

12	Gesundheit – mit Vertiefung Sucht	230	12.3	Sucht	244
12.1	Einleitung	232	12.3.1	Einleitung	244
12.2	Gesundheit	232		Experteninterview	245
12.2.1	Gesundheitszustand	233	12.3.2	Konsum von Suchtmitteln	249
12.2.1.1	Wahrgenommene Gesundheit	233	12.3.2.1	Alkoholkonsum	249
12.2.1.2	Psychische Gesundheit	233	12.3.2.2	Tabakkonsum	251
12.2.1.3	Körperliche Beschwerden und chronische Krankheiten	233	12.3.2.3	Konsum illegaler Drogen	252
12.2.1.4	Medikamentenkonsum	235	12.3.3	Angebote und Leistungen der Suchthilfe	255
12.2.1.5	Gesundheitsverhalten	236	12.3.3.1	Ambulante Angebote und Leistungen	255
12.2.2	Gesundheitssystem	238	12.3.3.2	Substitutionsprogramme	259
12.2.2.1	Ambulanter Bereich	238	12.3.3.3	Stationäre Suchthilfe	261
12.2.2.2	Stationäre Angebote	239	12.3.3.4	Leistungen des Vermittlungszentrums	263
12.2.3	Leistungen des Gesundheitssystems	241	12.3.4	Entwicklung der Suchtproblematik	264
12.2.3.1	Spitalexterne Pflege	241	12.3.4.1	Anzahl Drogentote	264
12.2.3.2	Arztbesuche	241	12.3.4.2	Infektionen mit HIV und Hepatitis C	264
12.2.3.3	Komplementär- und paramedizinische Behandlungen	242	12.3.4.3	Verurteilungen nach Betäubungsmittelgesetz	265
12.2.3.4	Hospitalisationen in Krankenhäusern für allgemeine Pflege	242			
12.2.3.5	Hospitalisationen in psychiatrischen Kliniken	243			

## 12 Gesundheit – mit Vertiefung Sucht



## 12 Gesundheit – mit Vertiefung Sucht

Die Gesundheitssituation ist nicht nur von individuellen Faktoren abhängig, sondern folgt auch sozial und gesellschaftlich bedingten Trennlinien. Entsprechend sind gesundheitliche Belange auch in anderen Problemlagen zu diskutieren. Aufgrund der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (2002) besteht in diesem Kapitel die Möglichkeit, ein repräsentatives Bild der Gesundheitssituation wie auch der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zu leisten. Der Schwerpunkt liegt jedoch in der Teilthematik der Sucht.

Der kurze Überblick zum Thema Gesundheit kann damit beginnen, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung gut ist. Im Jahr 2002 schätzen 83% der Solothurner Bevölkerung den eigenen Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut ein. Selbst bei den über 64-Jährigen liegt dieser Anteil bei rund drei Vierteln. Für Ausländer/innen und Angehörige unterer Einkommensschichten präsentiert sich das Bild jedoch anders: 71% beträgt der Anteil der ausländischen Wohnbevölkerung, der sich zufrieden bzw. sehr zufrieden über die eigene Gesundheitssituation äussert. Beim untersten Einkommensdrittel sind es noch 78%. Dort sind auch häufiger starke körperliche Beschwerden anzutreffen.

Insgesamt sind 23% der Bevölkerung des Kantons Solothurn im Jahr 2002 stark von Beschwerden – wie Kopf-, Rücken- oder Bauchschmerzen – betroffen. Am häufigsten treten Rückenschmerzen auf, davon berichten 9% der Männer und 13% der Frauen. Rund jede siebte Person im Kanton Solothurn nimmt denn auch mindestens einmal pro Woche ein Schmerzmittel ein, deutlich häufiger als Schlaf- und Beruhigungsmittel (7%).

Wegen häufig chronisch verlaufenden Krankheiten begibt sich die Solothurner Bevölkerung am häufigsten wegen Bluthochdruck in ärztliche Behandlung. Dies trifft auf 15% der Wohnbevölkerung zu, während wegen Rheumatismus noch rund 9% und aufgrund eines Nervenzusammenbruchs bzw. einer Depression noch 5% der Kantonsbevölkerung einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen.

Das Gesundheitsbewusstsein ist in der Bevölkerung des Kantons Solothurn stark ausgeprägt. Ein Bevölkerungsanteil von 70% lässt sich in seinem Lebensstil durch Gedanken an die Gesundheit beeinflussen, bei 21% geben gesundheitliche Überlegungen den Lebensstil gar weitgehend vor. Eine Minderheit von 9% der Kantonsbevölkerung pflegt einen Lebensstil, ohne sich um die gesundheitlichen Folgen zu kümmern (Schweiz: 12%). Auf die Ernährung achten im Jahr 2002 74% der Bevölkerung (Schweiz: 69%).

Trotz dieses Befunds weist der Kanton Solothurn einen überdurchschnittlichen Anteil an übergewichtigen Personen auf. Nach dem Body Mass Index (siehe Glossar) gelten rund 52% der männlichen Bevölkerung im Jahr 2002 als (leicht oder stark) übergewichtig (Schweiz: 45%), bei den Frauen sind es 31% (Schweiz: 29%).

Die Kosten für Leistungen des Gesundheitssystems im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung summieren sich im Jahr 2003 für die Solothurner Bevölkerung auf 575.2 Millionen Franken (siehe Kapitel Finanzierung der Sozialleistungen). Dieser Betrag resultiert trotz eines in verschiedener Hinsicht eher durchschnittlich ausgebauten Gesundheitssystems:

Im ambulanten Bereich entfallen im Jahr 2002 auf 1'000 Einwohner/innen rund 1.56 Ärzte bzw. Ärztinnen mit Praxistätigkeit (Schweiz: 1.97). Ein geringer Versorgungsgrad ist auch bei den Apotheken festzustellen (0.11 Apotheken auf 1'000 Einwohner/innen im Jahr 2003), was auch mit der kantonalen Regelung der Medikamentenabgabe zusammenhängt.

Im stationären Bereich verfügen die öffentlichen Spitäler der allgemeinen Pflege im Jahr 2003 über insgesamt 791 Betten, 13% weniger als noch 1998. Ein Rückgang der Bettenzahl ist auch bei den psychiatrischen Diensten, von 236 auf 196 Betten, zu verzeichnen.

Die Inanspruchnahme dieser Infrastruktur lässt sich für das Jahr 2002 dokumentieren. Insgesamt nehmen innerhalb von 12 Monaten 73% der Männer und 83% der Frauen einen Allgemeinpraktiker oder eine Allgemeinpraktikerin in Anspruch. Diese Konsultationsraten decken sich mit dem Verhalten der Schweizer Bevölkerung. Eine ärztliche Konsultation bezweckt bei 72% der betroffenen Personen eine Behandlung (wegen Unfall, Krankheit oder Beschwerden), während 21% eine Vorsorgeuntersuchung als Grund angeben (anderer Grund: 7%).

Einen stationären Aufenthalt in einem Spital oder einer Spezialklinik (ohne Kuraufenthalte) von mindestens einem Tag Dauer trifft im Jahr 2002 auf insgesamt 13% der Solothurner Wohnbevölkerung zu (Schweiz: 13%). Im Kanton Solothurn entfallen auf 1'000 Einwohner/innen (jeden Alters) im Jahr 2002 insgesamt 133 stationäre Aufenthalte in Krankenhäusern für allgemeine Pflege. Wesentlich geringer ist die Hospitalisationsquote (siehe Glossar) in psychiatrischen Kliniken. Im Kanton Solothurn entfallen im Jahr 2002 5.6 solche stationären Aufenthalte auf 1'000 Einwohner/innen (Schweiz: 6.7).

Sucht birgt in der modernen Gesellschaft mehr als nur gesundheitliche Aspekte. Es sind gesellschaftliche Entwicklungen, wie etwa durch die Globalisierung ausgelöste Gefühle von Unsicherheit oder der Perspektivenlosigkeit, welche Suchtproblemen Auftrieb verleihen. Auf diese Aspekte macht das **Experteninterview** mit Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen aufmerksam. Er weist zudem darauf hin, dass jenseits von Abhängigkeiten bereits dem gesundheitlich riskanten und schädlichen Umgang mit Suchtmitteln vermehrt Aufmerksamkeit zu schenken ist.

Wie sich die Situation des **Suchtmittelkonsums** im Kanton Solothurn präsentiert, wird für Alkohol, Tabak und illegale Drogen skizziert.

In Bezug auf den Alkoholkonsum ist der Anteil der abstinenten Personen im Jahr 2002 im Kanton Solothurn mit 21% leicht unter dem gesamtschweizerischen Anteil (23%). Mindestens ein wöchentlicher Konsum von Alkohol ist bei 58% der Solothurner/innen zu registrieren (Schweiz: 55%). Der Konsum von Alkohol ist bei Männern stärker verbreitet. Der Anteil der abstinenten Frauen ist im Kanton Solothurn bei den Frauen mit 29% doppelt so hoch wie bei den Männern (12%).

Ein gesundheitsgefährdender Konsum, bemessen über die Alkoholmenge, ist im Jahr 2002 bei 4.7% der Solothurner Wohnbevölkerung anzunehmen (Schweiz 5.7%). Leicht höher liegen die Zahlen beim problematischen Alkoholkonsum, der stärker Aspekte der Alkoholabhängigkeit berücksichtigt. Im Kanton Solothurn weisen 6% der Wohnbevölkerung (ab 15 Jahren) (Schweiz: 7%) dieses Konsummuster auf. Die Daten für die Schweiz belegen, dass dies am stärksten bei den 15- bis 24-Jährigen anzutreffen ist, wobei sich hierin auch die Problematik des Rauschtrinkens (am Wochenende) zeigt. Alkohol wird jedoch über alle Altersgruppen hinweg regelmässig konsumiert: In allen Alterskategorien konsumieren mehr als die Hälfte der Personen regelmässig Alkohol, bei den 50-

bis 64-Jährigen sind es gar 64%. Die Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen weist auch den grössten Anteil an Personen mit riskantem Alkoholkonsum auf.

Beim Tabakkonsum präsentiert sich im Jahr 2002 die kantonale Situation wie in der ganzen Schweiz: 31% der Bevölkerung gelten als aktuell Rauchende. Ihnen stehen 47% Nichtraucher/innen gegenüber und 21% gelten als Ex-Raucher/innen. Auch in Bezug auf das Passivrauchen ist keine besondere Abweichung feststellbar: Von den Nichtraucher/innen im Kanton Solothurn sind 25% täglich mindestens eine Stunde dem Tabakrauch anderer Personen ausgesetzt (Schweiz: 26%).

Der Anteil der Rauchenden ist im Kanton Solothurn bei den Frauen nur unwesentlich anders als bei Männern, hingegen mit einem Anteil von 30% höher als in der Schweiz (25%). Eine Analyse nach Alter verdeutlicht, dass sowohl bei den 15- bis 34-Jährigen wie auch bei den 35- bis 49-Jährigen je 38% im Kanton Solothurn aktuell rauchen, während bei älteren Personen hingegen der Tabakkonsum abnimmt. Die gesamtschweizerischen Daten weisen zudem nach, dass sich zwischen 1997 und 2002 der Anteil der Rauchenden bei den 15- bis 24-Jährigen erhöht hat. Der Anteil der jungen Raucher ist um 4 Prozentpunkte, jener der Raucherinnen um 9 Prozentpunkte angewachsen.

Bezogen auf illegale Drogen erlaubt die Datenerhebung nur wenige Detailkenntnisse. Es ist zu schätzen, dass etwa 2% der Bevölkerung im Kanton Solothurn im Alter von 15 bis 65 Jahren schon einmal (in der Vergangenheit) harte Drogen, namentlich Kokain, Heroin und halluzinogene Drogen, konsumiert haben. Bei Haschisch bzw. Marihuana zeigt sich jedoch, dass im Jahr 2002 21% der 15- bis 39-Jährigen im Kanton Solothurn bestätigen, aktuell oder in der Vergangenheit diese Substanz konsumiert zu haben (Schweiz: 28%). Gemäss den gesamtschweizerischen Ergebnissen konsumieren Männer diese illegalen Substanzen häufiger.

Die **Leistungen der Suchthilfe** im Kanton Solothurn stützen sich auf verschiedene Leistungsbereiche, die hier nicht abschliessend zusammengefasst sind. Die vier Suchthilfeleistungen im Kanton gewährleisten Angebote im Bereich Beratung, Wohnen und Arbeit, Prävention und Gesundheitsförderung sowie in der Schadens- und Risikominimierung. Zu Letzterem zählen auch Substitutionsprogramme, also die ärztliche Abgabe von Heroin und Methadon. Insgesamt 653 Personen erhalten im Jahr 2004 Methadon, gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies einen Zuwachs von 9%. Bei den

heroingestützten Behandlungen ist die Anzahl der Teilnehmenden ansteigend. Sind es 1996 noch 53 Teilnehmende, so erhalten im Jahr 2004 bereits 85 Personen diese Therapie.

Im stationären Bereich bestehen im Kanton Solothurn vier suchtttherapeutische Einrichtungen, die per Ende 2003 61 Therapieplätze anbieten und primär auf Personen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen ausgerichtet sind. Die Klientel stammt überwiegend aus anderen Kantonen. Für Therapien von Personen mit einer Alkoholabhängigkeit ist im Kanton Solothurn keine Einrichtung vorgesehen. Im Jahr 2003 sind es insgesamt 31 Personen, die sich ausserhalb des Kantons Solothurn in einer Therapie aufgrund einer Alkoholabhängigkeit befinden.

Erfolge im Umgang mit dem Konsum von Suchtmitteln sind nur bedingt nachzuzeichnen, da dessen Entwicklung in der Vergangenheit ungewiss ist. Zumindest lassen sich Aussagen zu den Präventions- und Unterstützungsbemühungen im Bereich illegaler Drogen machen, die durchaus Erfolge zeitigen. Dies zeigt sich am deutlichsten bei der seit 1995 rückläufigen Zahl der Drogentoten. Im Jahr 2004 sind es noch vier Tote (gegenüber dem traurigen Rekord von 1992 mit 28 Toten). Ein vergleichbarer Verlauf wie bei den Drogentoten zeigt sich bei den Verurteilungen gegen das Betäubungsmittelgesetz. Auch hier erreicht die Zahl der Verurteilungen vor Mitte der 1990er-Jahre einen Höhepunkt (1994) mit 349, bevor eine Abnahme einsetzt. Seit 2001 ist wieder ein leichter Anstieg zu beobachten, der zu 166 Verurteilungen im Jahr 2003 führt.

Rückläufig ist auch die Zahl der Neuinfektionen mit dem HIV-Virus aufgrund von Drogeninjektionen, vor allem zwischen 1991 und 1998. Seit 2002 ist wieder ein leichter Anstieg – im Kanton Solothurn und in der gesamten Schweiz – zu verzeichnen. Die Problematik der Übertragung von Hepatitis C durch den intravenösen Drogenkonsum ist hingegen nicht gebannt. Gesamtschweizerisch weist die Zahl der Infektionen (über alle Übertragungswege) seit 1991 nach oben. Der Drogenkonsum bleibt mit 70% Anteil an den Übertragungswegen (im Jahr 2002) das deutlich höchste Risiko.

## 12.1 Einleitung

Die Bevölkerung der Schweiz profitiert von einer stetig steigenden Lebenserwartung, die etwa auf die Fortschritte in der Medizin, verbesserte Arbeitsbedingungen, eine Verbesserung der Ernährung oder auch günstiges Gesundheitsverhalten zurückzuführen ist. Gesundheit ist jedoch ein Gut, über das nicht alle Bevölkerungsgruppen im gleichen Masse verfügen. Denn der Gesundheitszustand wird auch wesentlich durch die verschiedenen Problemlagen, die im Sozialbericht thematisiert sind, beeinflusst. Daher bildet die gesundheitliche Situation eine Dimension, die als Querschnittsthema unter verschiedenen Problemstellungen diskutiert wird.

Die Gesundheitssituation der Bevölkerung im Kanton Solothurn wird im Folgenden in einem Überblick beschrieben. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) des Jahres 2002 bietet hierzu eine Reihe von Einblicken, die für den Kanton Solothurn erstmals repräsentative Bedeutung erlangen und einen systematischen Vergleich mit der Situation in der gesamten Schweiz erlauben. Ergänzend werden Aussagen zum Gesundheitssystem im Kanton Solothurn eingeflochten, die sowohl stationäre Angebote wie Spitäler als auch ambulante medizinische Dienstleistungen betreffen.

Den eigentlichen Schwerpunkt bildet jedoch die Sucht, welche gesundheitliche wie auch soziale Aspekte auf sich vereinigt. Der Umgang mit Suchtmitteln und die Ausprägung von substanzungebundenen Suchtformen bilden Gegenstand des zweiten Teils, der auch über die Organisation und die Leistungen der Suchthilfe im Kanton Solothurn orientiert (siehe Abschnitt 12.3).

## 12.2 Gesundheit

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung im Kanton Solothurn kann über verschiedene Kanäle erschlossen werden. Die Zahl an Krankheiten und gesundheitlichen Beschwerden mögen ein Indiz sein, doch ist Gesundsein nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern vielmehr auch seelische Ausgeglichenheit und die Möglichkeit, Aufgaben bewältigen zu können. Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens (vgl. Carigiet, Mäder & Bonvin 2003, 127).

Wie es um gesundheitliche Beeinträchtigungen, die Gesundheit aus subjektiver Sichtweise steht, darüber informieren die folgenden Abschnitte. Ergänzend werden Medikamentenkonsum sowie das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung

erläutert. Einen wichtigen Stellenwert erhält zudem die Schilderung des Gesundheitssystems im Kanton Solothurn sowie dessen Inanspruchnahme durch die Bevölkerung.

**12.2.1 Gesundheitszustand**

**12.2.1.1 Wahrgenommene Gesundheit**

Die subjektiv wahrgenommene Gesundheit ist ein wichtiges Indiz für den Gesundheitszustand. Sie gilt als sensibleres Mass als etwa die Lebenserwartung oder die Mortalität.

Im Kanton Solothurn bezeichnen im Jahr 2002 insgesamt 22% der Bevölkerung ab 15 Jahren den eigenen Gesundheitszustand als «sehr gut». Weitere 61% bewerten ihre Gesundheit als «gut». Bei 13% ist von einem «mittelmässigen» und bei 3% von einem «schlechten» oder «sehr schlechten» Gesundheitszustand auszugehen (SGB, gewichtete Daten; J02.01).

Insgesamt beurteilen somit 83% der Solothurner Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut. Dieser Anteil ist verglichen mit der Wohnbevölkerung in der Schweiz (86%) wie auch im interkantonalen Vergleich von 16 Kantonen relativ gering (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 2.6.1).

83% der Solothurner Bevölkerung beurteilt den eigenen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut.

Die Bewertung der eigenen Gesundheit ist sowohl geschlechts- wie auch altersspezifisch geprägt. Männer im Kanton Solothurn tendieren dazu, ihren Gesundheitszustand als besser zu beurteilen. Knapp 86% der Männer gehen von einem (sehr) guten Gesundheitszustand aus, bei den

**Tabelle 12.1: Anteil Personen, welche die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen, an der Wohnbevölkerung, nach Altersklasse und Geschlecht, Kanton Solothurn und Schweiz, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten

Personengruppe	Anteil in %	
	Kanton Solothurn	Schweiz
Männer 15–64 Jahre	88	90
Frauen 15–64 Jahre	81	87
Männer ab 65 Jahre	80	77
Frauen ab 65 Jahre	77	72
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>86</b>

Frauen sind es 81% (SGB, gewichtete Daten). Der Anteil Personen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen, nimmt bei älteren Personen ab. Für Personen ab 65 Jahren liegt er noch bei 80% (Männer) bzw. 77% (Frauen). Wie Tabelle 12.1 zeigt, schätzen in dieser Altersgruppe Männer wie Frauen aus dem Kanton Solothurn ihren Gesundheitszustand im Vergleich zur Gesamtschweiz etwas besser ein, wogegen vor allem bei den 15- bis 64-jährigen Frauen ein geringerer Wert resultiert (J02.02).

Der Gesundheitszustand wird auch nach Nationalität unterschiedlich wahrgenommen. So bezeichnen rund 71% der ausländischen Bevölkerung im Kanton Solothurn ihren Gesundheitszustand als «gut» bis «sehr gut», während bei der Bevölkerung mit Schweizer Nationalität 86% zu dieser Beurteilung gelangen. Dies ist eine deutlich grössere Diskrepanz, als sie sich nach Geschlecht zeigt (SGB, gewichtete Daten).

**12.2.1.2 Psychische Gesundheit**

Das psychische Wohlbefinden kann generell als gut gelten. Im Kanton Solothurn ist bei 5% (Schweiz: 5%) der Wohnbevölkerung von einem (eher) schlechten psychischen Wohlbefinden auszugehen, während es bei 95% als (eher) gut gelten kann (Schweiz: 95%) (SGB, gewichtete Daten; J01.01). In vergleichbarer Grössenordnung bewegt sich auch die Inanspruchnahme einer Behandlung wegen psychischer Probleme. Im Jahr 2002 bestätigen 5% der Solothurner Bevölkerung, innerhalb von 12 Monaten wegen psychischer Probleme in Behandlung gewesen zu sein (Schweiz: 4%; SGB, gewichtete Daten).

**12.2.1.3 Körperliche Beschwerden und chronische Krankheiten**

Eine Befragung der Bevölkerung erlaubt es, auf Basis von Eigeneinschätzungen ein Bild darüber zu erlangen, wie weit körperliche Beschwerden oder chronische Krankheiten vorliegen. Im Folgenden stehen diese beiden Aspekte im Vordergrund.

**Körperliche Beschwerden**

Rund 3% der Wohnbevölkerung im Kanton Solothurn bezeichnen den eigenen Gesundheitszustand als (sehr) schlecht.

Ungleich grösser ist der Anteil jener Personen, die 2002 über gesundheitliche Beschwerden klagen, welche in den vier Wochen vor der Befragung aufgetreten sind. Immerhin bei 23% der Bevölkerung ist von «starken» Beschwerden (wie Kopf-, Rücken- oder Bauchschmerzen, Durchfall / Verstopfung, Einschlafstörungen, Herzklopfen oder Schmerzen im Brustbereich) auszugehen. Bei 36% zeigen sich «einige» Beschwerden und bei 40%

sind «kaum» oder «keine» Beschwerden vorhanden. Für die gesamte Schweiz zeigt sich eine praktisch identische Verteilung der Beschwerdehäufigkeit (SGB, gewichtete Daten; **J02.03**).

