

Presseinformation**Nr. 52**

Berlin, 27.11.2015

DGPPN-Pressestelle

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

TEL 030.2404 772-11 | FAX 030.2404 772-29

pressestelle@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

DGPPN Kongress | 25. bis 28. November 2015 | CityCube Berlin

Sucht als Krankheit ernst nehmen

Suchtkranke haben in Deutschland nach wie vor mit großen Vorurteilen zu kämpfen. Viele Betroffene versuchen ihre Sucht zu verbergen und verzichten dadurch auf eine frühzeitige Hilfe. Neben dem gesellschaftlichen Stigma stoßen sie zusätzlich auf Barrieren im Gesundheitswesen. Auf dem DGPPN Kongress in Berlin fordern Suchtexperten deshalb heute einen offenen Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen und passgenaue Versorgungsangebote für Betroffene.

Sucht ist eine schwerwiegende Krankheit. Bei ihrer Entstehung spielen biologische, genetische, psychische und soziale Faktoren eine wichtige Rolle. „Eine Suchterkrankung basiert auf einer Fehlsteuerung des Belohnungssystems im Gehirn. Suchtmittel aktivieren verschiedene Botenstoffe, die zum Beispiel Wohlbefinden oder Euphorie auslösen. Dadurch lernt das Gehirn relativ schnell, ein bestimmtes Suchtmittel als positiven Reiz wahrzunehmen. Fehlt dieser Reiz, empfindet es eine Art Belohnungsdefizit – mit der Folge, dass der unkontrollierte Wunsch nach dem Suchtmittel entsteht. Sucht ist also keine Charakterschwäche, sondern eine Krankheit, die im Gehirn nachgewiesen werden kann“, erläutert Prof. Falk Kiefer, Ärztlicher Direktor der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim.

Obwohl sich die Ursachen und Mechanismen von Suchterkrankungen heute wissenschaftlich erklären lassen, sind suchtkranke Menschen gesellschaftlich immer noch stark stigmatisiert. Sie erleben immer wieder Diskriminierung – zum Beispiel bei der Suche nach Arbeit und Wohnung. Rund 36 Prozent der Bevölkerung halten Sucht für eine selbstverschuldete Krankheit. Die Folge: Suchterkrankungen werden von den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld totgeschwiegen. Therapeutische Interventionen erfolgen daher oft erst in einem sehr späten Stadium der Abhängigkeit.

„Doch auch das Gesundheitswesen ist noch nicht ausreichend für Abhängigkeitserkrankungen sensibilisiert. Vor allem in der primärmedizinischen Versorgung ist der Grad an Awareness verbesserungsfähig, gleichzeitig ist auch zu wenig Zeit für Diagnostik und Behandlungsplanung vorgesehen. Die kurative Therapie, die Entzugsbehandlung, die vorwiegend in spezialisierten Abteilungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie stattfindet, wird durch Eingriffe der Kostenträger –

PRÄSIDENTIN

Dr. med. Iris Hauth

PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Arno Deister

PAST PRESIDENT (KOMMISSARISCH)

Prof. Dr. med. Peter Falkai

KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann

BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

BEISITZERIN FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Dr. med. Nahlah Saimeh

BEISITZER FORSCHUNG, BIOLOGISCHE THERAPIE

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

BEISITZER KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE, UNIVERSITÄRE LEHRE

