer alkoholabhängige Menschen, denen es nicht gelingt, das Trinken vollständig aufzugeben, kann es vor dem Hintergrund der Schadensbegrenzung und

-minimierung sinnvoll sein, im Rahmen einer Psychotherapie eine Reduktion des Alkoholkonsums zu erreichen. Um diese Leitlinienempfehlung umzusetzen, ist es notwendig, die Begrenzungen in der Psychotherapie-Richtlinie aufzuheben. Psychotherapeuten stellen die individuell passende Behandlungsindikation und legen die Behandlungsziele – gemeinsam mit dem Patienten – fest.

### ***Kompetenzen zur Versorgung alkoholkranker Patienten erweitern***

Die Unterversorgung von Menschen mit Alkoholkrankungen in der ambulanten Psychotherapie wird auch durch eine Befragung von Psychotherapeuten deutlich, die zeigt, dass nur 27 Prozent der befragten Psychotherapeuten Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit als primären Behandlungsanlass behandeln (Behrendt, Bühringer & Hoyer, 2014). Das zeigt, dass sich die neuen Möglichkeiten zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen als primärem Behandlungsanlass noch nicht umfänglich im Praxisalltag etabliert haben.

Ursache hierfür können möglicherweise die fehlenden Erfahrungen durch die jahrelangen Einschränkungen durch die Psychotherapie-Richtlinie sein. Die Versorgung von alkoholkranken Patienten sollte daher zukünftig stärker in den Fokus der psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung rücken. Außerdem sollten vertragspsychotherapeutische Angebote stärker im Behandlungsplan von alkoholkranken Menschen berücksichtigt werden. Dafür ist es notwendig, dass Psychotherapeuten stärker als bisher in regionale Versorgungsnetze für Menschen mit Alkoholkrankungen einbezogen werden.

- **Maßnahme 11: Nachsorge innerhalb von vier Wochen**

Die BPtK fordert, dass jedem Alkoholkranken, der erfolgreich eine Suchtrehabilitation abgeschlossen hat, innerhalb von vier Wochen die notwendige Nachsorgeleistung verpflichtend angeboten werden muss. Auch in der S3-Leitlinie für alkoholbezogene Erkrankungen (AWMF, 2015) wird gefordert, dass dem Patienten nach der Entwöhnung nahtlos eine suchtbetonte Versorgung von mindestens einem Jahr angeboten werden soll.

Der Behandlungserfolg ist nach einer Entwöhnung noch erheblich gefährdet. Die Hälfte der Rückfälle findet in den ersten drei Monaten nach der Rehabilitation statt (Missel et al., 2013). Um die erreichten Fortschritte dauerhaft zu sichern, bedarf es weiterer stabilisierender Maßnahmen, die sich nahtlos an die Entwöhnung anschließen sollten.

Bisher erhält nur etwa ein Drittel derjenigen, die eine Suchtrehabilitation beendet haben, eine Nachsorgeleistung der Deutschen Rentenversicherung (Köhler, 2013). Nur etwa 8 Prozent der alkoholkranken Versicherten der BARMER GEK erhielten 2012 eine ambulante Psychotherapie (BARMER GEK, 2014).

### **Gesundheitsziel: Behandlungsabbrüche vermeiden**

90 Prozent der Alkoholkranken erhalten keine spezialisierte Suchtbehandlung (Ärztblatt.de, 2015). Ursache hierfür ist häufig die starke Fragmentierung des Suchthilfesystems in Deutschland.<sup>10</sup> Häufig erhalten Alkoholranke aufgrund bürokratischer Hürden zwischen den Segmenten nicht die notwendigen Leistungen (DHS, 2014). Könnten Behandlungsabbrüche aber vermieden werden, wäre für Patienten viel gewonnen, denn das Behandlungsangebot für Alkoholranke in Deutschland ist im internationalen Vergleich insgesamt sehr erfolgreich, wenn eine suchtspezifische Behandlung in Anspruch genommen wird.

- **Maßnahme 12: Nahtloser Übergang von Entzug in Entwöhnung**

Die BPtK fordert, dass Entzug und Entwöhnung nahtlos ineinander übergehen. Die Entwöhnung erfolgt meist als medizinische Rehabilitation. Sie ist in Deutschland im internationalen Vergleich vorbildlich. Allerdings führt die Trennung der Zuständigkeiten zwischen Krankenversicherung (Entzug) und Rentenversicherung (Entwöhnung) häufig zu Behandlungsunterbrechungen. Die Wartezeiten zwischen Entzug und Entwöhnung sind zu lang. Zu wenige Alkoholranke, die erfolgreich einen körperlichen Entzug durchgeführt haben, beginnen eine Entwöhnung. Viele werden rückfällig und benötigen einen erneuten Entzug (Mann, 2002).

---

<sup>10</sup> vergleiche Abbildung B.1 in Anhang B.

