

Herausforderung Sucht

*Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes
für die Suchtpolitik in der Schweiz*

Herausforderung Sucht

Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz



Der *Bericht Herausforderung Sucht* will dazu beitragen, ein integriertes Verständnis der Suchtpolitik auf der Basis eines Public-Health-Ansatzes zu verankern. Aus gesundheitspolitischen Überlegungen befürwortet er sowohl eine erweiterte inhaltliche Orientierung als auch eine veränderte strategische Ausrichtung der Suchtpolitik in der Schweiz. Er empfiehlt zehn Leitsätze. Diese sollen zu einer kohärenten Politik in Bezug auf problembehafteten Konsum aller psychoaktiven Substanzen und in Bezug auf Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial beitragen.

Projektleitung



Ilona Kickbusch Prof. Dr.
kickbusch health consult

Steuergruppe



François van der Linde Dr. med.
Vorsitzender der Steuergruppe
Präsident der EKDF



Rosmarie Zapfl
alt Nationalrätin
Präsidentin der EKAL



Bruno Meili lic. phil.
Programmleiter Krebsliga
Schweiz/oncosuisse
Präsident der EKTP



Theodor Abelin Prof. Dr. med.
Sozial- und Präventivmediziner
Experte der EKTP



Léonie Chinet M. A.
Projektleiterin für Suchtprobleme,
Gesundheitsamt Kanton Waadt
Mitglied der EKTP



Françoise Dubois-Arber Dr. med. MER PD.
Leiterin Abteilung Evaluation,
Institut universitaire de médecine sociale
et préventive de Lausanne
Mitglied der EKDF



Bruno Erni
Präsident Fachverband Sucht
Geschäftsführer Berner
Gesundheit
Mitglied der EKAL



Michel Graf MPH
Direktor Sucht Info Schweiz
(bisher SFA)
Mitglied der EKAL



Ruth Vogt lic. phil.
Mitglied der Schulleitung, Höhere Fach-
schule für Sozialpädagogik agogis
Mitglied der EKDF

Vertretung Bundesamt für Gesundheit



Markus Jann lic. phil.
Leiter Sektion Drogen
Direktionsbereich öffentliche
Gesundheit



Astrid Wüthrich lic. phil.
Wissenschaftliches Sekretariat
der EKDF



Claudia Künzli
MAS in Gesundheitsförderung und
Prävention, Wissenschaftliches
Sekretariat der EKTP



Gabriela Scherer lic. phil.
Wissenschaftliches Sekretariat
der EKAL

Projektgeschäftsstelle



Miriam Wetter lic. rer. soc.
Geschäftsführerin
mcw assistenz]&[koordination



Eliane Fischer lic. rer. soc.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
mcw assistenz]&[koordination



Stefanie Knocks M. A.
mcw assistenz]&[koordination



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Vorwort | 6 |
| Zu diesem Bericht | 8 |
| Zusammenfassung | 10 |
| 1 Einführung | |
| Die Problematik des Suchtbegriffs | 13 |
| Die Wahl des Public-Health-Ansatzes | 15 |
| Die Bausteine | 16 |
| Das Spannungsfeld Individuum – Gesellschaft – Staat – Markt | 20 |
| Suchtpolitische Widersprüche und Zielkonflikte | 22 |
| 2 Public Health als Grundlage | |
| Was beinhaltet der Public-Health-Ansatz? | 25 |
| Der gesellschaftliche Kontext | 30 |
| Ausblick | 34 |
| 3 Die Ausgangslage in der Schweiz | |
| Eine nach Substanzen aufgesplitterte Suchtpolitik | 37 |
| Auf dem Weg zu einer kohärenten Suchtpolitik | 42 |
| 4 Inhaltliche Ausrichtung | |
| Mehr als Abhängigkeit | 45 |
| Mehr als Legalstatus | 52 |
| Mehr als Substanzen | 58 |
| 5 Strategische Ausrichtung | |
| Mehr als Eigenverantwortung | 63 |
| Mehr als Jugendschutz | 70 |
| Mehr als gesundheitspolitische Massnahmen | 77 |
| Ausblick | 81 |
| 6 Herausforderung Sucht | |
| Leitbild | 85 |
| Ausblick | 88 |
| Dank | 89 |
| | |
| Glossar | 90 |
| Anmerkungen und Referenzen | 94 |

Vorwort

Suchtpolitik besteht heute in den meisten Ländern Europas wie auch in der Schweiz in erster Linie aus den unterschiedlichen Politiken zu Alkohol, Tabak und illegalen psychoaktiven Substanzen. Diese Politikbereiche sind untereinander wenig oder gar nicht koordiniert. Tatsächlich sind für jede der Substanzen bzw. Handlungsfelder ganz spezifische Voraussetzungen zu berücksichtigen, etwa die gesellschaftliche Akzeptanz oder die Unterscheidung in zugelassene und verbotene Substanzen. In den letzten Jahren wurde zunehmend der Ruf nach einem kohärenten Ansatz in der Suchtpolitik laut. Besonders deutlich zum Ausdruck kam er im Fachbericht *psychoaktiv.ch* der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF), welche 2005 mit Nachdruck die Ausarbeitung eines Leitbildes Suchtpolitik empfohlen hat.



Der vorliegende Bericht kann als bedeutender Schritt in diese Richtung angesehen werden. Ausgearbeitet hat ihn im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit eine gemeinsame Steuergruppe der drei Eidgenössischen Kommissionen im Suchtbereich: der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen (EKAL), der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF) sowie der Eidgenössischen Kommission für Tabakprävention (EKTP).