Bei Frauen sind starke gesundheitliche Beschwerden doppelt so häufig wie bei Männern.

Allerdings sind innerhalb der Bevölkerung des Kantons Solothurn Unterschiede auszumachen: Bei 32% der Frauen sind «starke Beschwerden» festzustellen (Männer: 16%). «Keine» oder «kaum Beschwerden» treffen auf rund 31% der Frauen und 47% der Männer zu.

Rund 46% der ausländischen Bevölkerung im Kanton Solothurn verspürten in den vier Wochen vor der Befragung keine oder kaum körperliche Beschwerden, während es bei der schweizerischen Bevölkerung rund 40% sind (SGB, gewichtete Daten).

Am häufigsten treten Rückenschmerzen auf. Im Kanton Solothurn berichten 9% der Männer und 13% der Frauen von «starken» Rückenschmerzen, die sie in den vier Wochen vor der Befragung verspürt haben. Weitere 30% der Männer und 39% der Frauen geben an, dass ein «bisschen» Rückenschmerzen aufgetreten sind (SGB, gewichtete Daten; **J02.04**).

### Chronische Krankheiten

Die Häufigkeit chronischer Krankheiten ist in der Schweiz kaum dokumentiert (vgl. Bisig 2000, 13). Es gibt jedoch Angaben zur ärztlichen Behandlungshäufigkeit von Krankheiten, die üblicherweise chronisch verlaufen.

Auf einer Liste von chronisch verlaufenden Krankheiten zählen im Kanton Solothurn Bluthochdruck, Rheumatismus, Allergien, chronische Bronchitis oder Depression zu den am häufigsten behandelten. An erster Stelle rangiert Bluthochdruck, weswegen rund 15% der Bevölkerung im Kanton Solothurn innerhalb von 12 Monaten den Arzt oder die Ärztin aufsuchen. Rheumatismus ist bei rund 9% der Bevölkerung vorhanden (SGB, gewichtete Daten; **J02.05**). Der stärkste Unterschied zur Schweiz zeigt sich bei der Behandlung von Heuschnupfen bzw. Allergien, die bei 7% der Bevölkerung im Kanton Solothurn, jedoch 10% der Schweizer Bevölkerung zu einer ärztlichen Konsultation führen (siehe Tabelle 12.2).

Aufgrund der Datenlage sind für den Kanton Solothurn keine detaillierteren Analysen möglich. Gesamtschweizerisch zeigt sich jedoch, dass

**Tabelle 12.2: Anteil an Personen mit ambulant behandelter Krankheit an der Wohnbevölkerung, nach Art der Krankheit, Kanton Solothurn und Schweiz, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten

Art der Krankheit	Anteil in %	
	Kanton Solothurn	Schweiz
Bluthochdruck	15	14
Rheuma	9	9
Heuschnupfen/Allergien	7	10
Nervenzusammenbruch/Depression	5	4
Bronchitis	4	3

chronische Krankheiten bei älteren Personen stärker anzutreffen sind. So nimmt Rheumatismus vor allem ab dem 55. Lebensjahr deutlich zu, und dies bei Frauen häufiger. Die Behandlung von Depression hingegen findet öfter bei Frauen und bei Personen zwischen 35 und 75 Jahren statt, hingegen weniger bei jungen Erwachsenen und Personen bis 34 Jahren. In dieser Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen ist jedoch der grösste Anteil jener Personen anzutreffen, die sich wegen Heuschnupfen oder anderer Allergien ärztlich behandeln lassen (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 2.5.1).

Wie weit chronische Krankheiten bzw. länger andauernde gesundheitliche Probleme mit Einschränkungen bei alltäglichen Aktivitäten verbunden sind, darüber gibt das Kapitel Behinderung Auskunft.

### Gesundheitszustand und Einkommenssituation

Gesundheit ist nicht nur eine Frage des Alters oder des Geschlechts, sondern steht auch in Zusammenhang mit der sozialen Lage. Die gesundheitswissenschaftliche Forschung sieht die Ursache hierfür darin, dass einerseits Merkmale der sozialen Lage Art und Ausmass der Belastung durch Schadstoffe und gesundheitlicher Risiken bestimmen und andererseits Formen und Kompetenzen im Umgang mit Belastungen ebenfalls von der sozialen Lage abhängig sind (vgl. Zimmermann & Weiss 2005, 45).

Für die Schweiz ist auf Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (2002) nachweisbar (für das Jahr 1997 siehe Junker 2000), dass das Bildungsniveau und das Haushaltseinkommen, als zwei Indikatoren des sozialen Status einer Person, je unabhängig voneinander einen starken Einfluss auf die gesundheitliche Situation haben. So steigt

mit sinkendem Einkommen bei Frauen wie bei Männern (ab 25 Jahren) der Anteil der Personen mit weniger guter Gesundheit und starken körperlichen Beschwerden (vgl. Zimmermann & Weiss 2005, 60f.).

Auch für den Kanton Solothurn zeigt sich ein unterschiedlicher Gesundheitszustand, abhängig von der Einkommenssituation. Auf Basis des Äquivalenzeinkommens (siehe Glossar), welches das Haushaltseinkommen nach der Zusammensetzung und Grösse des Haushalts gewichtet (siehe Kapitel Armut), lassen sich drei (gleich grosse) Einkommensgruppen bilden.

**Lebenserwartung und Invalidität – eine Frage der sozialen Schicht**

Wie weit die Lebenserwartung und ein Invaliditätsrisiko bei Berufsgruppen unterschiedlich sind, haben Gubéran und Usel (2000) in einer Studie im Kanton Genf untersucht.

Auf Basis einer Jahrgangskohorte, nämlich bei Männern mit Wohnsitz im Kanton Genf mit Geburtsjahr 1925 bis 1927, wird untersucht, wie viele dieser Personen im Alter von 45 bis 64 Jahren verstorben sind oder eine (ganze) Invalidenrente erhalten.

Die Ergebnisse zeigen zunächst, dass das Invalidisierungsrisiko unter den Berufsgruppen erheblich variiert. Bei 40% der Bauarbeiter/innen («travailleurs du bâtiment») tritt ein Rentenbezug der Invalidenversicherung im Alter zwischen 45 und 64 Jahren ein, bei Fabrikarbeiter/innen («manœuvres d'usine») liegt dieser Anteil noch bei 31%. Demgegenüber weist etwa die Berufsgruppe der Ingenieure/Ingenieurinnen, Techniker/innen und Architekten/Architektinnen ein Invalidisierungsrisiko von 4% auf.

In Bezug auf die Lebenserwartung zeigen sich ähnliche Unterschiede nach Berufsgruppen bzw. sozio-professionellen Kategorien, wenngleich weniger deutlich. Die mittlere Lebenserwartung der freien Berufe und der Akademiker/innen wird auf 71 Jahre geschätzt, jene der (teil-) und nicht-qualifizierten Arbeitenden liegt bei 66 Jahren. Während bei ersteren 13% im Alter von 45 bis 64 Jahren verstorben sind, liegt dieser Anteil bei letzteren bereits bei 21%.

Quelle: Gubéran & Usel 2000

Im Jahr 2002 liegt beim tiefsten Einkommensdrittel der Anteil jener mit nicht guter Gesundheit (Einschätzung der eigenen Gesundheit als mittelmässig, schlecht oder sehr schlecht) bei 22%. Bei mittleren Einkommen und hohen Einkommen ist dieser Anteil mit 15% bzw. 10% erheblich geringer (siehe Tabelle 12.3; **J02.06**). Ein analoges Bild zeigt sich auch beim Vorhandensein starker körperlicher Beschwerden. Der Anteil der Betroffenen sinkt in höheren Einkommenskategorien.

Starke körperliche Beschwerden und schlechter Gesundheitszustand sind bei tiefen Einkommen häufiger.

**Tabelle 12.3: Anteil Personen mit nicht guter Gesundheit und starken körperlichen Beschwerden an der Wohnbevölkerung, nach Einkommenskategorie, Kanton Solothurn, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten

Merkmal der Gesundheit	Anteil in %		
	tiefes Einkommen	mittleres Einkommen	hohes Einkommen
Gesundheit nicht gut	22	15	10
starke körperliche Beschwerden	27	23	18

**Bemerkung:**

Tiefe Einkommen entsprechen einem Äquivalenzeinkommen (siehe Glossar) bis 2'857 Franken, mittlere zwischen 2'858 und 4'000 Franken und hohe Einkommen liegen bei mehr als 4'000 Franken Äquivalenzeinkommen vor.

**12.2.1.4 Medikamentenkonsument**

Ein weiteres Indiz für körperliche oder psychische Probleme ist der regelmässige Konsum von Medikamenten. Im Folgenden stehen ausschliesslich Schmerz-, Beruhigungs- oder Schlafmittel im Vordergrund.

Solothurner und Solothurnerinnen greifen am ehesten zu Schmerzmitteln (siehe Tabelle 12.4; **J03.01**). 14% der Bevölkerung nehmen mindestens einmal pro Woche ein entsprechendes Medikament ein. Schlaf- sowie Beruhigungsmittel sind deutlich seltener in Gebrauch. Noch 4% bzw. 3% der Bevölkerung im Kanton Solothurn nehmen regelmässig bzw. wöchentlich diese Medikamente ein. Für die Schweiz ist die Häufigkeit des Konsums praktisch gleich.



**Tabelle 12.4: Anteil der Personen mit Medikamentenkonsument (Einnahme mindestens einmal pro Woche) an der Wohnbevölkerung, nach Art des Medikaments, Kanton Solothurn und Schweiz, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten

Art des Medikaments	Anteil in %	
	Kanton Solothurn	Schweiz
Schmerzmittel	14	15
Schlafmittel	4	4
Beruhigungsmittel	(3)	4

**Bemerkung:**

Werte in Klammern gelten wegen geringer Fallzahlen als statistisch nicht zuverlässig.

Gemäss den Ergebnissen für die gesamte Schweiz nehmen Frauen die hier untersuchten Medikamente häufiger ein als Männer. Deutlich ist dies bei Schmerzmitteln, welche 18% der Frauen mindestens einmal pro Woche einnehmen, gegenüber einem Anteil von 10% bei den Männern. Die Einnahme von Beruhigungsmitteln ist bei Frauen (4%) doppelt so häufig wie bei Männern (2%).

Die Konsummuster sind allerdings stark vom Alter abhängig, wie gesamtschweizerische Daten zeigen: Für alle Medikamente nimmt die Einnahme mit höherem Alter zu. Bei den Schmerzmitteln ist der Anstieg am geringsten, denn von den über 65-Jährigen nehmen 18% mindestens einmal pro Woche Schmerzmittel ein. Bei den Beruhigungsmitteln ist ein Anstieg vor allem ab dem 51. Lebensjahr zu beobachten. 6% der 50- bis 64-Jährigen und 7% der über 65-Jährigen nehmen bereits Beruhigungsmittel ein (SGB, gewichtete Daten).

14% der Bevölkerung nehmen mindestens einmal pro Woche ein Schmerzmittel.

Bei den Schlafmitteln ist eine Zunahme ab dem 66. Lebensjahr zu beobachten. Während bei den 50- bis 64-Jährigen der Anteil der Konsumenten und Konsumentinnen bei 4% liegt, nehmen bei den über 65-Jährigen bereits 13% einmal pro Woche ein Schlafmittel ein (SGB, gewichtete Daten; J03.02).

Während in allen Alterskategorien der Konsum von Frauen höher ist als jener von Männern, wächst diese Diskrepanz mit zunehmendem Alter. Gerade bei betagten Frauen bestätigt sich ein sehr

hoher Konsum, der die Frage nach dem sozialen Einsatz von Medikamenten als Mittel der sozialen Kontrolle in den Vordergrund rückt (vgl. Gognalons-Nicolet 2000, 23).

### 12.2.1.5 Gesundheitsverhalten

Der Gesundheitszustand einer Person hängt zweifellos von ganz unterschiedlichen Faktoren ab. Einen zentralen Einfluss haben auch die individuellen Einstellungen und Verhaltensweisen, die unter Präventionsaspekten ein besonderes Gewicht erhalten. Im Folgenden geht es im Einzelnen um die subjektive Bedeutung der Gesundheit und der Ernährung und körperliche Aktivitäten. Auf die Einnahme von gesundheitsgefährdenden Suchtmitteln wird in Abschnitt 12.3 genauer eingegangen.

#### Bedeutung der Gesundheit

Die eigene Gesundheit kann im Leben eine ganz unterschiedliche Bedeutung einnehmen. Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen hängen wesentlich von der Einstellung zur eigenen Gesundheit ab.

Im Jahr 2002 geben im Kanton Solothurn 9% der Bevölkerung an, sich in ihrer Lebensweise nicht um mögliche gesundheitliche Folgen zu kümmern. Dieser Anteil ist tiefer als das gesamtschweizerische Mittel von 12% (siehe Tabelle 12.5; J04.01). 70% der Wohnbevölkerung im Kanton Solothurn lassen sich in ihrem Lebensstil durch Gedanken an die Gesundheit beeinflussen (Schweiz: 67%).

Im Kanton Solothurn wie auch gesamtschweizerisch bestätigen 21% der Wohnbevölkerung, dass gesundheitliche Überlegungen gar weitgehend die Lebensführung bestimmen. Einen so hohen

**Tabelle 12.5: Anteil Zustimmung zu Aussagen zur eigenen Gesundheit in der Wohnbevölkerung, Kanton Solothurn und Schweiz, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten

Aussagen	Anteil Zustimmung in %	
	Kanton Solothurn	Schweiz
Ich lebe, ohne mich um mögliche Folgen für meine Gesundheit zu kümmern.	9	12
Gedanken an die Erhaltung meiner Gesundheit beeinflussen meinen Lebensstil.	70	67
Gesundheitliche Überlegungen bestimmen weitgehend, wie ich lebe.	21	21

Stellenwert geben im Kanton Solothurn der Gesundheit eher Frauen (25%) als Männer (16%). Zudem steigt der Anteil jener, welche der Gesundheit dieses Gewicht einräumen, bei den 50- bis 64-Jährigen auf 26% und bei den über 65-Jährigen gar auf 36%.

**Ernährung und Übergewicht**

Die Bedeutung der Gesundheit für den eigenen Lebensstil zeigt sich auch im Umgang mit der Ernährung. Insbesondere in westlichen Industrienationen ist mangelhafte Ernährung eine Hauptursache für Krankheiten (vgl. Gmel 2000, 37).

Im Kanton Solothurn ist auch im Bereich der Ernährung ein überdurchschnittliches Gesundheitsbewusstsein festzustellen. Im Jahr 2002 bestätigen 74% der Bevölkerung, bei der Ernährung auf «etwas» zu achten. Noch ein Viertel der Bevölkerung achtet entsprechend nicht auf bestimmte Dinge bei der Ernährung. Gesamtschweizerisch sind es 69% der Bevölkerung ab 15 Jahren, die bei der Ernährung auf bestimmte Aspekte achten (SGB, gewichtete Daten; J04.02).

Das überdurchschnittliche Ernährungsbewusstsein der Solothurner Bevölkerung schlägt sich jedoch nicht in einer günstigen Verteilung von normal- und übergewichtigen Personen nieder. Auf Basis des Body Mass Index (BMI)<sup>1</sup> ergibt sich für den

Kanton Solothurn ein überdurchschnittlicher Anteil an stark übergewichtigen Personen (siehe Abbildung 12.1; J04.03).

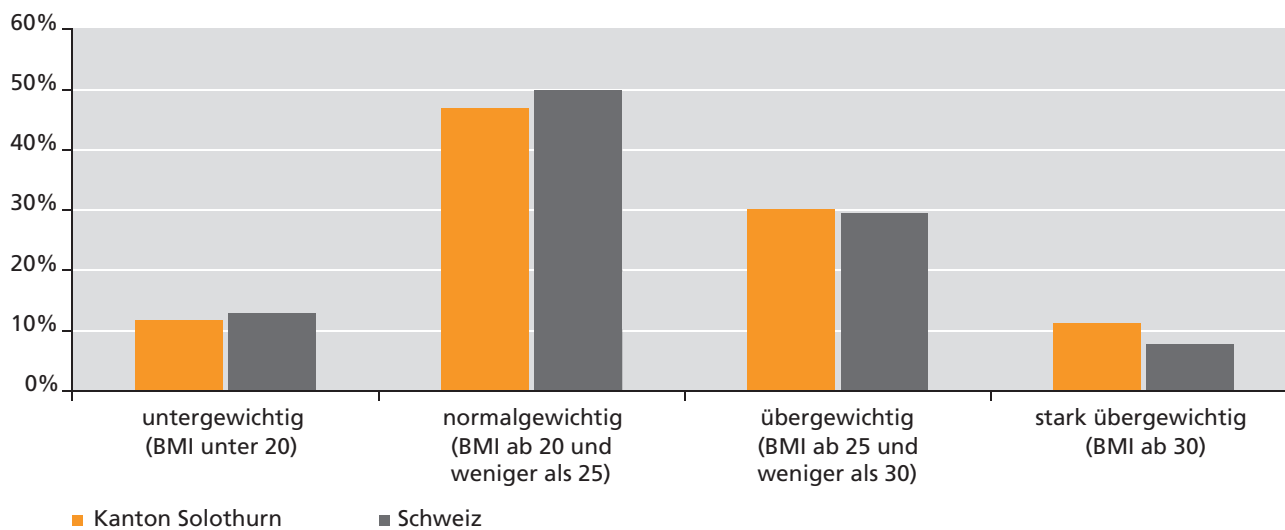
52% der männlichen Solothurner Bevölkerung sind (leicht oder stark) übergewichtig (Schweiz: 45%).

Insgesamt gelten im Jahr 2002 30% der Wohnbevölkerung im Kanton Solothurn als übergewichtig (Schweiz: 29%) und 11% als stark übergewichtig. Vor allem der zweite Anteil ist im gesamtschweizerischen Vergleich (8%) hoch und im Vergleich mit 15 anderen Kantonen (nur Personen ab 18 Jahren berücksichtigt) der Spitzenwert (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 3.1.1.).

<sup>1</sup> **Body Mass Index (BMI):** Dieser Index berechnet sich aus dem Quotienten von Körpergewicht (in kg) und der Körpergröße (in m) im Quadrat. Diese Berechnung wird unabhängig des Alters eingesetzt und erlaubt eine Kategorisierung des Körpergewichts. Ein BMI unter 20 gilt als «untergewichtig», von 20 bis 25 als «normalgewichtig», von 25 bis 30 als «übergewichtig» und von über 30 als «stark übergewichtig».

**Abbildung 12.1: Verteilung der Wohnbevölkerung nach Gewichtskategorie, Kanton Solothurn und Schweiz, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten



**Bemerkung:** zu Body Mass Index (BMI), siehe Glossar

Diese Abweichung zeigt sich im Kanton Solothurn bei Männern und Frauen: Rund 52% der männlichen Bevölkerung sind im Jahr 2002 (leicht oder stark) übergewichtig (Schweiz: 45%), bei den Frauen sind es im Kanton Solothurn 31% (Schweiz: 29%; *SGB*, gewichtete Daten; **J04.04**). Die gesamtschweizerischen Daten belegen, dass die Anteile der leicht oder schwer übergewichtigen Personen bis zum 74. Altersjahr mit zunehmendem Alter ansteigen und dann wieder rückläufig sind. Neuere Daten lassen den Schluss zu, dass in der Schweiz bereits 4% der 6- bis 12-jährigen Kinder und bei den 15-Jährigen bereits 20% übergewichtig sind (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 3.1.1.)

Die Daten zur Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht spiegeln die Verhältnisse im Kanton Solothurn wider: Im Jahr 2002 sind 61% der Bevölkerung mit dem eigenen Körpergewicht ziemlich oder sehr zufrieden, gesamtschweizerisch beträgt dieser Anteil 65%.

### Körperliche Aktivitäten

Regelmässige körperliche Betätigung ist anerkanntermassen eine Aktivität, die Risiken von verschiedenen Krankheiten (z.B. Herzkrankheiten) zu reduzieren vermag.

Zählt man die Betätigungen, bei denen man ins Schwitzen gerät, so sind Männer häufiger körperlich aktiv. Der Anteil der Männer im Kanton Solothurn, die mindestens dreimal pro Woche solche Aktivitäten ausüben, liegt bei 50% und bei Frauen bei 44% (siehe Tabelle 12.6; **J04.05**). Im gesamtschweizerischen Vergleich sind Frauen im Kanton Solothurn etwas häufiger körperlich aktiv.

**Tabelle 12.6:** Anteil Personen mit regelmässigen körperlichen Aktivitäten an der Wohnbevölkerung, Kanton Solothurn und Schweiz, 2002

Quelle: *SGB*, gewichtete Daten

Geschlecht	Anteil in %	
	Kanton Solothurn	Schweiz
Männer	50	50
Frauen	44	41

#### Bemerkung:

Körperliche Aktivitäten entsprechen Aktivitäten im Alltag oder in der Freizeit, bei denen man ins Schwitzen gerät. «Regelmässig» heisst: mindestens drei solche Aktivitäten pro Woche.

Berücksichtigt man zudem, ob jemand täglich mindestens 20 Minuten zu Fuss oder mit dem Fahrrad unterwegs ist, dann lässt sich eine Grenze zu inaktiven Personen ziehen. Im Kanton Solothurn gelten insgesamt 32% der Wohnbevölkerung als inaktiv (Schweiz: 32%), d.h. sie kommen weder mindestens dreimal wöchentlich durch körperliche Anstrengungen ins Schwitzen noch sind sie täglich zwanzig Minuten zu Fuss oder mit dem Fahrrad unterwegs (*SGB*, gewichtete Daten).

Jede dritte Person im Kanton Solothurn gilt als körperlich inaktiv.

### 12.2.2 Das Gesundheitssystem

In diesem Abschnitt steht die Gesundheitsversorgung im Kanton Solothurn im Vordergrund. Das Gesundheitssystem kennt einen stationären und einen ambulanten Leistungsbereich. Im ambulanten Bereich richtet sich der Fokus primär auf die Zahl der Ärzte und Ärztinnen und der Apotheken.

Im stationären Bereich stehen Krankenhäuser und psychiatrische Kliniken im Vordergrund. Weitere sozialmedizinische Einrichtungen – für alte oder pflegebedürftige Menschen oder für Personen mit Behinderung oder Suchtkrankheit – bleiben hierbei ausgeklammert (siehe hierzu die Kapitel Alter und Behinderung).

#### 12.2.2.1 Ambulanter Bereich

##### Anzahl Ärzte und Ärztinnen

Die Zahl der Ärzte und Ärztinnen im Kanton Solothurn berechnet sich aus den Mitgliedschaften in der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). Dieser Berufsorganisation sind rund 90% der schweizweit berufstätigen Ärzte und Ärztinnen angeschlossen.