Damit Entzug und Entwöhnung nahtlos ineinander übergehen, bedarf es einer engeren Zusammenarbeit zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den Rentenversicherungsträgern. Es muss sichergestellt werden, dass ein Patient direkt und ohne Unterbrechung vom Entzug im Krankenhaus zur Entwöhnung in die Rehabilitationsklinik kommt. Hierfür ist es notwendig, dass die Bewilligung der Entwöhnung bereits während des Entzugs erfolgt und gegebenenfalls auch eine Fahrbereitschaft zur Verfügung gestellt wird, um den Patienten direkt vom Krankenhaus in die Rehabilitationsklinik zu bringen.

- **Maßnahme 13: Regionale Vernetzung**

Die BPtK fordert, eine stärkere Vernetzung der beteiligten Akteure, zum Beispiel durch regionale Versorgungsnetze beziehungsweise Angebote der integrierten Versorgung für alkoholranke Menschen. Diese sollten von speziell dafür eingerichteten Koordinierungsstellen auf Landesebene initiiert werden.

Die Versorgung Alkoholkranker könnte durch regionale Versorgungsnetze entscheidend verbessert werden. Suchthilfe-Netzwerke könnten auf regionaler Ebene alle Leistungen, die für Diagnostik, Behandlung und Nachsorge von alkoholkranken Menschen notwendig sind, erbringen. Sie könnten die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungsträger und -erbringer koordinieren.

Ein regionales Versorgungsnetz sollte mindestens bestehen aus:

- Suchtberatungsstellen,
- Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten,
- niedergelassenen Psychotherapeuten und entsprechend qualifizierten Fachärzten,
- mindestens einer Klinik, die qualifizierte Entzugsbehandlungen anbietet (Akutpsychiatrie oder Allgemeinkrankenhaus mit Innerer Abteilung),
- stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen,
- Arbeitsagenturen sowie Angeboten der Eingliederungshilfe (zum Beispiel betreutes Wohnen).

Neben einer Kooperationsvereinbarung sollten die Beteiligten ein gemeinsames leitliniengerechtes Versorgungskonzept erarbeiten. Darin könnten unter anderem die Aufgaben der Kooperationspartner, die Indikationskriterien für die Aufnahme eines Patienten in das Versorgungsnetz sowie die Verfahrensabläufe festgelegt sein. Aus Sicht der BPtK erscheint es notwendig, dass die Kommunen aktiv auf die Leistungsträger zugehen und mittels einer kommunal finanzierten Koordinierungsstelle die regionale Versorgung von Alkoholkranken organisieren.

Manchmal kann es aber auch sinnvoll sein, die Entwöhnung nicht in der Nähe des Wohnortes durchzuführen, wenn beispielsweise ein Abstand vom „trinkenden Umfeld“ erforderlich ist.

### ***Stärkere Einbindung von Primärversorgern***

Die BPtK fordert eine stärkere Vernetzung der Primärversorger mit der Suchtkrankenhilfe. Am Anfang der Behandlungskette stehen häufig die Hausärzte beziehungsweise bei Kindern und Jugendlichen die Kinder- und Jugendärzte sowie die Allgemeinkrankenhäuser. Niedergelassene Ärzte erreichen etwa zehnmal so viele Alkoholabhängige wie die Beratungsstellen. In Allgemeinkrankenhäusern werden etwa zwanzigmal so viele alkoholabhängige Patienten pro Jahr behandelt wie in Fachkliniken und zehnmal so viele wie in psychiatrischen Kliniken (Höcker & Belz, 2010). Von den Patienten, die eine Entwöhnungsbehandlung wahrnehmen, werden aber nur etwa 20 Prozent durch Krankenhäuser und 3 Prozent durch niedergelassene Ärzte in die Reha-Einrichtung überwiesen (Bachmeier et al., 2015). Primärversorger müssen daher stärker mit der Suchtkrankenhilfe vernetzt sein, um bei Verdacht auf eine Alkoholkrankung schnell eine spezifische Behandlung anbieten zu können.

- **Maßnahme 14: Spezifische Angebote für Kinder und Jugendliche**

Die BPtK fordert, die Besonderheiten der Versorgung von alkoholkranken Kindern und Jugendlichen stärker zu berücksichtigen. Besonders bei Kindern und Jugendlichen mit alkoholbezogenen Erkrankungen ist es wichtig, eine enge Verzahnung zwischen den verschiedenen Angeboten und Strukturen der Jugendhilfe, der Suchthilfe, der Schule, der Primärversorgung durch Kinder- und Jugendärzte und Krankenhäuser sowie der

Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie herzustellen. Aufgrund der vielen beteiligten Akteure und der erheblichen Auswirkungen von Alkohol auf die körperliche und psychische Entwicklung ist die Einrichtung eines Fallmanagers bei alkoholkranken Kindern und Jugendlichen sinnvoll, um ihre Versorgung angemessen zu gestalten.

