

(BuVo09.030 Suchtpraevention 17.09.2010)

Beschluss des MIT-Bundesvorstands am 17.09.2010

nach Vorlage der Kommission Gesundheitspolitik

Vorsitzender: Dr. Rolf Koschorrek MdB, Stellvertreter: Hans-Peter Küchenmeister

Sucht und Suchtprävention aus der Sicht des Mittelstands

Suchterkrankungen belasten die Arbeitskosten

Die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen ist nicht einfach eine Schwäche oder ein Versagen der betroffenen Person, sondern die Folge einer langen Entwicklung, aus der der Patient häufig nur mit professioneller Hilfe herausfinden kann. Sucht ist eine Krankheit, die neben gesellschaftlichen Auswirkungen große Belastungen für die Arbeitswelt darstellt! Deshalb bittet die MIT die Bundesregierung zu prüfen, ob allein oder gemeinsam mit den Landesregierungen eine entsprechende Versorgungsforschung eingerichtet werden kann, bei der die folgenden Daten und Fakten berücksichtigt werden.

Zur Zeit der knappen Recourcen ist der Mittelstand als größter Arbeitgeber der Bundesrepublik von den Folgen der Suchterkrankungen besonders betroffen. In solchen Zeiten ist die Aktivierung freier Einsparpotentiale ein Mittel der Wahl! Die Brücke zu der Kombination Mittelstand und Sucht ist nicht sofort offensichtlich, jedoch:

Suchterkrankungen fügen den Unternehmen und damit dem Staat einen volkswirtschaftlichen Schaden von ca. 100 - 120 Mrd. Euro zu.

Deutschland fehlt hier die gebietsbezogene umfangreiche Versorgungsforschung, um dem Problem gezielt entgegenzuwirken. Im Gegensatz zu den USA, die anhand von Studien nachweisen konnten, das die Investition von 1\$ in Suchtprävention einen Benefit für den Staat von 7\$ ergibt.

Suchterkrankungen sind in unserem Land von enormer Bedeutung, was die Erkrankungshäufigkeit angeht. Die Unkenntnis über die Abhängigkeitserkrankungen bei nichtfachspezifisch vorgebildeten Personen führt zu schweren Krankheitsverschlimmerungen und zur Diskriminierung von chronisch kranken Patienten. Statt der notwendigen Integration in die Gesellschaft findet eine Ausgrenzung statt. Die Altersgrenze abhängig erkrankter Personen liegt oft in der frühen Jugend. (z.B. über 78% eines Kollektivs von 200 Heroinabhängigen sind zwischen dem 9. und 13. Lebensjahr auf harte, illegale Drogen gekommen). Komasaufen und

regelmäßiger Alkoholgenuss ist auch für einen großen Teil der Jugendlichen unterhalb des 16. Lebensjahres eine geläufige Freizeitbeschäftigung.

Suchtdefinition

Am 28. Juni 1968 wurde die Suchterkrankung als Krankheit durch das Bundessozialgericht anerkannt. Sie ist somit in den Behandlungsvertrag der GKV einbezogen. Dadurch wurde der Weg frei, zu der Behandlung nach dem Heilkundegesetz, welches im Grundgesetz verankert ist.

Sucht ist das zwanghafte, mit dem eigenen Willen nicht kontrollierbare, unbezwingbare Bedürfnis, sich eine Substanz oder Emotion fortgesetzt und periodisch zuzuführen. Die Erkrankung ist schicksalhaft und kann jeden Menschen ohne Eigenverschulden treffen.

Ein kurzer Überblick der Sucht soll die Komplexität dieser Erkrankungen verdeutlichen: Abhängigkeitserkrankungen werden unterteilt in:

Stoffgebundene Sucht:

- legal: Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten-, Esssucht,
- illegal: Heroin-, Cocaine-, Amphetamine (Speed, Extasy, Pep etc.), Kokain-, Mißbrauch von Medikamenten

Nicht stoffliche Sucht:

- Glücksspielsucht, Internetsucht, Sexsucht, Arbeitssucht, Magersucht

Folgende Kriterien zeichnen eine Suchterkrankung aus:

- **Toleranzentwicklung** – die Empfindlichkeitsschwelle des Körpers gegenüber einer Substanz/Emotion steigt, der Patient benötigt eine immer größere Dosis um die gleiche Wirkung zu erzielen
- **Entzug** – der Patient hat durch den Entzug der Droge schwerste körperliche und psychische Krankheitssymptome bis hin zum
- **Kontrollverlust** – der außerhalb der Beeinflussbarkeit durch den Patienten liegt. Betroffen sind alle sozialen Schichten und Altersgruppen!