Das vorliegende Ergebnis will einen Rahmen für eine zukunftsorientierte suchtpolitische Diskussion in der Schweiz schaffen. Es öffnet den Blick über die Zuständigkeiten der bestehenden Kommissionen hinaus, erweitert die inhaltliche Ausrichtung und schlägt eine strategische Neuorientierung vor. Dabei wird der einengende Begriff der Suchtpolitik selbst in Frage gestellt. Der *Bericht Herausforderung Sucht* lässt den Handlungsspielraum für diverse Akteure bewusst offen. Fachpersonen sowie Vertreterinnen und Vertreter aus Praxis, Verwaltung und Politik sollen sich in einem nachgelagerten Prozess einbringen und die Umsetzung des Berichtes mit ihrem Fachwissen und ihrer Erfahrung prägen können.

Der *Bericht Herausforderung Sucht* richtet sich an eine breite Vielfalt von Akteurinnen und Akteuren in Politik, Wissenschaft und Praxis und in Organisationen, die sich mit Suchtfragen beschäftigen. Er richtet sich aber auch an alle, die in der einen oder anderen Weise Betroffene sind. Die vorgeschlagenen inhaltlichen und strategischen Ausrichtungen stellen

b

dabei die Übereinkunft der drei Kommissionsdelegationen dar und verdienen eine breite Diskussion. Die Suchtpolitik kann sich letztlich nur im Einklang mit dem in der Gesellschaft vorherrschenden Suchtverständnis, den wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Erfahrungen der Betroffenen weiterentwickeln.

Von Neuem stellt sich dabei auch die Frage nach dem gesellschaftlichen Wert von Gesundheit und menschlichem Wohlergehen und nach dem kulturellen Umgang mit Genussmitteln. Manche Beobachter plädieren für die Entdeckung einer Kultur des Genießens als Alternative zur Kultur des schnellen Reizes und raschen Konsums. Zu einem solchen Ziel führt allerdings ein weiter Weg – der *Bericht Herausforderung Sucht* soll dazu beitragen, diesen Weg kürzer und leichter zu machen.



Pascal Strupler
Direktor Bundesamt für Gesundheit

Zu diesem Bericht

Die Autorinnen und Autoren

Der *Bericht Herausforderung Sucht* ist ein gemeinsames Produkt von Vertreterinnen und Vertretern aus den drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen (EKAL), für Drogenfragen (EKDF) und für Tabakprävention (EKTP). Hatten sie bisher getrennt voneinander gearbeitet, so hat die Arbeit an diesem Bericht es ihnen ermöglicht, über zwei Jahre hinweg Ansätze und Erfahrungen auszutauschen. Trotz Unterschieden in Einzelfragen – bezogen auf ihren Zuständigkeitsbereich – haben sie angesichts der Bedeutung einer kohärenten Suchtpolitik die Gemeinsamkeiten eines Public-Health-Ansatzes in den Vordergrund gestellt. Dies hat die Formulierung eines gemeinsamen Leitbildes ermöglicht.



Ziel und Zielpublikum

Der *Bericht Herausforderung Sucht* setzt sich zum Ziel, eine breite Diskussion zum Thema Sucht aus einer gesundheitspolitischen Perspektive anzustossen und den Weg für eine zukunftsfähige Suchtpolitik zu bereiten; dies im Wissen darum, dass diese Sicht im Wettstreit mit anderen Ansätzen in Politik, Gesellschaft und Wirtschaft steht, die häufig mehr Gehör finden. Es geht dabei nicht nur um Überlegungen zur Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen, also den üblichen Gegenstandsbereich der Suchtpolitik. Es geht auch um eine sachlich begründete inhaltliche Erweiterung und strategische Neuausrichtung der Suchtpolitik. Der Bericht fasst in einem Leitbild zehn Leitsätze zusammen, welche in Bezug auf ***problembehafteten Konsum und riskanten Umgang*** mit allen psychoaktiven Substanzen oder Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial zu einer kohärenten Politik beisteuern können.

Der *Bericht Herausforderung Sucht* richtet sich nicht nur an Akteurinnen und Akteure in Wissenschaft, Praxis und in Organisationen, die sich mit Suchtfragen beschäftigen. Er richtet sich ausdrücklich auch an die Politik und die Gesellschaft: Der Bericht und insbesondere das richtungsgebende Leitbild stellen die gemeinsame gesundheitspolitische Grundorientierung der drei Kommissionsdelegationen dar. ***Die Leitsätze des Leitbildes sollen breit diskutiert werden*** – denn die Schwerpunkte und Ausrichtungen der Suchtpolitik werden stets politisch ausgehandelt. Sie können sich letztlich nur durchsetzen, wenn die Massnahmen dem in der Gesellschaft vorherrschenden Suchtverständnis entsprechen. Zu einer solchen vertieften Diskussion auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen will dieser Bericht beitragen.

Zusammenfassung

Die gegenwärtige Suchtpolitik der Schweiz konzentriert sich vornehmlich auf die drei Bereiche Alkohol, Tabak und illegale Drogen, die untereinander bisher wenig Berührungspunkte aufwiesen. Für jeden dieser Bereiche hat der Bundesrat eine eigene Fachkommission eingesetzt, die Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen (EKAL), Drogenfragen (EKDF) und Tabakprävention (EKTP). Diese Kommissionen haben in den vergangenen Jahren unabhängig voneinander und in unterschiedlichem Ausmass angefangen, eine *Strategie der öffentlichen Gesundheit* («Public Health») oder Elemente einer solchen Strategie zu verfolgen. Die Delegationen dieser Kommissionen, die im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) ein Leitbild für eine kohärente Suchtpolitik auszuarbeiten hatten, haben ihre Arbeit daher auf den *Public-Health-Ansatz* gestützt: Sie haben diesen Ansatz als Instrument verwendet, um *das Erreichte zu überprüfen sowie den gegenwärtigen und künftigen Handlungsbedarf zu erkennen*. Das Ergebnis ist der vorliegende Bericht mit dem zugehörigen Leitbild.