Des Weiteren wäre es sinnvoll, den Ausbau von Suchtabteilungen für junge Erwachsene mit alkoholbezogenen Erkrankungen zu fördern. Die Prävalenz von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit ist in der Altersgruppe von 18 bis 29 Jahren im Vergleich zu anderen Altersgruppen am höchsten (vergleiche Pabst et al., 2013). Junge Erwachsene finden jedoch in den Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht mehr und in denen der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie noch keinen angemessenen Platz.

- **Maßnahme 15: Spezielle Angebote für chronisch Alkoholranke**

Die BPtK fordert für chronisch alkoholranke Menschen ein Fallmanagement und niedrigschwellige aufsuchende Suchttherapie als Regelangebot. Chronisch alkoholranke Menschen werden häufig mehrmals im Jahr, meist notfallmäßig für eine körperliche Entgiftung stationär aufgenommen. Es findet jedoch so gut wie nie eine anschließende Entwöhnung statt. Diese Patienten werden durch das klassische Suchthilfesystem, das ein Mindestmaß an Eigeninitiative voraussetzt, nicht erreicht. Chronische Alkoholranke benötigen eine niedrigschwellige aufsuchende Suchttherapie, die von einem Fallmanager organisiert wird (Banger, Paternoga & Hotz, 2007; Schu, 2002).



## V. Literatur

- Adam, M. & Effertz, T. (2011). Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums. In: V. Singer, A. Batra, K. Mann (Hrsg.), Alkohol und Tabak – Grundlagen und Folgeerkrankungen (S. 57-62). Stuttgart: Thieme.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H. & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. The British Journal of Psychiatry, 203, 146-151.
- Ärzteblatt.de (2015). Neue S3-leitlinie „Alkohol“ und „Tabak“ veröffentlicht. Abrufbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61674>.
- Ärztezeitung (2015). Alkoholranke bei Internisten in guten Händen. Abrufbar unter: [http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psi-chiatrische\\_krankheiten/suchtkrankheiten/article/883951/entzug-alkoholranke-internisten-guten-haenden.html](http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psi-chiatrische_krankheiten/suchtkrankheiten/article/883951/entzug-alkoholranke-internisten-guten-haenden.html).
- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2015). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ abrufbar unter: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-001l\\_S3-Leitlinie\\_Alkohol\\_2016-02.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001l_S3-Leitlinie_Alkohol_2016-02.pdf).
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2005). Alkohol – Kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Göttingen: Hogrefe.
- Bachmeier, R. et al. (2015). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2012 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Abrufbar unter: <http://www.sucht.de/basisdokumentation.html>.
- Banger, M., Paternoga, D. & Hotz, P. (2007). Der Case Managementansatz bei chronisch Alkoholabhängigen als Einstieg in die Integrierte Versorgung nach §§ 140 ff. SGB V. Suchttherapie, 8, 164-169.
- BARMER GEK (2014). Gesundheitsreport 2014. Abrufbar unter: <https://firmenangebote.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Firmenangebote/Gesundheitsangebote-fuer-Beschaefigte/Gesundheit-im-Unternehmen/Gesundheitsfakten/Gesundheitsreport/Gesundheitsreports-2014-PDF/Gesundheitsreport-2014.html>.
- Beckmann, U. & Naumann, B. (2014). Suchtrehabilitation durch die Rentenversicherung. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.). Jahrbuch Sucht (S. 231-247). Lengerich: Pabst.
- Behrendt, S. & Hoyer, J. (2010). Einsatzfelder ambulanter Psychotherapie bei Substanzstörungen. Psychotherapeutenjournal, 1, 4-13.
- Behrendt, S., Bühringer, G. & Hoyer, J. (2014). Ambulante Psychotherapie der Substanzstörungen – Erweiterte Möglichkeiten nach Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie 2011. Psychotherapeut, 59, 310-316.



