# Substanzbezogene Störungen – ein gesellschaftliches Problem

N. Scherbaum

## Einleitung

Substanzbezogene Störungen sind häufige Erkrankungen. Es ist ärztliche Aufgabe, in Diagnostik und Therapie dem individuellen Betroffenen zu helfen. Zudem sind substanzbezogene Störungen von hoher gesundheitspolitischer Bedeutung. Wie andere Zivilisationskrankheiten sind sie mit dem Lebensstil westlicher Gesellschaften verbunden. Schwerpunkte dieses Aufsatzes sind die Epidemiologie substanzbezogener Störungen, die negativen Folgen des Suchtmittelkonsums auch jenseits der Folgen für das betroffene Individuum sowie verhältnispräventive Maßnahmen zur Minderung des Suchtmittelkonsums.

## Epidemiologie

Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist in Deutschland häufig. So ist der Alkoholkonsum (Liter reinen Alkohols pro Kopf der Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren/Jahr) in Deutschland im Vergleich zum Durchschnitt der EU erhöht (10,6 l/Jahr versus 10 l/Jahr) (epidemiologische Daten hier und im Folgenden nach der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen [DHS], Jahrbuch Sucht 2026 [4]). Über Jahre betrachtet ist der Alkoholkonsum allerdings in Deutschland rückläufig (im Jahr 2012: 11,7 l). 68,6 Prozent der Bevölkerung geben an, in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert zu haben. Unter diesen geben 27 Prozent Rauschtrinken (mindestens fünf Standarddrinks bei einer Trinkgelegenheit; ein Standarddrink entspricht zum Beispiel 0,3 l Bier) und 24,4 Prozent einen riskanten Konsum an, also eine Konsummenge, die das Risiko für die Manifestation alkoholbezogener Erkrankungen erhöht.

Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit (nach DSM-IV [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage]) wird mit 2,16 Millionen Personen (4,2 Prozent der Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren) angegeben, die Prävalenz des Alkoholmissbrauchs mit 1,7 Millionen Personen (3,3 Prozent der Bevölkerung).

**„Die Zahl der Personen mit Medikamentenabhängigkeit wird auf 1,5 bis 1,9 Millionen Personen geschätzt. Im Vordergrund stehen hierbei Sedativa, insbesondere Benzodiazepine, sowie Opioidanalgetika."**

Die 12-Monatsprävalenz des Konsums von Cannabis beträgt 9,8 Prozent, die Zahl der Cannabisabhängigen wird auf 515.000 Personen (ein Prozent der Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren) geschätzt, die Zahl der Personen mit Cannabismissbrauch auf 257.000 Personen (0,5 Prozent der Bevölkerung). Auf Jahrzehnte betrachtet ist die Raucherquote rückläufig, sie beträgt nach aktuellen Zahlen 33,7 Prozent. Die Zahl der Opiatabhängigen wird auf 170.000 Personen geschätzt. Für die sogenannten harten Drogen (Kokain, Heroin) ist die 12-Monatsprävalenz mit Werten um ein Prozent deutlich niedriger als für Alkohol, Cannabis und Nikotin. Die Zahl der Personen mit Medikamentenabhängigkeit wird auf 1,5 bis 1,9 Millionen Personen geschätzt. Im Vordergrund stehen hierbei Sedativa, insbesondere Benzodiazepine, sowie Opioidanalgetika [8]. Während die anderen substanzbezogenen Störungen männerwendige Erkrankungen sind, sind von medikamentenbezogenen Störungen vorrangig Frauen betroffen. Auffällig ist hier zudem, dass die Zahl der Betroffenen mit dem Alter zunimmt.

## Negative Folgen des Suchtmittelkonsums – jenseits der Folgen für die Konsumenten

Es ist unmittelbar einleuchtend, dass substanzbezogene Störungen wegen ihrer Häufigkeit, ihres oft chronisch-rezidivierenden Verlaufs sowie der assoziierten körperlichen und psychischen Erkrankungen eine erhebliche Belastung des Gesundheitssystems zur Folge haben. Beispiele für Folgeerkrankungen sind alkoholbedingte Lebererkrankungen, cannabisinduzierte Psychosen, Hepatitis C bei intravenösem Drogenkonsum oder Frakturen nach Stürzen unter Benzodiazepinen, insbesondere bei alten Menschen.

Für substanzbezogene Erkrankungen wird ein umfangreiches Hilfesystem vorgehalten. Dieses ist zum Teil krankenkassenfinanziert, zum Beispiel Stationen zur qualifizierten Entzugsbehandlung und Substitutionsambulanzen für Opioidabhängige. Weitere Leistungsträger sind insbesondere die Kommunen (Suchtberatungsstellen) sowie die Rentenversicherer (Suchtfachkliniken zur Entwöhnungsbehandlung). Eine Kennziffer für die Belastung des Gesundheitssystems durch substanzbezogene Störungen ist die Zahl stationärer Aufnahmen Betroffener. Mit 229.853 Behandlungsfällen war im Jahr 2024 die „psychische und Verhaltens-

störungen durch Alkohol (F 10)“ die achthäufigste Diagnose für eine stationäre Aufnahme in Deutschland. Bei Männern belegte diese Diagnose sogar Platz 3 [4].