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

BEISITZER PSYCHOSOMATIK, PSYCHOTRAUMATOLOGIE

Prof. Dr. med. Martin Driessen

BEISITZERIN PUBLIC HEALTH, VERSORGUNGSFORSCHUNG, PRÄVENTION

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

BEISITZER PUBLIKATIONEN, GESCHICHTE, E-LEARNING

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider

BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

VERTRETER BVDN

Dr. med. Frank Bergmann

VERTRETERIN BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

VERTRETER FACHKLINIKEN PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer

VERTRETER JUNGE PSYCHIATER

Dr. med. Berend Malchow

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11

BIC HYVEDE33XXX

VR 26854B, Amtsgericht | Berlin-Charlottenburg

etwa in Bezug auf Behandlungsdauer und Therapieziele – noch nicht voll ausgeschöpft. Die gesetzlich geregelten Zuständigkeiten befördern keine leistungsfähige Vernetzungen mit dem Suchthilfesystem. Hilfeleistungen werden den Betroffenen noch zu wenig differenziert angeboten. So erhalten zum Beispiel nur rund 10 Prozent der Alkoholabhängigen pro Jahr eine rehabilitative Behandlung. Das standardmäßige Screening von Abhängigkeitserkrankungen ist in der ambulanten und stationären Versorgung immer noch nicht Realität. In der Therapie werden zwar gute Resultate erzielt, doch die öffentliche Meinung setzt Therapieerfolg meistens mit Abstinenz als Erfolgskriterium gleich und übersieht, dass diese Therapieziel aus unterschiedlichsten Gründen nicht für alle Suchtkranke geeignet ist“, stellt Dr. Heribert Fleischmann fest, stv. Leiter des DGPPN-Fachreferates für Abhängigkeitserkrankungen und Vorsitzender der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).

Durch Ausgrenzung der Patienten und Defizite in der Versorgung entsteht für die Betroffenen und deren Familien viel Leid. Hinzu kommen hohe Folgekosten für die Gesellschaft. „Wir müssen Suchterkrankungen qualifiziert in das Gesundheitssystem integrieren und neben einem verbesserten Behandlungszugang auch einen nahtlosen Übergang in die Nachsorge sicherstellen. So genannte Stepped Care-Modelle könnten hier zukunftsweisend sein. Gleichzeitig müssen wir Suchterkrankungen noch stärker thematisieren. Dabei sind alle Berufsgruppen gefordert, die mit Suchtkranken in Kontakt kommen – und dies schon sehr frühzeitig. Durch gezieltes Fragen – zum Beispiel beim Hausarzt – lassen sich ein riskanter Konsum oder eine Abhängigkeit frühzeitig eruieren und Gegenmaßnahmen oder die Überweisung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie einleiten. Ein offensiver Umgang mit der Erkrankung trägt längerfristig auch zu deren Entstigmatisierung bei“, so DGPPN-Präsidentin Dr. Iris Hauth.

Der DGPPN Kongress ist Europas größtes Forum auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit. Rund 9.000 Ärzte, Wissenschaftler und Therapeuten werden vom 25. bis 28. November in Berlin erwartet. Das umfangreiche Programm spricht nicht nur die Fachwelt und Politik an, sondern richtet sich mit einer Reihe von Veranstaltungen auch an das breite Publikum.

DGPPN Kongress | 27.11.2015

Pressekonferenz: Suchtkranke im Abseits – die Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen in Deutschland

Statement Dr. Iris Hauth, Berlin

Präsidentin der DGPPN

Ärztliche Direktorin Zentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee

Suchtkranke brauchen passgenaue Therapieangebote

Beim Thema Sucht denken viele Menschen zunächst an illegale Drogen wie Cannabis, Kokain, Amphetamine oder Heroin. Tatsächlich stellen Abhängigkeitserkrankungen, die auf diesen Substanzen beruhen, ein gravierendes Gesundheitsproblem dar. Im letzten Jahr ist die Zahl der Drogentoten wieder leicht angestiegen, auch wenn der langfristige Trend hierbei eher sinkend ist. Allerdings hat der Konsum bestimmter illegaler Drogen, wie Crystal Meth, stark zugenommen. Außerdem stellt uns der Online-Handel mit immer neuen, häufig noch völlig unbekanntem, psychoaktiven Substanzen vor bisher unbekannte Herausforderungen.