Bericht und Leitbild verfolgen die Verkleinerung der Schadenslast für die Einzelnen, für deren direktes Umfeld und für die Gesellschaft. *Dazu schlägt der Bericht drei inhaltliche und drei strategische Neuausrichtungen der Schweizer Suchtpolitik vor.*

Inhaltlich soll die Suchtpolitik der Schweiz:

- nicht nur die Abhängigkeit im engeren Sinn berücksichtigen, sondern vor allem auch dem problembehafteten Konsum Rechnung tragen und die sich laufend ändernden Konsummuster mitberücksichtigen («*mehr als Abhängigkeit*»),
- alle Substanzen nach ihrer Schadenslast beurteilen und nicht danach, ob sie erlaubt oder verboten sind («*mehr als Legalstatus*»), sowie
- Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial ebenfalls einbeziehen («*mehr als Substanzen*»).

Strategisch soll die Suchtpolitik der Schweiz:

- dabei helfen, die gesündere Wahl zur einfacheren, attraktiveren und günstigeren Option zu machen («*mehr als Eigenverantwortung*»),
- einen starken Schwerpunkt auf Jugendschutz zwar beibehalten, aber auch dem Umstand Rechnung tragen, dass sich problembehafteter Konsum und Abhängigkeit nicht auf Jugendliche beschränken («*mehr als Jugendschutz*»), sowie
- nicht allein auf gesundheitspolitische Massnahmen setzen, sondern auch diejenigen Politikbereiche einbinden, welche die Suchtpolitik entscheidend mitbeeinflussen, und gegebenenfalls weitere Handlungsträgerinnen und Handlungsträger einbeziehen («*mehr als gesundheitspolitische Massnahmen*»).

Diese inhaltlichen und strategischen Erweiterungen der bisher nach Bereichen aufgeteilten Suchtpolitik haben Eingang in das bereichsübergreifende *Leitbild* gefunden. Dieses stellt auf Grundlage des Public-Health-Ansatzes *zehn Leitsätze für eine zukunftsfähige Suchtpolitik* auf. Die Leitlinien sind dabei dieselben wie für den Bericht: die Prävention von problembehaftetem Substanzkonsum und problembehafteten Verhaltensweisen sowie die Verminderung der Schadenslast sowohl für die Einzelnen als auch für deren soziales Umfeld und die Gesellschaft.



1 Einführung

Sucht ist der umgangssprachliche Begriff für verschiedene medizinisch-psychologische Krankheitsbilder. In der Fachwelt werden vorrangig Begriffe wie «Missbrauch» und «Abhängigkeit» verwendet. In zahlreichen offiziellen und inoffiziellen Dokumenten und Einrichtungen wird der Begriff «Sucht» allerdings weiterhin verwendet.

Eine **Abhängigkeit** kann sich – je nach Suchtmittel und je nachdem, wer konsumiert – schneller oder langsamer entwickeln. Die Entwicklung einer Abhängigkeit kann sich über Jahre erstrecken, sich aber auch innerhalb von sehr kurzer Zeit einstellen. Es gibt keine bestimmte Konsummenge, die anzeigt, ab wann jemand abhängig ist. Eine Abhängigkeit ist eine medizinische Diagnose und wird anhand verschiedener Kriterien festgestellt. Diese sind in der «Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme» (ICD-10) festgelegt.

Abhängigkeitssyndrom ICD-10:¹²⁷ Diagnose mehrerer der folgenden Symptome: zwanghafter Drang zum Konsum, verminderte Kontrollfähigkeit, körperliche Entzugssymptome, Toleranzbildung (zur Erreichung der angestrebten Wirkung ist fortlaufend mehr der betreffenden Substanz erforderlich), eingeeignetes Verhaltensmuster, Vernachlässigung anderer Interessen, Konsum trotz Nachweis schädlicher Folgen.

Die Problematik des Suchtbegriffs

Das Wort **Sucht** wird dem Inhalt dieses Berichtes nicht gerecht – zudem ist der Begriff durch seine fast inflationäre Verwendung im Alltag belastet. In der deutschen Sprache fehlt jedoch ein Wort, das all die verschiedenen Aspekte umfasst, die dieser Bericht abdeckt. Wenn in diesem Bericht von *Herausforderung Sucht* gesprochen wird, geht es um jene Muster des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen oder mit Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial, **die gesundheitspolitisch handlungsrelevant sind**. Damit werden der schädliche Gebrauch, der Gewohnheitskonsum und der **problembehaftete Konsum** in unterschiedlichen Formen zum wichtigen Gegenstandsbereich der Suchtpolitik, nicht vorrangig oder allein die **Abhängigkeit**.