Für die Berechnung der Versorgungsdichte bei Ärzten und Ärztinnen stehen Mediziner/innen mit einer Praxistätigkeit im Vordergrund. Im Jahr 2002 sind dies im Kanton Solothurn insgesamt 382 Ärzte und Ärztinnen (vgl. FMH – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte 2005; Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 5.1.1). Auf 1'000 Einwohner/innen entfallen somit insgesamt 1.56 Ärzte oder Ärztinnen mit Praxistätigkeit. Die Versorgungsdichte ist im Kanton So-

Auf 1'000 Einwohner/innen im Kanton Solothurn praktizieren 1.56 Ärzte oder Ärztinnen.

lothurn bei Fachärzten und Fachärztinnen mit 0.9 (Schweiz: 1.30) höher als bei Allgemeinpraktizierenden mit 0.67 (Schweiz: 0.66; **J05.01**).

Die Versorgungsdichte hat sich gegenüber 1990 wenig verändert, denn es ist ein nur leichter Anstieg von 0.65 auf 0.67 Allgemeinpraktizierenden auf 1'000 Einwohner/innen im Jahr 2002 zu verzeichnen (Schweiz: von 0.57 auf 0.66). Bei Fachärzten und Fachärztinnen ist der Zuwachs von 0.71 (1990) auf 0.90 (2002) deutlich höher (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 5.1.2 und 5.1.3).

#### **Anzahl Apotheken**

Einen geringen Versorgungsgrad weist der Kanton Solothurn bei den Apotheken auf. Im Jahr 2003 entfallen auf 1'000 Einwohner/innen 0.11 Apotheken. Gesamtschweizerisch ist die Dichte im Jahr 2003 mit 0.22 doppelt so hoch. Gegenüber 1990 hat sich die Zahl der Apotheken im Kanton Solothurn in Relation zur Wohnbevölkerung nicht verändert (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 5.1.4; **J05.02**). Der geringe Versorgungsgrad hängt wesentlich mit der kantonalen Regelung der Medikamentenabgabe durch Ärzte und Ärztinnen in ihrer Praxis zusammen. Im Kanton Solothurn ist diese Abgabe erlaubt (Selbstdispensation), womit wie in anderen Kantonen mit dieser Regelung eine geringere Zahl an Apotheken resultiert (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 5.1.4).

#### **Spitalexterne Pflege**

Die spitalexterne Pflege und Betreuung (Spitex) wird im Kanton Solothurn überwiegend von Personen ab 65 Jahren in Anspruch genommen. Entsprechend ist die Beschreibung der Spitexversorgung im Kanton Solothurn im Kapitel Alter erläutert.

#### **12.2.2.2 Stationäre Angebote**

Die Spitalversorgung im Kanton Solothurn wird seit etlichen Jahren politisch diskutiert. Die Abstimmung über die Schliessung bzw. Neustrukturierung des Bezirksspitals Thierstein vom 30. November 2003 oder die Diskussion über die Frauenklinik Grenchen sind Beispiele hierfür.

#### **Anzahl Krankenhäuser**

##### **Krankenhäuser für allgemeine Pflege**

Per Ende 2004 kennt der Kanton Solothurn zwei Spitäler mit Zentrumsversorgungscharakter: das Kantonsspital Olten sowie das Bürgerspital Solothurn. Die Grundversorgung stellen zudem die Spitäler Grenchen und Dornach sicher. Zu den öffentlichen Spitälern zählt auch die Höhenklinik Allerheiligenberg, welche primär auf die Behandlungen von Lungen- sowie von Herz- und Gefäss-

krankheiten (inkl. Rehabilitation) ausgerichtet ist. Mit der Klinik Obach in Solothurn und der Klinik Pallas in Olten sind auch zwei Privatspitäler im Kanton Solothurn angesiedelt (**J06.01**).

Für medizinische Leistungen, die im Kanton Solothurn nicht vorhanden sind, bestehen vertragliche Regelungen mit ausserkantonalen Kliniken. Im Einzelnen gibt es Vereinbarungen mit dem Insspital Bern, dem Kantonsspital Basel, der Universitätskinderklinik beider Basel, dem Kantonsspital Aarau AG, der Klinik Barmelweid (AG) sowie den Spitälern im Kanton Basel-Land.

#### **Psychiatrie**

Für das Angebot im Bereich der Psychiatrie sind die psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn zuständig. Das Angebot umfasst ambulante und stationäre sowie altersgruppenspezifische Dienste. Die Allgemeinpsychiatrie schliesst die Akutpsychiatrie und Rehabilitation und auch die Suchtbehandlung (Entzüge bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit) ein. Das gerontopsychiatrische Angebot umfasst die Beratung und Behandlung von Menschen ab etwa 65 Jahren mit psychischen Erkrankungen und Krisen (vgl. Psychiatrische Dienste des Kantons Solothurn 2005).

Ein stationäres Angebot in der Erwachsenenpsychiatrie besteht in der psychiatrischen Klinik in Langendorf sowie in der Aussenstation Fridau in Egerkingen. Diese Infrastruktur ergänzen eine Tagesklinik in Olten sowie Ambulatorien in Solothurn und Olten.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist Teil der psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn. Die Beratung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen gewährleisten in Grenchen, Solothurn und Olten ambulante Beratungsstellen. In Solothurn besteht zudem eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik (**J06.02**).

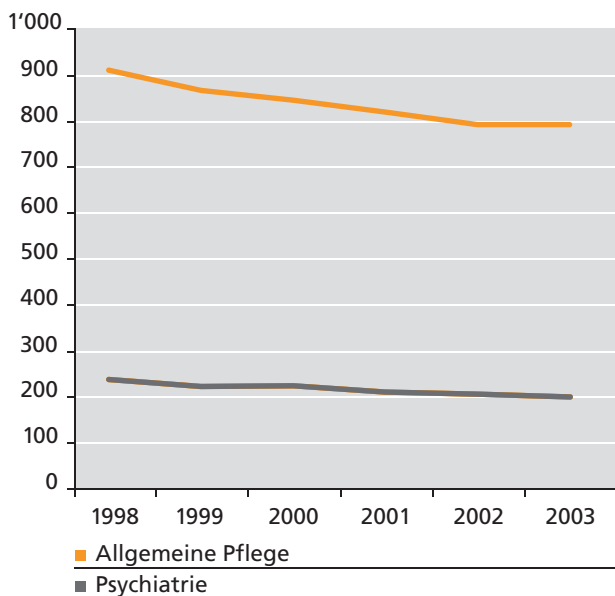
#### **Bettenzahl Krankenhäuser**

Die Zahl der verfügbaren Betten in den Spitälern des Kantons Solothurn lässt sich für die Jahre 1998 bis 2003 dokumentieren (siehe Abbildung 12.2; **J06.03**). Bei den Spitälern der allgemeinen Pflege sind ausschliesslich die öffentlichen Krankenhäuser einbezogen: Kantonsspital Olten, Bürgerspital Solothurn, Spital Grenchen, Spital Dornach, Klinik Allerheiligenberg sowie das Bezirksspital Thierstein.

Die Bettenzahl in den öffentlichen Spitälern (Allgemeine Pflege und Psychiatrie) hat sich in fünf Jahren um 14% verringert.

**Abbildung 12.2: Anzahl Betten in Spitälern der allgemeinen Pflege und der Psychiatrie, Kanton Solothurn, 1998–2003**

Quelle: K-VESKA



Die dort insgesamt verfügbare Bettenzahl berechnet sich aus der Infrastruktur in den Akutabteilungen, den Abteilungen für Patienten und Patientinnen sowie den Säuglingsabteilungen. Die Gesamtzahl der Betten in diesen Abteilungen hat sich zwischen 1998 und 2003 um 13% verringert, von 909 auf 791 Betten. Der stärkste Rückgang um 43% ist in der Akutabteilung der Geburtshilfe sowie in den Säuglingsabteilungen (42%) zu verzeichnen. Im Jahr 2003 stehen in öffentlichen Krankenhäusern auf 1'000 Einwohner/innen knapp 3.2 Betten zur Verfügung, im Jahr 1998 beträgt diese Quote noch 3.7 (K-VESKA; BEVO). Gesamtschweizerisch liegt die Bettenzahl in öffentlichen und privaten Krankenhäusern der allgemeinen Pflege bei 4.1 Betten auf 1'000 Einwohner/innen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 5.2.1).

Im Jahr 2003 weisen die psychiatrischen Dienste insgesamt 196 Betten auf. In dieser Zahl sind alle stationären Angebote einschliesslich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Gerontopsychiatrie berücksichtigt. 38% der Betten entfallen auf die Langzeitpflege, 62% auf die Akutpsychiatrie (K-VESKA).

Analog zur Infrastruktur in Krankenhäusern für die allgemeine Pflege ist seit 1998 ein Rückgang der Bettenzahl in der Psychiatrie zu verzeichnen (siehe Abbildung 12.2; J06.04). Der Anteil der Betten hat sich zwischen 1998 und 2003 um 17% bzw. 40 Betten reduziert. Die Bettendichte, also die Zahl der Betten auf 1'000 Einwohner/innen des Kantons Solothurn, ist parallel von 1.0 (1998) auf 0.8 (2003) zurückgegangen. Die gesamtschweizerische Bettendichte in der Psychiatrie ist höher und liegt im Jahr 2003 bei 1.1 Betten auf 1'000 Einwohner/innen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 5.2.2; KS).

#### Versorgung in anderen Kantonen

Die Spitalversorgung basiert im Kanton Solothurn auch auf Angeboten anderer Kantone. Über Spitalvereinbarungen und vertragliche Regelungen besteht – wie bereits erwähnt – insbesondere in den Nachbarkantonen ein Zugang zur Spitalversorgung.

Auf Basis der Schweizerischen Krankenhausstatistik und der Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2002 lässt sich die Nutzung dieses Zugangs aufzeigen: Im Jahr 2002 werden insgesamt 39'894 Hospitalisationen von Personen mit Wohnsitz im Kanton Solothurn erfasst. In dieser Zahl sind stationäre und teilstationäre Behandlungen in Krankenhäusern der allgemeinen Pflege und in Spezialkliniken (Psychiatrische, Rehabilitationskliniken und andere spezialisierte Kliniken) in der Schweiz enthalten. Bei den Hospitalisationen gilt als Mindestkriterium, dass ein Bett benutzt wird und der Austritt im Jahr 2002 erfolgt. Bei einer Aufenthaltsdauer von weniger als 24 Stunden wird von einem teilstationären, bei einer Aufenthaltsdauer von einem Tag oder länger von einem stationären Aufenthalt ausgegangen (KS).

Für den Kanton Solothurn sind die Angaben von sieben Krankenhäusern, privaten und öffentlichen, enthalten. Sie vereinen insgesamt 27'684 stationäre und 1'143 teilstationäre Hospitalisationen auf sich (diese Zahlen sind aufgrund des Einbezugs von privaten Spitälern nicht mit den folgenden Angaben in den Abschnitten 12.2.3.4 und 12.2.3.5 vergleichbar).

Gemäss dieser Statistik, welche auf Angaben von 376 Krankenhäusern und Spezialkliniken der

39% der (teil-)stationären Behandlungen von Solothurnern und Solothurnerinnen finden in ausserkantonalen Spitälern und Kliniken statt.

ganzen Schweiz basiert, finden 61% der Hospitalisationen von Solothurner/innen in Einrichtungen des Kantons Solothurn statt. Entsprechend entfallen 39% der (teil-)stationären Behandlungen von Solothurnern und Solothurnerinnen auf Einrichtungen in anderen Kantonen. Den Hauptteil, nämlich insgesamt 19% aller Behandlungen, gewährleisten Einrichtungen im Kanton Bern, nennenswerte Anteile weisen zudem die Kantone Aargau (7%), Basel-Land (6%) und Basel-Stadt (4%) auf (KS).

Der umgekehrte Fall, dass Solothurner Krankenhäuser und Spezialkliniken Behandlungen von Personen aus anderen Kantonen sicherstellen, existiert deutlich seltener. Im Jahr 2002 geht von den insgesamt 28'827 (teil-)stationären Behandlungen in Solothurner Einrichtungen ein Anteil von 15% auf Personen ohne Wohnsitz im Kanton Solothurn zurück. In den Kantonen Bern und Basel-Land stellen die Solothurner Einrichtungen im Jahr 2002 0.5% (Kanton Bern) und 3.7% (Kanton Basel-Land) der Behandlungen der dortigen Wohnbevölkerung sicher (KS).

### 12.2.3 Leistungen des Gesundheitssystems

Leistungen des Gesundheitssystems des Kantons Solothurn lassen sich anhand der Leistungen der Spitex und von Hospitalisationen in Krankenhäusern für allgemeine Pflege und in psychiatrischen Kliniken aufzeigen.

Diese Angaben beruhen auf institutionellen Daten der jeweiligen Einrichtungen. Sie werden um die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch die Bevölkerung des Kantons Solothurn ergänzt.

#### 12.2.3.1 Leistungen der spitalexternen Pflege

Im Jahr 2003 richteten die Spitexorganisationen im Kanton Solothurn Leistungen an insgesamt 6'062 Klienten und Klientinnen aus (SPITEX; J07.01). Dieser Personenkreis ist gegenüber 1998 um 11% angewachsen (5'477 Personen).

Aufgrund der Angaben zur Klientel lässt sich eine Pflegequote ermitteln. Die Pflegequote drückt aus, welcher Anteil der Bevölkerung Leistungen gemäss Krankenpflege-Verordnung (KLV) in Anspruch nimmt: Im Jahr 2003 nehmen auf 1'000 Einwohner/innen (Basis: ständige Wohnbevölkerung Jahresmitte, 2003) im Kanton Solothurn 23.3 Personen Pflegeleistungen (gemäss KLV) in Anspruch. Diese Pflegequote ist verglichen mit der Schweiz höher, denn deren Pflegequote beziffert sich auf 19.5 (SPITEX). Eine Gliederung der Klientel nach Alter erfolgt im Kapitel Alter.

### 12.2.3.2 Arztbesuche

Arztbesuche lassen sich in Konsultationen bei Allgemeinpraktizierenden und Spezialisten und Spezialistinnen unterteilen. Das Aufsuchen eines Hausarztes bzw. einer Hausärztin (Allgemeinpraktiker/in) innerhalb von 12 Monaten ist sehr häufig. Im Kanton Solothurn bestätigen im Jahr 2002 73% der Männer und 83% der Frauen einen entsprechenden Besuch beim Arzt oder bei der Ärztin (siehe Tabelle 12.7; J07.02). Diese Konsultationsraten gelten praktisch identisch auch für die Wohnbevölkerung der ganzen Schweiz. Mindestens einmal innerhalb eines Jahres einen Allgemeinpraktiker oder eine Allgemeinpraktikerin aufzusuchen, ist bei allen Altersklassen üblich. Bei den 35- bis 49-Jährigen ist die Rate mit 67% im Kanton Solothurn am geringsten, bei den 65-Jährigen und Älteren mit 90% am höchsten.

Einen Spezialisten oder eine Spezialistin (ohne Frauenarzt/ärztin oder Zahnarzt/ärztin) nimmt rund ein Viertel der Solothurner Wohnbevölkerung (ab 15 Jahren) in Anspruch, mit einem leicht höheren Anteil bei den Frauen. Dieser Anteil ist gesamtschweizerisch bei Männern und Frauen leicht höher (Männer 28%, Frauen 30%). Einen Besuch beim Zahnarzt oder bei der Zahnärztin innerhalb von 12 Monaten verzeichnet eine Mehrheit der Solothurner Wohnbevölkerung. Mindestens einen Besuch geben praktisch analog zur Schweizer Wohnbevölkerung 63% an, wobei eine entsprechende Konsultation innerhalb von 12 Monaten bei Frauen häufiger ist (SGB, gewichtete Daten; J07.03).

### Grund für den letzten Arztbesuch

Für jene Personen, welche innerhalb von 12 Monaten einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht haben, kann der Grund ermittelt werden. Von Interesse ist insbesondere, wie weit eine Behandlung oder eine Vorsorgeuntersuchung ausschlaggebend ist.

**Tabelle 12.7: Anteil Personen mit Arztbesuch in den letzten 12 Monaten an der Wohnbevölkerung, nach Geschlecht und Art der Leistung, Kanton Solothurn, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten

Art der Leistung	Anteil in %	
	Männer	Frauen
Allgemeinpraktiker/in	73	83
Frauenarzt/ärztin	–	52
andere/r Spezialist/in	26	27
Zahnarzt/ärztin	61	67

73% der männlichen und 83% der weiblichen Bevölkerung haben innerhalb von 12 Monaten einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht.

Im Kanton Solothurn liegt das Gewicht – deutlicher als in der Schweiz – auf dem Behandlungsaspekt, sei es wegen Beschwerden, eines Unfalls oder einer Krankheit (siehe Tabelle 12.8; **J07.04**). Im Jahr 2002 geht bei einem Fünftel jener Solothurner und Solothurnerinnen, welche innerhalb von 12 Monaten einen Besuch beim Arzt, bei der Ärztin aufweisen, der letzte Besuch auf eine Vorsorgeuntersuchung zurück. Dieser Anteil ist bei Männern wie Frauen praktisch gleich hoch, aber tiefer als im gesamtschweizerischen Durchschnitt.

**Tabelle 12.8: Anteil Personen mit Arztbesuch in den letzten 12 Monaten an der Wohnbevölkerung, nach Grund für letzten Besuch, Kanton Solothurn und Schweiz, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten

Grund	Anteil in %	
	Kanton Solothurn	Schweiz
Beschwerden, Unfall, Krankheit	72	67
Vorsorgeuntersuchung	21	25
anderer Grund	7	8

### 12.2.3.3 Komplementär- und paramedizinische Behandlungen

Neben medizinischen ärztlichen Leistungen umfasst das Gesundheitssystem auch komplementär- oder paramedizinische Angebote. Über die Inanspruchnahme dieser Leistungen informiert – bei einigen ausgewählten Leistungen – die Tabelle 12.9 (**J07.05**).

Innerhalb eines Jahres haben sich 5% der Solothurner Bevölkerung einer homöopathischen Therapie unterzogen.

Im Kanton Solothurn nimmt die Wohnbevölkerung innerhalb von 12 Monaten am häufigsten die Leistungen im Bereich der Dentalhygiene in Anspruch; insgesamt trifft dies auf 39% der Wohnbevölkerung im Jahr 2002 zu. Mindestens ein Viertel beansprucht die Dienste eines Optikers oder einer Optikerin. Eine kleine Minderheit, nämlich 5%

der Wohnbevölkerung, unterzieht sich im Jahr 2002 einer homöopathischen Therapie.

**Tabelle 12.9: Anteil Personen mit Inanspruchnahme komplementär- und paramedizinischer Behandlungen in den letzten 12 Monaten an der Wohnbevölkerung, nach Behandlung, Kanton Solothurn und Schweiz, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten

Behandlung	Anteil in %	
	Kanton Solothurn	Schweiz
Dentalhygiene	39	37
Optiker/in	27	27
Physiotherapie	14	15
(medizinische) Fusspflege	14	12
Homöopathische Therapie	5	6

### 12.2.3.4 Hospitalisationen in Krankenhäusern für allgemeine Pflege Zahl der Patienten, Patientinnen

Die Zahl der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern für allgemeine Pflege hat sich im Kanton Solothurn zwischen 1998 und 2003 kaum verändert (auf Basis der Anzahl Austritte). Sie variiert in den vier öffentlichen Krankenhäusern und unter Einschluss der Klinik Allerheiligenberg zwischen 26'592 (im Jahr 1998) und 26'068 Hospitalisationen (2003) (*K-VESKA*; **J08.01**).

Trotz Rückgang der Anzahl Betten zwischen 1998 und 2003 um 13%, ist der Auslastungsgrad in dieser Periode konstant. Das Verhältnis der im Jahr 1998 verrechneten Pfl egetage zur Zahl der Betten beträgt 87%, im Jahr 2003 ergibt die so berechnete Bettenauslastung einen Anteil von 88%. Die Zahl der verrechneten Pfl egetage hat sich jedoch erheblich reduziert. Die Pfl egetage, die sich im Jahr 1998 auf 288'282 summieren, nehmen bis ins Jahr 2003 kontinuierlich auf 253'713 ab, was einem Rückgang von 12% entspricht (*K-VESKA*).

### Spitalbehandlungen

Im Vergleich zu den Angaben der Solothurner Krankenhäuser für allgemeine Pflege richtet sich im Folgenden der Blick auf die Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn und deren Inanspruchnahme von stationären Angeboten.

Insgesamt 13% der Wohnbevölkerung (ab 15 Jahren) im Kanton Solothurn geben im Jahr 2002 an, in den vorangegangenen 12 Monaten eine ambulante Behandlung in einem Spital (jeder Art, z.B. Tagesklinik oder Poliklinik) in Anspruch genommen zu haben (Schweiz: 13%). Der Anteil der Frau-

en ist hierbei mit 14% leicht höher als bei den Männern mit 12%. Das Alter ist wenig entscheidend, so ist auch der Anteil bei den über 65-Jährigen mit 15% kaum erhöht (SGB, gewichtete Daten; J08.02).

Einen stationären Aufenthalt (von mindestens einem Tag Dauer) in einem Spital oder einer Spezialklinik (ohne Kuraufenthalte) bestätigen im Jahr 2002 ebenfalls insgesamt 13% der Solothurner Wohnbevölkerung (Schweiz: 13%). Bei Frauen ist der Anteil 17% höher als bei den Männern (8%). Bei insgesamt 3% der Wohnbevölkerung ist der Aufenthalt von längerer Dauer (mehr als 7 Tage). Der Anteil von Personen mit einem stationären Aufenthalt nimmt mit steigendem Alter zu. Bei den 15- bis 34-Jährigen liegt dieser Anteil bei 10%, in der Altersgruppe der über 65-Jährigen erreicht er 23% (SGB, gewichtete Daten; J08.03).

### 12.2.3.5 Hospitalisationen in psychiatrischen Kliniken

#### Zahl der Patienten, Patientinnen

Zwischen 1998 und 2003 hat sich die Bettenzahl in den psychiatrischen Diensten des Kantons Solothurn – wie erwähnt – um 17% reduziert. Ein vergleichbarer Rückgang ist bei den verrechneten Pflgetagen zu registrieren: sie gehen von 77'036 (1998) um 16% auf 64'541 (2003) zurück (siehe Tabelle 12.10; J09.01). Der Auslastungsgrad der Betten, also das Verhältnis der Pflgetage zur Anzahl der Betten, ist leicht rückläufig und beträgt 2003 noch 83%.