- BMI – Bundesministerium des Innern (2015). Polizeiliche Kriminalstatistik 2014. Abrufbar unter: [http://www.bka.de/nn\\_193232/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2014/pks2014\\_node.html?nnn=true](http://www.bka.de/nn_193232/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/2014/pks2014_node.html?nnn=true).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015). Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Diagnosen 2014 – Ergebnisse der Krankheitsartenstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung. Abrufbar unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftergebnisse/160411\\_AU\\_nach\\_Diagnosen\\_2014.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftergebnisse/160411_AU_nach_Diagnosen_2014.pdf).
- Bronisch, T. & Wittchen, H. U. (1992). Lifetime and 6-month prevalence of abuse and dependence of alcohol in the Munich-Follow-up Study. *European Archives of Psychiatry and Neuroscience*, 241, 273-282.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg., 2015) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 1. Auflage, Version 5. 2009, zuletzt verändert: Juni 2015. Abrufbar unter: [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de).
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2008). Aktionsplan Alkohol der DHS 2008. Abrufbar unter: [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs\\_stellungnahmen/aktionsplan\\_alkohol\\_der\\_dhs\\_2008final\\_din.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/aktionsplan_alkohol_der_dhs_2008final_din.pdf).
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2013). Stellungnahme der DHS zum Präventionsgesetz (17/13080) der Koalition DCU/CSU und FDP. Abrufbar unter: [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs\\_stellungnahmen/2013-09-13-Stellungnahme\\_Praeventionsgesetz.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2013-09-13-Stellungnahme_Praeventionsgesetz.pdf).
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014). Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland. Abrufbar unter: [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/dhs\\_stellungnahmen/2014-08-27\\_DHS-Systemanalyse\\_Finale\\_01.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2014-08-27_DHS-Systemanalyse_Finale_01.pdf).
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2016). Drogen- und Suchtbericht Juni 2016. Abrufbar unter: [http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien/dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen\\_2016/Drogenbericht\\_2016\\_web.pdf](http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien/dba/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_2016/Drogenbericht_2016_web.pdf).
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2013). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. München: Huber.
- Drogen- und Suchtrat (2008). Empfehlungen des Drogen- und Suchtrates an die Drogenbeauftragte der Bundesregierung für ein Nationales Aktionsprogramm zur Alkoholprävention. Abrufbar unter: [http://www.kreuzbund-alb-donau.de/linked/Alkohol\\_Aktionsplan.pdf](http://www.kreuzbund-alb-donau.de/linked/Alkohol_Aktionsplan.pdf).
- DRV Bund (2013). Vereinbarungen im Suchtbereich, 2. Aufl., abrufbar unter: [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/265920/publicationFile/62744/vereinbarungen\\_im\\_suchtbereich.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/265920/publicationFile/62744/vereinbarungen_im_suchtbereich.pdf).

- Effertz, T. (2015). Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums – eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Frankfurt: Peter Lang GmbH Internationaler Verlag der Wissenschaft.
- Effertz, T., Verheyen, F. & Linder, R. (2014). Die medizinischen Kosten schädlichen Alkohol- und Tabakkonsums in Deutschland – eine Analyse mittels GKV-Routinedaten. Sucht, 60 (4). 203-213.
- Gaertner, B., Freyer-Adam, J., Meyer, C. & John, U. (2015). Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. In DHS (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2015 (S. 39-71). Lengerich: Pabst.
- gesundheitsziele.de (2015). Nationales Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“. Abrufbar unter: [http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1246/Alkoholkonsum\\_reduzieren\\_Veroeffentlichung\\_150626.pdf](http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1246/Alkoholkonsum_reduzieren_Veroeffentlichung_150626.pdf).
- Gomes de Matos, E., Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2013). Problembewusstsein und Inanspruchnahme von Hilfe bei substanzbezogenen Problemen. Sucht, 59(6). 355-366.
- Hapke, U., v. der Lippe, E. & Gaertner, B. (2013). Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt, 56, 809-813.
- HBSC-Studienverbund Deutschland (2015). Studie Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen“. Abrufbar unter: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).
- Höcker, W. & Belz, E. (2010). Integrierte Versorgung für alkoholabhängige und alkoholmissbrauchende Patientinnen und Patienten im Landkreis Konstanz. Abrufbar unter: <http://www.eberhard-belz.net/med/innovative-konzepte-im-versorgungsmanagement.pdf>.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt, 85, 77-87.
- Kaner, E. F., Dickinson, H. O., Beyer, F. R., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J. B., Burnand, B. & Pienaar, E. D. (2009). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (Review). The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library, Issue 4. Abrufbar unter: [http://www.uvm.edu/~satc/psyc380/readings%232/reading\\_11a.pdf](http://www.uvm.edu/~satc/psyc380/readings%232/reading_11a.pdf).
- kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost (2012). Suchtinfo – Ein Ratgeber für Patienten. Abrufbar unter: [http://www.iak-kmo.de/fileadmin/user\\_upload/Flyer/SuchtinfoA5\\_120510.pdf](http://www.iak-kmo.de/fileadmin/user_upload/Flyer/SuchtinfoA5_120510.pdf).

