



Statement
anlässlich der Pressekonferenz zum 20. Heidelberger Kongress
des Fachverbandes Sucht e.V.
„Die Qualitäten der Suchtbehandlung“
am 11. Juni 2007

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e.V.

Gesundheits- und suchtpolitische Empfehlungen
des Fachverbandes Sucht e.V.

I. Epidemiologische Daten zum Substanzkonsum und gesundheitspolitische Ziele des Drogen- und Suchtrats

1. Alkoholkonsum, - missbrauch, -abhängigkeit

1.1 Gesamtbevölkerung

- 1,6 Mio. (3,1 %) Menschen, die Alkoholabhängig sind
- 2,7 Mio. Menschen, die Alkohol missbrauchen
- 10,4 Mio. Menschen mit riskantem Alkoholkonsum
- 42.000 Alkoholtote pro Jahr
- 22.548 Alkoholunfälle im Straßenverkehr mit 708 Toten (2004)
- 10,2 Liter reiner Alkoholkonsum pro Einwohner
- Werbeaufwendungen (in Mio. Euro): 2005: 564
- Alkoholsteuern (in Mio. Euro) 2005: 3.380

1.2 Alkoholkonsum Jugendlicher (12-17 Jahre, 2005)

- Alkoholrauscherfahrung in den letzten drei Monaten:
12 % (15 % der männlichen, 9 % der weiblichen Jugendlichen)
- Binge-Drinking: in den letzten 30 Tagen fünf und mehr Gläser Alkohol hintereinander getrunken
An ein bis zwei Tagen: 11 %
An drei und mehr Tagen: 8 %
- *Alkoholkonsum mindestens einmal pro Woche:*
1997: 28 %, 2005: 20 %

<p><i>Gesundheitspolitisches Ziel des Drogen- und Suchtrats:</i> <i>bis zum Jahr 2008 Senkung auf 18 %</i></p>
--

1.3. Alkopops

- Konsum von spirituosehaltigen Alkopops (12-17-jährige) mindestens einmal pro Monat:
2004: 28 %, 2005: 16 %
- Konsum von Wein-/Bierhaltigen Alkopops (12-17-jährige) mindestens einmal pro Monat
2004: 23 %, 2005: 21 %

**Gesundheitspolitisches Ziel des Drogen- und Suchtrats:
bis zum Jahr 2008 Konsumquote an Alkopops weiter senken**

2. Tabak

2.1 Gesamtbevölkerung

- Raucheranteil Erwachsene: 16,0 Mio. (33 %) (37 % Männer, 30,5 % Frauen)
- Starke Raucher (20 Zigaretten und mehr): 5,7 Mio.
- Anteil der abhängigen Raucher/innen: Männer 40 %, Frauen 32 % der Raucher/innen
- Tabakbedingte Todesfälle: ca. 140.000
- Todesfälle durch Passivrauchen: ca. 3.300
- Ausgaben der Tabakindustrie für Tabakwerbung: 46 Mio. Euro
- Ausgaben für Tabak 2005: 23,9 Mrd. Euro
- Einnahmen Tabaksteuer (2005): 14,2 Mrd. Euro

2.2 Raucheranteil Jugendlicher (12-19 Jahre, 2005)

- Raucheranteile Jugendlicher:
Ständiges und gelegentliches Rauchen 26 %
(27 % der männlichen Jugendlichen, 25 % der weiblichen Jugendlichen)
- Tägliches Rauchen 14 %
- Starke Raucher (• 10 Zigaretten pro Tag): 8 %

