

Sucht, eine Volkskrankheit

Wilfried Köhler, Siegmund Drexler

Nach Zahlen der Weltgesundheitsorganisation stehen bei den durch Krankheiten bedingten Verlusten an Lebensjahren und Lebensqualität, gemessen an der DALY-Skala (Disability-Adjusted-Life-Years, eine Kombination von vorzeitiger Mortalität und Morbidität), die neuropsychiatrischen Erkrankungen mit 25,1 % an der Spitze. Noch vor den Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit 19,3 % und den Tumorerkrankungen mit 17,4 %. Gemessen an der Anzahl der Jahre, die durch eine Krankheit in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind (Years Lived with Disabilities), nehmen unter den neuropsychiatrischen Störungen die alkoholbezogenen Störungen mit 6,2 % den zweiten Platz ein, nach den unipolaren Depressionen mit 13,7 %. Gemessen an der volkswirtschaftlichen Bedeutung besteht hier ein riesiges Defizit an Forschungsaufwand und Behandlungsmöglichkeiten.

Epidemiologische Zahlen

Die Zahlen zur Epidemiologie, im folgenden die für das Jahr 2005, zeigen den Umfang des Problems. Mit Tabak betreiben in Deutschland 13,1 Millionen Menschen einen riskanten Konsum, 4,3 Millionen sind nikotinabhängig. Die tabakbedingten Todesfälle werden auf über 120.000 jährlich geschätzt, davon ca. 40 % durch Krebserkrankungen, 33 % durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen, 18 % durch Atemwegserkrankungen. Die Krankheitskosten werden auf 17,3 Milliarden Euro geschätzt, demgegenüber stehen Steuereinnahmen von 14,2 Milliarden Euro. Der Umsatz mit Tabakprodukten betrug in Deutschland 24 Milliarden Euro. Beim Alkohol betreiben 5,6 Millionen Bundesbürger einen riskanten Konsum, 1,5 Millionen sind alkoholabhängig. Die alkoholassoziierten Todesfälle belaufen sich auf 42.000 im Jahr. Die Krankheitskosten werden auf 20,2 Milliarden Euro geschätzt, dem stehen Steuereinnahmen von 3,4 Milliarden Euro gegenüber.

Die Anzahl der Medikamentenabhängigen, dies sind Benzodiazepinabhängige und Konsumenten von BtM-pflichtigen Schmerzmitteln, wird auf 1,1 Millionen geschätzt. Das Problem der Medikamentenabhängigkeit ist erheblich komplexer als bei den vorgenannten legalen Suchtstoffen, da es im Einzelfall sehr schwierig sein kann, den therapeutischen Nutzen des Medikaments von den Beeinträchtigungen durch die entstandene Abhängigkeit abzugrenzen.

Epidemiologische Daten zum Konsum illegaler Drogen zeigen einen zahlenmäßig erheblich geringeren Anteil von abhängigen Konsumenten, dem jedoch die hohe Belastung durch Delinquenz und Krankheitskosten gegenübersteht. Drogenabhängige haben zudem in der Regel weitere psychiatrische Störungen. Man schätzt, dass 4 % der 14- bis 24-jährigen regelmäßig Cannabis konsumieren, und dass in Deutschland 24.000 Cannabiskonsumenten davon abhängig sind. Bei Opiaten und Kokain schätzt man die Zahl der Abhängigen auf 175.000. Die Zahl der Todesfälle lag bei ca. 1.300 im Jahr.

Unter den nichtstoffgebundenen Suchtformen ist die Glücksspielsucht am bes-

ten untersucht. Man schätzt die Zahl der pathologischen Spieler auf 100.000 bis 265.000. Der Umsatz, der damit erzielt wird, wird auf über 25 Milliarden Euro geschätzt, dem stehen Steuereinnahmen von 3,4 Milliarden gegenüber.