Therapie

Da die Sucht als Krankheit erst seit 1968 anerkannt wurde, ist ihre Identifizierbarkeit für den medizinischen Laien noch sehr problematisch. Daraus resultiert ein Patientenbild, das diesen diskriminiert, und ihm in keiner Weise gerecht wird.

Die Therapie der Sucht ist keineswegs einheitlich, wie die anderer Erkrankungen. Es gilt oft der Ansatz: etwas zu tun ist besser als garnichts! Häufig fehlen das einfachste medizinische Grundverständnis sowie die notwendige suchtmedizinische Ausbildung um die Tragweite der Krankheit zu erfassen. Das gilt nicht nur für die Mehrheit der Ärzte einschließlich der Psychiater, sondern auch für das Heer von Sozialarbeitern, Diplom Sozialpädagogen und Psychologen. In diesem System finden sich weder die betroffenen Kranken, noch die oftmals erheblich mit betroffenen Angehörigen zurecht.

Somit – in Ermangelung eines klar erkennbaren Therapieansatzes – fehlen auch die positiv erkennbaren Therapieerfolge. Immerhin liegen die Rückfallquoten nach stationärer Rehabilitation für Alkoholiker über 60%, die von Heroinabhängigen über 90%. Es werden somit immense Summen für die Rehabilitation ausgegeben, jedoch fehlt die wesentliche Nachsorge und Begleitung lebenslang, um Rückfällen vorzubeugen.

Die Behandlung der Suchterkrankungen muss unter der Leitung besser ausgebildeter Ärzten für Suchtmedizin gesteuert werden um eine klare einheitliche Therapie zu gewährleisten.

Diese müssen in besonderem Maße in den Fachbereichen Psychiatrie, Psychotherapie, Innere und Allgemeinmedizin Medizin, Sozialmedizin und Rehabilitationsmedizin ausgebildet sein. Gleichzeitig sollte zu der fachlichen Qualifikation eine Übersicht über die juristisch-rechtsmedizinischen Probleme sowie der Verkehrsmedizin gehören. Diese Ärzte können aus der Zahl der in Deutschland tätigen Leiter von suchtmmedizinischen Schwerpunktpraxen rekrutiert werden. Wünschenswert ist es für die Zukunft eine Weiterbildung zum Facharzt für Suchtmedizin zu etablieren. Die Suchterkrankungen müssen zum festen Bestandteil des Medizinstudiums werden.

Notwendig ist der zurzeit auch international sich durchsetzende ganzheitliche Behandlungsansatz, der alle Facetten der Suchterkrankung einschließt, inklusive der Mitbehandlung des sozialen und familiären Umfelds der Patienten.

Im Überblick lässt sich die Therapie gliedern in:

- Entgiftungs-/ Entwöhnungstherapie, ambulant und stationär
- Suchtspezifische Psychotherapie
- Medikamentöse und Substitutionstherapie
- Therapie der Suchtfolgeerkrankungen
- Therapie der Suchtbegleiterkrankungen
- Therapie der Komorbidität (Psychiatrische Erkrankungen)
- Sozial und Soziotherapie
- Psychosoziale Betreuung und Psychoedukation
- Daneben soll das Behandlungsnetzwerk alle medizinisch notwendigen Behandlungen vorhalten (Zahnarzt, Gynäkologie etc.)

Betriebswirtschaftlicher Schaden für das Bruttozialprodukt

Alkohol	behandlungsbedürftige Kranke	ca. 3.000.000
	davon Frauen	900.000
	Jugendliche unter 25 Jahren	300.000
	betroffene Angehörige	6.000.000

- Die Arbeitsleistung eines Alkoholkranken liegt bei nur etwa 75%.
- Pro Jahr finden etwa 87.000 stationäre Entgiftungen statt.
- Nur 30.000 erhalten therapeutische Hilfe
- Nur 2 % aller Alkoholkranken können dauerhaft trocken bleiben!
- Der volkswirtschaftliche Schaden beträgt etwa 40 Mrd. Euro

Nikotin	Raucher in Deutschland	16.000.000
	davon 18% Jugendliche >25	2.800.000
	Abhängig erkrankte Raucher	1.400.000
	davon 70% Frauen	980.000

Tote pro Jahr durch Rauchen	140.000
zuzüglich Passivraucher	3.300

- die Arbeitsleistung von Rauchern ist um ca. 1,5h pro Arbeitstag reduziert
- der volkswirtschaftliche Schaden beträgt etwa 40 Mrd. Euro

Cannabis Konsumenten	600.000
abhängig Erkrankte	240.000

- volkswirtschaftlicher Schaden ca. 18 Mrd. Euro

Heroin die Droge, die am schnellsten in die Abhängigkeit führt. Schon nach 3-6-maligen Gebrauch ist der Konsument lebenslang abhängig erkrankt.