In der Suchtforschung werden unter dem Begriff der **Abhängigkeit** Symptome zusammengefasst, die sowohl psychische, körperliche als auch soziale Schäden und Konsequenzen des Konsums umfassen können. Entsprechendes gilt auch für nicht stoffgebundene Verhaltensweisen, die zur Abhängigkeit führen können, wie etwa das Glücksspiel. Die neuesten Erkenntnisse der Neurowissenschaften präsentieren Abhängigkeit als einen Prozess, bei dem biologische, psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren zusammenwirken und in dem sich das Gehirn dem Konsumverhalten biologisch anpasst. Abhängigkeit wird als eine Folge von wiederholt gestörten Regulationsvorgängen im Belohnungssystem beschrieben.¹ Die von den Einzelnen als positiv wahrgenommenen Wirkungen lösen dabei unabhängig von Substanz oder Verhalten im Gehirn ähnliche Vorgänge aus.² Typisch ist dabei, dass immer wieder ein Drang nach der Substanz entsteht, wenn diese im Körper nicht mehr vorhanden ist, und verstärkt wird, wenn sie in Reichweite ist oder die betroffene Person beispielsweise einem entsprechenden Erinnerungsreiz ausgesetzt wird.

Dabei ist im Auge zu behalten, dass keine Gesellschaft frei von Suchtmitteln ist.³ Der Konsum von unterschiedlichen Substanzen unterliegt allerdings in allen Gesellschaften und Epochen Veränderungen: Sowohl Einstellungen als auch die verfügbaren Substanzen können wechseln.

Es kann nicht
darum gehen,
jede
potenziell
schädliche
Handlung
zu regulieren

Manches, was zu einem Zeitpunkt als Suchtmittel wahrgenommen wird, wird später zu einem akzeptierten Verhalten und zum Genussmittel – oder umgekehrt. Die Geschichte des Opiums oder des Kaffees illustrieren dies deutlich.

Der Konsum von Suchtmitteln erfüllt stets eine Vielfalt von sozialen und individuellen Bedürfnissen. Er umfasst sowohl den Genuss, kulturell und sozial eingebundene Verhaltensweisen und Rituale, den bewussten Bruch von Normen als auch das Herbeiführen von Rausch und Ekstase. Der Konsum kann psychische Funktionen wie Wohlbefinden und Entspannung unterstützen. Er kann auch den Abbau von Hemmungen, Linderung von Angst und Schmerz oder Vergessen ermöglichen oder auf den Erhalt oder die Steigerung von Leistungsfähigkeit ausgerichtet sein. Schon deswegen kann es nicht darum gehen, jeden Konsum zur Abhängigkeit zu erklären oder jede potenziell schädliche Handlung zu regulieren.

Viele Substanzen, die als «Suchtmittel» bezeichnet werden, werden konsumiert, ohne dass sich in der Mehrheit der Fälle daraus Probleme ergeben, obwohl unter Umständen schon ein sehr geringer Verbrauch durchaus gesundheitliche Wirkungen zeitigen kann. *Im gesundheitspolitischen Blickfeld stehen aber jene Konsummuster, die auch substanzbezogene Störungen genannt werden.* Dabei handelt es sich – je nach Substanz in unterschiedlicher Häufigkeit und mit unterschiedlichem Schweregrad – um den problembehafteten Konsum mit unerwünschten körperlichen, psychischen oder sozialen Folgen. Insbesondere der gewohnheitsmäßige Konsum kann je nach Suchtmittel zu einem Abhängigkeitssyndrom führen, mit den entsprechenden Folgen für das Individuum und sein Umfeld. Dabei sind nicht immer in erster Linie die Substanzen als solche schädlich; oft schädigen auch Begleitsubstanzen oder Begleitumstände. Beim Tabak etwa macht die Substanz Nikotin süchtig, wobei der wiederholte Konsum von Tabakprodukten die Rauchenden anderen Substanzen (unter anderem Teer und Kohlenmonoxid) aussetzt, die die Gesundheit schädigen.

14

Die Wahl des Public-Health-Ansatzes

Die Vertreterinnen und Vertreter der drei suchtpolitischen Kommissionen haben sich aufgrund der hohen gesundheitspolitischen Bedeutung des problembehafteten Konsums aller psychoaktiven Substanzen sowie von Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial darauf verständigt, ihre Ausführungen an einem Public-Health-Ansatz zu orientieren. Daraus ergibt sich eine einheitliche Grundlage für das suchtpolitische Handeln, die für alle psychoaktiven Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial gleichermaßen gilt, besonders dort, wo es um problembehaftete Konsummuster und das sie prägende Umfeld geht. Es sind besonders drei Kennzeichen des Public-Health-Ansatzes, die ein gemeinsames Handeln in vielen Bereichen der Suchtpolitik ermöglichen:

1. Die Public-Health-Sicht erfordert den Blick über das gesundheitliche Einzelproblem hinaus auf breite **Verhältnisprävention** und fördernde **Verhaltensprävention**. Während die **Verhältnisprävention** Massnahmen in Gesellschaft und Umwelt und in Bezug auf soziale Ungleichheiten miteinschliesst, sucht die **Verhaltensprävention** die individuellen Kräfte und Kompetenzen zu stärken, welche die Einzelnen befähigt, ihre Verantwortung für die eigene Gesundheit besser wahrzunehmen. Die Public-Health-Sicht schliesst, wo sinnvoll, auch die Schadensminderung und den Zugang zu therapeutischen Angeboten ein.
2. Aus Public-Health-Sicht richten sich die Art und das Ausmass des staatlichen Handelns für jedes Gesundheitsproblem nach verschiedenen Orientierungsgrössen: nach dem Gemeinwohl, nach der gesundheitlichen Problemlast für die Bevölkerung und die Betroffenen, nach den sozialen und ökonomischen Folgelasten sowie nach dem Schutzauftrag für besonders schutzbedürftige («vulnerable») Gruppen.
3. Aus Public-Health-Sicht ist eine genaue Beobachtung gesellschaftlicher Entwicklungen für erfolgreiche Massnahmen unerlässlich. Gesundheitsverhalten bildet sich als Teil von gesellschaftlichen und kulturellen Veränderungsprozessen heraus, es ist immer enger an die Konsumwelt und die Medien angebunden, es spiegelt Individualisierungs- und Differenzierungsprozesse in der Gesellschaft wider.