Trend Raucheranteil 12-17 Jahre

- *Raucheranteil 12-17 Jahre 1997 28 %, 2005 20 %, 2007 18 %*

**Gesundheitspolitisches Ziel des Drogen- und Suchtrats:
bis zum Jahr 2008 Senkung auf 17 %**

3. Medikamentenkonsument, Abhängigkeit

3.1. Gesamtbevölkerung

- ca. 1,9 Mio. medikamentenabhängige Menschen
(610.000 [2,5 %] Männer, 750.000 [3,2 %] Frauen)
- ca. 1,1 Mio. abhängig von Benzodiazepinderivaten,
ca. 300.000 von anderen Arzneimitteln
- 4,5 % aller verordneten Arzneimittel besitzen ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential
- Problematischer Medikamentenkonsument:
Gesamt: 4,3 % (2 Mio., davon Männer 3,2 %, Frauen 5,5 %)

3.2. Problematischer Medikamentenkonsum und Alter

- Anstieg des problematischen Medikamentenkonsums mit dem Alter:
 - 20-29 Jahre: 2,5 %
 - 30-39 Jahre: 3,3 %
 - 40-49 Jahre: 3,6 %
 - 50-59 Jahre: 8,5 %

4. Illegale Drogen

4.1. Gesamtbevölkerung

- 120.000-150.000 Opiatabhängige
- ca. 400.000 abhängige Konsumenten von Cannabis
- Drogentote
 - Jahr 2000: 2030
 - Jahr 2005: 1326
 - Jahr 2006: 1296

4.2. Drogenkonsum Jugendlicher

- Gegenwärtiger Drogenkonsum Jugendlicher in % 2004:
 - 12-15 Jahre: 1 %
 - 16-19 Jahre: 6 %
 - 20-25 Jahre: 5%
- Regelmäßiger Drogenkonsum (> 10 mal Konsum im letzten Jahr) illegale Drogen:
 - 12-15 Jahre : 1 %
 - 16-19 Jahre: 4 %
 - 20-25 Jahre: 4 %
- *Erfahrungen mit illegalen Drogen von Jugendlichen (12-25 Jahre) im Jahr 2004: 32 %, davon 31 % mit Cannabis (männliche Jugendliche 36 %, weibliche Jugendliche 27 %)*

**Gesundheitspolitisches Ziel des Drogen- und Suchtrats:
bis zum Jahr 2008 Senkung des Cannabiskonsums unter 28 %**

- *Regelmäßiger Drogenkonsum Cannabis 12-25 Jahre: 3 %*

**Gesundheitspolitisches Ziel des Drogen- und Suchtrats:
bis zum Jahr 2008 Senkung unter 3 %**

II. Beratungs- und Behandlungsangebote für Menschen mit substanzbezogenen Störungen und Risiken

Ambulante Beratungsstellen (Anzahl)	934
- davon auch ambulante Behandlungsstelle	460
Stationäre Angebote:	
- Therapieplätze für Drogenabhängige (Plätze)	5.200
- Stationäre Therapieplätze für Abhängige von Alkohol und Medikamenten (Plätze)	9.500
Ganztägig ambulante Behandlung (teilstationäre Einrichtung) (Plätze)	400
Therapieplätze im Regelvollzug für Suchtkranke (Plätze)	2.100
Therapieplätze im Regelvollzug speziell für Drogenkranke (Plätze)	750
Qualifizierte Entgiftung (Plätze)	5.100
	(165 Einrichtungen)
Selbsthilfegruppen (Gruppen)	7.500
	(ca. 120.000 Teilnehmer pro Jahr)
Betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, Wohnheime, Heime für chronisch mehrfach Suchtgeschädigte (Plätze)	7.600
Niedrigschwellige Angebote	45 Notschlafstellen 403 Tagestreffs 26 Drogenkonsumräume
Substitution (Anzahl dauerhaft Substituierter)	ca. 65.000

III. Behandlungen

Dokumentierte Krankenhausbehandlung (Akutbereich, 2004)

1. Alkohol	
F10 „Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol“ (Anzahl)	290.864
2. Weitere Substanzen	
F11 Opioide	25.889
F12 Cannabinoide	5.107
F13 Sedativa oder Hypnotika	8.504
F14 Kokain	1.096
F16 Halluzinogene	562
F18 Lösungsmittel	151
F19 Multiple Substanzen	41.699
F11 - F19	83.008
3. Gesamt (F10, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19)	373.872