Eine wichtige Rolle beim Übergang eines Suchtmittelkonsums in einen Missbrauch oder in eine Abhängigkeit spielt die psychiatrische Komorbidität, die bei Drogenabhängigen die Mehrzahl aller Patienten betrifft und die auch bei Alkoholabhängigen, vor allem in Form von Angststörungen und affektiven Erkrankungen, einen erheblichen Anteil hat.

Geschichte der Sucht

Der Konsum von psychotropen Substanzen zur individuellen oder kollektiven Entspannung, Anregung oder zur Herstellung von Euphorie und Ekstase ist belegt, seitdem wir Zeugnisse über die Lebensweise des Menschen haben. Insbesondere der Konsum von pflanzlichen Suchtstoffen, wie Opium aus dem Schlafmohn, von Cannabis, oder von Kokain, reicht wohl weit in die vorhistorische Zeit zurück. Aus Kreta ist die spätminoische Terrakottafigur der Erdgöttin Demeter überliefert (1400 bis 1200 vor Christus), welche mit Schlafmohn-

kapseln verziert ist. Der Konsum von Schlafmohn zur Betäubung der Trauer über ihre geraubte Tochter Persephone wird dieser Göttin zugeschrieben. Ein noch älteres Zeugnis findet sich auf einer Tontafel aus Ninive 2700 vor Christus. Es findet sich dort eine Tafel mit Heilpflanzen und die Bezeichnung „braune Droge, Tochter des Feldmohns“, und schon in Resten von Pfahlbausiedlungen des 3. Jahrtausend vor Christus finden sich Mohnkapsel und Mohnsamen.

Erworbene Hirnerkrankung

Die Geschichte der Suchterkrankungen spiegelt auch die Versuche des Menschen wider, Ursachen und Schuldzuweisungen zu konstruieren, um mit ängstigen Lebenszufällen besser umgehen zu können. Dies reicht von Erklärungen von Suchterkrankungen als Strafe der Götter, im Monotheismus noch verschärft, bis zu Konstruktionen wie „Charakter- oder Willenschwäche“ als selbstverschuldete Ursache der „Trunkfälligkeit“ im letzten und vorletzten Jahrhundert. Erst vor etwa 50 Jahren wurde Alkoholabhängigkeit als Krankheit anerkannt, und erst in den letzten 15 Jahren hat sich, nicht zuletzt durch die bildgebenden Verfahren im Bereich der Hirnforschung, zeigen lassen, dass die Basis der Suchterkrankungen eine durch den Suchtstoff unmittelbar und durch die vom Suchtstoff ausgelösten Verhaltensänderungen bedingte Veränderung von Hirnfunktionen ist. Sucht ist also eine erworbene Hirnerkrankung. Eine Hirnerkrankung, deren Verlauf jedoch, wie auch bei einer Reihe anderer Erkrankungen, man denke nur an Diabetes oder Bluthochdruck, neben der Konstitution des Erkrankten durch dessen Lebensweise und durch positive Lebenserfahrungen außerhalb des Suchtstoffkonsums deutlich beeinflusst wird. Eine Abhängigkeitserkrankung ist demnach eine chronische Erkrankung, die

unter anderem durch die Unfähigkeit zum kontrollierten Konsum, Toleranzentwicklung hinsichtlich der Substanzwirkung und das Auftreten körperlicher Entzugssymptome gekennzeichnet ist.

Die Stigmatisierung der Sucht

Die Akzeptanz der Abhängigkeit als Erkrankung hat die Bereitschaft der Gesellschaft deutlich erhöht, in rationaler Weise mit dieser Störung umzugehen, neben der vorher dominierenden soziologischen Forschung auch naturwissenschaftliche Forschung zu fördern und psychiatrische einschließlich psychotherapeutischer Behandlungskonzepte anzubieten.