Die Anwendung eines Public-Health-Ansatzes in der Suchtpolitik bedeutet daher, sich besonders mit der Verantwortung des Staates auseinanderzusetzen. Und zwar vor allem in Bezug auf die Prävention von problembehaftetem Konsum und riskantem Umgang mit allen psychoaktiven Substanzen und mit allen Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Dabei wird in der Diskussion um Verbote häufig vernachlässigt, wie vielfältig der Staat in der Suchtpolitik handelt. Er tut dies je nach Situation durch Information, Präventionsmassnahmen, Aufgabenübertragungen, Anreize, gesetzliche Regelungen und deren Durchsetzung (Repression), Marktregulierung und deren Durchsetzung oder Schadensminderung. All diese Massnahmen sind auch Gegenstand dieses Berichtes.

Der Public-Health-Ansatz umfasst ein weiteres wichtiges Kennzeichen, das ihn besonders mit den Herausforderungen einer zukunftsfähigen Politik für den Suchtbereich verbindet: Er weist früh auf wichtige Trends in der Gesundheit der Bevölkerung hin und ermöglicht so ein vorausschauendes, nicht nur ein reaktives Handeln.

Die Bausteine

In der Schweiz ist in der Suchtpolitik schon viel erreicht worden, einiges hat gar internationalen Vorbildcharakter. So baut die Arbeit an diesem Bericht auf den wichtigen suchtpolitischen Vorstössen der letzten Jahrzehnte auf – wie zum Beispiel dem Bericht *psychoaktiv.ch*,⁴ den nationalen Programmen Alkohol (NPA)⁵ und Tabak (NPT)⁶ sowie dem dritten Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III),⁷ aber auch auf den wichtigen Ansätzen auf kantonaler und städtischer Ebene. Sie haben die gesellschaftliche und politische Diskussion über Sucht, Abhängigkeit und problembehafteten Konsum in der Schweiz immer wieder angestossen und dadurch zu einer Veränderung der suchtpolitischen Landschaft beigetragen.

Neue Grundsätze können durchaus in das suchtpolitische Handeln der Schweiz eingeführt werden. Ein international viel beachtetes Beispiel ist der *Wechsel von einem ausschliesslich abstinenzorientierten Ansatz der*

Zukunftsfähige Politik zeichnet sich dadurch aus, dass sie eine Führungsrolle bei der Formulierung der wichtigsten Aufgaben des Gemeinwesens, bei der Suche nach Lösungen und bei der verbindlichen Entscheidung übernimmt.¹³⁶

Drogenpolitik zum Einbezug der Schadensminderung, die unterdessen gesellschaftlich akzeptiert und seit einer Volksabstimmung 2008 in der Schweiz gesetzlich verankert ist.⁸ Die Schadensminderung anerkennt, dass neben den unmittelbaren Schäden durch den Konsum auch Folgeschäden eintreten, die verhinderbar sind. Dass dieser Ansatz nicht nur in Bezug auf illegale Substanzen angewendet werden kann, zeigt ein Beispiel für eine Umorientierung aus dem Alkoholbereich: das frühe Bestimmen eines Fahrers beziehungsweise einer Fahrerin (*designated driver*) oder die Bereitstellung von Heimfahrgelegenheiten (*Nez rouge*) an Anlässen mit hohem Alkoholkonsum. Dadurch sind Verkehrsunfälle als Folgeschäden des Alkoholkonsums verhinderbar.

Im Bereich Tabak bestand eine gewisse politische Umorientierung im Wechsel von einem ausschliesslich an den Raucherinnen und Rauchern orientierten Ansatz hin zum Schutz von Dritten, den Passivrauchenden. Die entsprechende Politik zielt auf lokale Rauchverbote, um so Folgeschäden für Dritte sowie den Konsum an sich einzuschränken.

Viele der Ziele, Modelle und Grundsätze, die bisher in der Suchtpolitik entwickelt worden sind, bleiben hochaktuell, so zum Beispiel das [Vier-Säulen-Modell](#) und der Grundsatz der Schadensminderung in der Drogenpolitik. Sie sind als Denkmodelle inzwischen fest in der Politik und im drogenpolitischen Handeln verankert und werden in diesem Bericht nicht ausführlich vorgestellt. Bedeutsam ist jedoch, inwieweit sie auch in anderen Suchtbereichen ihre Gültigkeit haben. Viele der gesundheitspolitischen Vorschläge in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Marktregulierung haben die politische Zustimmung zu ihrer Umsetzung bisher nicht gefunden, obwohl sich die Expertinnen und Experten über die hohe Bedeutung gerade dieser Handlungsbereiche weitgehend einig sind. Daher wird ihnen in diesem Bericht entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt.