**Medizinische Rehabilitation:
Entwöhnungsbehandlungen Deutsche Rentenversicherung (2004)**

Entwöhnungsbehandlungen (DRV)	
gesamt:	52.536 (stationär 40.228, ambulant 12.308)
davon:	
Alkoholabhängigkeit	39.623 (stationär 28.884, ambulant 10.739)
Medikamentenabhängigkeit	356 (stationär 273, ambulant 83)
Drogenabhängigkeit	8.633 (stationär 7.613, ambulant 1.020)
Mehrfachabhängigkeit	3.865 (stationär 3.359, ambulant 446)

IV. Fazit: Gesundheitspolitische Zukunftsaufgaben und Empfehlungen aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V.

Alkohol:

- Nur ca. 2,5 % der alkoholabhängigen Menschen nehmen eine Entwöhnungsbehandlung in Anspruch, deutlich mehr befinden sich im akutmedizinischen Bereich (Krankenhäuser [ca. 18 %], niedergelassene Ärzte [ca. 70 %]). Von daher ist die Frühintervention in diesen Bereichen deutlich zu stärken.
- Menschen im Stadium des riskanten und schädlichen Konsums werden bislang kaum vom Hilfesystem erreicht.
- Insbesondere sind auch Präventionsstrategien zu entwickeln, um den früheren Einstieg in den Konsum junger Menschen - und hier speziell dem Binge-Drinking - entgegenzuwirken.
- Die Einführung der Alkopop-Steuer für spirituosehaltige Alkopops (84 Cent für 0,275 l ab August 2004) hat sich als Steuerungsinstrument bewährt: Rückgang des Konsums der 12-17-jährigen (mindestens einmal pro Monat) innerhalb eines Jahres um 12 %. Demgegenüber ist der Konsum von Wein-/Bierhaltigen Alkopops nicht zurückgegangen.
- Zu begrüßen ist, dass ab 01.01.2007 ein Alkoholverbot für Fahranfänger (zwei Jahre Probezeit) besteht.
- Weitere gesetzgeberische Maßnahmen können z.B. sein: Steuererhöhungen (Deutschland liegt unter dem EU-Durchschnitt, WHO 2004), Verkaufsbeschränkungen, Werbebeschränkungen, Zunahme der Alkoholtests im Straßenverkehr.

Psychoaktive Medikamente:

Im System der Suchtkrankenhilfe tauchen Medikamentenabhängige bislang kaum auf. Hier ist die Aufklärung der Bevölkerung ebenso notwendig wie die Früherkennung und Schulung der Ärzte hinsichtlich der Verschreibung psychoaktiver Medikamente sowie des Umgangs mit medikamentenabhängigen Patienten und der Vermittlung alternativer Behandlungsmethoden.

Frauen und ältere Menschen bekommen mehr Medikamente mit einem Missbrauchspotential verordnet. Hier sind besondere Präventionsstrategien (z.B. unter Einbezug von Pflegeeinrichtungensdiensten, Altenheimen etc.) erforderlich.

Das Ordnungsverhalten von Ärzten sollte verstärkt von den ärztlichen Körperschaften überprüft werden und auch Apotheken hierbei einbezogen werden. Auch die Werbestrategien bei freiverkäuflichen Mitteln sind bei Präventionsansätzen gezielt einzubeziehen und zu hinterfragen.