In dieser Periode ist jedoch ein deutlicher Anstieg der Patienten und Patientinnen um 66% zu verzeichnen (siehe Tabelle 12.10). Die Zahl der Hospitalisationen, erhoben über die Anzahl Austritte im jeweiligen Kalenderjahr, erhöht sich von 1'004 (1998) auf 1'673 (2003), wobei im Jahr 1999 mit

**Tabelle 12.10: Anzahl Pflgetage und Patienten, Patientinnen in psychiatrischen Kliniken, Kanton Solothurn, 1998 – 2003**

Quelle: K-VESKA

Jahr	Anzahl verrechnete Pflgetage	Anzahl Patienten, Patientinnen (Austritte)
1998	77'036	1'004
1999	71'680	1'992
2000	74'434	1'300
2001	69'181	1'474
2002	67'905	1'737
2003	64'541	1'673

Basis: Die Angaben beziehen sich auf die psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn (inkl. Tageskliniken, kinder- und jugendpsychiatrische Klinik).

fast 2'000 Personen ein vorübergehender Spitzenwert erreicht wird. Bei diesen Angaben ist zu berücksichtigen, dass im Jahr 1999 eine Neuerfassung klinikinterner Übertritte erfolgte (K-VESKA).

Die Zahl der Patienten und Patientinnen in psychiatrischen Einrichtungen nimmt seit 1998 zu – wenn auch nicht gradlinig.

#### Hospitalisationsquote

Im Kanton Solothurn entfallen 2002 auf 1'000 Einwohner/innen (jeden Alters) insgesamt 133 stationäre Aufenthalte in Krankenhäusern der allgemeinen Pflege. Die Inanspruchnahme von Leistungen der stationären psychiatrischen Versorgung ist seltener. Im Kanton Solothurn entfallen im Jahr 2002 auf 1'000 Einwohner/innen 5.6 stationäre Hospitalisationen in einer psychiatrischen Klinik. Der Kanton Solothurn liegt mit dieser Hospitalisationsquote<sup>2</sup> bei stationären Aufenthalten unter dem schweizerischen Anteil (von 6.7 stationären Hospitalisationen auf 1'000 Einwohner/innen) und damit im interkantonalen Vergleich im Mittelfeld (KS; J09.02).

Für das Jahr 2000 lässt sich nachweisen, dass die Hospitalisationsquote (bemessen über die Austritte) in psychiatrischen Kliniken im Kanton Solothurn für Männer und Frauen gleich hoch ist (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 6.1.4). Männer und Frauen kommen jedoch wegen unterschiedlicher Krankheitsbilder in psychiatrische Behandlung. Auf Basis der medizinischen Statistik 1998 lässt sich zeigen, dass gesamtschweizerisch betrachtet bei Männern die vier häufigsten Diagnosen (bei Klinikeintritt) Drogenmissbrauch, Alkoholmissbrauch, Schizophrenie und schwere Depression sind. Bei Frauen steht die schwere Depression an erster Stelle, gefolgt von Alkoholmissbrauch, Schizophrenie und neurotischen Störungen (vgl. Rüesch & Manzoni 2003, 13).

<sup>2</sup> **Hospitalisationsquote:** Anzahl stationäre oder teilstationäre Hospitalisationen in Krankenhäusern oder Spezialkliniken auf 1'000 Einwohner/innen. Als stationär gilt eine Hospitalisation bei einer Aufenthaltsdauer von mindestens einem Tag, als teilstationär eine solche von weniger als 24 Stunden.



## 12.3 Sucht

### 12.3.1 Einleitung

Die Thematik der Sucht ist unmittelbar mit der Gesundheitsproblematik verbunden, schliesst jedoch mehr als medizinische Aspekte ein. Die Entstehung von Sucht, bzw. nach Terminologie der WHO von «Abhängigkeit», ist ein Prozess, bei dem biologische, psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren gleichermaßen bedeutsam sind (vgl. Laging 2005, 32).

#### Begriff und Formen der Sucht

Sucht bezeichnet allgemein das unabweisbare Verlangen nach einem bestimmten Gefühls-, Erlebnis- oder Bewusstseinszustand. Das Ziel der Sucht ist es, Lustgefühle herbeizuführen bzw. Unlustgefühle wie z.B. Unruhe, Trauer, Wut zu vermeiden. In einer psychosozialen Definition wird von Sucht gesprochen, wenn ein Verhalten zwanghaft wiederholt wird und steigende Bedeutung erlangt, zu einer zunehmenden Einengung der sozialen Bezüge und zum Verlust an Interesse und Selbstkontrolle führt und wenn bei Ausbleiben der Befriedigung psychische Entzugserscheinungen auftreten.

Sucht ist nicht nur in Verbindung mit der Einnahme von Substanzen (stoffgebundene Sucht) zu sehen; grundsätzlich kann jede Form menschlichen Interesses zu einer Sucht führen. Spielsucht, Arbeitssucht, Esssucht, Kaufsucht, Sexsucht oder Internetsucht sind Beispiele von nicht stoffgebundenen Suchtformen.

Stoffgebundene Abhängigkeiten sind dadurch charakterisiert, dass die Grundlage des Suchtverhaltens die Einnahme oder Zufuhr eines Stoffes (wie Nikotin, Alkohol, Heroin oder Kokain) bilden. Die Steigerung des Suchtverhaltens äussert sich in einer Verstärkung der Dosierung der Substanz, deren Konsum auch bei sichtbaren gesundheitlichen Folgen aufrechterhalten wird.

### Drogenpolitik in der Schweiz

Der gesellschaftliche Umgang mit Sucht ist Ausdruck der jeweiligen Normen und Normierungen. Diese Normativität zeigt sich etwa bei der Grenzziehung, welchen Substanzen Legalstatus zugewiesen ist und welche gesellschaftlich als illegal geächtet werden. Gerade der Begriff «Drogen» verknüpft sich stark mit illegalen Substanzen wie Heroin, Kokain, Cannabis oder LSD. Allerdings schliesst er aus fachlicher Sicht auch Alkohol oder Tabak als legale Suchtmittel ein (vgl. Carigiet et al. 2003, 74). Nach einer Definition der WHO gilt jede Substanz als Droge, die in einem lebenden Organismus Funktionen zu verändern vermag. Dieser erweiterte Drogenbegriff umfasst somit auch alltägliche Konsummittel wie z.B. Kaffee.

Die Geschichte der Suchtpolitik der jüngeren Vergangenheit haben jedoch wesentlich illegale Drogen geschrieben. Vor allem Ende der 1960er-Jahre wird der Konsum von illegalen Drogen als gesellschaftliches Problem auf die politische Traktandenliste gesetzt, wenngleich die Drogenpolitik in der Schweiz bis zur Ratifizierung des Übereinkommens von Den Haag im Jahr 1918 zurück reicht. Das erste Betäubungsmittelgesetz datiert von 1924, das zweite und noch heute aktuelle Gesetz tritt 1952 in Kraft.

Die Auswirkungen des Drogenkonsums, die Ende der 1980er-Jahre und Anfang der 1990er-Jahre in vielen Schweizer Städten sichtbar werden, machen einen neuen Weg in der Drogenpolitik nötig. Als Reaktion auf die offenen Drogenszenen – auch in den Städten Olten und Solothurn – legt das Bundesamt für Gesundheit 1991 die Basis für das Vier-Säulen-Modell in der Drogenpolitik (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2001). Dieses Konzept vereint fünf Zielsetzungen: a) die Anzahl Drogenkonsumierender zu senken, b) die Zahl der Drogenaussteiger/innen zu erhöhen, c) die soziale Ausgrenzung von Personen mit einer Suchterkrankung zu vermindern, d) die Gesellschaft vor den Auswirkungen des Drogenproblems zu schützen und e) die Kriminalität zu bekämpfen.

Die vier Säulen, welche fortan die Drogenpolitik tragen, sind Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Für deren Umsetzung sind in der Schweiz die einzelnen Kantone zuständig, die ihre Aktivitäten mit Gemeinden und privaten Institutionen koordinieren (vgl. Carigiet et al. 2003, 75). Davon zeugt auch das kantonale Suchthilfegesetz, das im Kanton Solothurn im Jahr 1993 verabschiedet wird.

Die Suchtproblematik gehört zu den umkämpften politischen Feldern in der Schweiz, in der gesundheits- und ordnungspolitische Positionen

ihren Ausgleich finden müssen (vgl. Carigiet et al. 2003, 75). Jüngstes Beispiel ist der Entscheid des Nationalrates vom 14. Juni 2004, auf die Revision des Betäubungsmittelgesetzes nicht einzutreten und damit die Frage der Legalisierung des Cannabis-Konsums nicht neu zu reglementieren.

Die politische Aufmerksamkeit und folglich die grössten Anstrengungen in der Suchthilfe haben sich angesichts der Entwicklungen in den 1980er- und 1990er-Jahren auf die illegalen Drogen gerichtet. Letztlich sind die Zahl Betroffener bei Alkohol und Tabak und die damit verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten jedoch deutlich höher (vgl. Spinatsch & Hofer 2004).

Im Folgenden stehen illegale und legale Substanzen gleichermassen im Vordergrund, wenn es um den Suchtmittelkonsum im Kanton Solothurn geht. Damit werden zugleich stoffgebundene Suchtformen prioritär behandelt. Vor allem der Bereich der illegalen Drogen ist es, der den Kern für die Angebote in der Suchthilfe bildet. Bei nicht-stoffgebundenen Suchtformen wie etwa Ess-, Arbeits- oder Internetsucht erschweren die Datenlage und Definitionsprobleme eine Beschreibung der Problemintensität, weshalb auf eine ausführliche Darstellung verzichtet werden muss.

Im Weiteren wird über die Versorgungsstrukturen im Kanton Solothurn berichtet, die sich in ambulante und stationäre Suchthilfeangebote unterteilen lassen. Abschliessend informieren die Zahl der Drogentoten, die erfassten Widerhandlungen gegen das Betäubungsmittelgesetz sowie die Entwicklung von Infektionskrankheiten darüber, wie sich die Drogenproblematik im Kanton Solothurn in den vergangenen Jahren ver- oder entschärft hat.



**Ambros Uchtenhagen**

Geboren 1928. Studium der Medizin und der Philosophie. Emeritierter Professor für Sozialpsychiatrie an der Universität Zürich. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Prävention, Behandlung und Verlauf von Suchtkrankheiten. Seit 1995 Leitung des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung an der Universität Zürich. Bis 1998 war er Präsident der Kantonalen Kommission für Drogenfragen in Zürich. Gutachter und Experte für die Weltgesundheitsorganisation, die Europäische Gemeinschaft sowie für schweizerische und kantonale Instanzen.

## «Ein kontrollierter Umgang mit Suchtmitteln ist erlernbar.»

Interview mit Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen  
Durchgeführt am 16. Juni 2004  
von Edgar Baumgartner.

### Aktuelle Entwicklungen

#### Welche aktuellen Entwicklungen sehen Sie im Moment im Themenfeld Sucht?

Heute ist anerkannt, dass unkritischer und schädlicher Umgang mit Suchtmitteln genauso viel Aufmerksamkeit wie Sucht verdient. Im Bereich Alkohol weiss man, dass der riskante und schädliche Konsum etwa ebenso viele Schäden verursacht wie der Alkoholismus. Aus der Perspektive des öffentlichen Gesundheitswesens muss man da viel mehr machen, als man bisher gedacht hat. Vor allem wenn man sieht, wie das Rauschtrinken bei Schülern und Schülerinnen und Jugendlichen in den letzten Jahren zugenommen hat, ist das eine Zeitbombe für die Zukunft. Das ist eine ziemliche Herausforderung für die Prävention, aber auch für Frühinterventionen. Und was für den Alkohol gilt, trifft auch für andere Stoffe, zum Beispiel für Designerdrogen, zu.

Der riskante Konsum von Alkohol – z.B. Rauschtrinken bei Jugendlichen – verursacht ähnlich hohe Kosten wie der Alkoholismus.

Eine weitere Entwicklung, wenn auch nicht ganz neu, ist die Tatsache, dass z.B. Aufputschmittel, Kokain und Amphetamine, zunehmend auch

von Bevölkerungskreisen gebraucht werden, die sonst mit Drogen eigentlich gar nichts am Hut haben. Es gibt Untersuchungen zu Leuten, die unter einer besonderen Art von Stress stehen, wie Schichtarbeiter, Leute mit rasch wechselnden Arbeitszeiten, Fernfahrer – überhaupt Berufschaffende – oder alleinerziehende Eltern. Das sind neue Bevölkerungsgruppen, die sich natürlich überhaupt nicht als Aussteiger oder Drogenabhängige verstehen. Das sind alles Leute, die ihre Aufgaben eigentlich erfüllen möchten und Aufputzmittel benutzen, um besser dazu in der Lage zu sein.

**Sie sprechen von einer Zunahme des Suchtmittelkonsums bei jüngeren Altersgruppen und neuen Bevölkerungskreisen. Lässt sich sagen, welche strukturellen Bedingungen solche Entwicklungen aktuell begünstigen?**

Da ist die zunehmende Kurzlebigkeit von unseren Lebensgewohnheiten zu nennen. Modeerscheinungen wechseln sich ab, rascher, als dies früher der Fall war. Die Menschen denken nicht mehr in langen zeitlichen Perspektiven, sondern relativ kurzfristig. Was mir heute gut tut, das ist gut, wie es in zehn Jahren aussieht, weiss ich sowieso nicht.

**Suchtmittel eignen sich gut, um unwillkommene Gefühle – wie Hass, Depression, Scham – zu überbrücken.**

Ein anderer Teil zeigt sich in den ehemaligen sozialistischen Ländern, in denen sich die grössten Zuwachsraten beim Suchtmittelkonsum zeigen. Diese Länder waren vorher sehr stark kontrolliert, und jetzt folgte dort ein Zusammenbruch der sozialen Kontrolle und auch der Wertvorstellungen. Das hat eine derartige Verunsicherung, ein Vakuum von klaren Leitvorstellungen gebracht, dass Leute viel mehr unter innerem Stress stehen. Suchtmittel werden generell immer mehr gebraucht, um unangenehme Gefühle übertupfen zu können. Also das, was man heute in Fachkreisen als Selbstmedikamentation bezeichnet.

Schamgefühl, Hassgefühle, Gefühl von Zurücksetzung, Resignation und Depression nehmen in der Bevölkerung zu. Und Suchtmittel eignen sich eben relativ gut dazu, solche unwillkommenen Gefühle zu überbrücken. Wenn man dann merkt, dass es mir im Moment eigentlich gut tut, ist erst recht kein Gefühl dabei, dass ich es bleiben lassen sollte. Interessant ist hierbei, dass der Legalstatus einer Substanz, also ob sie erlaubt oder verboten ist, praktisch keine Rolle spielt.

## Versorgungssystem und Leistungen

**Wie beurteilen Sie die Versorgungslandschaft in der Schweiz? Wo gibt es Berge und Täler in dieser Landschaft, d.h. wo funktioniert die Versorgung und wo nicht?**

Zunächst würde ich sagen, dass die Schweiz ein Musterknabe ist. Sie hat vor allem in den 1980er- und 1990er-Jahren sehr viele, zum Teil flächendeckende Hilfemöglichkeiten aufgebaut. Wir haben im internationalen Vergleich ein dichtes und gutes Netz an Hilfeangeboten. Dies gilt auch für die traditionelleren Suchtbereiche wie Alkohol, Rauchen oder Medikamentenabhängigkeit. Zudem verfügt die Schweiz über relativ viele Selbsthilfegruppen, Angehörigenorganisationen von Suchtkranken usw.

Allerdings sind viele Angebote, welche Beratung und Behandlung von Drogenkonsumierenden betreffen, nach wie vor und zu stark von der Heroinproblematik geprägt. Heroin wird – Gott sei Dank – heute von den jungen Leuten als Verliererdroge angeschaut. Die Neigung, Heroin zu konsumieren, ist gering. Es gibt natürlich immer noch eine recht grosse Zahl von Personen, deren Behandlung man weiterhin sicherstellen muss.

Aber vor allem im Therapie- oder auch im Beratungsbereich gilt es, das Angebot auszuweiten. In meinen Augen brauchen alle Behandlungsstellen ein viel breiteres Spektrum von Antworten. Es gibt heute so viele Leute, die mehr als ein Substanzproblem haben, dass man Beratung und Therapie gar nicht mehr nach einer Substanz ausrichten kann.

**Im Bereich Suchthilfe hat die Schweiz ein dichtes und gutes Netz. Allerdings sind viele Angebote zu stark von der Heroinproblematik geprägt.**

Ein weiterer Punkt: Heute ist eher Sparen angesagt, und wir müssen schauen, dass mit dem vorhandenen Geld ein möglichst grosser Nutzen erreicht werden kann. Ein Beitrag kann das Zusammenlegen von Angeboten, z.B. von Alkohol- und Drogenberatungsstellen, oder vielleicht sogar die Aufhebung von allzu kleinen Stellen sein. Das ist eine Massnahme, die man seriös prüfen muss.

Die Forderung, mit den vorhandenen Mitteln einen möglichst grossen Effekt zu erzielen, hat aber noch eine ganz andere Seite. Neue Forschungserkenntnisse darüber, was wirklich wirkt, gilt es fortlaufend in der Praxis umzusetzen. Dafür braucht

es ein gehöriges Mass an gezielter Weiterbildung unter dem Titel: «Was wirkt für wen. Wem soll man was vorschlagen.» Ein aktuelles Beispiel ist die nationale Diskussion über die Indikationsstelle. Wer bestimmt eigentlich, welche Behandlung jemandem vorgeschlagen wird und aufgrund welcher Kriterien. Die Frage ist, ob man das einfach jedem überlassen kann oder ob es eine Art Zusatzausbildung braucht, wie man eine gute Behandlungsindikation stellt und eine Behandlungsplanung macht.

### Wie beurteilen Sie die Leistungen in der Prävention?

Etwas vom Wichtigsten ist es, dass man Leuten, die noch nicht suchtkrank sind, sagen kann, wie sie sich Sorge tragen können und wo die Grenzen eines unschädlichen Konsums liegen. Denn es ist im Wesentlichen die Dosierung, die den Schaden verursacht. Man kann auch heikle Stoffe in kleinen Mengen konsumieren, ohne dass es einen Schaden verursachen muss. Es ist bei uns noch wenig verbreitet, diese Zusammenhänge den Leuten wirklich näher zu bringen und sie zu motivieren, innerhalb eines kontrollierten Konsums zu bleiben.

Eine wichtige Herausforderung in der Prävention ist es, über die Grenzen des unschädlichen Konsums zu informieren.

Diese Aufgabe können nicht nur Fachleute wahrnehmen, das könnte jeder Hausarzt mit einem entsprechenden Kurs machen. Aber auch jeder Spitalarzt, jeder Sozialarbeiter auf einer Fürsorgestelle oder jeder Personalberater ist mit entsprechender Kursausbildung dazu in der Lage. So würde man viel mehr Leute erreichen, die gefährdet sind, als wenn diese Aufgabe nur in den Händen von Spezialisten liegt. Gerade Hausärzte sind diejenigen, die am ehesten und am frühesten sehen, wenn jemand zu viel trinkt, Medikamente missbraucht oder zu viel raucht. So lassen sich auch Leute erreichen, die nie in eine Suchtberatungsstelle gehen würden, da sie gar nicht das Gefühl haben, sie hätten ein Problem.

Ein Beispiel zeigt, dass es auch in der Prävention laufend Weiterbildung zur Weitergabe von neuen Erkenntnissen braucht: In der Schweiz, die nicht enorm viel Geld für Prävention ausgibt, läuft sehr vieles in der Prävention unter dem Titel: Lernen, nein zu sagen und Widerstand gegen das Drogenangebot aufbauen. Man weiss jedoch, dass das praktisch nichts bringt. Jene Präventionsform, die am wenigsten kostet und am wirksamsten ist, ist

die Verteuerung der Suchtmittel. Der Bund hat es realisiert und will die Tabaksteuern massiv erhöhen. Dies nicht etwa wegen der AHV, sondern weil man weiss, dass sich damit die Menge der gerauchten Zigaretten reduzieren lässt. Die Leute überlegen sich dann, ob sich das Rauchen noch lohnt.

Ein letzter Bereich betrifft die Schadensminderung. Sie hat heute zwei Schwerpunkte. Der eine Schwerpunkt ist die Verhinderung von Infektionen durch infiziertes Spritzenmaterial. Das ist bei Leuten, die Heroin, Morphin, Kokain, Amphetamine usw. spritzen, eine ganz wichtige Aufgabe. Vor allem wegen Hepatitis C, das heute eine viel grössere Rolle als das Aids-Virus spielt.

Der andere Schwerpunkt ist die Designerdroge, die eine Reihe verschiedener Massnahmen verlangt. Es ist etwa sehr wichtig, dass in einem Club oder in einer Disco genügend getrunken werden kann und dass es annehmbare Preise für nichtalkoholhaltige Getränke gibt. Denn Designerdrogen sind vor allem gefährlich, wenn man sie mit Alkohol mixt. Zudem braucht es so genannte Chill-out-Rooms, in denen die Leute ein wenig ausruhen und abkühlen können. Die Überhitzung durch das angekurbelte Tanzfieber ist das, was gesundheitlich am heikelsten ist. Die bisherigen Todesfälle sind in Zusammenhang mit Überhitzung passiert. Massnahmen sind auch im Strassenverkehr gefordert, damit die Leute nicht auf das Mofa oder in das Auto sitzen, einschlafen und Unfälle bauen. Um den Schaden des Designerdrogenkonsums möglichst gering zu halten, braucht es zudem Beratung von Veranstaltern und von Konsumentenden vor Ort. An letztere kommt man am besten heran, wenn man eine Pillentestung anbietet, also prüfen und informieren kann, was in einer Tablette ist.

### Sie haben verschiedene Säulen der Drogenpolitik aufgeführt. Was lässt sich für die Repression generell sagen, was funktioniert und was funktioniert nicht?