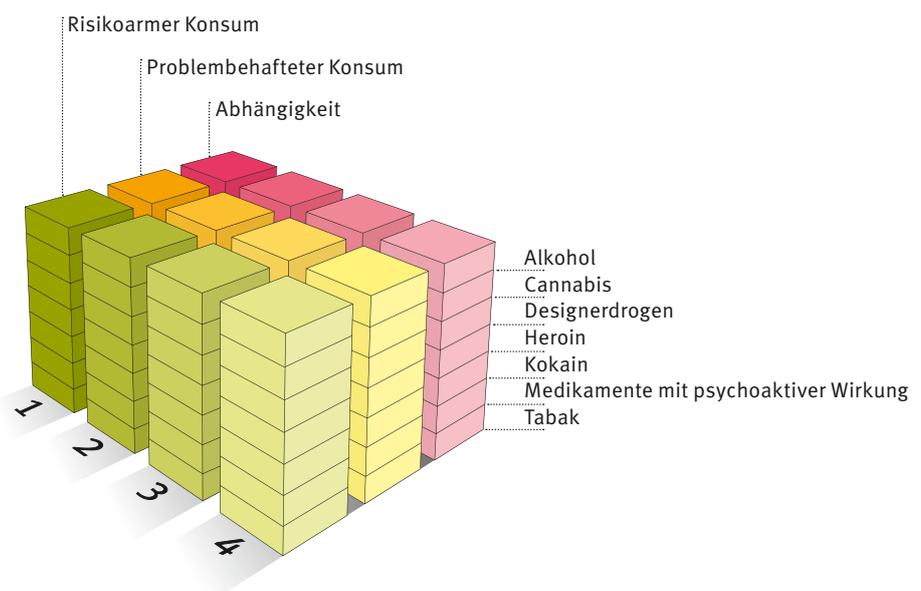
Das Würfelmodell (siehe Abbildung 1) von *psychoaktiv.ch* hat in der schweizerischen Drogenpolitik geholfen, die Vielschichtigkeit der substanzbezogenen Handlungsstrategien auch weit über die Fachwelt hinaus zu verdeutlichen. Der Würfel bringt **drei Dimensionen der Suchtpolitik** miteinander in Verbindung, wobei je nach Art der Substanz oder des problembehafteten Verhaltens die verschiedenen Elemente unterschiedlich gewichtet werden können:

- die vier Säulen der Suchtpolitik (Prävention und Gesundheitsförderung, Therapie, Schadensminderung und Marktregulierung/Repression),
- die unterschiedlichen psychoaktiven Substanzen unabhängig von ihrem Legalstatus sowie
- die Konsummuster, die je nach Substanz aufgeteilt sind in risikoarmen Konsum, problembehafteten Konsum und Abhängigkeit.

Auch wenn diese Aufteilungen nicht für alle Substanzen gleich zutreffen, so ist durch dieses Modell doch ein wesentlicher Verständnisgewinn erfolgt.

Abbildung 1

Das Würfelmodell des Berichtes *psychoaktiv.ch* der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF, 2006; leicht verändert). Das Modell gibt keine bestimmte Form der Drogenpolitik vor. Es soll vielmehr zur Prüfung und Verbesserung sowohl einzelner Massnahmen als auch der gesamten Suchtpolitik eines Landes als Hilfsmittel herangezogen werden. Die Auflistung der Substanzen ist in alphabetischer Reihenfolge.



- 1 **Umfassende Prävention:** Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und Früherkennung
- 2 **Therapie:** Therapie mit verschiedenen Behandlungsoptionen; Soziale Integration
- 3 **Schadensminderung:** Individuelle und gesellschaftliche Schadensminderung
- 4 **Repression:** Marktregulierung und Jugendschutz

Das Spannungsfeld Individuum – Gesellschaft – Staat – Markt

Für die Public-Health-Sicht dieses Berichtes ist besonders bedeutsam, dass der Schutz der Gesundheit als staatliche Aufgabe in Artikel 118 der Bundesverfassung festgehalten ist. Betäubungsmittel sind in diesem Artikel ausdrücklich genannt, und zwar in einem Zug mit Lebensmitteln, Heilmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, die die Gesundheit gefährden können. Die Politik unterscheidet aber klar zwischen Betäubungsmitteln (strafrechtliches Verbot) und den anderen Substanzen oder Gegenständen (gesamte Palette der Marktregulierungen, einschliesslich absoluter Verbote).

In der Suchtpolitik stösst der Verfassungsgrundsatz des *Gesundheitsschutzes* immer wieder auf den Verfassungsgrundsatz der *Wirtschaftsfreiheit*, der in Artikel 27 der Schweizerischen Bundesverfassung sowie in den Kantonsverfassungen garantiert wird. Die Wirtschaftsfreiheit ist in der Schweiz ein Grundrecht, dennoch kann der Eingriff in den Schutzbereich der Wirtschaftsfreiheit gerechtfertigt sein, sofern dieser Eingriff auf ein überwiegendes öffentliches Interesse gestützt wird, auf einer angemessenen gesetzlichen Grundlage beruht und dazu noch das geringstmögliche erforderliche Ausmass aufweist.

Genau hier setzen die Auseinandersetzungen an. Zum einen in Bezug auf die Beziehung Staat-Wirtschaft: Wo hört die wirtschaftliche Freiheit auf, wo beginnt die gesundheitspolitische Verantwortung des Staates? Zum anderen in Bezug auf die Beziehung Staat-Individuum: So stellt sich jeweils die Frage nach der Freiheit und der Verantwortung der Bürgerinnen und Bürger einerseits und der gesetzgeberischen Eingriffe des Staates andererseits. Ob und wie weit hat der Staat die Aufgabe, unterstützend oder regulierend einzugreifen? Wie in diesem Spannungsfeld gehandelt wird, hängt besonders vom Staatsverständnis und von den in einer Gesellschaft vorherrschenden Wertvorstellungen ab. Zwar haben moderne Gesellschaften weitgehend akzeptiert, dass Menschen, die an einem Abhängigkeitssyndrom leiden, krank sind und dass ihnen medizinische und

Es geht um
Abwägungen
zwischen
Individuum,
Gesellschaft,
Staat
und Markt

therapeutische Hilfe zusteht. Deutlich weniger akzeptiert sind aber viele der präventiven Massnahmen, die nötig wären, um die Suchtproblematik einzudämmen.