Allerdings leidet die Sucht, wie andere psychische Erkrankungen, weiterhin unter einer Stigmatisierung der Patienten in der öffentlichen Wahrnehmung und Diskussion. Diese verzerrte, in der Regel diffamierende Wahrnehmung wird auch von Handelnden im Gesundheitssystem nicht so selten praktiziert. Insbesondere dann, wenn potentielle Suchtmittel auch Heilmittel sind, auf die nicht verzichtet werden kann, ohne dem Patienten Schmerzen und Leiden zuzumuten, fällt es den damit arbeitenden Ärzten oft schwer, beide Aspekte, den Nutzen und das Risiko, ausgewogen wahrzunehmen. Wenn aus einer „gut gemeinten“ Verordnung eine nicht mehr beherrschbare Abhängigkeit wird, kommt es aus der Hilflosigkeit des Therapeuten heraus leicht zu Schuldzuweisungen an den Patienten. Das lässt sich gut an der Geschichte des Umgangs mit Opiaten, in der Regel mit dem aus dem Schlafmohn gewonnenen Opium, ablesen. Opium, vermutlich das erste wirksame Arzneimittel, war von den ersten dokumentierten Zeugnissen an ein unverzichtbares Mittel, das Können des Arztes beim Patienten unter Beweis zu stellen. Der Umgang damit pendelte historisch zwischen kritikloser Anwendung und

ebenso kritikloser Verteufelung. Die Beobachtung, dass auch Ärzte opiatabhängig werden können, hat sicher erheblich zu der damit verbundenen Emotionalisierung beigetragen.

Ärzte und Suchtkrankheit

Ärzte, hier in erster Linie die Hausärztin oder der Hausarzt, haben eine herausgehobene Stellung für Patienten. Das Vertrauensverhältnis mit der Schweigepflicht ist ein Fundament, das stabil belastbar ist. Ob riskantes Verhalten oder bereits eingetretene Suchterkrankung der Arzt ist als Ansprechperson oft der erste Kontakt.

Es ist bekannt, dass viele Menschen mehrfach, teilweise über Jahre, wegen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, des Herzens, der Leber, des peripheren oder zentralen Nervensystems den Arzt aufsuchen, ohne dass die zugrundeliegende Abhängigkeitserkrankung erkannt oder angesprochen wird.

Die Tabuisierung des Themas Sucht und die gesellschaftliche Stellung der so genannten legalen Drogen Alkohol und Tabak können auch bei den Ärztinnen und Ärzten zur Tendenz des „Wegschauens“ führen und verzögern oder verhindern gar die Einleitung therapeutischer Maßnahmen.

Warum erkennen Ärzte Suchterkrankungen bei ihren Patienten gar nicht, oder nicht schnell genug? Strukturen des Gesundheitswesens mit immer komplizierteren Abrechnungssystemen und mit sich hierdurch ergebender Begrenzung der dem einzelnen Patienten zur Verfügung stehenden Zeit schaffen eine Situation, die für die Ansprache und die Erkennung von Suchtproblemen ungünstig ist. Innerhalb weniger Minuten ist ein Gespräch mit einem Patienten über dieses Thema nicht möglich. Der Ausbildungsstand der Ärztinnen und Ärzte zu diesem Problem ist

nach wie vor nicht als ideal zu bezeichnen. Die Schulung der Ärztinnen und Ärzte in der Betreuung von Patienten mit psychischen Störungen, mit Ängsten und mit Abhängigkeitserkrankungen ist nach wie vor nicht ausreichend.

Regelmäßige Gespräche über die Situation in der Arbeitswelt und in der Familie finden so zu wenig statt und Erkrankungen werden zu spät erkannt, angesprochen und dann auch einer Therapie zugeführt.

Ärzte unterliegen auf Grund der hohen ethischen Zielsetzung und der oft weit über der 40-Stunden-Woche liegenden zeitlichen Beanspruchung einerseits, andererseits durch zunehmende bürokratische Reglementierung und größer werdende bürokratische Verpflichtungen und Hürden einer besonderen Burnout-Gefährdung. Darüber hinaus ist der Zugang zu Arzneimitteln leichter als für die sonstige Bevölkerung.