Psychoaktive Substanzen verändern das Verhalten der Konsumenten. Insofern greifen die negativen Folgen des Suchtmittelkonsums weit über die gesundheitlichen Folgen hinaus. So ist der Alkoholkonsum wohl durch die Minderung der Impulskontrolle erheblich mit Delinquenz verbunden [7]. Bei verschiedenen Delikten stehen die Tatverdächtigen oft unter Alkoholeinfluss: 47,5 Prozent bei Widerstand gegen die Staatsgewalt, 18 Prozent bei Gewaltkriminalität, 12,7 Prozent bei Mord, 21,7 Prozent bei Totschlag/Tötung sowie 19,1 Prozent bei der gefährlichen Körperverletzung [4]. Die Zahl der Alkoholunfälle im Straßenverkehr (mindestens ein alkoholisierter Beteiligter) wurde 2024 mit 14.787 Unfällen angegeben. Hierbei kamen 198 Personen zu Tode, das sind 7,2 Prozent aller Verkehrstoten.

> **„In Anbetracht des individuellen Leides durch substanzbezogene Störungen wie auch der immensen negativen sozialen Folgen ist die Prävention substanzbezogener Störungen von erheblicher Bedeutung.“**

Weitere soziale Folgen des Suchtmittelkonsums (nicht nur des Konsums von Alkohol) sind zum Beispiel Arbeitsunfähigkeit/vorzeitige Berentung, Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Betriebsunfälle, Produktionsausfall, häusliche Gewalt, Überforderung in der Kindererziehung und in Hinblick auf illegale Drogen die Drogenkriminalität. Die gravierenden sozialen Folgen des Suchtmittelkonsums spiegeln sich auch in den Berechnungen der volkswirtschaftlichen Kosten. Hierzu werden für den Konsum von Alkohol die volkswirtschaftlichen Kosten mit 57,04 Milliarden Euro/Jahr angegeben. Hiervon betreffen die direkten behandlungsbezogenen Kosten aber nur 16,59 Milliarden Euro/Jahr. Diesen immensen Kosten stehen nur vergleichsweise geringe Einnahmen des Staates durch Alkoholsteuern von 3,03 Milliarden Euro gegenüber [4]. Analoge Untersuchungen zum Nikotinkonsum zeigen ebenfalls, dass die volkswirtschaftlichen Kosten weit höher sind als die Einnahmen des Staates durch die Tabaksteuer [4].

## Bedeutung der Prävention

In Anbetracht des individuellen Leides durch substanzbezogene Störungen wie auch der immensen negativen sozialen Folgen ist die Prävention substanzbezogener Störungen von erheblicher Bedeutung. Die Entwicklung vom gelegentlichen zum regelmäßigen und gegebenenfalls zum abhängigen Konsum vollzieht sich in der Interaktion von Individuum und Suchtmittel. Diese Entwicklung ist multifaktoriell bedingt (genetische Disposition, psychische Erkrankungen et cetera). Eine allen abhängigkeitsinduzierenden Substanzen gemeinsame Eigenschaft ist die Aktivierung des dopaminergen Belohnungssystems des Gehirns durch Suchtmittelkonsum. Die wiederholte Aktivierung dieses Systems führt dazu, dass im Sinne eines verstärkten und so erlernten Verhaltens die Wahrscheinlichkeit für weiteren Suchtmittelkonsum steigt [6].

Die skizzierten individuellen Entwicklungen erfolgen unter gesellschaftlichen Bedingungen, die die Gefahr einer Abhängigkeit erhöhen oder mindern können. Psychobiologische Voraussetzung für die Entwicklung einer Abhängigkeit ist der regelmäßige Konsum eines Suchtmittels. Daher mindern gesundheitspolitische Maßnahmen, die die Wahrscheinlichkeit des regelmäßigen Konsums reduzieren, das Risiko der Abhängigkeitsentwicklung. Die Verfügbarkeit eines Suchtmittels ist hierbei ein wesentlicher Einflussfaktor auf die Häufigkeit des Konsums. Die Verfügbarkeit eines Suchtmittels ist abhängig vom Preis, der Verbreitung von Verkaufsstellen, der Länge von Verkaufszeiten wie auch dem rechtlichen Status eines Suchtmittels. In Hinblick auf Alkohol besteht in Deutschland eine hohe Verfügbarkeit gemäß all dieser Kriterien. So ist der Preis in Deutschland niedriger als im EU-Durchschnitt [10]. Alkohol wird in Deutschland nicht in lizensierten Fachgeschäften wie etwa in Skandinavien verkauft, sondern zum Beispiel auch an Tankstellen (!).