- Köhler, J. (2013). Rehabilitation und verminderte Erwerbsfähigkeit bei psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose und M. Meyer (Hrsg.) Fehlzeiten-Report 2013. Verdammte zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft (S. 135-140). Berlin Heidelberg: Springer.
- Lehner, B. & Kepp, J. (2015). Daten, Zahlen und Fakten In. DHS (Hrsg.), Jahrbuch Sucht (S. 11-38). Lengerich: Pabst.
- Lehner, B. & Kepp, J. (2016). Daten, Zahlen und Fakten In. DHS (Hrsg.), Jahrbuch Sucht (S. 9-35). Lengerich: Pabst.
- Lindenmeyer, J. (2006). Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit In. H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.). Klinische Psychologie und Psychotherapie (S. 637-660). Heidelberg: Springer.
- Lindenmeyer, J. & Rost, S. (2008). Lieber schlau als blau – für Jugendliche. Ein Präventionsprogramm für die Schule. Beltz PVU, Weinheim.
- Mann, K. F. (2002). Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. Von der Behandlungskette zum Behandlungsnetz. Deutsches Ärzteblatt, 99/10, A632-44.
- Mann, K., Schäfer, D.R., Längle, G., Ackermann, K & Croissant, B. (2005). The long-term course of alcoholism, 5, 10, and 16 years after treatment. *Addiction* 100, 797-805.
- Marschall, U., Ullrich, W. & Sievers, C. (2012). Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. Abrufbar unter: [https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame\\_PDF\\_Dokumente/Publicationen/12-20Sievers.property=Data.pdf](https://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame_PDF_Dokumente/Publicationen/12-20Sievers.property=Data.pdf).
- McQueen, J., Howe, T. E., Allen, L., Mains, D. & Hardy, V. (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Systematic Review*, 10 (8).
- Miller, W. R. & Rollnik, S. (2005). Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus.
- Missel, P., Bick, S., Bachmeier, R., Funke, W., Garbe, D., Herder, F. et al. (2013). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FSV – Katamnese des Entlassjahrgangs 2010 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht* aktuell 1/2013, 13-25.
- OECD (2015). Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy (S. 141-185). OECD Publishing. Abrufbar unter: <http://www.oecd.org/health/tackling-harmful-alcohol-use-9789264181069-en.htm>.
- Orth, B. (2016). Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

- Pabst, A., Kraus, L., Gomes de Matos, E. & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*, 59 (6), 321-331.
- Plass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H. & Krämer, A. (2014). Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland: Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111, 629-638.
- RKI – Robert Koch-Institut (2015). Gesundheit in Deutschland. Abrufbar unter: [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit\\_in\\_deutschland\\_2015.pdf?blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?blob=publicationFile).
- Rummel, C. (2015). Stigmatisierung Alkoholabhängiger In DHS (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2015* (S. 274-287). Lengerich: Pabst.
- Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., Bischof, G. & John, U. (2000). Inanspruchnahme suchtspezifischer Hilfen von Alkoholabhängigen und -missbrauchern. Ergebnisse der TACOS-Bevölkerungsstudie. *Sucht* 46 (1), 19-36.
- Schlieckau, J. (2015). Kompendium der deutschen Alkoholpolitik – Zum Schutz unserer Kinder und Jugendlichen brauchen wir eine wirksame Verhältnisprävention. Hamburg: disserta Verlag.
- Schomerus, G., Holzinger, A., Matschinger, H., Lucht, M. & Angermeyer, M. C. (2010). Einstellung der Bevölkerung zu Alkoholkranken – Eine Übersicht. *Psychiatrische Praxis*, 37, 111-118.
- Schu, M. (2002). Case Management für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige – Ergebnisse eines Modellprojekts. abrufbar unter: [http://www.sucht.de/alt/fachthemen/beh\\_angeb/soz\\_reha/schu\\_case\\_2002.pdf](http://www.sucht.de/alt/fachthemen/beh_angeb/soz_reha/schu_case_2002.pdf).
- Statistisches Bundesamt (2014). Verkehrsunfälle – Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr 2013. Abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/TransportVerkehr/Verkehrsunfaelle/UnfaelleAlkohol5462404147004.pdf?blob=publicationFile>.
- WHO (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Abrufbar unter: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/).

## VI. Anhang

### A. Was wird unter „Alkoholkrankheiten“ verstanden?

Alkoholbezogene Erkrankungen – meist vereinfacht auch als Alkoholkrankheiten bezeichnet – gehören zu den psychischen Erkrankungen. Sie werden in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10 Kapitel V (F); Dilling, Mombour & Schmidt, 2013) unter den psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen kodiert – den sogenannten F1-Diagnosen.

Zu den alkoholbezogenen Erkrankungen zählen vor allem der schädliche Alkoholgebrauch und die Alkoholabhängigkeit. Darüber hinaus gibt es noch weitere alkoholbezogene Diagnosen wie der Alkoholrausch (sogenannte Alkoholintoxikation), das Entzugssyndrom bei Verzicht auf Alkohol sowie durch Alkohol ausgelöste psychotische Störungen (zum Beispiel Halluzinationen, Wahnvorstellungen) oder Störungen des Gedächtnisses (sogenanntes Amnestisches Syndrom).

Die **Alkoholabhängigkeit** zeichnet sich durch folgende Kriterien aus:

- starkes Verlangen nach Alkohol (sogenanntes Craving),
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich der Trinkmenge,
- körperliche Entzugserscheinungen bei Konsumstopp oder -reduktion,
- Toleranzentwicklung (das heißt größere Alkoholmengen sind notwendig, um dieselbe Wirkung zu erzielen),
- Einengung des Denkens auf Alkohol (das heißt Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums) und
- anhaltender Alkoholkonsum trotz gesundheitlicher und sozialer Folgeschäden.