Eigene Gefährdung

Ärzte sind in ihrer beruflichen Tätigkeit mit suchterzeugenden Stoffen konfrontiert, die sie bei ihren Patienten anwenden, sei es um Schmerzen zu lindern, Ängste zu reduzieren, oder um diagnostische Eingriffe durchzuführen. Viele dieser Stoffe sind ihrerseits potente Erzeuger von Abhängigkeit. So leben Ärztinnen und Ärzte einerseits in der Gefahr durch ihre Arbeit das Entstehen von Abhängigkeit zu fördern, und andererseits selbst in einer besonderen Gefährdung hinsichtlich der Entwicklung einer Suchterkrankung zu leben.

Sucht ist eine chronische Erkrankung

Sucht ist eine chronische Erkrankung. Nicht alle Abhängigen müssen alle Symptome zeigen, die Entwicklung ist Resultat eines oft sehr langen Prozesses der in vielen

Schritten Verhalten, Erleben, Lebensgewohnheiten und die Persönlichkeit sich verändern lässt. Diese Schritte laufen einher mit einer, im Nachhinein erschreckenden, Anpassung des Verhaltens der Angehörigen und der Umgebung.

So sind Freiheitsverluste gekennzeichnet vom Verlust der Fähigkeit, Willen und Denken umzusetzen. Der Suchtdruck drängt auf eine Befriedigung des Impulses, vergangene, manchmal schlechte Erfahrungen verlieren ihren reglementierenden Einfluss auf die gegenwärtige Handlung. Zunehmend gerät die Organisation der Abhängigkeit in den Vordergrund aller Lebensinteressen.

Zur Suchterkrankung gehört das Leugnen der Krankheit vor sich selbst und der Umgebung.

Oft werden simpel erscheinende Rechtfertigungsstrategien angeführt, um das eigene Verhalten zu erklären: „Ich trinke/oder rauche aus purem Genuss“, oder: „Ich kenne Menschen, die viel mehr rauchen/trinken und trotzdem gesund sind (alt werden)“, oder: „Mein Arzt hat mir empfohlen, mindestens 1,5 Liter Bier am Tag zu trinken“.

Der eigene Kontrollverlust ist für die Abhängigen beschämend, sie erleben eine sehr starke innere Ambivalenz und können sich oft selbst nicht erklären, warum es ihnen nicht gelingt, ihr Verhalten zu kontrollieren.

Abhängigkeitserkrankungen führen so oft zu gesellschaftlicher Isolation und Vereinsamung.

Das von den Angehörigen und der Umgebung praktizierte Verhalten ist oft Bestandteil einer „Koabhängigkeit“. Die Umgebung nimmt dem Abhängigen zunehmend mehr Aufgaben ab, toleriert sein Verhalten, leugnet die Probleme ihrerseits und trägt so dazu bei, dass das Leben des Abhängigen einerseits nach außen lange Zeit „normal“ funktionieren kann, andererseits führt es letztlich in eine weitere Chronifizierung der Erkrankung und fördert damit das Beibehalten des Abhängigenverhaltens. Erschwert wird dies durch die gesellschaftliche Akzeptanz der so genannten legalen Suchstoffe. Auf kaum einer Vereinsfeier fehlt Alkohol, er hat sich als Begleitung zu Ereignissen, die mit Genießen, Entspannen, Geselligkeit, etc. einhergehen als fester Bestandteil etabliert.

Die in ICD-10 genannten Kriterien einer Sucht sind (vereinfacht):

- Es liegt ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang vor, die Substanz zu konsumieren.
- Es erfolgt eine verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch vor, also Bewusstsein über Beginn, Beendigung der Menge oder Konsum über einen längeren Zeitraum.
- Körperliche Entzugssymptome treten auf, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird.
- Toleranzentwicklung: Um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen konsumiert werden, oder bei dem Konsum gleicher Mengen treten geringere Effekte auf (z.B. Wer mit 1,6 % noch PKW fahren kann, hat mit großer Wahrscheinlichkeit eine Toleranzentwicklung).
- Einengung auf den Substanzgebrauch: Viele wichtige Interessen wie Arbeit, Beziehung, Sexualität, Nahrungsaufnahme, Pflege, Fortbildung werden vernachlässigt.
- Anhaltender Konsum trotz eindeutig schädlicher Folgen (körperlich, psychisch oder sozial).