Repression ist absolut unentbehrlich im Strassenverkehr. Die Unfallrate aufgrund von Suchtmittelkonsum möglichst gering zu halten, ist ein ganz wichtiges Anliegen. Das zweite Anliegen ist natürlich die Verknappung des Angebots. Es ist ein legitimes Anliegen, den Drogenhandel nicht völlig ausufern zu lassen, vor allem dort, wo er Probleme macht. Man hat ja zum Beispiel in Zürich die offenen Drogenszenen eigentlich nur durch ein ganzes Bündel von Massnahmen weggebracht, durch dezentrale Drogenhilfe, Heroinschreibung, aber auch mit einem Rückführungszentrum und dem Tolerieren von Kleinhandel im privaten, verdeck-

ten Bereich. Wenn man den Kleinhandel in Ruhe lässt – zumindest so lange es keinen Ärger in der Nachbarschaft gibt – kann man einen guten Teil des Handels von der Strasse wegbringen.

Ein wichtiger Punkt betrifft die Zusammenarbeit von Polizei und Gericht mit Gassenarbeit und Therapie-Institutionen. Ein Beispiel sind die Gerichtsurteile, welche Gefängnisstrafen zugunsten einer Therapie aufschieben. Auf diese Art hat man nicht nur vielen Leuten zu einer Therapie verhelfen können, sondern auch Gefängnisse von einem überbordenden Drogenhandel entlastet. Das sind Schwerpunkte, wo die Repression staatlicher Instanzen gefragt ist.

### Rolle verschiedener Akteure und Akteurinnen

#### Worin sehen Sie – neben der Repression – die Aufgaben des Staates und der einzelnen Kantone?

Im Therapiebereich muss der Staat die Infrastruktur zur Behandlung von Krankheitszuständen bereitstellen. Dies gilt für den Suchtbereich wie für andere Krankheiten auch. Man kann diesen Auftrag zwar delegieren, aber man muss dafür sorgen, dass die Arbeit auch bezahlt wird, denn sonst bringt es nichts. Der Anspruch, die Gesundheit zu erhalten – auch im Sinne der Behandlung von Krankheitszuständen – ist ein Verfassungsauftrag, den der Staat wahrnehmen muss.

Die Aufgabe des Staates ist selbstverständlich die Gesetzgebung, in erster Linie auf nationaler und kantonaler Ebene. In der Gesetzgebung sind praxistaugliche Gesetze gefordert. Bei der Betäubungsmittelrevision im Sommer 2004, auf welche das Parlament nicht eintreten wollte, wurde genau das verpasst. Mit der jetzigen Situation ist absolut niemand zufrieden: die Polizei nicht, die Gerichte nicht, die mit Bagatellfällen überlastet sind, Konsumierende nicht, die Lehrer und Lehrerinnen nicht. Man kann jetzt nicht offen darüber reden, wie man vernünftig mit dem Joint umgehen soll, da das ja unter Umständen sofort als Beihilfe zum Konsum verstanden wird. Es ist eine absolut unbefriedigende Situation, und da hat der Staat, sprich das Parlament, seine Hausaufgaben nicht gemacht.

Obwohl Drogenprobleme überall vorhanden sind, haben nicht alle Kantone die gleiche Problemsituation. Eine der Aufgaben der Kantone ist es daher, die Situation im eigenen Kanton zu analysieren und prioritär jene Massnahmen auszuwählen, welche am meisten Nutzen bringen.

### Ausblick

#### Abschliessend ein Blick nach vorne. Wie sehen Sie die weitere Entwicklung im Suchtbereich?

Die Weltgesundheitsorganisation hat kürzlich gesagt und belegt, dass wir weltweit in Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Globalisierung in einer Umwälzungssituation sind. Gefühle von Unsicherheit, Angst vor Jobverlust, Perspektivenlosigkeit oder fehlende Sicherheit in Bezug auf die berufliche Zukunft werden die Folge sein, und das alles fördert, dass die Leute von Suchtmitteln Gebrauch machen.

Durch das Auseinanderdriften von Ländern, von Reich und Arm, entstehen jedoch insbesondere bei der Bildung grosse Unterschiede, die sich negativ auf die Gesundheit, vor allem psychische Gesundheit, und auf den Suchtmittelkonsum auswirken werden. Es gibt – gemäss Europabarometer – ganz klar einen Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Suchtmittelkonsum. Das bedeutet zunächst, dass ein kontrollierter Umgang mit Suchtmitteln erlernbar ist. Das ist für Leute jedoch sehr viel schwieriger, die eine schlechte oder minimale Bildung oder keine Berufslehre haben. Es braucht also nicht nur Prävention, indem man den Leuten sagt, wie sie mit Suchtmitteln umgehen sollen. Die beste Prävention wäre eine Anhebung des Bildungsstands für möglichst breite Bevölkerungsschichten.

Die beste Prävention ist die Anhebung des Bildungsniveaus als Voraussetzung für eine befriedigende Zukunftsperspektive. Menschen sind dann eher geneigt, ihrer Gesundheit und ihren Chancen Sorge zu tragen.

#### Sie gehen also tendenziell von einer Zunahme der Suchtproblematik aus?

Wir bewegen uns in Westeuropa bis jetzt auf hohem Niveau relativ stabil und in Osteuropa gibt es eine massive Zunahme. Aktuell ist eine neue Welle von Kritiklosigkeit bzw. von neuer Risikolust festzustellen. Was das für die Zukunft heisst, ist schwer vorzusagen. Sicher ist jedoch, dass es immer wieder neue Stoffe geben wird. Das Geld, welches sich mit den Substanzen verdienen lässt, ist so gewaltig, dass niemand vernünftigerweise mit einem Ende rechnen kann.

### 12.3.2 Konsum von Suchtmitteln

Dieser Abschnitt orientiert über den Konsum von Suchtmitteln, im Einzelnen von Alkohol, Tabak sowie illegalen Drogen.

#### 12.3.2.1 Alkoholkonsum

##### Aktueller Alkoholkonsum

Von der Wohnbevölkerung des Kantons Solothurn konsumieren im Jahr 2002 21% keinen Alkohol und können als abstinent gelten (Schweiz: 23%). Weitere 21% konsumieren seltener als einmal pro Woche Alkohol.

Hingegen trinken 58% ein- bis mehrmals pro Woche Alkohol; darin enthalten sind 13% der Wohnbevölkerung, die dies täglich tun. Der Anteil der Personen, die ein- bis mehrmals wöchentlich Alkohol zu sich nehmen, ist schweizweit mit 55% geringer, hingegen ist der Anteil der Personen mit täglichem Konsum mit 16% in der gesamten Schweiz höher (SGB, gewichtete Daten; J10.01).

7% der Frauen und 18% der Männer trinken täglich Alkohol.

##### Alkoholkonsum nach Alter

Die grössten Anteile abstinenten Personen finden sich bei den über 64-Jährigen (28%) und bei den 15- bis 34-Jährigen (22%) (siehe Abbildung 12.3; J10.02). Mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumiert in allen Altersgruppen mindestens die Hälfte der Personen. Bei der jüngsten Altersgruppe (15- bis 34-Jährige) sind es 50%, der höchste Anteil berechnet sich für die 50- bis 64-Jährigen mit 70%.

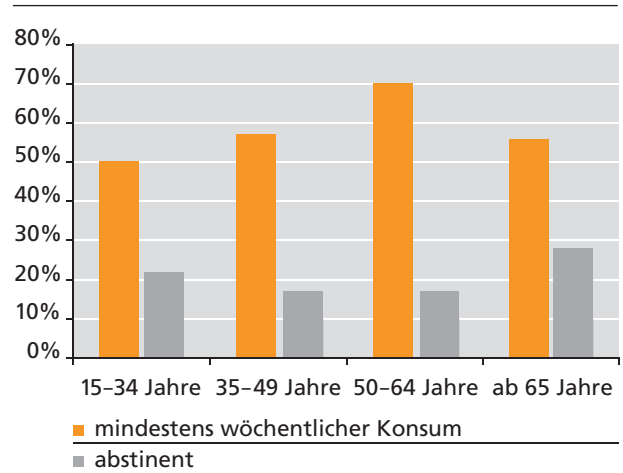
##### Alkoholkonsum nach Geschlecht

Der Alkoholkonsum im Kanton Solothurn ist bei Frauen eindeutig seltener als bei Männern (siehe Abbildung 12.4; J10.03). Der Anteil der abstinenten Frauen an den Befragten ist mit 29% (Schweiz: 28%) mehr als doppelt so hoch wie derjenige der Männer mit 12% (Schweiz: 12%). Umgekehrt die Verhältnisse beim täglichen Alkoholkonsum, der im Kanton Solothurn auf 7% der Frauen und 19% der Männer zutrifft. Der Anteil an Personen, die mindestens wöchentlich Alkohol zu sich nehmen, beträgt bei den Frauen 44%, bei den Männern 72%.

Verglichen mit dem Alkoholkonsum in der ganzen Schweiz sind die Anteile der täglich Trinken im Kanton Solothurn sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen geringer. Schweizweit liegt der Anteil der Männer mit täglichem Alkoholkonsum bei 23% und bei den Frauen bei 11%.

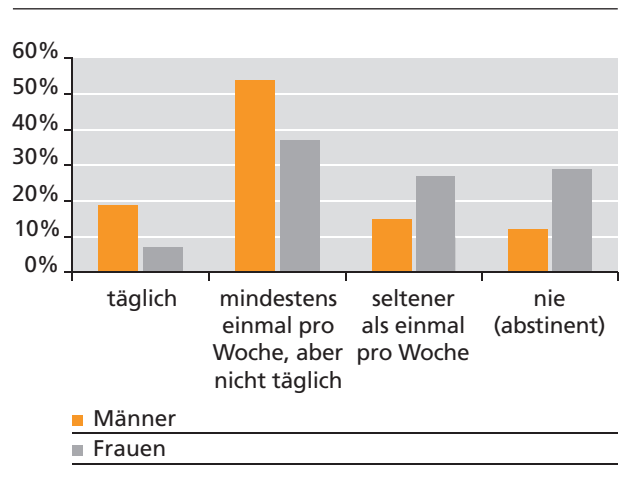
**Abbildung 12.3: Anteil abstintener Personen und Personen mit mindestens wöchentlichem Alkoholkonsum an der Wohnbevölkerung, nach Altersklasse, Kanton Solothurn, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten



**Abbildung 12.4: Verteilung der Trinkhäufigkeit von Alkohol in der Wohnbevölkerung nach Geschlecht, Kanton Solothurn, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten



### Alkoholbedingte Gesundheitsrisiken Menge des konsumierten Alkohols

Die gesundheitsschädigende Wirkung von Alkohol hängt wesentlich von der konsumierten Menge ab. Von einem mittleren Risiko für Gesundheitsschädigungen ist auszugehen, wenn der tägliche Konsum mindestens 20 g reinen Alkohols bei Frauen und 40 g bei Männern ausmacht. Ein hohes Gesundheitsrisiko birgt der Konsum von täglich über 40 Gramm (Frauen) bzw. 60 Gramm (Männer) reinen Alkohols (vgl. Gmel 2000, 42).

Im Jahr 2002 ist gesamtschweizerisch bei 5.7% der Wohnbevölkerung (ab 15 Jahren) von einem mittleren oder hohen Risiko der Gesundheitsgefährdung auszugehen. Der entsprechende Anteil für diese beiden Risikogruppen ist im Kanton Solothurn mit 4.7% geringer (SGB, gewichtete Daten; **J10.04**).

Für die Bevölkerung der Schweiz kann das Profil der Personen mit Gesundheitsrisiken durch den Alkoholkonsum noch detailliert aufgeschlüsselt werden. Bei den Männern liegt der Anteil der Personen mit hohem Risiko bei 2%, bei den Frauen bei 1%. Ein mittleres Gesundheitsrisiko durch die konsumierte Alkoholmenge tragen 4% der Männer und 3% der Frauen. Der gesundheitsschädigende Alkoholkonsum ist sowohl bei Frauen wie bei Männern im Alter zwischen 55 und 74 Jahren am häufigsten: ein mittleres Risiko ist in dieser Altersgruppe doppelt so häufig anzutreffen wie bei den 15- bis 34-Jährigen (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 3.2.2).

Gesundheitsschädigender Alkoholkonsum ist – bei Frauen und Männern – am häufigsten im Alter von 55 bis 74 Jahren.

Gegenüber 1997 hat sich der Alkoholkonsum mit hohem Gesundheitsrisiko bei Männern 2002 eher reduziert, bei den Frauen ist er unverändert geblieben. Ein mittleres Gesundheitsrisiko gehen leicht weniger Frauen ein, bei den Männern ist der Anteil praktisch unverändert geblieben (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 3.2.2; Gmel 2000).

In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen hat sich der Anteil der Männer wie auch der Frauen, die täglich oder mehrmals wöchentlich Alkohol konsumieren, innerhalb von 10 Jahren reduziert. Dies zeigt ein Vergleich der gesamtschweizerischen Befragungsdaten von 1992 und 2002. Der Anteil der abstinenten Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen hat sich jedoch nur unmerklich erhöht, während der Anteil der Personen – insbesondere bei den Männern – mit einem Alkoholkonsum von ein- bis zweimal pro Woche zugenommen hat (vgl. Bundesamt für Statistik 2003, 8). Dies mag ein Beleg für das zunehmende Rauschtrinken am Wochenende sein (siehe Interview mit Ambros Uchtenhagen).

#### Problematischer Alkoholkonsum

Das AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ist ein Instrument, das verschiedene problematische Aspekte des Trinkens zu beschreiben

vermag (vgl. Gmel, Heeb & Rehm 2001). Dieses Befragungsinstrument erfasst a) risikoreiche Konsummuster (Häufigkeit des Trinkens, Menge pro Trinkgelegenheit, Häufigkeit des übermässigen Trinkens), b) Alkoholabhängigkeit (Kontrollverlust, Vernachlässigung von Pflichten, Trinken am Morgen, um Nachwirkungen zu mindern) und c) soziale Konsequenzen (Schuldgefühle, Blackouts, Gefährdung Dritter, Bedenken von Dritten zum Alkoholkonsum). Je nach Ausprägung in diesen Dimensionen resultiert ein Punktwert zwischen 0 und 40 Punkten. Ab 8 Punkten ist von einem «problematischen Alkoholkonsum» zu sprechen, unabhängig davon, in welchen Bereichen sich Probleme zeigen.

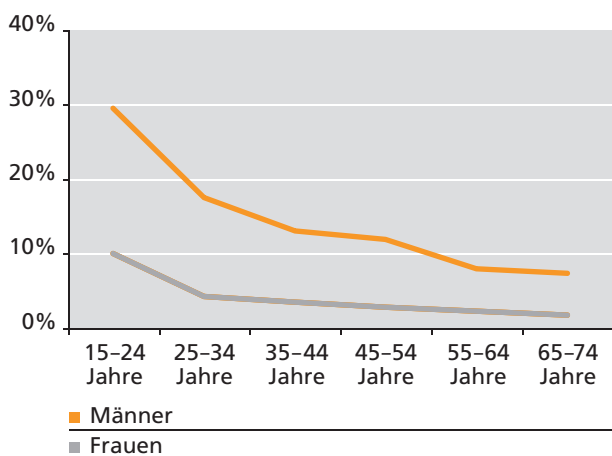
Auf Basis des AUDIT, das analog zur Gesundheitsbefragung 1997 angewendet wird (vgl. Gmel 2000), kann der problematische Alkoholkonsum beschrieben werden. Im Kanton Solothurn existiert im Jahr 2002 bei 6% der Wohnbevölkerung ein problematischer Alkoholkonsum. Für Männer liegt dieser Anteil bei 10%, während sich für Frauen der (geringere) Anteil statistisch nicht zuverlässig errechnen lässt (SGB, gewichtete Daten; **J10.05**).

Gesamtschweizerisch ist von einem (leicht höheren) Anteil von 7% der Bevölkerung auszugehen, der Alkohol in einer problematischen Art konsumiert. Für Männer liegt der Anteil bei 12%, für Frauen bei 3%. Wie bereits für das Jahr 1997 nachgewiesen, sinkt auch im Jahr 2002 der Anteil des problematischen Alkoholkonsums mit zunehmendem Alter und offenbart damit einen anderen Zusammenhang als bei der Menge des konsumierten Alkohols. Dies kann gesamtschweizerisch aufgezeigt werden, indem der Anteil des problematischen Konsums an den Alkoholkonsumierenden mit dem Alter kombiniert wird (siehe Abbildung 12.5).

Der Anteil an Personen mit problematischem Alkoholkonsum ist sowohl bei den Männern wie auch bei den Frauen in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen klar am höchsten. Bei beiden Geschlechtern nehmen diese Anteile bis zum 35. Lebensjahr markant und bis zum Erreichen des 75. Lebensjahres kontinuierlich ab. Es ist festzuhalten, dass der hohe Anteil bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen noch nicht als Alkoholismus interpretiert werden kann (vgl. Gmel 2000, 44). Gleichwohl ist der problematische Alkoholkonsum – erhoben über risikoreiche Konsummuster, Alkoholabhängigkeit und soziale Konsequenzen des Trinkens – in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen besonders stark verbreitet.

**Abbildung 12.5: Anteil Personen mit problematischem Alkoholkonsum (gemäss AUDIT) an Alkoholkonsumierenden nach Altersklasse und Geschlecht, Schweiz, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten



**Bemerkung:**

Die Berechnungen der Trinkhäufigkeit und Trinkmenge (Item 1 und 2 des AUDIT-Instrumentes) beruhen auf den Approximationsformeln, welche bereits für die SGB 1997 (vgl. Gmel 2000) verwendet wurden.

**12.3.2.2 Tabakkonsum**

**Aktueller Tabakkonsum**

Beim Rauchen kann nach aktuellem und ehemaligem Tabakkonsum unterschieden werden. Im Kanton Solothurn liegt der Anteil der im Jahr 2002 Rauchenden bei 31%. Fast die Hälfte der Wohnbevölkerung kann als Nichtraucher/innen gelten (47%) und 21% sind Ex-Raucher/innen. Im Kanton Solothurn ist der Anteil der Rauchenden genau gleich hoch wie in der Schweiz, hingegen ist der Anteil der Ex-Raucher/innen in der Schweiz mit 20% minimal geringer (SGB, gewichtete Daten; **J11.01**).

2002 rauchen 31% der Wohnbevölkerung.

Die Verteilung sieht für Männer und Frauen unterschiedlich aus (siehe Tabelle 12.11; **J11.02**). Im Kanton Solothurn ist der Anteil der rauchenden Personen bei Frauen nur unwesentlich geringer als bei Männern, allerdings ist der Anteil der Nichtraucherenden mit 52% wesentlich höher. Während somit 59% der Männer aktuell rauchen oder in der Vergangenheit geraucht haben, ist dieser Anteil bei den Frauen mit 47% wesentlich tiefer. Verglichen mit der ganzen Schweiz zeigt sich, dass der Anteil der tabakkonsumierenden Frauen im Kanton Solothurn überdurchschnittlich ist, während der Tabakkonsum der Männer im Kanton Solothurn eher geringer ist.

**Die sozialen Kosten des Alkoholkonsums**

Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) ermittelt die geschätzten Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz. Für das Referenzjahr 1998 werden die Kosten auf insgesamt 6.5 Milliarden Franken geschätzt. Dies entspricht Kosten in der Grössenordnung von fast 900 Franken pro Einwohner/in in der Schweiz.

In dieser Kostenaufstellung sind direkte Kosten – für die Behandlung (Ärzte/Ärztinnen, Spitäler, Heime) und Behebung von Sachschäden – und der Verlust an Arbeitstagen bzw. das erhöhte Arbeitsloskeitsrisiko als Folge alkoholbedingter Krankheiten oder frühzeitigen Todes als indirekte Kosten berücksichtigt. Gesamtschweizerisch werden bei geschätzten 300'000 alkoholabhängigen Personen direkte Kosten von 0.7 und indirekte Kosten von 1.5 Milliarden Franken berechnet. Rund 800'000 ärztliche Konsultationen, 500'000 Krankenhaustage und 2'100 Todesfälle sind auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen. Rund 2'800 Personen beziehen wegen alkoholbedingter Probleme im Jahr 1998 eine Invaliditätsrente und schätzungsweise 140 Todesfälle auf Schweizer Strassen sind direkt auf den Einfluss von Alkohol zurückzuführen.

Den grössten Anteil an den Gesamtkosten, rund 4.3 Milliarden Franken, gehen jedoch auf immaterielle Folgen des Alkoholkonsums zurück. Darunter fallen der Verlust an Lebensqualität bzw. Gesundheitsschäden und Leid, die von den Betroffenen und deren Angehörigen zu tragen sind.

Quelle: Jeanrenaud, Priez, Pellegrini, Chevrou-Séverac & Vitale 2003

**Tabelle 12.11: Verteilung des Rauchverhaltens in der Wohnbevölkerung nach Geschlecht, Kanton Solothurn und Schweiz, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten

Rauchverhalten	Anteil in %			
	Kanton Solothurn		Schweiz	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Raucher/innen	33	30	36	25
Ex-Raucher/innen	26	17	24	16
Nicht-raucher/innen	42	52	40	58

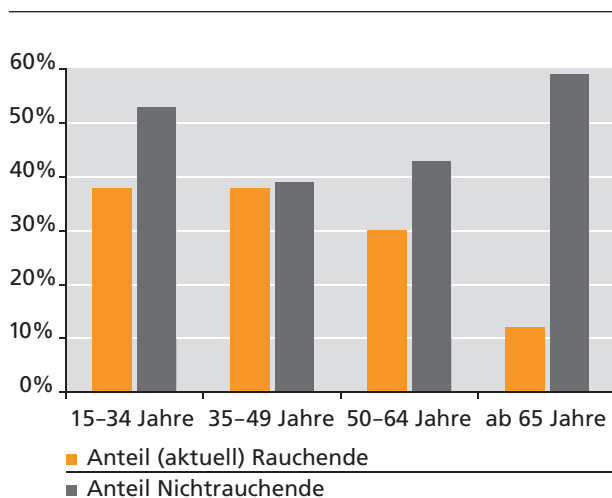


### Tabakkonsum nach Alter

Im Kanton Solothurn rauchen bei den 15- bis 34-Jährigen wie auch bei den 35- bis 49-Jährigen 38%. Dieser Anteil reduziert sich mit zunehmendem Alter, wie Abbildung 12.6 zeigt. Der Anteil der Nichtraucher (ohne Ex-Raucher/innen) ist mit 59% bei den über 64-Jährigen am höchsten, mit 39% bei den 35- bis 49-Jährigen am niedrigsten (SGB, gewichtete Daten; J11.03).

**Abbildung 12.6: Anteil der (aktuell) Rauchenden und der Nichtraucher an der Wohnbevölkerung, nach Altersklasse, Kanton Solothurn, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten



15% der (ehemaligen) Rauchenden geben an, vor dem 17. Lebensjahr mit Rauchen begonnen zu haben.