- **S** Stärkung von Maßnahmen zur Einschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol, zum Beispiel begrenzte Öffnungszeiten, begrenzte Zahl von Verkaufsstellen, Verkauf nur in lizensierten Fachgeschäften
- **A** Ausbau von Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer, zum Beispiel Einführung der 0,0 Promille-Grenze (wie in Ungarn und Polen)
- **F** Förderung des Zugangs zu Frühentdeckung, Kurzintervention und Behandlung
- **E** Etablierung von Maßnahmen zur Einschränkung/Verbot der Werbung für alkoholische Getränke
- **R** Realisierung von Preiserhöhungen (Steuern, Mindestpreis)

Insbesondere in Großstädten kann Alkohol rund um die Uhr gekauft werden („Spätis", Tankstellen).

Weitere Einflussfaktoren für den Suchtmittelkonsum sind soziale und kulturelle Normen. In Deutschland besteht eine traditionelle Trinkkultur [9]. Die Mehrheit der Bevölkerung trinkt aktuell Alkohol (siehe oben). Alkoholkonsum ist vielfach selbstverständlicher Bestandteil von Bräuchen und Freizeitgestaltung. Die „Normalität" des Alkoholkonsums in verschiedenen sozialen Kontexten wird zudem durch die massive Bewerbung alkoholischer Getränke „gefördert". So werden für 2024 die Ausgaben für die Bewerbung alkoholischer Getränke mit 465 Millionen Euro angegeben [4]. Soziale und kulturelle Normen zum Alkoholkonsum erschweren die Ablehnung des Alkoholkonsums in sozialen Situationen.

Bei präventiven Maßnahmen unterscheidet man Verhältnisprävention (generelle Beeinflussung von Lebenswelten), Verhaltensprävention (Förderung der Gesundheitskompetenz von Individuen) sowie die Therapie des kranken Individuums zur Vermeidung von Folgeschäden. Bei einer Abwägung von Aufwand und Effekt auf die Bevölkerung ist die Verhältnisprävention von besonderer Wirksamkeit. Vor diesem Hintergrund propagiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Prävention alkoholbezogener Störungen die sogenannte SAFER-Strategie [5] (siehe Tabelle S. 6).

## Schlussbemerkungen

Nach dem Public Health Index belegt Deutschland im Vergleich zu anderen EU-Ländern einen hinteren Platz (nicht nur) in Hinblick auf die Verhältnisprävention substanzbezogener Störungen [1]. Hier sind gesundheitspolitische Aktivitäten gerade auch der Ärzteschaft zum Beispiel zur Durchsetzung der SAFER-Strategie gefordert. Ein vorsichtiger Optimismus für die Erfolgsaussichten solcher Aktivitäten ist durchaus begründet: Die Prävalenz von Suchtmittelkonsum und substanzbezogenen Störungen ist nicht in Stein gemeißelt. So betrug die Raucherquote bei Männern 1950 90 Prozent [3], jedoch 2025 nur noch 38,5 Prozent [4]. Auch ist der Anteil der Nieraucher unter den Jugendlichen (12- bis 17-Jährige) auf gut 80 Prozent gestiegen [2]. Diese Entwicklung wurde auch durch Maßnahmen der Verhältnisprävention unterstützt, zum Beispiel ab 1975 staatliche Reglementierung der Tabakwerbung, ab 2002 Verbesserung des Nichtraucherschutzes [4].

Aktuelle Maßnahmen der Verhältnisprävention betreffen die Einschränkung des Verkaufs von Lachgas durch Unterstellung unter das Neue-psychoaktive-Stoffe-Gesetz (in Kraft 12. April 2026), der Gesetzentwurf zur Abschaffung des begleiteten Trinkens (im parlamentarischen Verfahren) oder der Kabinettsbeschluss zur Steuererhöhung für Alkohol und der Bundestagsbeschluss zur Steuererhöhung für Nikotinprodukte ab 2027.

Für Politiker wichtig zu wissen: Die Mehrheit der Bevölkerung spricht sich für verhältnispräventive Maßnahmen aus, zum Beispiel höhere Steuern für Alkoholika und Tabak [1]. Ein strategisches Hemmnis für die Umsetzung verhältnispräventiver Maßnahmen in Deutschland ist die zersplitterte Zuständigkeit für verschiedene Maßnahmen. So ist für Preisgestaltung über Besteuerung von Alkoholika das Bundesfinanzministerium zuständig, für die Ladenöffnungszeiten sind es die Bundesländer, für ein Verbot von Alkoholkonsum an bestimmten Orten die jeweiligen Kommunen. Die Entwicklung einer übergreifenden Gesamtstrategie zur Durchsetzung verhältnispräventiver Maßnahmen ist geboten. ■

Literatur unter
www.slaek.de/aerzteblatt-sachsen

Interessenskonflikt
Der Autor ist Mitglied des Ausschusses „Sucht und Drogen" der Bundesärztekammer, sowie des Sachverständigen Ausschusses nach Betäubungsmittelgesetz beim Bundesministerium für Gesundheit. Er ist erster Vorsitzender der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS).




Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum
Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
LVR-Universitätsklinik Essen
Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen
E-Mail: norbert.scherbaum@uni-due.de

Anzeige



Klaus Jerosch GmbH
Praxisplanung &
Praxiseinrichtung

*Praxismöbel für lebendige und funktionelle Räume*

Tel.: 03563 60 18 80
Mail: kontakt@jerosch.com
Web: www.jerosch.com