Wenn drei der oben genannten Kriterien erfüllt sind, kann die Diagnose einer Abhängigkeit gestellt werden.

Ärzte nehmen Herausforderung an!

Als chronische Erkrankung mit zentraler Bedeutung in der sozialen Organisation des Kranken unterliegen diese Erkrankungen einem hohen Rückfallrisiko, selbst nach längerer Periode einer Abstinenz. So ist die Begleitung auf dem Wege zur Abs-

tinenz eine der zentralen Funktionen ärztlicher Arbeit. Gesprächsführung, Motivierung zur Einhaltung der selbst gesetzten Ziele und ein „Rückfall-Management“, Verfügung über Netzwerke ambulanter und stationärer Begleittherapie und der Umgang mit Medikamenten sind dabei „Werkzeuge“ in der ärztlichen Hand.

Opiatabhängige, die es trotz mehrerer Behandlungsversuche nicht geschafft haben, frei von Abhängigkeit zu leben, werden in Substitutionsprogrammen mit Medikamenten versorgt, die zwar die Abhängigkeit erhalten, aber die Probleme der Mittelbeschaffung ausschalten und die Selbstorganisation des Kranken, seine gesundheitliche Betreuung deutlich verbessern können. Die neuesten Substitutionsrichtlinien der Bundesärztekammer gehen so, nach entsprechender gesetzlicher Veränderung, darauf ein, dass einer bestimmten Gruppe von Abhängigen auch Diamorphin (Heroin) als Substitut angeboten werden kann. Dies in genau beschriebenen Programmen.

Die Ärzteschaft hat nicht nur bei der Begleitung und Therapie der Sucht eine zentrale Funktion, sondern auch in der Suchtprävention.

Ärztinnen und Ärzte sind auch in der Forschung zu Fragen der Ätiologie und der Heilung von Abhängigkeitserkrankungen von zentraler Bedeutung.

Die Bedeutung des Arztes, hier in erster Linie des Allgemeinarztes, der wie kein anderer Einblick in die Lebenssituation von Menschen hat und deren Familien kennt, kann nicht stark genug betont wer-

den. Der Arzt nimmt eine hervorragende Rolle in der Prävention, der Beratung, der Früherkennung, der Zuweisung zur Therapie ein und nimmt seinerseits an der gesellschaftlichen Diskussion über Einfluss auf gesellschaftliche Strukturen oder die Organisation des Gesundheitswesens aus dem Blickwinkel der Prävention von Abhängigkeitserkrankungen teil.

Der Arzt hat in Zusammenarbeit mit klinischen Psychologen, Sozialpädagogen und anderen therapeutischen Berufen wie Musik- und Kunsttherapeuten eine zentrale Rolle in Diagnose und Therapie der Suchterkrankung. Trotz nach wie vor bestehender Probleme gibt es Anlass zu Optimismus. Neue Erkenntnisse zur Neurobiologie der Sucht, neue Medikamentenentwicklungen, das Verständnis und die Möglichkeit der Behandlung von Begleit- und Grunderkrankungen, insbesondere aus den neuropsychiatrischen Problemfeldern haben zu einer Veränderung der Akzeptanz und des Umgangs mit Abhängigkeitserkrankungen geführt.

Abhängigkeit ist eine Herausforderung für die Gesellschaft und speziell für die Ärzteschaft. Es bleibt nach wie vor viel zu tun. Die Ärzteschaft erkennt diese Herausforderung und nimmt sie an.

*Dr. phil. nat. Wilfried Köhler
Chefarzt der Abteilung für
Abhängigkeitserkrankungen und
Konsiliarpsychiatrie
am Bürgerhospital, Frankfurt*

*Dr. med. Siegmund Drexler
Drogen- und Suchtbeauftragter der
LÄKH für Berufsangehörige*