Beim **schädlichen Gebrauch** sind diese Kriterien zwar nicht vollständig erfüllt, der Alkoholkonsum hat jedoch bereits negative psychische, soziale oder körperliche Folgen, zum Beispiel eine geringere geistige Leistungsfähigkeit, Leberkrankheiten, Verlust des Arbeitsplatzes oder Trennung vom Partner.

## B. Phasen der Versorgung von Alkoholkranken

In Deutschland existiert ein zwar umfassendes, aber auch stark segmentiertes Versorgungssystem für Menschen mit Alkoholerkrankungen. Die verschiedenen Segmente, die zugehörigen Einrichtungen mit ihren Aufgaben sowie die zuständigen Kostenträger sind in Abbildung B.1 zusammengefasst. Bei der Beschreibung des Versorgungssystems lassen sich verschiedene Phasen der Versorgung von Alkoholerkrankungen ausmachen.

In der ersten Phase – der sogenannten **Vorphase** – geht es vorrangig um die Früherkennung und Frühintervention mit dem Ziel, die Alkoholkrankheit frühzeitig zu erkennen und eine Behandlungsmotivation aufzubauen. Institutionen, die an der Vorphase beteiligt sind, sind Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Fachambulanzen, Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte, da sie häufig die erste Anlaufstelle sind. Aber auch Allgemeinkrankenhäuser, in denen alkoholranke Menschen wegen körperlicher Beschwerden behandelt werden, sowie niedergelassene Psychotherapeuten und entsprechend qualifizierte Fachärzte gehören dazu.

In der **Akutbehandlungsphase** findet die körperliche Entgiftung beziehungsweise idealerweise die qualitative Entzugsbehandlung statt. Diese wird in der Regel stationär auf internistischen Stationen in Allgemeinkrankenhäusern oder in Psychiatrischen Kliniken durchgeführt. Sie kann aber auch – je nach Schwere der Alkoholabhängigkeit und bei entsprechender Qualifikation des betreuenden Arztes – ambulant durchgeführt werden.

Die **Postakutbehandlungsphase** schließt sich im Idealfall nahtlos an die Entzugsbehandlung an. Postakutbehandlungen erfolgen meist als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (sogenannte Entwöhnungsbehandlung) mit dem vorrangigen Ziel der Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Teilhabefähigkeit. In diesen Fällen werden die Kosten in der Regel von der gesetzlichen Rentenversicherung getragen. Entwöhnungsbehandlungen finden hauptsächlich stationär in Fachkliniken (rund 80 Prozent) und zu einem geringeren Teil in ambulanten Behandlungsstellen (rund 20 Prozent) statt (Beckmann & Naumann, 2014).



Andere Formen der Postakutbehandlung umfassen unter anderem die vertragsärztliche beziehungsweise -psychotherapeutische Versorgung, zum Beispiel durch einen Psychotherapeuten, einen entsprechend qualifizierten Arzt oder eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Diese Leistungen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert.

In der **Nachsorgephase** liegt das Hauptgewicht auf der Stabilisierung der Abstinenz, dem Rückfallmanagement, der Erprobung und Festigung der in der Rehabilitation erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen sowie auf dem Transfer des Erlernten in den Alltag und der (Re-)Integration in das Arbeitsleben (DRV Bund, 2013). Entsprechend der S3-Leitlinie für alkoholbezogene Störungen (AWMF, 2015) soll die Nachsorge mindestens ein Jahr lang angeboten werden. Die Nachsorge kann von Selbsthilfe- und Abstinenzgruppen erbracht werden. Wenn dies nicht ausreicht, kann auch eine Nachsorge durch einen Rentenversicherungsträger in Betracht kommen. Diese wird dann von der Rentenversicherung finanziert.

Außerdem kann im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung auch eine ambulante Psychotherapie indiziert sein. Dies ist – im Gegensatz zur Nachsorge durch die Rentenversicherungsträger – vor allem dann der Fall, wenn der therapeutische Prozess nach der medizinischen Rehabilitation noch nicht abgeschlossen ist. Hier spielt neben der Veränderung von Erlebens- und Verhaltensweisen, die zu einem Rückfall führen können, auch die Behandlung psychischer Komorbiditäten, wie zum Beispiel Depressionen, Persönlichkeits- oder Angststörungen, eine wesentliche Rolle. Die Leistungen werden von niedergelassenen Psychotherapeuten und entsprechend qualifizierten Ärzten erbracht und von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt.

Die S3-Leitlinie für alkoholbezogene Störungen (AWMF, 2015) hat einen leitliniengerechten Versorgungsalgorithmus für Alkoholabhängigkeit entwickelt, der die beschriebenen Elemente der Versorgung zusammenfasst (vergleiche Abbildung B.2).