Trotzdem müssen wir den Fokus auch weiterhin verstärkt auf die legal erhältlichen Substanzen lenken: Der Konsum von Alkohol und Tabak ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko in Deutschland. Jedes Jahr sterben etwa 74.000 Menschen an den Folgen ihres Alkoholmissbrauchs. Rund 110.000 Todesfälle sind auf das Rauchen zurückzuführen. Über 9,5 Millionen Menschen konsumieren in Deutschland Alkohol in gesundheitlich riskantem Ausmaß. Mit 338.204 Fällen lagen psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol an zweiter Stelle der Krankenhausdiagnosestatistik für das Jahr 2013. Tabakrauch gehört zu den gefährlichsten Substanzen mit psychotropen Inhaltsstoffen, alle Formen des Konsums führen langfristig zu gesundheitlichen Problemen. Trotzdem gelten beide Substanzen in weiten Kreisen der Bevölkerung als Genussmittel. Eine Abhängigkeit wird oft mit einem ungesunden Lebensstil verwechselt. Nur rund 10 Prozent der Alkoholabhängigen erhalten in Deutschland pro Jahr eine spezifische Therapie im Sinne der medizinischen Rehabilitation. Unter den aufhörwilligen Rauchern nutzen weniger als 15 Prozent professionelle Hilfe. Viele Behandlungsangebote kommen noch zu wenig bei den Betroffenen an. Oftmals bestehen erhebliche Unsicherheiten im Umgang mit Suchtpatienten oder es fehlt an der nötigen Abstimmung zwischen Haus- und Fachärzten sowie der Suchthilfe.

Neben den substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen rücken zunehmend auch Verhaltenssuchte in den Mittelpunkt ärztlichen Handelns. In diesem Zusammenhang sind vor allem das pathologische Glücksspiel – ein Problem das in erster Linie Männer betrifft – sowie die Computerspiel- und Internetabhängigkeit zu nennen. Die fast unendlichen Möglichkeiten der digitalen Welt überfordern auch häufig Kinder und Jugendliche, teilweise mit weitreichenden sozialen Konsequenzen.

Für die Zukunft gilt, dass sich das Gesundheitssystem und damit auch die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungslandschaft noch besser auf die neuen und bekannten Probleme einstellen müssen. Wir benötigen einen ganzheitlichen Versorgungsansatz, in dem Prävention, Therapie und Rehabilitation zusammenspielen. Wichtig ist dabei, dass wir für Suchtkranke passgenaue, suchttherapeutische Angebote schaffen.

DGPPN Kongress | 27.11.2015

Pressekonferenz: Suchtkranke im Abseits – die Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen in Deutschland

Statement Prof. Dr. Falk Kiefer, Mannheim

Ärztlicher Direktor der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin,
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim

Suchterkrankungen: Therapiebausteine müssen sinnvoll ineinandergreifen

— Ist es Aufgabe der Medizin, ein vom Gesundheitsideal normabweichendes Verhalten zu pathologisieren, diagnostisch zu labeln und zu behandeln, wenn kein subjektiver Leidensdruck (= Veränderungsmotivation) vorliegt? Besonders beim Suchtmittelkonsum, also der Einnahme von Nikotin, Alkohol oder Drogen erscheint die Grenze zwischen „noch gesund“ und „schon krank“ kaum definierbar, weil der Übergang von freier Entscheidung für den Konsum hin zum süchtigen Fortführen (müssen) des Konsums fließend ist. Wie sieht es aber mit der Freiheit in der Entscheidung für den Suchtmittelkonsum aus?