In der Suchtpolitik geht es daher stets darum, Abwägungen in der komplexen Dynamik zwischen Individuum, Gesellschaft, Staat und (legalem) Markt vorzunehmen. Die Gefährlichkeit oder Schädlichkeit einer Substanz muss beispielsweise gegen einen von den Individuen wahrgenommenen Nutzen abgewogen werden; oder es gilt abzuwägen, inwieweit aus gesundheitspolitischen Erwägungen in den Markt oder in die Verhaltensspielräume einer Mehrheit mit risikoarmen Konsummustern eingegriffen werden soll. Da bei solchen staatlichen Eingriffen viele Interessen berührt werden, wird in der Auseinandersetzung um gesundheitspolitische Vorschläge bisweilen provokativ von einer Verbotskultur oder vom Präventionsstaat gesprochen. Zudem werden solche Abwägungen aufgrund der vornehmlich historisch und nicht fachlich begründeten Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen zusätzlich erschwert.⁹ Sie sind aber auch häufig ideologisch festgeschrieben. In der Schweiz erfordern viele der staatlichen Massnahmen für die Gesundheit zudem politische Abstimmungen, ob im Parlament oder über die Instrumente von Initiative oder Referendum. Dieser Prozess ist zeitaufwändig und wirkt mitunter bremsend. Er kann aber gerade deshalb auch zu einem gesellschaftlichen Lernprozess werden, wie die schrittweise Akzeptanz der Vier-Säulen-Politik in der Drogenpolitik gezeigt hat.

Die Grenzen in diesem suchtpolitischen Spannungsfeld müssen also immer wieder neu ausgehandelt werden und sind aufgrund bedeutender wirtschaftlicher Interessen nicht einfach zugunsten des Gesundheitsschutzes verschiebbar. In der Schweiz hat die lange Tradition des liberalen Denkens einerseits die Einführung der Schadensminderung als festen Bestandteil der Politik der illegalen Drogen ermöglicht. Andererseits ist es aber genau aufgrund dieser Tradition ausserordentlich schwierig, Einschränkungen des legalen Marktes zu erwirken. Auch stösst in der breiten Bevölkerung der strafrechtliche Ansatz, der bei den illegalen Drogen Anwendung findet, derzeit leichter auf Akzeptanz und politische Mehrheiten als ein marktregulierender Ansatz. Die öffentliche Diskussion

blendet dabei bisweilen aus, wie stark die Entscheidungsfreiheit der Einzelnen auch von Umfeld und Markt beeinflusst wird, obwohl ganze Forschungseinrichtungen genau dieser Einflussnahme gewidmet sind (siehe Kapitel 5).

Aus Public-Health-Sicht ist unbestritten, dass bestimmte Konsum- und Verhaltensmuster gesundheitlich erhebliche negative Folgen haben können, und zwar kurz- wie langfristig. Damit ziehen sie nicht nur Kosten im Gesundheitswesen, sondern auch weitere gesellschaftliche Kosten nach sich. Der Staat und die gesellschaftliche Solidarität (Krankenkassen, Invalidenversicherung, Unfallversicherung, Einrichtungen auf Gemeindeebene) können nicht allein für die Risiken und Folgekosten von Produkten und Dienstleistungen aufkommen, ohne auch deren Gestaltung und Vertrieb zu beeinflussen. Notwendig wird deshalb eine kohärente Suchtpolitik, welche auch die Verantwortung anderer gesellschaftlicher Akteure einfordert: der Wirtschaftsakteure, der Verbände und anderer Organisationen und Institutionen. Die Einsicht wächst, dass gesundheitsgefährdende Produkte und Dienstleistungen sowohl bei der Produktion, der Promotion als auch beim Vertrieb einer Regulierung unterworfen werden müssen. Besonders die Preisgestaltung bei den legalen Suchtmitteln wie Alkohol und Tabak sowie das Marketing geraten dabei zunehmend ins Blickfeld. In einigen europäischen Ländern konnte beispielsweise der Konsum von Alcopops durch Preispolitik stark reduziert werden.¹⁰

Suchtpolitische Widersprüche und Zielkonflikte

Ein gesundheitspolitisch ausgerichteter Blick auf das Themenfeld von Sucht, Abhängigkeit und problembehaftetem Konsum oder Verhaltensmuster berührt viele Interessen, Akteurinnen, Akteure und Politikbereiche (siehe Kapitel 2 und 5). Dementsprechend sind die Reaktionen nicht nur in der Schweiz häufig widersprüchlich. Was aus einem suchtpolitischen Blickwinkel nicht akzeptiert wird, kann aus einem ordnungspolitischen Blickwinkel durchaus starke Unterstützung erhalten. So fällt es der Gesellschaft schwer zu akzeptieren, dass bestimmte Produkte wie

Regulierung/Repression

Der Ausdruck **Repression** umschreibt im Drogenbereich vorrangig das polizeiliche Handeln mit der Aufgabe der Strafverfolgung. Die unmittelbaren Ziele der Repression im Drogenbereich sind die Angebotsverknappung sowie die Bekämpfung von illegalem Drogenhandel und organisierter Kriminalität.

