

Public Health: The science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society. Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function [1].

Suchtforschung, Suchttherapie, Sucht. Das Symposium zu Ehren des Lebenswerks von Ambros Uchtenhagen steht selbstverständlich unter dem Thema „Sucht“. Nicht zuletzt hat er ein Lehrbuch zum Thema mitverfasst und unzählige Beiträge auf Symposien und in Zeitschriften geleistet. Dennoch greift Sucht als Thema zu kurz, nicht nur, wenn man das Lebenswerk von Ambros Uchtenhagen würdigen will, sondern ganz allgemein, wenn es um die Betrachtung der gesellschaftlichen oder auch nur der gesundheitlichen Folgen von Alkohol, Tabak, illegalen Drogen oder Medikamenten geht.

These 1: Die gesellschaftliche Bedeutung von Substanzgebrauch geht weit über Sucht hinaus, selbst wenn man nur gesundheitliche Konsequenzen berücksichtigt.

Der Gebrauch von so genannten Suchtmitteln¹ bezeichnet kulturell verankertes Verhalten, das oft hinsichtlich seiner gesundheitlichen Konsequenzen problematisiert wird. So starben im Jahre 2000 allein geschätzte 7 Millionen Menschen an den Fol-

¹ Suchtmittelgebrauch wird hier synonym zu Substanzgebrauch definiert. Die Beispiele bleiben dabei meist auf Alkohol, Tabak und illegale Drogen beschränkt.

gen von Alkohol-, Tabak- und illegalem Drogenkonsum [2, 3], wobei die legalen Suchtmittel weitaus bedeutsamer als die illegalen Drogen waren.

Suchtmittel verursachen auch hohe Krankheitsbelastung, definiert als durch frühzeitigen Tod oder Behinderung verlorene Lebensjahre (s. Tab. 1, siehe auch [4]). Sind diese Krankheiten und Todesfälle nur bei süchtigen oder abhängigen Personen entstanden? Hierzu gibt es keine genauen Zahlen, aber Anhaltspunkte. Rehm [5] schätzt für Kanada, dass ca. 50% der durch Alkohol verursachten Kosten [6] durch „nicht süchtigen“ Gebrauch entstehen, d. h. durch Personen, die nach ICD oder DSM nicht die Kriterien für eine Diagnose von Abhängigkeit oder Missbrauch erfüllen würden. Alkoholbedingte Verkehrsunfälle oder alkoholbedingte Unfälle allgemein, die fast die Hälfte der alkoholbedingten Todesursachen ausmachen [7], betreffen beispielsweise in den meisten Gesellschaften mehrheitlich Personen, die zwar situativ zu viel getrunken haben, aber nicht abhängig sind. Auch beim Rauchen können somatische Schäden ohne Sucht entstehen. Und die Kriminalisierung von Cannabiskonsumenten trifft ebenfalls je nach Gesellschaft oft mehrheitlich Nichtabhängige.

Dennoch läuft die entsprechende Forschung als Suchtforschung, die Zeitschriften heißen „Sucht“ oder „Suchttherapie“ oder international „Addiction“ und das von Ambros Uchtenhagen gegründete Institut trägt den Titel „Institut für Suchtforschung“, obwohl sich, je nach Auftragslage, wahrscheinlich die Mehrzahl der Forschungen nicht mehr mit Sucht im engeren Sinn, sondern mit Substanzmittelgebrauch und seinen Folgen im weiteren Sinn beschäftigt.

Widmung

Ein Beitrag zum Symposium zu Ehren von Ambros Uchtenhagen

Institutsangaben

Institut für Suchtforschung, Zürich, Schweiz
Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Kanada
Public Health Sciences, Universität Toronto, Kanada

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Jürgen Rehm · Institut für Suchtforschung · Konradstraße 32 · 8031 Zürich, Schweiz ·
E-mail: jtrehm@isf.unizh.ch

Bibliografie

Suchttherapie 2003; 4: 72–75 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 1439-9903

Tab. 1 Krankheitsbelastung als Folge von Substanzmissbrauch im Jahr 2000 nach ökonomischer Entwicklung und Geschlecht

	<i>Entwicklungsländer mit hoher Mortalität</i>	<i>Entwicklungsländer mit niedriger Mortalität (Schwellenländer)</i>	<i>Industrienationen (sehr geringe Mortalität)</i>	<i>weltweit</i>
	(AFR-D, AFR-E, AMR-D, EMR-D, SEAR-D)	(AMR-B, EMR-B, SEAR-B, WPR-B)	(AMR-A, EUR-A, EUR-B, EUR-C, WPR-A)	
gesamt DALYs (000)	832 763	408 497	214 213	1 455 373
Rauchen und oraler Tabakkonsum	2,0%	4,0%	12,2%	4,1%
Alkohol	1,6%	6,2%	9,2%	4,0%
illegale Drogen	0,5%	0,8%	1,8%	0,8%