Mit dem Rauchen beginnt man meist unter 18 Jahren. Von den aktuell Rauchenden sowie Ex-Raucher/innen im Kanton Solothurn geben 15% an, dass sie vor dem Alter von 16 Jahren regelmäßig zu rauchen begonnen haben, und bei weiteren 51% liegt der Beginn des Rauchens zwischen 16 und 19 Jahren. Für Männer und Frauen zeigt sich beim Einstiegsalter ein vergleichbares Muster, denn insgesamt haben 85% vor dem 20. Geburtstag mit Rauchen begonnen (SGB, gewichtete Daten; J11.04).

Der Anteil an Rauchenden hat sich in den vergangenen Jahren vor allem bei jüngeren Personen erhöht. Die gesamtschweizerischen Daten zeigen, dass der Anteil der Rauchenden bei den 15- bis 24-jährigen Männern im Jahr 2002 40% beträgt, bei den gleichaltrigen Frauen 35% (SGB, gewichtete Daten). Innerhalb von zehn Jahren (ge-

genüber 1992) ist der Anteil der jungen Raucher um 4 Prozentpunkte angewachsen und derjenige der jungen Raucherinnen um 9 Prozentpunkte (vgl. Bundesamt für Statistik 2003, 8).

### Zigarettenkonsum der Rauchenden

Bei den aktuell rauchenden Personen lässt sich die Menge des Zigarettenkonsums ermitteln. Die Angabe bezieht sich somit nur auf die insgesamt 31% Raucher/innen im Jahr 2002. Rund 9% von ihnen konsumieren gelegentlich Zigaretten, 19% konsumieren zwischen 1 und 9 Zigaretten täglich, 27% zwischen 10 und 19 Zigaretten und 44% rauchen 20 und mehr Zigaretten pro Tag (SGB, gewichtete Daten; J11.05).

### Passivrauchen

Von den Nichtrauchenden, die inklusive Ex-Raucher/innen 69% der Wohnbevölkerung im Kanton Solothurn ausmachen, sind 25% täglich mindestens eine Stunde dem Tabakrauch anderer Personen ausgesetzt (Schweiz: 26%). Bei einem Anteil von 19% der Nichtraucher/innen begrenzt sich das Passivrauchen auf eine bis drei Stunden pro Tag (Schweiz: 21%) (SGB, gewichtete Daten; J11.06).

Die Analyse der Angaben für den Kanton Solothurn im Jahr 2002 zeigt, dass Männer häufiger dem Tabakrauch ausgesetzt sind. 28% der Nichtraucher und 23% der Nichtraucherinnen sind täglich mindestens eine Stunde betroffen. Dem Passivrauchen sind jüngere Altersgruppen erhöht ausgesetzt. Bei den 15- bis 34-Jährigen erreicht der Anteil jener, die mindestens täglich eine Stunde dem Tabakrauch ausgesetzt sind, 38%. Bei den 35- bis 49-Jährigen bleibt dieser Anteil praktisch unverändert überdurchschnittlich (32%) (SGB, gewichtete Daten).

### 12.3.2.3 Konsum illegaler Drogen

Wie viele Personen illegale Drogen konsumieren, ist nur schwer ermittelbar. Gerade in Bevölkerungsumfragen ist ungeklärt, ob die befragten Personen ihren Konsum auch tatsächlich deklarieren und ob der Kreis von Drogenkonsumierenden erreicht wird (vgl. Gmel 2000, 46). Zur hier verwendeten Datenquelle, der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB), ist zu ergänzen, dass Personen in Institutionen – also in suchttherapeutischen Settings – nicht eingeschlossen sind.

### Konsum von harten Drogen

Zu den harten Drogen zählen Heroin, Kokain und halluzinogene Drogen, die eine höhere Giftigkeit (Toxizität) als Haschisch aufweisen und zu körperlicher und psychischer Abhängigkeit führen. Da die Gesundheitsrisiken jedoch auch von

### Rückblick auf die Drogenpolitik im Kanton Solothurn

Die Städte Olten und Solothurn blicken auf eine wechselvolle drogenpolitische Geschichte zurück. Zu Beginn der 1990er-Jahre haben die beiden Städte grosse offene Drogenszenen mit kantons- und teilweise grenzübergreifender Anziehungskraft (Westschweiz, Elsass, Süddeutschland). Diese Szenen werden schliesslich 1994 aufgelöst bzw. in der Stadt Solothurn bereits 1993 aus der Innenstadt gedrängt.

Der Kanton Solothurn verfolgt jedoch nicht nur eine repressive Strategie, sondern schafft mit dem Suchthilfegesetz im September 1993 auch die gesetzliche Grundlage für Prävention, Beratung sowie flankierende Massnahmen gegen die Verelendung. Die Anlaufstelle in der Stadt Solothurn (seit 1993) oder die Gassenarbeit in Olten sind wichtige Unterstützungsangebote, aber auch das Rückführungszentrum oder die Teilnahme an den ersten Pilotprojekten zur heroingestützten Behandlung in der Schweiz (Projekt in Olten seit 1994) sind Teile eines breiten Massnahmenpakets.

Eine im Jahr 1992 eingereichte Standesinitiative, welche die Liberalisierung des Konsums von illegalen Drogen fordert, trägt dazu bei, dem Kanton den Ruf einer liberalen Drogenpolitik anzuheften. Diese Initiative wird vom Nationalrat 1999 knapp angenommen.

Quelle: Bundesamt für Gesundheit 2001; Bundesrat 2001

Dosierung, Regelmässigkeit und Intensität des Konsums abhängen, sind harte und weiche Drogen gleichermaßen gesundheitsgefährdend (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 3.2.31).

Für den Kanton Solothurn kann für das Jahr 2002 ermittelt werden, wie viele Personen aus der Bevölkerungsgruppe der 15- bis 64-Jährigen jemals im Leben harte Drogen konsumiert haben (Lebenszeitprävalenz<sup>3</sup>). Der Anteil liegt im Jahr 2002 bei dieser Altersgruppe bei 2%, wobei aufgrund der Fallzahlen dieser Wert als statistisch nicht zuverlässig gelten kann (SGB, gewichtete

Daten; **J12.01**). Gesamtschweizerisch beträgt der Anteil jener, die jemals harte Drogen zu sich genommen haben, unter den 15- bis 64-Jährigen 3%.

Gesamtschweizerisch zeigt sich bei den 15- bis 29-Jährigen, dass Frauen leicht weniger häufig Erfahrungen mit dem Konsum harter Drogen haben als Männer. Zudem haben Personen mit obligatorischer Schulbildung seltener jemals solche Substanzen konsumiert als Personen mit einer vergleichsweise höheren Bildung. Verglichen mit 1997 bleibt die so berechnete Lebenszeitprävalenz auf gesamtschweizerischer Ebene stabil (vgl. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 3.2.31).

### Konsum von Haschisch bzw. Marihuana

Der Konsum von Haschisch bzw. Marihuana ist viel häufiger als jener von harten Drogen. Dies zeigt sich sowohl beim aktuellen Konsumverhalten im Jahr 2002 wie auch bei der Frage, wie viele Personen im Leben jemals diese Substanz konsumiert haben (Lebenszeitprävalenz).

21% der 15- bis 39-Jährigen haben jemals Cannabis konsumiert.

Im Kanton Solothurn geben im Jahr 2002 5% der 15- bis 39-jährigen Bevölkerung an, aktuell Haschisch zu konsumieren. Da aufgrund der geringen Fallzahlen die statistische Zuverlässigkeit eingeschränkt ist, lässt sich dieser Anteil nur bedingt mit dem gesamtschweizerischen Wert von 8% vergleichen (siehe Tabelle 12.12; **J12.02**).

**Tabelle 12.12: Anteil aktuell und jemals Konsumierender von Haschisch an der 15- bis 39-jährigen Bevölkerung, Kanton Solothurn und Schweiz, 2002**

Quelle: SGB, gewichtete Daten

Konsum	Anteil in %	
	Kanton Solothurn	Schweiz
aktueller Konsum	(5)	8
jemals Konsum (Lebenszeitprävalenz)	21	28

### Bemerkung:

Werte in Klammern bedeuten, dass aufgrund kleiner Fallzahlen die Angaben statistisch nicht zuverlässig sind.

<sup>3</sup> **Lebenszeitprävalenz:** bezeichnet den Anteil von Personen in der Bevölkerung, die im Zeitraum des ganzen Lebens ein bestimmtes Merkmal (z. B. Konsum von Drogen) aufweisen.

### Suchtformen im Vergleich

Wie weit neben der Abhängigkeit von Tabak, Alkohol oder illegalen Drogen weitere Suchtformen in der Schweiz verbreitet sind, darüber liegen selten exakte Angaben vor.

Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (Spinatsch & Hofer 2004) aus dem Jahr 2004 ermittelt auf der Basis von Schätzungen von Experten, Expertinnen oder bestehenden Studien das Ausmass von Suchtformen bzw. die Zahl betroffener Personen in der ganzen Schweiz. Im Folgenden wird die Zahl Betroffener auch für den Kanton Solothurn geschätzt, auf der Basis des Bevölkerungsanteils von 3.4% in der Schweiz:

	Schweiz	Kanton Solothurn
Tabakkonsum	1'050'000	35'000
Fettsucht (Adipositas)	470'000	15'500
Kaufsucht	270'000	9'000
Medikamentenmissbrauch	170'000	5'700
Alkoholmissbrauch	120'000	4'000
Arbeitssucht	115'000	3'800
Cannabiskonsum	110'000	3'600
Internetsucht	44'000	1'500
Heroinkonsum	22'000	700
Ess-Brechsucht (Bulimie)	9'000	300
Kokainkonsum	7'500	250
Magersucht (Anorexie)	3'500	100
Ecstasy-Konsum	1'600	50

Stark verbreitet ist die Adipositas (Esssucht), die fast eine halbe Million Menschen in der Schweiz betrifft. Eine grössere Prävalenz weist nur noch der Tabakkonsum (bei mehr als 10 Zigaretten pro Tag) auf. Der Alkoholmissbrauch (hochriskanter Konsum) reiht sich hinter der Kaufsucht und dem Medikamentenmissbrauch ein.

Im Quervergleich ist die Abhängigkeit von illegalen Drogen weiter hinten zu finden. Der (mindestens wöchentliche) Cannabiskonsum ist mit 110'000 Personen schweizweit am stärksten verbreitet, während beim Ecstasy-Konsum von rund 1'600 Personen mit riskantem Konsum (mindestens wöchentlich) in der Schweiz auszugehen ist.

Quelle: Spinatsch & Hofer 2004

### Glücksspielsucht

Die Glücksspielsucht ist ein Beispiel für eine nicht-stoffgebundene Suchtform. Sie ist in der Schweiz vor allem durch die Zulassung von Spielbanken und Casinos, welche das neue Spielbankengesetz seit dem Jahr 2000 erlaubt, von einiger Aktualität.

Allerdings liegen keine exakten Angaben vor, wie viele Personen ein pathologisches Glücksspielverhalten aufweisen, sich also trotz negativer sozialer Konsequenzen (wie Verarmung, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Wertvorstellungen) dauernd und wiederholt an Glücksspielen beteiligen.

Im Jahr 2002 nehmen gesamtschweizerisch 21% der Bevölkerung über 18 Jahre mehr oder weniger wöchentlich an Glücksspielen – primär an Lotterien oder Wetten – teil (im Kanton Solothurn: 22%; SGB, gewichtete Daten). Ein regelmässiges Spielen bedingt jedoch noch kein problematisches Glücksspielverhalten bzw. Suchtverhalten. Darüber können nur indirekte Hinweise geliefert werden. Im Jahr 2002 bestätigen 2.5% der häufig Spielenden in der Schweiz, wegen ihrer Spielgewohnheiten schon einmal Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Eine Befragung von Institutionen in der Schweiz, die potenziell Personen mit Glücksspielproblemen beraten oder behandeln, zeigt, dass im Zeitraum von 1998 bis 2003 ein deutlicher Zuwachs der Beratungen – besonders in den Jahren 1999 bis 2001 – sowie der Anzahl betroffener Hilfesuchender festzustellen ist (vgl. Künzi, Fritschi & Egger 2004, 80).

International gesehen zeigen verschiedene Studien, dass der Anteil an Personen mit einer Glücksspielsucht an der erwachsenen Bevölkerung bei 1 bis 2% liegt. Es ist davon auszugehen, dass sich die Verhältnisse in der Schweiz langfristig diesen Zahlen annähern werden.

Quelle: Künzi et al. 2004

Unterdurchschnittlich verglichen mit der Schweiz ist im Kanton Solothurn der Anteil der 15- bis 39-jährigen Personen, die jemals Haschisch konsumiert haben. Für Frauen und Männer liegt er bei 21%. Gesamtschweizerisch weisen die Männer in dieser Altersgruppe mit 34% deutlich häufiger Cannabiserfahrungen auf als Frauen (21%; SGB, gewichtete Daten). Für die ganze Schweiz lässt sich ermitteln, dass – analog zum Konsum von harten Drogen – Personen mit obligatorischer Schulbildung als höchstem Bildungsabschluss seltener als Personen mit vergleichsweise höherer Schulbildung jemals Cannabisprodukte konsumiert haben. Die Konsumerfahrungen (Lebenszeitprävalenz) haben in der Schweiz bei der Gruppe der 15- bis 39-Jährigen vor allem zwischen 1992 und 1997 zugenommen, nämlich von 16% auf 27%. Weitere fünf Jahre später (2002) liegt der Anteil praktisch unverändert bei 28% (vgl. Gmel 2000; Schweizerisches Gesundheitsobservatorium 2005, Indikator 3.2.30).

### 12.3.3 Angebote und Leistungen der Suchthilfe

Die Angebote und Leistungen der Suchthilfe lassen sich in einen ambulanten und stationären Bereich unterteilen.

#### 12.3.3.1 Ambulante Angebote und Leistungen

Das ambulante Angebot für Personen mit Suchtmittelproblemen ist im Kanton Solothurn in Regionen organisiert. Gleichwohl ist die ambulante Suchthilfe – was die Finanzierung betrifft – im Kanton Solothurn ein kommunales Leistungsfeld.

#### Einrichtungen in der ambulanten Suchthilfe

Im Kanton Solothurn gibt es vier Suchthilfe-regionen mit unterschiedlichen Einzugsgebieten, die auf regionalen Trägerschaften basieren. Das Kantonsgebiet ist unterteilt in a) Grenchen und Umgebung, b) Solothurn / Lebern (ohne oberer Leberberg) / Bucheggberg / Wasseramt, c) Olten / Gösgen / Thal / Gäu und d) Dorneck / Thierstein.

Die Aufgabenprofile der vier Suchthilfe-regionen sind vom Kanton koordiniert und in einzelnen Leistungsvereinbarungen festgelegt. Über die Steuerung der Leistungsprofile entsteht eine Versorgungslandschaft, in der bestimmte Angebote in allen Suchthilfe-regionen existieren, andere nur von einzelnen Regionen erbracht werden (zum Folgenden, siehe Departement des Innern 2003; J13.01).

Die Leistungen der ambulanten Suchthilfe sind für das Jahr 2004 mittels Controllinginstrument erfasst und dokumentiert (K-EFFECTA). Dies

### Steuerung der Suchthilfe

Der Kanton Solothurn setzt sowohl bei stationären Suchthilfeeinrichtungen wie auch in der Zusammenarbeit mit den Regionen der ambulanten Suchthilfe auf Leistungsvereinbarungen.

In der ambulanten Suchthilfe bestehen seit längerem entsprechende Vereinbarungen, die im Jahr 2004 durch weitere Neuerungen ergänzt worden sind. Die Aufgaben der einzelnen Suchthilfe-regionen werden neu nach einem einheitlichen Leistungskatalog quantitativ wie auch qualitativ festgelegt und die effektiv erbrachten Leistungen dezentral in den einzelnen Einrichtungen erfasst.

Für die Institutionen der stationären Suchttherapie treten 2004 erstmals Rahmenverträge über vier Jahre in Kraft, welche durch jährliche Kontrakte mit Leistungsvorgaben ergänzt werden. Die im (nationalen) Projekt FiSu (Finanzierung stationäre Suchttherapie) erarbeitete Leistungssystematik findet – über einheitliche Begrifflichkeiten und Leistungsdefinitionen, die Einführung institutionsübergreifender Grundlagen im Finanz- und Rechnungswesen sowie die Erfassung einheitlicher Daten – ihre Anwendung auf kantonaler Ebene.

Der Kanton Solothurn verfügt damit im ambulanten und stationären Bereich der Suchthilfe über ausgereifte Instrumente, um gemäss Suchthilfegesetz die Aufgabe der Koordination der Leistungsangebote und deren bedarfsgerechte Ausrichtung wahrnehmen zu können.

Quelle: Huggenberger 2004

erlaubt, die Leistungen im Folgenden gegliedert nach Beratung, Früherfassung, Prävention und Gesundheitsförderung, Arbeit und Wohnen sowie Risiko- und Schadensminderung für die vier Suchthilfe-regionen auszuweisen.

### Suchtberatung / Case Management

Zu den Grundpfeilern des Angebots, das alle vier Suchthilfe-regionen gewährleisten, zählt die Suchtberatung, die in Solothurn und Olten auch Web-Seiten mit Online-Beratungen und in der Suchthilfe-region Grenchen und Umgebung auch

therapeutische Angebote einschliesst. Die Leistungen in den Bereichen Beratung, Arbeitseinsätze und Wohnen für Personen mit Suchtmittelproblemen schliessen auch ein Case Management ein. Das heisst, dass die Nutzung der verschiedenen suchtbezogenen Dienstleistungen, aber auch von anderen Leistungen, fallbezogen koordiniert wird, um Doppelspurigkeiten in der Betreuung und Leistungserbringung zu vermeiden.

#### Aufwand für Beratungen und Case Management

Im Bereich der Beratung summieren sich die Beratungsstunden in den vier Suchthilferegionen auf 7'371. Dieser Aufwand bezieht sich auf insgesamt 1'050 Beratungsfälle, wobei rund 41% erstmals eine Beratung (erster dokumentierter Kontakt) in Anspruch nehmen und die Beratungsarbeit auch einmalige Beratungen, Informationsgespräche oder Kurzberatungen einschliesst.

Der Aufwand teilt sich auf unterschiedliche Beratungsschwerpunkte auf. Rund 55% des Zeitaufwands entfällt auf die eigentliche Suchtberatung, wobei die Beratungen wegen illegaler Drogen 23% und wegen Alkohols 32% ausmachen (*K-EFFECTA*; **J15.01**).

Neben der Bearbeitung einer aktuellen Suchtproblematik nehmen die Institutionen auch Nachsorgeberatungen wahr, welche die Begleitung oder Betreuung nach einem stationären Aufenthalt beinhalten. Rund 6% des Gesamtaufwands bei Beratungen entfallen auf diese Aufgabe der Tertiärprävention. Weitere 5% des Beratungsaufwands gehen in die Massnahmenberatung, d.h. in die Beratung von Personen, die von einer Behörde mit einer Massnahme belegt und zu einer Beratung verpflichtet werden (z.B. bei Fahren im angetrunkenen Zustand).

In den vier Suchthilferegionen werden 2004 für die Suchtberatung knapp 7'400 Stunden aufgewendet.

Auf das Case Management entfallen im Jahr 2004 rund 2'210 Arbeitsstunden, wobei der entsprechende Aufwand der Suchthilferegion Grenchen nicht berücksichtigt ist.

#### Beratungsfälle nach Anlass

Basierend auf den Erstgesprächen im Jahr 2004 kann aufgezeigt werden, aus welchem Anlass eine Suchtberatungsstelle aufgesucht wird (siehe Tabelle 12.13; **J15.02**).

**Tabelle 12.13: Anteil einzelner Anlässe an den Erstgesprächen in der Suchtberatung, Kanton Solothurn, 2004**

Quelle: *K-EFFECTA*

Anlässe	Anteil in %
Suchtmittelkonsum	56
Soziale Beziehungen	37
Ausbildung, Beruf, Finanzen	37
Bewältigen von Alltagsaufgaben	21
Gesundheit	14
Suchtähnliche Verhaltensweisen	1
Information	1
Anderer Anlass	16

#### Bemerkung:

Mehrfachnennungen möglich.

#### Aufsuchen einer Beratung

Die gesamtschweizerische Statistik 2002 in der ambulanten Suchtberatung (SAMBAD) dokumentiert die Inanspruchnahme ambulanter Einrichtungen in der Suchthilfe.

Im Jahr 2002 sind von insgesamt 157 Institutionen (von 246 möglichen Einrichtungen in der Schweiz) Daten erfasst. Die Ergebnisse zeigen, dass fast drei Viertel der Beratungsfälle auf Alkohol als Hauptsubstanz zurückzuführen sind. Die Beratungsfälle mit Heroin als Hauptproblem sind hingegen rückläufig. Im Jahr 2002 bilden sie noch rund 12% der Beratungsfälle. Bei diesen Zahlen bleibt jedoch der Vorbehalt, dass die ambulanten Institutionen in dieser Statistik unterschiedlich – insbesondere im illegalen Bereich reduziert – abgebildet sind (vgl. Bundesamt für Statistik 2004, 47).

Die Statistik dokumentiert das unterschiedliche Verhalten von Heroin- und Alkoholkonsumierenden in Bezug auf das Aufsuchen einer Suchtberatung. Personen mit Alkoholproblemen begeben sich durchschnittlich fast 20 Jahre nach Beginn eines regelmässigen Konsums in eine Beratungsstelle oder andere Einrichtung, bei Personen mit Heroin als Hauptproblemsubstanz sind es 7 Jahre.

Quelle: Bundesamt für Statistik 2004

Rund 56% der 469 erfassten Erstgespräche betreffen im Jahr 2004 den Suchtmittelkonsum an sich. Insgesamt 14% der ersten Beratungsgespräche sind dem Thema der Abstinenz bzw. des Entzugs (Gesundheit) gewidmet. Über die Sucht hinaus bilden bei je 37% der Erstgespräche Fragen zu sozialen Beziehungen bzw. zur Ausbildung, zum Beruf und zu den Finanzen einen Anlass für einen Kontakt mit der Suchtberatung.

Das Bewältigen von Alltagsaufgaben – also Fragen zum Wohnen, zur Tagesstruktur, zur Freizeit oder auch Glaubensfragen – stehen noch bei einem Fünftel der Erstgespräche im Vordergrund.

#### Beratungsfälle nach Substanz

Für jene bearbeiteten Beratungsfälle im Jahr 2004, bei denen Suchtprobleme im Vordergrund stehen, kann aufgrund der Suchtanamnese die jeweilige Substanz ausgewertet werden. Für das Jahr 2004 liegen zu insgesamt 512 Personen Angaben zur Hauptproblemsubstanz vor, wobei nur Einzelpersonen – also keine Mehrpersonen-Settings – berücksichtigt sind.