**Abbildung B.1. Bereiche der Versorgung von Menschen mit Alkoholkrankungen**

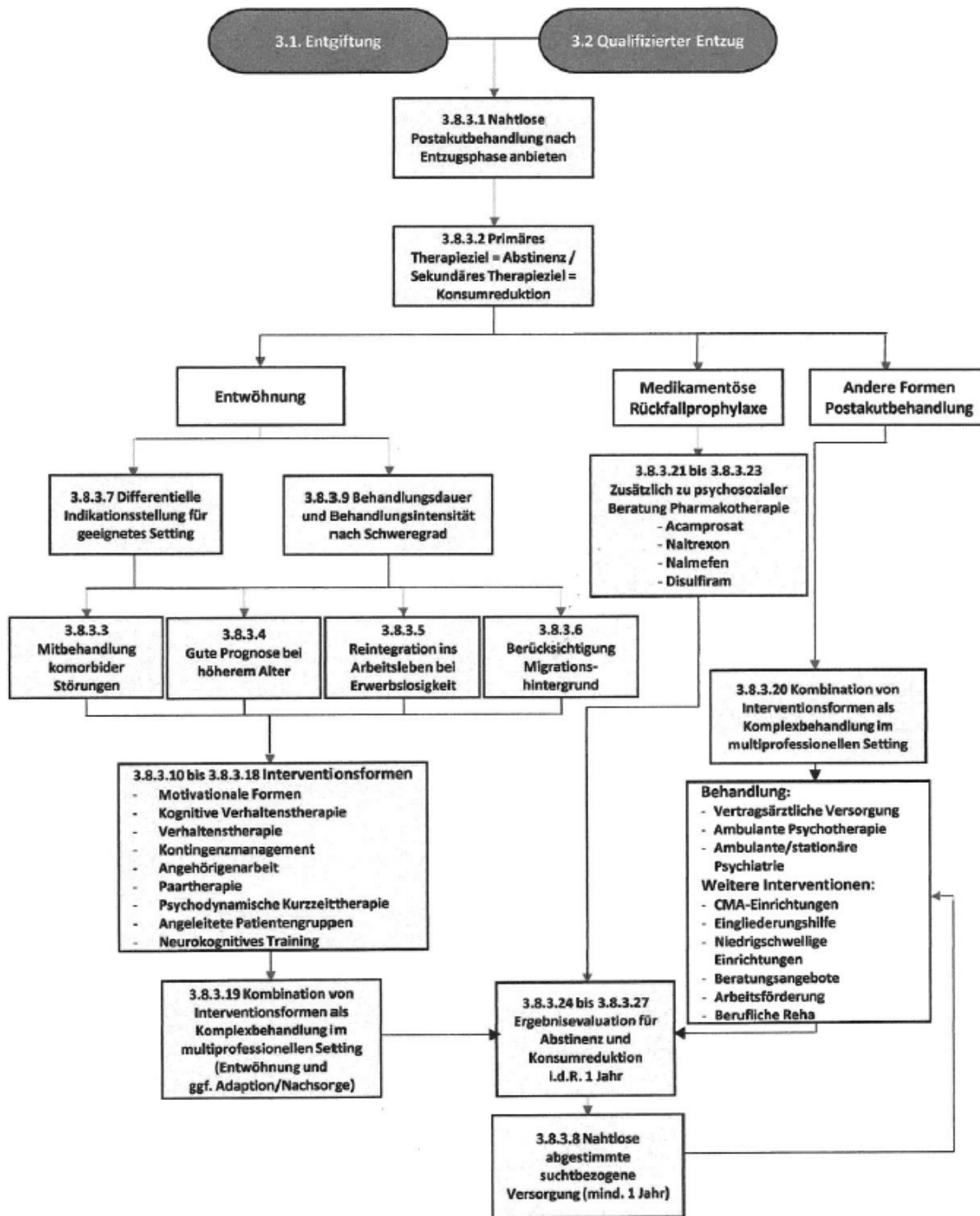
	Beratung	Krankenbehandlung	Medizinische Rehabilitation	Nachsorge	Berufliche Rehabilitation	Komplementäre Hilfen
<b>Hauptaufgabe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aufklärung, Beratung, Betreuung, Motivierung, Koordination von Hilfen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diagnostik und Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 F10) und Folgeerkrankungen von chronischem Alkoholkonsum (z. B. Leberzirrhose)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entwöhnung und Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Teilhabefähigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Stabilisierung des Therapieerfolgs nach Entwöhnung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unterstützung von mehrfachgeschädigten Menschen mit erheblichen Beeinträchtigungen</li> </ul>
<b>Einrichtung und ihre Aufgaben</b>  (Aufzählung nicht abschließend)	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Suchtberatungsstellen:</b> umfassende Beratung, Diagnostik, Motivationsklärung und -aufbau, Krisenintervention, Vorbereitung und Vermittlung einer Entzugs-/Entwöhnungsbehandlung</li> <li>➤ <b>Gesundheitsämter:</b> präventive Aufklärung und Beratung, aufsuchende Hilfe</li> <li>➤ <b>Sozialpsychiatrische Dienste:</b> Koordination der Hilfe für schwer alkoholranke Menschen</li> <li>➤ <b>Soziale Dienste in Krankenhäusern:</b> soziale Beratung und Betreuung des Patienten</li> <li>➤ <b>Betriebliche Suchtkrankenhilfe:</b> allgemeine Information, Aufklärung, Beratung, betriebsbezogene Interventionsprogramme</li> <li>➤ <b>Beratung durch den Rehabilitationsträger/Gemeinsame Servicestellen:</b> Information über Leistungen zur Teilhabe sowie Antragsverfahren</li> <li>➤ <b>Niedrigschwellige Angebote</b> wie Streetwork, Kontaktläden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Niedergelassene (Haus-)Ärzte:</b> Früherkennung und -intervention, Begleitung durch das Suchthilfesystem, bei entsprechender Qualifikation: Entzugsbehandlung</li> <li>➤ <b>Psychotherapeuten und entsprechend qualifizierte Fachärzte:</b> ambulante Behandlung von schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit von Alkohol</li> <li>➤ <b>Psychiatrische Institutsambulanzen:</b> die nicht wartezimmerfähig sind und durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten nicht angemessen versorgt werden können</li> <li>➤ <b>Allgemeinkrankenhäuser:</b> in der Regel reiner körperlicher Entzug, Früherkennung und -intervention, Behandlung der alkoholbedingten Folgeerkrankungen</li> <li>➤ <b>Psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkliniken:</b> in der Regel qualifizierte Entzugsbehandlung, Behandlung der Abhängigkeitserkrankung und komorbider psychischer Störungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Ambulante Entwöhnung</b> in Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen, ambulanten Rehabilitationseinrichtungen</li> <li>➤ <b>Stationäre Entwöhnung</b> in Fachkliniken für Rehabilitation/Suchtrehabilitation</li> <li>➤ Stationäre <b>medizinische Reha</b> kann <b>Adaptionsphase</b> in Adaptionseinrichtungen (kleinere stationäre Wohneinrichtungen) umfassen → therapeutische Behandlungsangebote treten zugunsten einer Erprobung und Übung eigenverantwortlicher Lebensführung zurück</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Nachsorge durch Rehabilitationsträger:</b> Aufrechterhaltung der Abstinenz, Unterstützung beim beruflichen und sozialen Wiedereinstieg</li> <li>➤ <b>Ambulante Weiterbehandlung,</b> z. B. bei Vorliegen einer komorbiden psychischen Erkrankung und zur Rückfallprophylaxe</li> <li>➤ <b>Selbsthilfegruppen</b></li> <li>➤ <b>Beratungsstellen</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk:</b> berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen oder Umschulung behinderter Menschen</li> <li>➤ <b>Integrationsämter:</b> Anbieten von begleitenden Hilfen im Arbeitsleben für schwerbehinderte Menschen</li> <li>➤ <b>Integrationsfachdienste, Integrationsprojekte:</b> Dienste Dritter bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</li> <li>➤ <b>Berufliche Trainingszentren:</b> regionale Einrichtungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben</li> <li>➤ <b>Werkstätten für behinderte Menschen:</b> geschützte Arbeitsstätten für behinderte Menschen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wohngemeinschaften</li> <li>➤ Betreutes Wohnen</li> <li>➤ Übergangeinrichtungen</li> <li>➤ Soziotherapeutische Heime</li> <li>➤ Wohnheime</li> <li>➔ Einrichtungen ermöglichen ein alltagsähnliches, aber betreutes und damit beschütztes und gestütztes Wohnmilieu</li> </ul>
<b>Kostenträger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unterschiedliche Kostenträger je nach Angebot (z. B. Krankenversicherung, Rentenversicherung, Sozialhilfeträger, Wohlfahrtsverbände)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ in der Regel Krankenversicherung</li> <li>➤ ggf. auch Unfallversicherung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ in der Regel Rentenversicherung</li> <li>➤ aber auch Krankenversicherung, Unfallversicherung, Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopferversorgung, Sozialhilfeträger, Träger der öffentlichen Jugendhilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ je nach Leistungserbringer unterschiedlich (z. B. Krankenversicherung, Rentenversicherung, Wohlfahrtsverbände)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ unterschiedliche Kostenträger (z. B. Bundesagentur für Arbeit, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Träger der Kriegsopferfürsorge, Kinder- und Jugendhilfeträger, Sozialhilfeträger)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ in der Regel Sozialhilfeträger</li> <li>➤ ggf. bei Jugendlichen: Träger der öffentlichen Jugendhilfe</li> <li>➤ ggf. Pflegeversicherung</li> </ul>

SELBSTHILFE

(Merkmale: Freiwilligkeit, keine Zuweisung/Kontrolle durch professionelle Hilfen, Leitprinzip: „Hilfe zur Selbsthilfe“)



Abbildung B.2. Versorgungsalgorithmus bei Alkoholabhängigkeit



Quelle: S3-Leitlinie für alkoholbezogene Störungen (AWMF, 2015)