Die regionale Gruppierung wurde von der Weltgesundheitsorganisation auf der Basis von Säuglings-, Kinder- und Erwachsenenmortalität vorgenommen

Afrika D	AFR-D	Algerien, Angola, Äquatorialguinea, Benin, Burkina Faso, Gabun, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kamerun, Kap Verde, Komoren, Liberia, Madagaskar, Mali, Mauretanien, Mauritius, Niger, Nigeria, Sao Tome und Principe, Senegal, Seychellen, Sierra Leone, Togo, Tschad
Afrika E	AFR-E	Äthiopien, Botswana, Burundi, Demokratische Republik Kongo, Elfenbeinküste, Eritrea, Kenia, Kongo, Lesotho, Malawi, Mosambik, Namibia, Ruanda, Sambia, Simbabwe, Südafrika, Swasiland, Tansania, Uganda, Zentralafrikanische Republik
Amerika A	AMR-A	Kanada, Kuba, Vereinigte Staaten von Amerika
Amerika B	AMR-B	Antigua und Barbuda, Argentinien, Bahamas, Barbados, Belize, Brasilien, Chile, Costa Rica, Dominica, Dominikanische Republik, El Salvador, Grenada, Guyana, Honduras, Jamaika, Kolumbien, Mexiko, Panama, Paraguay, St. Kitts and Nevis, St. Lucia, St. Vincent und die Grenadinen, Surinam, Trinidad und Tobago, Uruguay, Venezuela
Amerika D	AMR-D	Bolivien, Ecuador, Guatemala, Haiti, Nicaragua, Peru
östlicher Mittelmeer-Bereich B	EMR-B	Bahrain, Iran (Islamische Republik), Jordanien, Katar, Kuwait, Libanon, Libyen, Saudi Arabien, Syrien, Tunesien, Vereinigte Arabische Emirate, Zypern
östlicher Mittelmeer-Bereich D	EMR-D	Afghanistan, Ägypten, Dschibuti, Irak, Jemen, Marokko, Pakistan, Somalia, Sudan
Europa A	EUR-A	Andorra, Belgien, Dänemark, Deutschland, England, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Israel, Italien, Kroatien, Luxemburg, Malta, Monaco, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, San Marino, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz, Tschechische Republik
Europa B	EUR-B	Albanien, Armenien, Aserbaidschan, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Georgien, Jugoslawien, Kirgisistan, Mazedonien, Polen, Rumänien, Slowakei, Tadschikistan, Türkei, Turkmenistan, Usbekistan
Europa C	EUR-C	Estland, Kasachstan, Lettland, Litauen, Moldawien (Moldau), Russische Föderation, Ukraine, Ungarn, Weißrussland
Südost-Asien B	SEAR-B	Indonesien, Sri Lanka, Thailand
Südost-Asien D	SEAR-D	Bangladesch, Bhutan, Indien, Korea (Demokratische Volksrepublik), Malediven, Myanmar, Nepal
Westpazifik A	WPR-A	Australien, Brunei, Japan, Neuseeland, Singapur
Westpazifik B	WPR-B	China, Cookinseln, Fidschi, Kambodscha, Kiribati, Korea (Republik), Laos (Demokratische Volksrepublik), Malaysia, Marshallinseln, Mikronesien, Mongolei, Nauru, Niue, Palau, Papua-Neuguinea, Philippinen, Salomonen, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam

A steht für sehr niedrige Kinder- und Erwachsenensterblichkeit, B für niedrige Kinder- und Erwachsenensterblichkeit, C für niedrige Kinder- und hohe Erwachsenensterblichkeit, D für hohe Kinder- und Erwachsenensterblichkeit und E für sehr hohe Kinder- und Erwachsenensterblichkeit [16].

These 2: Der Bereich der Therapie wird als Public-Health-Maßnahme überbewertet.

Sucht ist nicht nur ein im Deutschen gebrauchtes gängiges Sprachkürzel, um die Folgen von Substanzmittelgebrauch prägnant zusammenzufassen. Dieser Begriff steht für mehr. Er bezeichnet eine Haltung, die die wichtigsten Probleme dieser Substanzen aus ihrer Eigenschaft als suchterzeugend ableitet und Sucht als primäre Konsequenz von Gebrauch sieht. Diese Haltung wird nur wenig dadurch beeinflusst, dass die Realität anders aussieht und weltweit sich nur ca. ein Drittel der Krankheitsbelastung auf diese Weise kategorisieren lässt.