Abhängig Erkrankte ohne die hohe Dunkelziffer 210.000

Tote pro Jahr ca. 1900

Hohe Rate an Suchtbegleit- und -folgeerkrankungen(Hepatitis C,B, HIV,etc.)

Hohe Rate an Beschaffungskriminalität >80%;

40% aller Insassen deutscher Justizvollzugsanstalten sind

Beschaffungskriminelle, von denen der überwiegende Anteil nur zwanghaft und krankheitsbeding Straftaten begeht.

- Kosten für die Kommune/Stadt etc. ca. 1000.-€/Tag/Patient
- Der Großteil der Patienten steht dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung hier fehlt die Begleitung und Therapie. Nur ca. 14 -38% können zeitweise einen Vollzeit Arbeitsplatz bekleiden.
- Schaden für die Volkswirtschaft ca. 30 Mrd. Euro

Medikamentenabhängigkeit: abhängig Erkrankte ca. 1.600.000

Es gibt noch keine validen Zahlen über den Schaden. Vermutlich mehrstelliger Milliardenbetrag

Ca. ein Drittel wird zur Suchterhaltung und zur Vermeidung von Entzugserscheinungen verordnet(DHS 6/2009)

Angesichts dieses Hintergrundes herrscht dringender Handlungsbedarf nicht nur für die Mittelständischen Unternehmen sondern auch für den Staat.

Die MIT hat ein klares und hervorragendes Konzept zur „Gesundheit für Deutschland“ vorgelegt. Die soziale Betreuung und kompetente Einbindung in lokale Umfeld, zur menschenwürdigen Reintegration von chronisch schwerkranken Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen in den Arbeitsmarkt erfüllen nicht nur die sozialen Pflichten des Unternehmers sondern stabilisieren die Ressourcen der Unternehmen.

Was wir wollen!

Eine klare und übersichtliche Suchtherapie, die von jedermann erkennbar und überschaubar ist! Nur so kann die Diskriminierung und Ausgrenzung der betroffenen Patienten aus der Gesellschaft nachhaltig in eine menschenwürdige Therapie überführt werden!

Suchtmedizinisch kompetente Fachärzte, die ganzheitliche Therapiesysteme auf der Grundlage wissenschaftlicher Standards für alle Abhängigkeitserkrankungen leiten und

die therapeutische Verantwortung und Organisation von bundesweiten und – einheitlichen Netzstrukturen sowohl regional als auch überregional übernehmen!
Klare juristische Standards in der Substitutionstherapie zur Entkriminalisierung der beteiligten Ärzte unter gleichzeitiger Verbesserung der Qualitätskontrollen.

Zuordnung Suchtmedizinischer Kompetenzsysteme in die Betriebe.

Eine klare Zuordnung und Übernahme von krankheitsbedingten Kosten für und durch die GKV und PKV, einschließlich der Betreuung der chronisch Kranken.
Kontrolle der Geldflüsse im System.

Klare Zuordnung der Kompetenzen und Ausbildung der im Suchthilfesystem tätigen Fachleute. Die fachübergreifende Qualitätsentwicklung muss verbessert werden. Wichtig ist die Erstellung gesicherter, standardisierter Abläufe und Hilfesysteme für den Patienten.

Umstrukturierung der bestehenden Suchthilfesysteme auf Bundes-, Landes-, Bezirks- und Gemeindeebene, damit die oben aufgeführten Forderungen nachhaltig umgesetzt werden können.

Einbeziehung der Jugend- und Familienpolitik in den Präventionsprozeß. Erarbeiten von Standards und Pflichten, die in die Gesetzgebungsverfahren des Staates gehören. Abbau von bürokratischer Belastung!

Das Ziel ist es, durch das Einbringen der Sozialkompetenz des Mittelstandes in ein zeitgemäßes Suchtmedizinisches Gesundheitskonzept, schwerkranke Menschen von der Fremdbestimmung Sucht zur Selbstbestimmung und Eigenverantwortung in den Arbeitsmarkt zu integrieren.