— Alle uns bekannten Suchtstoffe unterscheiden sich erheblich in Pharmakodynamik und -kinetik, haben jedoch einen Klasseneffekt, der ihnen ihr „Suchtpotential“ verleiht: Ihre Einnahme ist mit einer Aktivierung mesolimbischer-mesokortikaler Bahnen verbunden und hat damit einen unmittelbaren Effekt auf Verhaltensbewertung und Motivationsbildung. Nikotin, Alkohol und Drogen verändern auf pharmakologischem Weg die Bewertung des mit der Einnahme einhergehenden Verhaltens und markieren dieses als „positiv“ (belohnungsankündigend) und setzen bzw. verstärken damit ein Motiv, eben dieses Verhalten zu wiederholen. Mehr noch, die aktuelle Studienlage weist darauf hin, dass diese positive Bewertung zu einer Verschiebung der Aufmerksamkeit hin zu den Reizen erfolgt, die mit der Substanzeinnahme einhergehen, im Sinne einer positiven Wahrnehmungsselektion gegenüber nicht oder weniger stark wirksamen Verhaltensverstärkern.

Die „individuelle Freiheit“ in der Entscheidung für oder gegen den Suchtmittelkonsum verliert sich deshalb, weil unter dem Einfluss der Drogeneinnahme alternative Handlungsmotive nicht mehr wahrgenommen bzw. kognitiv verarbeitet werden können oder zu schwach sind, um handlungswirksam zu werden. Fortgesetzter Konsum von Suchtstoffen trotz negativer Konsequenzen (zum Beispiel sozial, gesundheitlich) kann somit kaum als Ausdruck von Freiheit, sondern muss als substanzinduzierte Störung kognitiver Funktionen mit besonderer Auswirkung auf das motivationale System verstanden werden. Hieraus leitet sich der medizinische Handlungsbedarf ab.

Suchterkrankungen und insbesondere die Alkoholabhängigkeit gehören zu den häufigsten Diagnosen in der psychiatrischen Versorgung. Die Akut- und Postakutbehandlung der Abhängigkeit beinhaltet eine individuelle Kombination ambulanter, teilstationärer oder stationärer Therapiemaßnahmen. Sie reicht vom ärztlichen Ratschlag, „motivationaler Intervention“ über die „qualifizierte Entzugsbehandlung“ bis hin zur psychotherapeutischen und pharmakologischen Rückfallprophylaxe im Sinne einer Rehabilitationsbehandlung. Unter Nutzung dieser Interventionen lassen sich Abstinenzquoten von über 60 Prozent über ein Jahr erzielen. Für den behandelnden Arzt sind neben der

ausreichenden diagnostischen Sicherheit motivierende Gesprächstechniken und Kenntnisse über wirksame therapeutische Möglichkeiten der ambulanten und stationären Entzugsbehandlung, der medikamentösen Rückfallprophylaxe und der Vermittlung in rehabilitative Maßnahmen notwendig.

Für die Behandlungspraxis ist entscheidend, ein Verständnis für Entstehung und Verlauf einer Suchterkrankung zu entwickeln und ein sinnvolles Ineinandergreifen der genannten Therapiebausteine zu gewährleisten. Dabei spielen motivationssteigernde Interventionen eine Schlüsselrolle über die Behandlungsphasen hinweg. Eine wichtige Position nimmt auch die qualifizierte Entzugsbehandlung ein, da sie die Eingliederung des Patienten in das Behandlungsnetz für Suchtkranke ermöglicht. Durch den Aufbau solcher Behandlungsnetze wird berücksichtigt, dass das Ziel der Abstinenz bei verschiedenen Patienten nur durch eine Kombination von Behandlungsmöglichkeiten erreichbar ist.

DGPPN Kongress | 27.11.2015

Pressekonferenz: Suchtkranke im Abseits – die Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen in Deutschland

Statement Dr. Heribert Fleischmann, Störnstein

Stv. Leiter des DGPPN-Fachreferates „Abhängigkeitserkrankungen“

Vorsitzender der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und

Psychotherapie am Bezirksklinikum Wöllershof

Alkohol: Es gibt keinen risikolosen Konsum

Risikant Trinkende (ca. 7,3 Millionen der 18 bis 64-Jährigen) und Menschen mit schädlichem Konsum (ca. 1,6 Millionen) werden in Deutschland noch nicht früh genug und zu wenig von Prävention und den Hilfesystemen erreicht. Gleichzeitig funktioniert der Jugendschutz nicht ausreichend – die jährlich rund 22.000 Krankenhausaufenthalte wegen Alkoholintoxikationen von Jugendlichen zwischen 10 und 19 Jahren sind ein deutliches Indiz dafür. Außerdem ergeben Testkäufe in mehr als 80 Prozent Verstöße gegen das Jugendschutzgesetz.