Diese Haltung hat aber noch weitere Implikationen. So wird Suchttherapie in ihrer Bedeutung als Public-Health-Maßnahme

völlig überbewertet. Auch hier widersprechen empirische Untersuchungen dem vorherrschenden Meinungsbild. In vergleichenden Untersuchungen von verfügbaren Interventionen im Bereich Alkohol wurden die verschiedenen Suchttherapien als relativ wenig effektiv zur Reduzierung von alkoholbedingten Folgen eingestuft [8, 9]. Betrachtet man zusätzlich noch Kosten, so fällt das Urteil noch negativer aus [10]. Maßnahmen wie Besteuerung sind für die Reduktion von alkoholbedingten Folgen um ein Vielfaches effizienter als jede Art von Therapie und dies gilt auch für die Reduktion von Neuerkrankungen im Bereich Sucht. Hinsichtlich tabakbedingter Folgen sind verhältnispräventive Maßnahmen ebenfalls deutlich kosteneffektiver [3]. Im Bereich der illegalen Drogen gibt es derzeit keine seriösen Berechnungen zur Wirksamkeit verschiedener Interventionen hinsichtlich der Reduktion von substanzbedingten Schäden.

Die Konsequenz aus dem oben Gesagten kann natürlich nicht sein, dass Suchttherapie aufgegeben wird und dass keine Mittel mehr in die Verbesserung der derzeit angebotenen Therapien fließen. Diese wäre allein aus ethischen Gründen gegenüber den süchtigen Personen und ihrem Umfeld nicht vertretbar. Dennoch sollte die Mittelvergabe sowohl in Forschung als auch hinsichtlich der durchgeführten Interventionen klar in Richtung Verhältnisprävention verschoben werden. Steuererhöhungen sind sicher nicht populär, aber bei Tabak und Alkohol eine effektive Public-Health-Maßnahme, die auch volkswirtschaftlich sinnvoll ist.

These 3: Suchtfreiheit wird überbewertet und Süchtige werden im Gesundheitssystem oft diskriminiert.

Die Fokussierung auf Sucht hat aber noch eine weitere problematische Seite. Suchtfreiheit wird bei vielen Maßnahmen, auch im somatischen Bereich, vorausgesetzt. So werden in weiten Teilen der Welt, insbesondere in Nordamerika, Lebertransplantationen für Alkoholabhängige, Lungentransplantationen für Personen mit Nikotinersatztherapie oder Hepatitis-C-Behandlung für Drogenabhängige verweigert [11]. Die Gründe dafür sind oft fadenscheinig und nicht durch empirische Untersuchungen belegbar (siehe [11] für eine detaillierte Diskussion).

These 4: Bei Public Health kommt es auf den Mix von Interventionen an.

Wie soll die zukünftige Gesundheitspolitik im Bereich Suchtmittel aussehen? Wir plädieren für einen empirisch begründeten Public-Health-Ansatz, der durch einen Mix von Interventionen versucht, nicht nur die gesundheitlichen Folgen von Substanzmittelkonsum zu reduzieren. Die Interventionen sind sicherlich in verschiedenen Bereichen anzusetzen, von denen Therapie nur einer und nicht der wichtigste ist. Ein Beispiel für einen solchen Mix von Interventionen ist das so genannte 4-Säulen-Modell der Schweizer Drogenpolitik.

Angesichts des zunehmenden Drogenproblems in den 80er-Jahren beschloss die Schweizer Regierung, ihr Engagement in diesem Bereich zu Beginn der 90er-Jahre erheblich zu verstärken. Folgende Ziele wurden gesetzt [12]:

- Reduktion der Zahl neuer Konsumenten/Abhängiger,
- Steigerung der Zahl Abhängiger, die den Ausstieg schaffen,
- Minderung der gesundheitlichen Schäden und der sozialen Ausgrenzung von Konsumenten/Abhängigen und
- Schutz der Gesellschaft vor schädlichen Auswirkungen des Drogenproblems und Kampf gegen die organisierte Kriminalität.