Tabak:

- Gesundheitspolitische Wirkung entfaltet die Tabaksteuer, die in den Jahren 2002-2005 fünfmal erhöht wurde (insgesamt 5,6 Cent pro Zigarette). Als Grund zum Aufhören wurde dies von Rauchern benannt: im Jahr 2002 4,7 %, im Jahr 2004 7,9 %, danach 7,4 %.
- Mit der Umrüstung der Zigarettenautomaten (bis 31.12.2006) und der Einführung einer Chipkarte ist ein Rückgang der Automaten verbunden (2002: 835.000, 2006: 470.000 Automaten).
- Positiv hervorzuheben ist auch die geplante Abgabe von Zigaretten auf 18 Jahre anzuheben.
- Die Umsetzung der EU-Tabakwerbe-Richtlinie ist ebenfalls zu begrüßen (Verbot von Werbung in der Presse und anderen gedruckten Veröffentlichungen, im Hörfunk und Internet sowie das Sponsoring von Veranstaltungen mit grenzüberschreitender Bedeutung).
- Das Tabakwerbeverbot sollte auf alle Bereiche (inkl. Kino) ausgedehnt werden.
- Die Etablierung von Tabakentwöhnungsangeboten ist zu fördern: Zu begrüßen ist, dass eine ärztliche Qualifikation „Tabakentwöhnung“ von der Bundesärztekammer sowie entsprechende Leitfäden zur Raucherberatung für Ärzte/innen entwickelt wurden oder Online-Angebote zur Tabakentwöhnung zur Verfügung stehen.
- Auch im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (inkl. Entwöhnungsbehandlung) sollte der Tabakentwöhnung verstärkt Aufmerksamkeit gewidmet werden.
- In der ersten Lesung wurde am 27. April 2007 das Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens verabschiedet, nach dem in Einrichtungen des Bundes, des Öffentlichen Personalverkehrs und in Bahnhöfen das Rauchen verboten wird. Zuvor stellte sich heraus, dass eine freiwillige Selbstverpflichtung der Gastronomie gescheitert ist. Nun sind die Länder gefordert, den Nichtrauchererschutz in Gaststätten, Bars, Diskotheken etc. zu regeln. Hier sind einheitliche und umfassende Nichtraucherchutzregelungen der Länder zu treffen wie sie bereits in Irland, Italien, Schweden, Belgien oder Schottland beschlossen wurden.

Illegale Drogen

- Die Inanspruchnahmerate der verschiedenen Angebote der Suchtkrankenhilfe ist in diesem Bereich - verglichen mit anderen Substanzen - am höchsten.
- Niedrigschwellige Angebote werden jedoch nur in Großstädten/Ballungsräumen vorgehalten und sind nicht in allen Regionen vorhanden.
- Darüber hinaus nehmen spezifische Gruppen wie Kokainabhängige das traditionelle Suchthilfesystem nur in geringem Maße in Anspruch.
- Die Substitutionsbehandlung hat sich breit etabliert. Hier ist allerdings die Frage nach einer einheitlichen Finanzierung der psychosozialen Begleitung nach wie vor ungelöst.
- Der Cannabiskonsum hat deutlich zugenommen, das Hilfesystem wird zwar von Cannabisabhängigen und Missbrauchern verstärkt in Anspruch genommen (ambulante Suchthilfe: 2001: 8.403 Klienten, 2005: 18.155 Klienten), erreicht aber insgesamt immer noch eine geringe Anzahl. Von daher gilt es die Frühintervention wie auch die Erreichbarkeit dieses Klientels durch adäquate Angebote und spezifische therapeutische Interventionen zu verbessern.
- Die heroingestützte Behandlung ist lediglich eine weitere Facette im Angebotsspektrum für opiatabhängige Menschen. Eine Übertragung des Modellprojektes in die Regelversorgung würde aus Sicht des FVS voraussetzen, dass entsprechende Behandlungsstandards (z.B. psychosoziale Begleitung) eingehalten werden, die Indikation auf die Gruppe der Schwerstabhängigen beschränkt bleibt und die Finanzierung bestehender Angebote der Suchtkrankenhilfe durch die entstehenden zusätzlichen Kosten nicht gefährdet wird.

Ansprechpartner:

Dr. Volker Weissinger

Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e.V.

Walramstraße 3

53175 Bonn

Tel.: 0228 - 26 15 55

Fax: 0228 - 21 58 85

E-Mail: v.weissinger@sucht.de

Internet: www.sucht.de