

zinische Grundversorgung". Es gibt aber auch wissenschaftlich hochinteressante, interdisziplinäre und praxisrelevante Fragestellungen: Betrachtet man beispielsweise die Chirurgie, die viele alkoholisierte Verunfallte operativ versorgen muss, dann stellt sich die Frage nach der optimalen präoperativen Delirprophylaxe. Dies ist ein interdisziplinär nur unzufriedenstellend geklärtes Problem [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) 2009]. Geht man darüber hinaus davon aus, dass bei langen und schweren Operationen ca. ein Drittel der Patienten ein postoperatives Delir entwickeln können, ohne dass eindeutig geklärt ist, was therapieseitig der genaue Auslöser ist, und was die effizienteste medikamentöse Therapie ist, dann kann auch die Expertise der klinischen Suchtmedizin zu Entzugsdelirien einbezogen werden. Dies wäre ein Beispiel interessanter wissenschaftlicher Zusammenarbeit von Chirurgie und Anästhesiologie mit der Suchtmedizin.

Langwierige Institutionalisierung

Die Vorgeschichte der institutionalisierten Suchtmedizin ist allerdings denkwürdig und kennzeichnet die lange Weigerung der Gesellschaft, Sucht als Krankheit anzuerkennen: Bereits 1785 hatte der britische Marinearzt Thomas Trotter den Alkoholismus in unserem heutigen Verständnis als Krankheit erkannt (Trotter 1785), was erst langsam in Medizinerkreisen Anerkennung fand und erst, was den Alkoholismus betrifft, über die Selbsthilfinitiative der Anonymen Alkoholiker im 20. Jahrhundert breiteres gesellschaftliches Verständnis erlangte. Verschiedene Vereine bemühten sich zunehmend um Suchtkranke und so wurde 1947 die „Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen“ (DHS) gegründet, um allen in der Suchtkrankenhilfe bundesweit tätigen Verbänden und gemeinnützigen Vereinen eine Plattform zu geben (DHS 2013). Erst 1968 wurde in Deutschland die Alkoholabhängigkeit vom Bundessozialgericht als Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt. Immerhin seit 1991 gibt es in Deutschland eine Fachgesellschaft für Suchtmedizin (www.dgsuchtmedizin.de) welche die Interessen der, vor allem Opiatabhängige substituierenden, Suchtmediziner vertritt. Um 2000 gab es geradezu einen Institutionalisierungsschub: Seit 1999 gibt es auch eine spezialisierte deutschsprachige Zeitschrift mit dem Titel „Suchtmedizin in Forschung und Praxis“, die den Fachaustausch und Fortbildungsoptionen zu diesem Gebiet eröffnet. Es erschienen damals auch die ersten Fachbücher: Handbücher (zum Beispiel Backmund 1998, Gölz 1998, Gaspar et al. 1999, Uchtenhagen und Ziegelgänsberger

2000) und Grundlagenwerke (Tretter 2000) kamen auf den Markt. Akademischer Höhepunkt war der erste eigenständige Lehrstuhl für Suchtforschung in Deutschland, der 1999 am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim eingerichtet wurde und den bisher Professor Karl Mann innehat. Seither nahm die Entwicklung der Suchtmedizin ihren Lauf, der im Wesentlichen durch die Entwicklung der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger mit Methadon, Levomethadon und Buprenorphin in einer komplizierten Gesetzeslage und Finanzierungslandschaft geprägt ist. Es wurden auch seit längerem Behandlungsleitlinien formuliert (Schmidt et al. 2006). Trotz dieser im Prinzip sehr erfreulichen Entwicklung für die Medizin muss aber nochmals klargestellt werden, dass die eigentliche Suchttherapie eine psychologisch fundierte Therapie sein muss, und dass auch im Bereich der Prävention Psychologie, aber auch Pädagogik und Sozialpädagogik in besonderem Maße gefordert sind. Das bedeutet, dass die Behandlung und Vorbeugung der Sucht nicht nur von Medizinern geleistet wird, sondern von Angehörigen einer Vielzahl von anderen Fächern bzw. Berufsgruppen – das Problem Sucht ist extrem interdisziplinär zu verorten. Deshalb sind Kompetenzzentren für Suchtmedizin wichtig.

Kernproblem der Sucht

Das Kernproblem der Sucht liegt, wie die Neuropsychiatrie gezeigt hat, darin, dass sich nach mehrjährigem, medizinisch zunächst unproblematischem, Gebrauch von Suchtmitteln die Gehirnstrukturen an diese Substanzzufuhr chemisch anpassen und somit eine Art Hardware-Basis des süchtigen Verhaltens darstellen. Dies ergaben neben den klinischen Erfahrungen im Detail vor allem Tierexperimente, die gezeigt haben, dass die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit mit der Toleranzentwicklung, dem Auftreten von Entzugssymptomen und der Ausbildung eines Suchtgedächtnisses mit dem Rückfallrisiko sehr fundierte biologische Grundlagen der klinisch beschriebenen Symptome zeigt (Tretter 2012). Diese neurobiologischen Mechanismen drücken sich im Erleben des Suchtkranken vor allem als unabwiesbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand aus. Dabei, so muss man aus psychologischer Sicht ergänzen, werden die Kräfte des Verstandes diesem Verlangen untergeordnet, sodass die Entfaltung der Persönlichkeit und der sozialen Chancen erheblich behindert sind. Mit dieser Charakterisierung ist auch der psychologische Kern der Störung klargestellt, was bedeutet, dass appellative oder disziplinierende Interventionen nicht angemessen sind: dem lungenkranken Raucher, der in der Klinik

raucht, als Arzt verärgert vorzuhalten, dass er noch immer raucht, geht am Suchtproblem vorbei, denn Nikotin ist eine harte Droge, der sogar mit einem starken Abstinenzwillen alleine meist nicht beizukommen ist, sondern einer psychologisch-verhaltenstherapeutischen Intervention, gegebenenfalls mit Nikotin-Substitution, unter Bezug auf ein übergreifendes Rahmenkonzept, bedarf.

Perspektiven

Die Suchtkrankheiten sind nach wie vor ein besonders schwierig zu behandelndes chronisches Störungsbild. Rasche therapeutische Durchbrüche sind daher eher nicht zu erwarten, insbesondere nicht im medikamentösen Bereich. Sicher sind Substanzen wie Acamprosat gegen das süchtige Verlangen (Craving) oder Abstinenzhilfen wie Disulfiram bei Alkoholabhängigkeit oder Naltrexon bei Opiatabhängigkeit eine wichtige Hilfe. Weiterhin bleibt die Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger ein Kernbereich der Suchtmedizin, der eine sehr differenzierte Kompetenz erfordert. Zu erwarten ist bald die Option zur medikamentösen Reduktion von Hochdosis-Konsum von Alkohol durch das belohnungsdämpfende Medikament Nalmefen. Dennoch bleibt die medikamentöse „Löschung des Suchtgedächtnisses“, die zur Abstinenz in Zufriedenheit führen könnte, und zwar ohne Nebenwirkungen, noch immer der Traum der Suchtmedizin. Bis diese medikamentöse Option realisiert ist, wenn dies überhaupt möglich ist, müssen wir noch in der geschilderten Vielschichtigkeit auf das Suchtproblem einwirken. Gerade diese erforderliche fachliche Breite macht aber auch die Behandlung von Suchtkranken zu einer besonders spannenden Aufgabe.

Das Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Autor



Professor Dr. Dr. Felix Tretter, kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost, Kompetenzzentrum Sucht, Ringstraße 9, 85540 Haar