In der Bevölkerung ist Alkoholkonsum positiv besetzt, Abhängigkeit und abhängige Menschen werden dagegen abgelehnt: 52,5 Prozent der Bevölkerung sind nach Schomerus et al. (2006) der Meinung, dass man am ehesten bei der Behandlung Alkoholkranker sparen kann. 37 Prozent der Grundsicherungsstellen der Arbeitsvermittlung sanktionieren Suchtkranke. 17 Prozent der Bevölkerung halten nach einer Repräsentativerhebung der DHS (2001) Sucht für eine Charakterschwäche, 36 Prozent für eine selbstverschuldete Krankheit und 5 Prozent für nicht behandelbar.

Nach einer wiederholten Bevölkerungsbefragung (Angermeyer et al. 2013) vertreten nur 25 Prozent der Bevölkerung ein medizinisch biologisches Krankheitskonzept. Ein Drittel der Bevölkerung lehnt einen Alkoholkranken als Nachbarn oder Arbeitskollegen ab, zwei Drittel wollen ihn nicht als Freund haben oder nicht an ihn vermieten, 81 Prozent würden ihm nicht die Kinder zum Aufpassen anvertrauen.

Dabei sind Abhängige in ambulanter Therapie in 80 Prozent und in stationärer Therapie in 92 Prozent erfolgreich. Bis zu zwei Drittel der Rehabilitanden in Entwöhnungstherapie leben nach der Behandlung abstinent, mehr als 80 Prozent sind zwei Jahre nach Entwöhnungsbehandlung wieder im Erwerbsleben integriert. In mehr als 50 Prozent der Fälle wird eine Stabilisierung ohne Behandlung erreicht.

Ambulante Hilfen werden vor allem im primärärztlichen System über die Hausärzte in Anspruch genommen. Dort fehlt es in der Versorgung noch an der nötigen Awareness, aber auch an ausreichend Zeit für Diagnostik und Behandlungsplanung.

Die Suchtpsychiatrie trägt die Hauptlast der stationären Versorgung, insbesondere bei der Behandlung chronifizierter Verläufe. Eingriffe der Kostenträger zum Beispiel in die Behandlungsdauer und

Therapieziele führen dazu, dass die Möglichkeiten dieser Behandlung nicht voll ausgeschöpft werden. Die gesetzlich geregelten Zuständigkeiten befördern leistungsfähige Vernetzungen mit dem Suchthilfesystem nicht. Hilfeleistungen werden noch zu wenig differenziert den Betroffenen angeboten. So erhalten zum Beispiel nur rund 10 Prozent der Alkoholabhängigen pro Jahr eine rehabilitative Behandlung. Die öffentliche Meinung fokussiert die Erfolge der rehabilitativen Behandlung mit Abstinenz als Erfolgskriterium und übersieht, dass diese Behandlung aus unterschiedlichsten Gründen nicht allen Suchtkranken offensteht. Ein Stepped Care-Ansatz kann Behandlung und Behandlungsziele adäquater abstimmen und Behandlung optimieren.

Das Stigma „abhängig zu sein“, Scham- und Schuldgefühle führen häufig zu sozialem Rückzug, Verleugnung der Krankheit und auf Verzicht auf (rechtzeitige) Behandlung. Davon betroffen sind in Deutschland auch rund 8 bis 10 Millionen Angehörige, insbesondere Kinder.