Mit der Verabschiedung des „Maßnahmenpakets Drogen“ im Jahr 1991 wurde die Grundlage für die heutige Drogenpolitik der Schweiz geschaffen, das so genannte „4-Säulen-Modell“. Die Strategie beruht auf der gleichberechtigten² Verbindung von Prävention, Behandlung, Schadensminderung bzw. Überlebens-

hilfe und Repression [12, 13] und zielt global gesehen darauf ab, das Angebot von illegalen Drogen durch die Mittel der Repression zu vermindern, die Nachfrage nach illegalen Suchtmitteln durch präventive Maßnahmen und Behandlung zu reduzieren und die entstandenen Schäden durch Überlebenshilfe zu minimieren [14]. Ohne auf Einzelheiten einzugehen, kann dieses Modell aufgrund der empirischen Daten im Vergleich zu anderen Modellen der Drogenpolitik durchaus als erfolgreich bezeichnet werden [15].

Für die Zukunft gilt es, solche Modelle für den gesamten Bereich von substanzbedingten Folgen zu entwickeln. Dabei sollte die Forschung auch systembezogene Aspekte der Interaktion von verschiedenen Politikmaßnahmen mit einbeziehen. Natürlich ist dafür eine wichtige Voraussetzung, die Effektivität und Kosteneffektivität einzelner Maßnahmen aus einer Public-Health-Perspektive zu kennen, aber dies allein reicht nicht. Es geht darum, Kombinationen von Maßnahmen in ihren Wechselwirkungen systemisch zu untersuchen. Dabei sind natürlich die gesellschaftlich gesetzten Ziele der Maßstab und diese sind meist nicht nur auf den Gesundheitsbereich begrenzt, wie die oben angeführten Ziele der Schweiz im Bereich Drogenpolitik beispielhaft belegen.

Das Symposium zu Ehren von Ambros Uchtenhagen sollte Visionen für die Zukunft von Suchtforschung und Suchttherapie aufzeigen. Ich habe versucht aufzuzeigen, dass eine Fokussierung weg von Sucht und hin zum Bereich Public Health in diesem Zusammenhang wichtig ist. Obwohl Ambros sicherlich nicht mit allen Schlussfolgerungen einverstanden ist, hat er in der Schweiz einer solchen Zukunft den Weg gewiesen. Dafür vielen Dank!

Literatur

- ¹ Committee of Inquiry. Public Health in England. The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London: HMSO 1988; Cmnd 289
- ² Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A et al. C.J.L and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 2002; 360: 1347 – 1360
- ³ WHO (World Health Organization). World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization 2002
- ⁴ Rehm J. Alkoholkonsum und Public Health. Sucht (im Druck)
- ⁵ Rehm J. Ökonomische Aspekte von Substanzmissbrauch. In: Gastpar M, Mann K, Rommelspacher H (Hrsg). Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme 1999; 118 – 127
- ⁶ Single E, Robson L, Xie X et al. The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction* 1998; 93: 991 – 1006
- ⁷ Rehm J, Room R, Monteiro M et al. Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. In: Alcohol In WHO (Hrsg). WHO (im Druck). Geneva
- ⁸ Babor T, Caetano R, Casswell S et al. Alcohol: No Ordinary Commodity – A Consumer's Guide to Public Policy. Oxford: Oxford University Press (im Druck)
- ⁹ Edwards G, Anderson P, Babor TF et al. Alcohol Policy and the Public Good. Oxford: Oxford University Press 1994
- ¹⁰ Chisholm D, Rehm J, van Ommeren M et al. Averting the burden of heavy alcohol use: a comparative analysis of intervention effectiveness. *Addiction* (eingereicht)
- ¹¹ Rehm J, Fischer B, Haydon E et al. Abstinence Ideology and somatic treatment for addicts – ethical considerations. *Addiction Research and Theory* (im Druck)

² Gleichberechtigt bedeutet hier nicht unbedingt, dass für alle Bereiche auch gleich viele Mittel zur Verfügung gestellt werden.

- ¹² Bundesamt für Gesundheit BAG. The swiss drug policy. A fourfold approach with special consideration of the medical prescription of narcotics. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG 1999
- ¹³ Klingemann H. Drogenpolitik und Drogenbehandlung – „Sonderfall Schweiz“? Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1998; 21: 19 – 37
- ¹⁴ Rihs-Middel M. Die Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln als ein Teil des Drogenforschungsprogramms des BAG In: Rihs-Middel M, Lotti H, Stamm R et al (Hrsg). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Bern: Verlag Hans Huber 1996; 16 – 25
- ¹⁵ Fischer B, Rehm J, Blitz-Miller T. Injection drug use and preventive measures: a comparison of Canada and Western European jurisdictions over time. Canadian Medical Association Journal 2000; 162 (12): 1709 – 1713
- ¹⁶ WHO (World Health Organization). World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization 2000