Bei fast jedem zweiten Beratungsfall ist Alkohol die Hauptproblemsubstanz.

Wie Abbildung 12.7 zeigt, dominiert in fast jedem zweiten Fall Alkohol als Hauptproblemsubstanz. Heroin steht bei 19% im Vordergrund, während Cannabis und Kokain noch bei 7% der Bera-

tungsfälle mit Suchtanamnese die Hauptproblemsubstanzen bilden. Nikotin oder auch Methadon, das ohne ärztliche Bewilligung eingenommen wird, sind weniger bedeutend. Analoges gilt auch für Substanzen wie Ecstasy, Amphetamine oder LSD, die unter «anderes» in weniger als 5% der Beratungsfälle das (substanzbezogene) Hauptproblem bilden (*K-EFFECTA*).

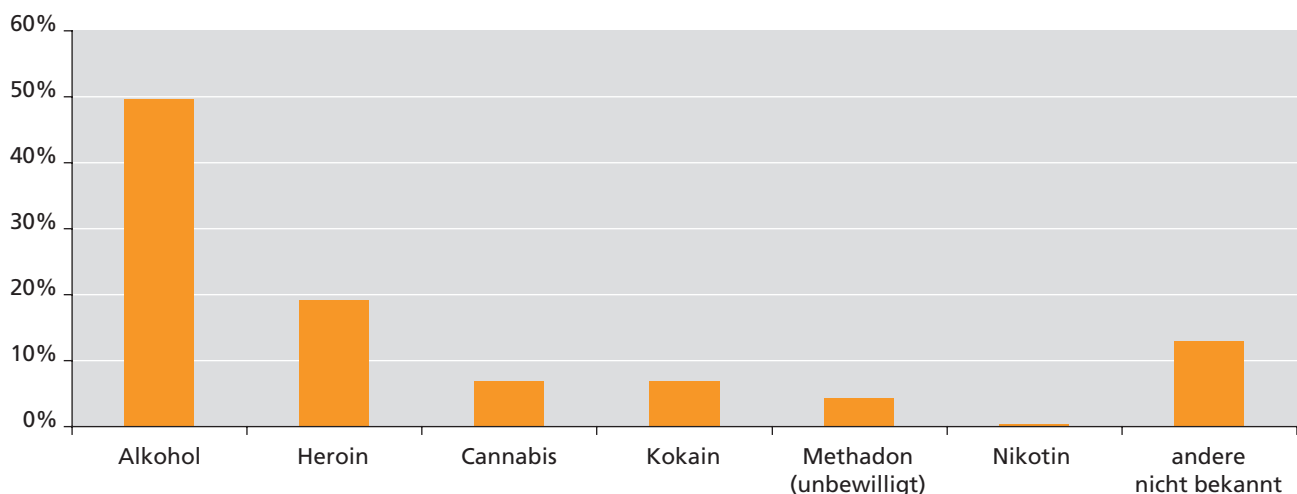
Angesichts der Relationen, die bei der (geschätzten) Anzahl Fälle mit Suchtproblematik bei Alkohol und illegalen Drogen anzunehmen sind, kann hier die Aussage der zu starken Ausrichtung der Suchthilfe in der Schweiz auf illegale Drogen nicht entkräftet werden (siehe Interview mit Ambros Uchtenhagen).

#### Früherfassung

Der Bereich der Früherfassung umfasst wesentlich Beratungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie Beratungen von Eltern und Erziehungsberechtigten. Insgesamt wenden die ambulanten Suchtinstitutionen im Kanton Solothurn im Jahr 2004 1'324 Stunden für die Früherfassung auf. Zwei Drittel der Stunden entfallen auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene und ein Drittel auf die Beratung von Eltern und Erziehungsberechtigten. Der Sekundärprävention dienen auch die Online-Beratungen, die in der Suchthilferegion Solothurn rund 1'000 Beratungsstunden bündeln (*K-EFFECTA; J15.03*).

**Abbildung 12.7:** Anteil Hauptproblemsubstanz an Suchtberatungen von Einzelpersonen, Kanton Solothurn, 2004

Quelle: *K-EFFECTA*



#### Basis:

Insgesamt sind 512 Einzelpersonen mit Suchtproblemen berücksichtigt.

### Prävention und Gesundheitsförderung

Der Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ist in allen vier Suchthilferegionen verankert. Zu den Aufgaben der jeweiligen Institutionen im Suchtbereich zählen die Fachberatung, also die Beratung von Einrichtungen wie Schulen, die Weitergabe von Informationen und entsprechende Kampagnen, Fortbildung und Schulungen sowie Projekte, für deren Finanzierung der Kanton separate Mittel sprechen kann.

Der Aufwand, den die vier Suchthilferegionen für Prävention und Gesundheitsförderung betreiben, lässt sich für das Jahr 2004 summarisch mit 3'000 Arbeitsstunden ausweisen (*K-EFFECTA*; **J15.06**).

### Bereich Wohnen und Arbeit

Zu den gemeinsamen Angeboten zählt auch die Betreuung im Bereich Wohnen. Alle Suchthilferegionen sind beim begleiteten Wohnen aktiv, im Jahr 2004 mit insgesamt rund 3'300 Arbeitsstunden. In den Regionen Olten und Solothurn stehen total 58 Wohnplätze zur Verfügung, die zu rund 93% ausgelastet sind. Insgesamt nutzen 91 Klienten und Klientinnen das Wohnangebot, das sie durchschnittlich über ein Jahr in Anspruch nehmen (*K-EFFECTA*; **J15.04**).

In den Regionen Olten und Solothurn umfasst das Leistungsangebot auch Arbeitsvermittlung. Da Arbeitslosigkeit bei dieser Zielgruppe stark verbreitet ist, bedarf es niederschwelliger Zugänge zur Arbeit. Dies gewährleisten Arbeitsvermittlungen, die quasi als Tagelöhneri Personen mit einer Suchtproblematik die Möglichkeit zu arbeiten und zu einem Lohneinkommen bieten. Insgesamt werden 2004 so 203 Klienten und Klientinnen erreicht. Das Arbeitsvolumen der Klientel summiert sich auf rund 30'500 Arbeitsstunden. Bei vier Personen können Übertritte in eine Festanstellung im primären Arbeitsmarkt vermittelt werden und in neun Fällen gelingt eine verbindliche Anstellung (z.B. Beschäftigungsprogramm) (*K-EFFECTA*; **J15.05**).

Beschäftigungsprojekte mit verbindlicheren Strukturen für die Teilnehmenden ergänzen in Olten und Solothurn, auch mit der Zielsetzung der Entlastung des öffentlichen Raums, das Angebot.

### Schadensminderung

Um die gesundheitlichen Folgen und Risiken zu vermindern, insbesondere die Übertragung von HIV oder Hepatitis C, ist die Abgabe von sauberem Injektionsmaterial sowie von Kondomen eine zentrale Aufgabe. In den Städten Solothurn und Olten ist die Infrastruktur zur Schadensminderung am stärksten ausgebaut.

### Arbeitsplatz statt Amthausplatz

Das Projekt «Arbeitsplatz statt Amthausplatz» verfolgt das Ziel, den öffentlichen Raum – namentlich den Amthausplatz – in der Stadt Solothurn von «Szenenbildungen» zu entlasten. Das Projekt nimmt Personen auf, die Sozialhilfe beziehen, über eine minimale Arbeitsfähigkeit verfügen, jedoch die Anforderungen eines Soziallohnprojektes nicht einhalten können.

Das Projekt bietet diesen Personen zunächst über Arbeitseinsätze Beschäftigungsmöglichkeiten, möchte jedoch stufenweise und langfristig die berufliche Wiedereingliederung bzw. den Erwerb eines Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung unterstützen. Die Teilnehmenden erhalten für ihre Einsätze einen «Soziallohn», der verrechnet mit den Leistungen der Sozialhilfe einen Motivationszuschlag darstellt.

Die Perspektive Solothurn startete das Projekt im Sommer 2003. In ersten Jahr haben insgesamt fünf Teilnehmende rund 1'090 Arbeitsstunden geleistet.

Quelle: Perspektive-Fachstellen für soziale Dienstleistungen 2005a; Perspektive-Fachstellen für soziale Dienstleistungen 2005b

In Solothurn besteht eine Anlaufstelle, welche die Abgabe von sauberem Injektionsmaterial und Kondomen sowie den Umtausch von gebrauchten Spritzen gewährleistet. Ein Injektionsraum erlaubt den Konsum von mitgebrachten Drogen unter hygienischen Bedingungen und fachlicher Anleitung. Die Anlaufstelle bietet auch eine basismedizinische Versorgung und erreicht als niederschwelliges Angebot Klienten und Klientinnen für Beratungsgespräche.

In Olten ist die Abgabe von sauberem Injektionsmaterial und Kondomen im Jahr 2004 über einen Automaten sichergestellt; zudem besteht im Rahmen des Angebots der Stadtküche die Möglichkeit zur persönlichen Abgabe bzw. zu einem Umtausch von Injektionsmaterial. Das Oltner Pilotprojekt, einen Inhalationsraum für den mit weniger Gesundheitsrisiken verbundenen inhalativen Konsum (Rauchen und Sniefen von Heroin und Kokain) zu betreiben, ist im Jahr 2001 gestartet, inzwischen jedoch beendet und wird nicht weitergeführt.

In Grenchen ist die Abgabe von sauberem Spritzenmaterial und dessen Umtausch durch Apotheken gewährleistet.

In den Städten Solothurn und Olten werden im Jahr 2004 insgesamt 97'000 Spritzen abgegeben.

In den Städten Solothurn und Olten werden im Jahr 2004 insgesamt 97'274 Spritzen abgegeben bzw. umgetauscht oder verkauft. Es wird eine Rückgabequote der abgegebenen Spritzen von über 98% erreicht. Rund 90% der Spritzen werden in der Suchthilferegion Solothurn ausgehändigt (*K-EFFECTA*).

Neben Spritzen werden im Kalenderjahr 2004 140'200 Nadeln abgegeben, deren Rückgabequote ebenfalls bei über 96% liegt. 2004 gehen täglich 384 Nadeln und 266 Spritzen an Drogenkonsumierende.

#### Frauenbus Lysistrada

1994 gründete die Gassenarbeit Olten das Projekt Frauenbus Lysistrada. Der Frauenbus dient als mobile Anlaufstelle für sich prostituierende Frauen. Während rund zehn Jahren sichert dieses innovative Projekt, dass Sexarbeiterinnen einen geschützten Raum vorfinden, sich mit Präservativen und sauberem Injektionsmaterial eindecken oder sich über Gesundheitsrisiken informieren können. Die Projektträgerschaft ist ein wesentlich über Mitgliederbeiträge und Spenden finanzierter privater Verein, der sich auch für die Anerkennung und Mitsprache von Prostituierten einsetzt.

Der Freierverkehr im Industriequartier der Stadt Olten wird seit dem Jahr 2001 von der Stadt Olten per Video überwacht. Im Oktober 2004 entscheidet der Stadtrat, die seit 1992 geltende Tolerierung des Strassenstrichs auf den Januar 2005 aufzuheben und dessen Weiterbetrieb bzw. Verlagerung mit baulichen und polizeilichen Massnahmen zu unterbinden.

Quelle: Erni 2001; Stadt Olten 2004

Bei Kondomen beträgt die im Jahr 2004 täglich abgegebene Menge 17, was sich für das ganze Jahr auf 6'340 Kondome summiert.

Unter dem Aspekt der Schadensminderung sind auch basismedizinische Versorgung und die Vorbeugung bei mangelhafter Ernährung oder ungenügender Hygiene wichtig. Die Suchthilferegionen Solothurn und Olten stellen hier eine Grundversorgung sicher. Im Jahr 2004 kommt es zu rund 283 Pflegeleistungen (Wundversorgungen) und zu 221 Gesprächen über medizinische Fragen. Rund 16'000 Haupt- oder Zwischenmahlzeiten werden abgegeben, wobei neben Personen mit Suchtkrankheit auch weitere Personengruppen dieses Verpflegungsangebot nutzen (können) (*K-EFFECTA; J15.07*).

#### 12.3.3.2 Substitutionsprogramme

Die Substitutionsprogramme betreffen die Abgabe von Methadon als Ersatzsubstanz sowie die ärztlich kontrollierte Abgabe von Heroin. Die Abgabe dieser beiden Substanzen hat einen unterschiedlichen historischen Ursprung, ist je anders organisiert und schliesst eine ganz unterschiedlich grosse Anzahl von Teilnehmenden ein. Gemeinsam ist jedoch das Ziel, über die Abgabe dieser Stoffe gesundheitliche Schädigungen zu verringern und zugleich bessere Voraussetzungen für die soziale und berufliche Rehabilitation zu schaffen bzw. Desintegrationsprozesse bei Abhängigkeit von Heroin zu vermeiden.

#### Träger von Substitutionsprogrammen

In die Abgabe von Methadon sind heute vielfältige Einrichtungen involviert. Im Jahr 2004 sind es im Kanton Solothurn 117 Abgabestellen, die sich aus Methadonärzten/ärztinnen und Apotheken, zusammensetzen (*K-METHAD*). Bereits fünf Jahre früher, im Jahr 1998, umfasst das Netz von Methadonabgabestellen 100 Stellen. Dies sind mehr als dreimal so viele Stellen wie noch 1990 (31 Abgabestellen; *K-METHAD; J13.02*). Der Kanton Solothurn kennt (seit Beginn) eine dezentralisierte Form der Methadonabgabe, die nicht auf einer Zentrenstruktur basiert.

Die Abgabe von Heroin ist deutlich weniger stark ausdifferenziert und findet ausschliesslich in eigentlichen Zentren statt. Im Jahr 2003 sind es drei im Kanton Solothurn, die insgesamt 7% der gesamtschweizerisch im Jahr 2003 bewilligten 1'372 Plätze bereitstellen (*K-HEGEBE; Bundesamt für Gesundheit 2004a*). Zu den Zentren zählen die folgenden: Die Strafanstalt Schöngrün, die seit September 1995 die heroingestützte Behandlung durchführt und im Jahr 2003 insgesamt 15 Plätze stellt. Das Zentrum Solothurn (Gourrama), das seit



August 1995 existiert, bietet mit 43 Plätzen das grösste Angebot. Das Zentrum in Olten (HEROL), das im Kanton Solothurn als erstes gestartet ist und auch gesamtschweizerisch mit Start im Mai 1994 zur ersten Serie der Heroinabgabe-Projekte zählt, verfügt über 32 Plätze. Insgesamt bieten diese drei Zentren im Jahr 2003 90 Plätze, die per 31. Dezember 2003 zu 87% belegt sind (*K-HEGEBE; J13.03*).

#### Anzahl Substitutionsprogramme

Die Statistik der Substitutionsprogramme im Kanton Solothurn erlaubt es, die Entwicklung der Teilnehmenden bis 1990 (bzw. der Teilnehmenden an einer heroingestützten Behandlung bis 1996) zurückzuverfolgen.

Wie Abbildung 12.8 aufzeigt, ist in den 1990er-Jahren die Gesamtzahl der Substitutionsprogramme stetig angewachsen. Die Anzahl Personen im Kanton Solothurn, die Methadon verabreicht erhalten, ist zwischen 1990 und 1999 von 288 auf 699 gestiegen, was einer Zunahme um 142% entspricht. Bis 2003 ist die Anzahl wieder leicht rückläufig, bevor im Jahr 2004 gegenüber dem Vorjahr wieder eine Zunahme zu registrieren ist (auf 653 Personen).

Die Zahl der Methadonprogramme steigt in den 1990er-Jahren stark an.

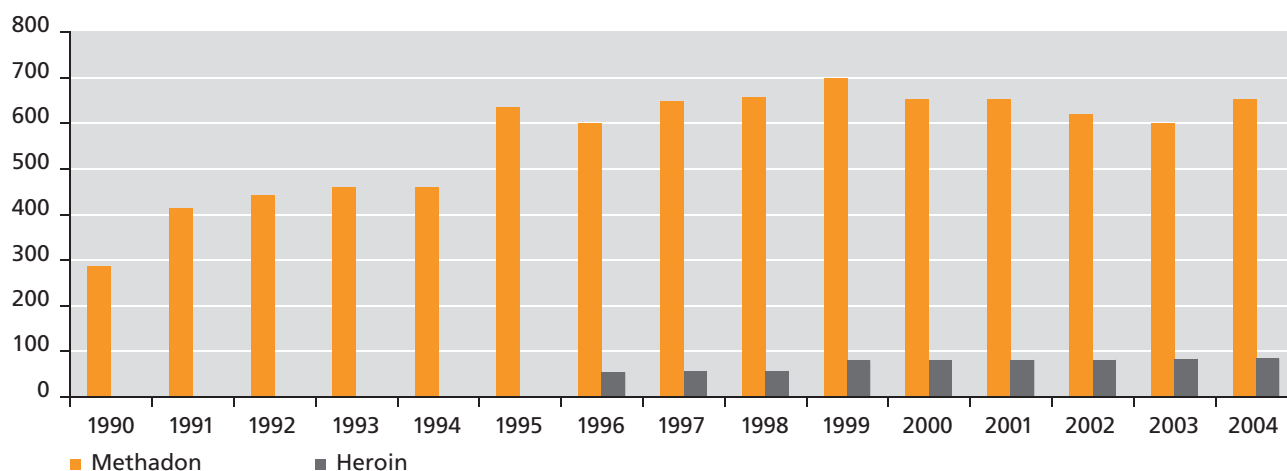
Die Zahl der Personen, die eine heroingestützte Behandlung erfahren, steigt hingegen seit 1996 an, wenngleich seit 1999 die Platzzahl praktisch unverändert ist. Im Jahr 1996 sind es insgesamt 53 Teilnehmende, acht Jahre später (2004) bereits 85 Teilnehmende, was einem Anstieg von 60% entspricht (*J15.08*). Die Gesamtzahl der Substitutionsprogramme – mit den Substanzen Methadon und Heroin – beträgt 2004 insgesamt 738, was gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme von 7% bedeutet.

Ob sich diese aktuelle Zunahme auch schweizweit zeigt, lässt sich nicht ermitteln. Zumindest entwickelt sich die Anzahl Substitutionsprogramme im Kanton Solothurn zwischen 2000 und 2003 gleich wie auf nationaler Ebene. Sie nimmt in diesem Zeitraum je um 7% ab (*K-HEGEBE; K-METHAD; METHAD*).

Substitutionstherapien werden häufig beendet. Im Jahr 2003 sind im Kanton Solothurn 392 Austritte bzw. Abbrüche von methadon- oder heroingestützten Behandlungen zu verzeichnen. Diese Anzahl entspricht 56% aller Substitutionsprogramme dieses Kalenderjahrs. Allerdings sind hier auch häufig rein administrative Austritte mitgezählt, wie ein Wechsel der ärztlichen Abgabestelle oder der Apotheke, ein Wechsel des Kantons, ein Eintritt in den Strafvollzug usw. Im Jahr 2003 sind 18 Therapieabbrüche durch den Patienten oder die Patientin, 9 Abbrüche durch den Arzt

**Abbildung 12.8:** Anzahl Teilnehmende mit Methadonprogramm und heroingestützter Behandlung, Kanton Solothurn, 1990–2004

Quelle: *K-HEGEBE; K-METHAD*



#### Basis:

Anzahl Patienten, Patientinnen, die im angegebenen Jahr eine kantonale Bewilligung für eine Substitutionstherapie erhalten (ohne Doppelzählungen), gezählt am 31. Dezember.

oder die Ärztin sowie 17 unangekündigte Beendigungen durch den Klienten oder die Klientin («abgeschlichen») zu verzeichnen (*K-HEGEBE; K-METHAD*).

Auf gesamtschweizerischer Ebene werden bei der heroingestützten Behandlung im Jahr 2003 insgesamt 175 Austritte registriert. Dies entspricht 14% aller Patienten und Patientinnen per Ende 2003 (1'262 Personen). Von diesen Austritten sind mehr als ein Drittel (37%) in ein Methadonprogramm oder in eine abstinenzorientierte Therapie übergetreten. Auf Abbrüche bzw. Fernbleiben sind rund 28% der Austritte zurückzuführen. Von jenen Personen, die im Jahr 2003 in die heroingestützte Behandlung aufgenommen werden, verbleiben 72% mindestens ein Jahr oder länger in Behandlung. Die mittlere Therapiedauer beträgt im Jahr 2003 gesamtschweizerisch 2.9 Jahre, was unterstreicht, dass die heroingestützte Behandlung für eine Mehrzahl der Teilnehmenden eine Langzeittherapie darstellt (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2004a).

#### Profil der Teilnehmenden an Substitutionsprogrammen

Im Jahr 2003 beträgt der Anteil der Frauen an den Teilnehmenden in Substitutionsprogrammen (Heroin und Methadon) 26%. Dieser Anteil ist seit 2000 praktisch konstant und im Vergleich zur Schweiz leicht unterdurchschnittlich (Schweiz 2003: 29%; *K-METHAD*).

Rund drei Viertel der Teilnehmenden an Substitutionsprogrammen (Heroin und Methadon) sind Männer.

Aufgrund von Verlaufserhebungen zu 542 Patienten und Patientinnen mit Substitutionsprogrammen im Jahr 2003, was 78% aller Teilnehmenden entspricht, lassen sich weitere Merkmale beschreiben. Einschränkend ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Datenlage somit unvollständig und deren Qualität angesichts der Erhebungsweise wenig zuverlässig ist.

Insgesamt sind 88% der Programmteilnehmenden schweizerischer, 12% ausländischer Nationalität. 15% der Teilnehmenden sind zwischen 21 und 30 Jahre alt, mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (56%) fällt in die Alterskategorie der 31- bis 40-Jährigen. Personen über 50 Jahre sind mit 1% nur noch marginal vertreten (*K-METHAD; K-HEGEBE; J15.09*). Diese Verteilung nach Nationalität und Alter bestätigt sich auch für die gesamte Schweiz, wengleich hier nur Teilnehmende an der heroingestützten Behandlung berücksichtigt

sind: Im Jahr 2003 (31. Dezember) sind von den 1'260 Teilnehmenden an Programmen der heroingestützten Behandlung 16% bis 30 Jahre alt und 59% gehören der Altersgruppe der 36- bis 40-Jährigen an (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2004a). Der Anteil an Ausländern und Ausländerinnen an diesen Programmen bewegt sich auf nationaler Ebene bei 11%. Diese Berechnung stützt sich auf eine Datenbasis, die auf Eintritten von Januar 2001 bis Februar 2004 beruht (gemäss Auskunft vom 15. September 2004 des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich, HeGeBe-Monitoring).

Von den 542 Teilnehmenden an Substitutionsprogrammen im Kanton Solothurn, über die im Jahr 2003 eine Verlaufsmeldung vorliegt, sind insgesamt 44% regelmässig oder zumindest gelegentlich erwerbstätig. 12% sind arbeitslos und 39% werden von der Invalidenversicherung (IV) als Rentenbezüger/in bzw. von der Sozialhilfe unterstützt (*K-METHAD; K-HEGEBE*).

#### 12.3.3 Stationäre Suchthilfe Therapie-Einrichtungen

Im Kanton Solothurn bestehen drei stationäre Einrichtungen, die über ein suchttherapeutisches Angebot für Erwachsene verfügen und vom Bundesamt für Sozialversicherung über Betriebsbeiträge mitfinanziert sind. Im Einzelnen sind dies die Casa Fidelio in Niederbuchsiten, die Therapeutische Gemeinschaft Chratten in Oberbeinwil sowie die Therapeutische Wohngemeinschaft Lilith in Oberbuchsiten (*REHADBKOSTE*).

Die Casa Fidelio ist ausschliesslich auf Männer als Zielgruppe ausgerichtet und verfügt über 25 Plätze. In der therapeutischen Wohngemeinschaft liegt der Behandlungsschwerpunkt auf illegalen Drogen sowie Polytoximanie (Mehrfachabhängigkeit von verschiedenen Suchtstoffen). Die Therapeutische Wohngemeinschaft Lilith nimmt ausschliesslich Frauen (und von ihnen betreute Kinder) auf. Das Angebot ist auf die Behandlung bei Drogenabhängigkeit (illegale Substanzen) ausgerichtet, steht aber auch Frauen in psychisch und sozial schwierigen Situationen mit einer Drogenproblematik offen. Von den insgesamt 18 Plätzen entfallen 6 auf die Unterbringung in Aussenwohngruppen.

Im Gegensatz zu Casa Fidelio und Lilith können in der Therapeutischen Gemeinschaft Chratten keine gerichtlich angeordneten Massnahmen durchgeführt werden. Sie nimmt Männer und Frauen auf, welche über längere Zeit Drogen konsumiert haben. Der Behandlungsschwerpunkt liegt ebenfalls auf illegalen Drogen, schliesst jedoch auch Alkoholproblematiken ein. Insgesamt sind 8 Plätze vorhanden.

Die drei vom Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) finanzierten Institutionen weisen per Ende 2003 insgesamt 53 Plätze auf. Mit der Reduktion der BSV-bewilligten Plätze in der Casa Fidelio sind es per 2004 bzw. für die Planungsperiode 2004 bis 2006 noch insgesamt 45 Plätze.

Neben den BSV-finanzierten Einrichtungen ist auch das Unikat in Balsthal eine Einrichtung für Personen mit einer Suchterkrankung. Das Unikat richtet sich an ehemals drogenabhängige Frauen und Männer mit Therapie-Erfahrungen, um über Wohn- und Arbeitsmöglichkeit den Übergang in die Gesellschaft zu begleiten. Insgesamt gibt es hier 8 Plätze. Damit stehen per Ende 2003 insgesamt 61 Therapieplätze zur Verfügung (*REHADBKOSTE; J14.01*).

Im Jahr 2003 bestehen im Bereich illegale Drogen 61 Therapieplätze.

Menschen mit einer Suchterkrankung nehmen auch das Wohnheim Schmelzi in Grenchen sowie das Wohnheim Bethlehem in Wangen bei Olten auf. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eigentliche therapeutische Angebote, die zudem nicht ausschliesslich auf Menschen mit Suchterkrankung ausgerichtet sind.

Einrichtungen für Therapien bei Alkoholabhängigkeit bestehen im Kanton Solothurn nicht.

#### Leistungen der Therapie-Einrichtungen Therapien bei illegalen Drogen

Für das Jahr 2004 liegen bei vier Solothurner Einrichtungen im illegalen Suchtbereich die Angaben zu Eintritten von Klienten und Klientinnen vor. Im Einzelnen sind dies die Casa Fidelio in Niederbuchsiten, die Therapeutische Gemeinschaft Chratten in Oberbeinwil, das Unikat in Balsthal sowie die Therapeutische Wohngemeinschaft Lilit in Oberbuchsiten

Insgesamt sind 2004 57 Eintritte zu verzeichnen, wobei knapp 30% der eintretenden Klienten und Klientinnen aus dem Kanton Solothurn stammen. Die 55 Personen sind zu knapp zwei Dritteln männlich. Der überwiegende Teil der Klientel, nämlich 82%, beginnt eine Therapie auf freiwilliger Basis, während bei 18% eine gerichtliche Massnahme den Ausgangspunkt dafür darstellt.

Im Jahr 2004 treten insgesamt 17 Solothurner bzw. Solothurnerinnen in eine Therapie-Einrichtung im Kanton Solothurn ein. Eine grössere An-

Insgesamt 46 Solothurner/innen treten im Jahr 2004 in eine Drogentherapie ein.

zahl, 29 Personen, beginnt eine Therapie in einer ausserkantonalen Einrichtung. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass nicht alle ausserkantonalen Einrichtungen vollständig einer Meldepflicht unterstehen, womit die Zahl von 29 ausserkantonal Platzierten ein Minimum darstellt und real zumindest geringfügig höher sein kann. Nimmt man diese Zahl als Grundlage, dann sind insgesamt 46 Personen aus dem Kanton Solothurn im Jahr 2004 in eine Therapie eingetreten. Rund 70% davon sind männlich. Ebenfalls eine Mehrheit von 71% beginnt die Therapie auf freiwilliger Basis, während der Eintritt bei 29% auf eine gerichtliche Massnahme zurückzuführen ist (*BELEG-STAT; J16.01*).

Massnahmen sind deutlich häufiger in ausserkantonalen (16 Personen) als in Solothurner Einrichtungen (1 Person) zu verzeichnen. Eine deutliche Diskrepanz zeigt sich auch bei der Therapiedauer, die dem Konzept der jeweiligen Einrichtung zugrunde liegt. Rund 81% der Eintritte von Solothurnern und Solothurnerinnen in innerkantonale Therapie-Einrichtungen erfolgen bei Institutionen, die konzeptionell auf eine Therapiedauer von mehr als 12 Monaten ausgerichtet sind. Umgekehrt sind die Verhältnisse bei ausserkantonalen Einrichtungen: Rund 88% der Eintritte von Personen aus dem Kanton Solothurn erfolgen in Einrichtungen, die gemäss Konzept von einer Therapiedauer von 3 bis 12 Monaten ausgehen. Allerdings ist zu bedenken, dass über die effektive Therapiedauer keine Aussagen möglich sind und diese von den konzeptionell vorgesehenen abweichen kann (*BELEG-STAT*).

#### Therapien bei Alkohol

Stationäre Therapien bei Alkoholabhängigkeit können ausschliesslich ausserkantonale durchgeführt werden, da im Kanton Solothurn keine entsprechende Einrichtung besteht. Im Jahr 2003 sind es insgesamt 31 Personen, die sich ausserhalb des Kantons Solothurn in einer Therapie aufgrund von Alkoholabhängigkeit befinden (2002: 29 Therapien; *K-ALKOHOL; J16.02*).

#### Entzüge bei Alkohol und illegalen Substanzen Einrichtungen für Entzüge

Entzüge bei Heroin- oder Kokainabhängigkeit führen im Kanton Solothurn drei Einrichtungen durch, nämlich die Psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn, das Bürgerspital Solothurn sowie die Klinik Allerheiligenberg.

Für Alkoholentzüge sind weitere Institutionen auf Kantonsgebiet entsprechend eingerichtet. Neben der Klinik Allerheiligenberg, den Psychiatrischen Diensten und dem Bürgerspital führen auch die Spitäler in Grenchen, Olten und Dornach derartige Entzüge durch.

#### Anzahl Entzüge

Die Zahl der Entzüge bei Alkohol oder illegalen Substanzen sind nicht systematisch dokumentiert. Einen Anhaltspunkt liefert einzig die Statistik der Psychiatrischen Dienste: Im Jahr 2004 werden dort (gemäss Auskunft) 84 Entzugs- oder Teilentzugsbehandlungen im Bereich harter Drogen (Heroin oder Kokain) durchgeführt. Diese Zahl ist höher als die 46 (geschätzten) Eintritte von Personen aus dem Kanton Solothurn in eine Suchttherapie im selben Jahr (siehe Abschnitt 12.3.3.3).

#### 12.3.3.4 Leistungen des Vermittlungszentrums

Der Kanton Solothurn unterhält ein Vermittlungszentrum Sucht, das seit dem 1. Januar 2003 direkt durch die Untersuchungsgefängnisse in Solothurn und Olten geführt wird. Dieses Vermittlungszentrum hat die Aufgabe, Personen, insbesondere bei Suchtmittelabhängigkeit, aber auch Asylbewerbende, in die Herkunftsgemeinden oder -kantone zurückzuführen. Zu den einweisenden Stellen gehört primär die Polizei, welche Personen aufgreift und in Gewahrsam nimmt. In Koordination mit den im Einzelfall involvierten Behörden und Fachstellen klärt das Vermittlungszentrum die Rückkehr ab und organisiert die Rückführung. Der Aufenthalt im Vermittlungszentrum sollte maximal 24 Stunden (seit der Festnahme) dauern, sofern keine Haftgründe vorliegen.

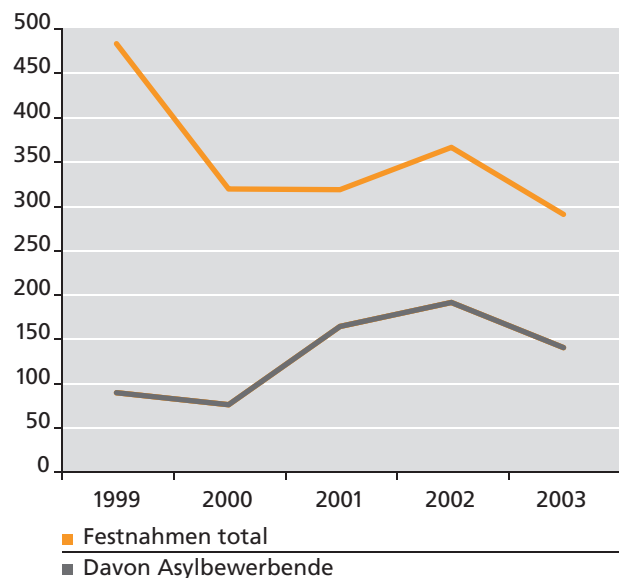
Das Rückführungszentrum besteht seit 1995 und seine Einrichtung ist in der Bekämpfung von Drogenszenen begründet. Analog zum Kanton Zürich (siehe Interview mit Ambros Uchtenhagen) hat der Kanton Solothurn die offenen Szenen in Solothurn und Olten, die im Februar 1994 aufgelöst werden (vgl. Gervasoni, Dubois-Arber, Benninghoff, Spencer, Devos & Paccaud 1997, 13), konsequent mit der Rückführung von Personen in ihre Herkunftsgemeinden bzw. -kantone bekämpft. Bis heute besteht diese Einrichtung weiter, die über die Rückführung hinaus auch Unterstützungsangebote und Anschlusslösungen abklärt bzw. vermittelt (J17.01).

289 Personen nimmt das Vermittlungszentrum 2003 auf. Es werden 112 Ausgrenzungen ausgesprochen.

Im Jahr 2003 werden dem Vermittlungszentrum insgesamt 289 Personen zugeführt. Diese Anzahl ist seit dem Jahr 2000 ungefähr stabil (siehe Abbildung 12.9) und deutlich geringer als noch 1999 bzw. in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre: Nach der Schliessung der offenen Drogenszenen in Olten und Solothurn werden 1995 noch 598, 1997 540 Aufnahmen gezählt (K-RÜCK; J17.01).

**Abbildung 12.9: Anzahl Aufnahmen (und davon Asylbewerbende) im Vermittlungszentrum, Kanton Solothurn, 1999–2003**

Quelle: K-RÜCK



Die Abbildung 12.9 zeigt auch, dass zunehmend häufiger Asylbewerbende dem Zentrum zugeführt werden. Im Jahr 2003 sind rund 48% der vermittelten Personen Asylbewerbende.

#### Profil der vermittelten Personen

Im Jahr 2003 entfallen knapp 82% der Einweisungen auf das Untersuchungsgefängnis Solothurn, 18% auf dasjenige in Olten.

Der Frauenanteil unter allen vermittelten Personen liegt bei 10%. Von den 289 Personen 2003 sind rund 60% jünger als 30 Jahre, und insgesamt 29% sind 15- bis 20-Jährige, wobei es sich hierbei ausschliesslich um Asylbewerber/innen handelt. Knapp 50% der Personen werden erstmalig aufgegriffen.

Von den insgesamt 289 Personen haben 82% im Jahr 2003 ihren Wohnsitz im Kanton Solothurn. Die Rückführungen geschehen also innerhalb des Kantons in die zuständige Gemeinde. Der Anteil an Personen aus anderen Kantonen, die auf dem

Gebiet des Kantons Solothurn angehalten und in Gewahrsam genommen werden, ist kontinuierlich rückläufig. Im Jahr 2003 sind es noch 52 Personen, während es zwischen 1995 und 2001 stets mehr als 100 Personen bzw. 1997 sogar 286 Personen aus anderen Kantonen sind (*K-RÜCK; J17.02*). Am häufigsten erfolgen Rückführungen in die Kantone Aargau, von wo im Jahr 2003 knapp 42% der Personen aus anderen Kantonen stammen, und Bern (34%). Der Rückgang der Zahl der Personen aus anderen Kantonen zeigt, dass die Städte im Kanton Solothurn gegenüber der Situation in den 1990er-Jahren weniger mit Szenen konfrontiert sind, die eine kantonsübergreifende Anziehungskraft ausüben.

#### Vermittlungsleistungen

Die Vermittlungen durch das Zentrum können in unterschiedlicher Art erfolgen und mit Auflagen verbunden sein. In 16 Fällen erfolgt im Jahr 2003 ein Übertritt in die Untersuchungshaft oder in den Strafvollzug. Insgesamt 112 Ausgrenzungen gegen Asylbewerber werden ausgesprochen, das heisst der Zutritt zu einem bestimmten Gebiet wird untersagt. Die Ausgrenzungen betreffen in 44 Fällen die Stadt Olten, in 43 die Stadt Solothurn und in 22 das Kantonsgebiet Solothurn (*K-RÜCK; J17.03*).

#### 12.3.4 Entwicklung der Suchtproblematik

Der Kanton Solothurn weist ein auf Therapie, Prävention und Schadensminderung gestütztes stationäres und ambulantes Suchthilfeangebot auf. Die Frage nach deren Erfolgen ist allerdings nur schwierig zu beantworten, da es insbesondere an Verlaufsdaten im Bereich des Suchtmittelkonsums fehlt.

Zumindest über mögliche Folgen des Suchtmittelkonsums – namentlich über die Zahl der Drogentoten, die Neu-Infektionen mit dem HI-Virus (Human Immunodeficiency Virus) und Hepatitis C sowie die Zahl der Delikte nach Betäubungsmittelgesetz – lassen sich Entwicklungen aufzeigen.

##### 12.3.4.1 Anzahl Drogentote

Die Statistik der Drogentoten im Kanton Solothurn hat im Jahr 1992 ihren traurigen Rekord. Zu Beginn der 1990er-Jahre ist ein rasanter Anstieg von 4 (1990) auf 28 Drogentote (1992) zu verzeichnen, bevor bereits im Folgejahr ein Rückgang auf 9 Drogentote zu registrieren ist (siehe Abbildung 12.10). Auch gesamtschweizerisch bezeichnet das Jahr 1992 mit 419 Drogentoten einen Höchstwert, der zwei Jahre später fast wieder erreicht wird (399 Tote), bevor ab 1995 ein stetiger Rückgang bis ins Jahr 1999 einsetzt.

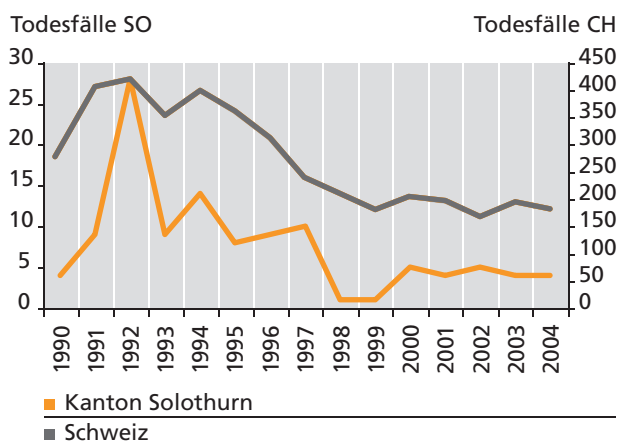
Seit 1998 beträgt im Kanton Solothurn die jährliche Anzahl an Drogentoten weniger als sechs. 1992 waren es noch 28 Drogentote.

Auch im Kanton Solothurn ist ab Mitte der 1990er-Jahre bis ins Jahr 1999 – wenngleich nicht gradlinig – ein Rückgang zu verzeichnen. Erst zwischen 2000 und 2004 ist die Zahl der Drogentoten wieder leicht höher, steigt aber nicht über fünf pro Jahr (*TU-STAT; J18.01*).

Diese Entwicklung mag ein Indiz für den Rückgang der Zahl der Drogenkonsumierenden, insbesondere von Heroin (siehe Interview mit Ambros Uchtenhagen) sein, belegt jedoch in erster Linie die Wirksamkeit der Bemühungen um die Verminderung gesundheitlicher Schädigungen.

#### Abbildung 12.10: Anzahl Drogentote, Kanton Solothurn und Schweiz, 1990–2004

Quelle: TU-STAT



#### 12.3.4.2 Infektionen mit HIV und Hepatitis C

##### Infektionen mit HIV

Erfolge aufgrund der Bemühungen im Bereich Schadensminderung zeigen sich auch bei Neuinfektionen durch das HI-Virus, die durch Drogeninjektionen zustande kommen. Gesamtschweizerisch ist die Zahl aller HIV-Infektionen zwischen 1992 und 2000 rückläufig, von 1'909 auf 581 gemeldete positive HIV-Tests in Labors. Beim Übertragungsweg «Drogeninjektionen» ist die Entwicklung vor allem zwischen 1991 und 1998 deutlich und kontinuierlich rückläufig. Der Anteil dieses Infektionsweges am Total der Neuinfektionen reduziert sich von 31% (1992) auf 14% (2000) bei Männern, bei den Frauen von 32% (1992) auf 13% (2000) (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2003, 54).

Seit 2001 sind in der Schweiz wieder mehr HIV-Infektionen festzustellen: 792 Neuinfektionen im Jahr 2002 bedeuten gegenüber 2001 einen Zuwachs von 25%, gegenüber 2000 eine Zunahme von 36%. In der weiteren Entwicklung 2003 und 2004 hat sich die Gesamtzahl der Neuinfektionen auf hohem Niveau wieder stabilisiert (756 bzw. 727 Fälle; vgl. Bundesamt für Gesundheit 2005b; **J19.01**).

Drogeninjektionen bleiben der Hauptrisikofaktor bei der Übertragung von Hepatitis C.

Der Anstieg im Jahr 2002 ist nicht nur auf die Zunahme der Übertragungen durch Drogeninjektionen zurückzuführen (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2004b): Auch wenn hier ebenfalls ein Anstieg bei Drogeninjektionen zu beobachten ist, gemäss Schätzungen von 114 Fällen 2001 auf 131 Fälle 2003 in der Schweiz, bleibt der Anteil dieses Übertragungsweges an den Neuinfektionen im Jahr 2002 bei Männern bei 15% und bei Frauen sinkt er gar auf 7% (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2004b).

Im Kanton Solothurn nehmen die Neuinfektionen mit HIV von 12 Fällen (1999) auf 16 Fälle (2002) zu und 2004 sind es insgesamt 14. Zwischen 1999 und 2002 sind rund 18% der Neuinfektionen auf Drogeninjektionen zurückzuführen, gesamtschweizerisch beträgt dieser Anteil 13% (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2003, 53f.; **J19.02**). Damit ist auch im Kanton Solothurn gegenüber dem Beginn der 1990er-Jahre von einer erheblich geringeren Bedeutung dieses Übertragungsweges auszugehen.

#### Infektionen mit Hepatitis C

Anders sieht die Entwicklung bei Neuinfektionen durch Hepatitis C aus, die eine Herausforderung im Bereich Schadensminderung bleiben muss (siehe Interview mit Ambros Uchtenhagen). Die Gesamtzahl an akuten Hepatitis C-Infektionen steigt in der Schweiz seit 1991 an, wenngleich nicht gradlinig. Von 1999 mit 71 Fällen ist eine Zunahme auf 92 Fälle 2003 (2002: 133) zu verzeichnen (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2005b). Diese Entwicklung läuft beim Ansteckungsweg «Drogeninjektion» parallel. Der intravenöse Drogenkonsum ist mit einem Anteil von 70% der bedeutendste Risikofaktor (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2005a). Auf den Kanton Solothurn entfallen zwischen 1999 und 2003 jährlich maximal zwei Fälle von akuter Hepatitis C (**J19.03**).

#### 12.3.4.3 Verurteilungen nach Betäubungsmittelgesetz

Auf die Entwicklung der Verurteilungen nach einzelnen Strafdelikten wird im Kapitel Gewalt und Kriminalität ausführlich eingegangen.

Die Zahl der Verurteilungen von Erwachsenen gemäss Strafregister wegen eines Verstosses gegen das Betäubungsmittelgesetz zeigt einen fast gleichen Verlauf wie die Zahl der Drogentoten. Im Zeitraum von 1990 bis 2003 ist im Jahr 1994 im Kanton Solothurn die höchste Anzahl Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz festzustellen (siehe Abbildung 12.11). Bis ins Jahr 2001 nimmt diese Zahl kontinuierlich ab, bevor wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist (2003: 166). Auch gesamtschweizerisch liegt der Spitzenwert im Jahr 1994, allerdings geht die Zahl der Verurteilungen bis 2003 kaum zurück, sondern verharrt auf hohem Niveau (**J20.01**).

#### Abbildung 12.11: Anzahl Verurteilungen nach dem Betäubungsmittelgesetz, Kanton Solothurn und Schweiz, 1990–2003

Quelle: SUS (Stand der Datenbank: 12. August 2004)