Im Bereich der legalen Substanzen steht das Wort **Regulierung** für sämtliche Gesetze, Vorschriften und Regeln, welche von einem Staat oder einer überstaatlichen Organisation erlassen werden. Auch die Einschränkung der persönlichen Handlungsfreiheit sowie Konsum- oder Verkaufsverbote an bestimmten Orten, zu bestimmten Zeiten oder für bestimmte Gruppen sind Regulierungen. Diese Form der Regulierung kann strafrechtliche Folgen vorsehen. Der engere Begriff der **Marktregulierung** bezieht sich nur auf Regulierungen, bei denen der Staat in den freien Markt eingreift, um ein Marktversagen zu korrigieren oder aber den Wettbewerb aus (in diesem Fall) gesundheitspolitischen Gründen einzuschränken.

Die tatsächliche
Problemlast
als Massstab
würde zu
anderen
politischen
Schwerpunkten
führen

Tabak oder Alkohol keine Konsumgüter wie jedes andere sind, sondern Substanzen mit teils hohem Suchtpotenzial, deren Herstellung und Vermarktung eine den gesundheitsschädlichen Risiken angemessene Regulierung erfordern. Auch werden in einer liberalen Gesellschaft der Genuss, die Wahlfreiheit und die Eigenverantwortung stets gegen staatliche Interventionen ins Feld geführt.

Zugleich ertönt aber der ordnungspolitische Wunsch nach stärkerem staatlichem Eingreifen in Bezug auf die enge Verbindung zwischen übermässigem Alkoholkonsum und gewalttätigem Verhalten, zum Beispiel als Aufgabe der öffentlichen Sicherheit in Verbindung mit Sportevents. Einschränkungen des Rauchens zum Schutz der Nichtraucherinnen und Nichtraucher – beispielsweise in Restaurants – werden oft unter dem Aspekt der Einschränkung der persönlichen Freiheit von Raucherinnen, Rauchern, Wirtinnen und Wirten kritisch kommentiert. Deutlich seltener werden sie in erster Linie als Massnahmen zum Schutz von Mitmenschen akzeptiert, wie dies etwa beim Verbot des Fahrens in angetrunkenem Zustand der Fall ist. Auch wird nicht gewürdigt, dass sie in der Folge von demokratischen Abstimmungen mit hohen Zustimmungswerten eingeführt worden sind. Die persönliche Freiheit, die für die Rauchenden eingefordert wird, wird jedoch den Cannabisbenutzerinnen und Cannabisbenutzern aufgrund gesellschaftspolitischer Einstellungen zu Cannabis nicht zugestanden. Bei neuen Phänomenen wie dem Benutzen von hirntonleistungssteigernden Mitteln oder der sogenannten Internetsucht sind die Positionen noch nicht klar ersichtlich, doch auch hier deuten sich sehr ähnliche Konfliktfelder an.

Zusammenfassend lässt sich aus gesundheitspolitischer Sicht sagen, dass derzeit die Suchtpolitik in der Schweiz eher von festgefügtten Positionen – und damit auch von Fehleinschätzungen und Verdrängungen – als von den tatsächlichen gesundheitlichen Auswirkungen für Direktbetroffene, für Dritte und für die Gesellschaft insgesamt bestimmt ist. Damit fehlt es ihr an Zukunftsfähigkeit. Wäre die tatsächliche Problemlast der Massstab für die Politik, so würden die politischen Schwerpunkte anders gesetzt.



2 Public Health als Grundlage einer zukunftsfähigen Suchtpolitik

Der *Bericht Herausforderung Sucht* folgt dem heute in der Gesundheitswissenschaft vorherrschenden Ansatz in der Erklärung von Ursachen und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit sowie von problembehaftetem und risikobehaftetem Verhalten und Substanzkonsum.¹¹ Dieser geht davon aus, dass es sich dabei um Verhaltensmuster mit vielen verschiedenen Komponenten handelt, die Aspekte des Individuums, der Gesellschaft sowie des Suchtmittels berücksichtigen. Ähnlich wie das multiple Ursachenmodell im Drogenbereich berücksichtigt der Public-Health-Ansatz die Wechselwirkungen zwischen dem Individuum, dem sozialen Umfeld und dem Suchtmittel oder dem Suchtverhalten. Er schliesst aber wegen der gesundheitlichen Auswirkungen und Folgekosten nicht nur die Abhängigkeit, sondern auch den problembehafteten Konsum in sein Handeln ein. Die Fachleute im Gesundheitswesen sind sich in Bezug auf eine solche kohärente Public-Health-Ausrichtung der Suchtpolitik bereits weitgehend einig und haben eine solche Ausrichtung auch in der Schweiz mehrfach eingefordert.

Was beinhaltet der Public-Health-Ansatz?

Der Public-Health-Ansatz ist ein gesundheitspolitisches Konzept, «das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität von ganzen Bevölkerungen abzielt».¹² In der Suchtpolitik gewinnt der Public-Health-Ansatz europaweit an Bedeutung,¹³ wohl nicht zuletzt, weil er eine gemeinsame Grundlage für bisher getrennte suchtpolitische Handlungsbereiche bieten kann. Im Folgenden werden einige der zentralen Dimensionen dieses Ansatzes kurz dargestellt, um seine Bedeutung für die Suchtpolitik zu vermitteln. Er ermöglicht im Suchtbereich sowohl substanzbezogene als auch substanzunspezifische Vorgehensweisen. Bei den eben genannten Dimensionen handelt es sich um die *gesundheitliche Problemlast, die sozialen Einflussfaktoren, das staatliche Handeln für das Gemeinwohl, die Integration von Verhältnis- und Verhaltensprävention sowie die Gesundheit in allen Politikbereichen.*

Gesundheitliche Problemlast: Ausgangspunkt jeder Public-Health-Strategie ist die gesundheitliche Problemlast. Sie kann auf verschiedene Weise gemessen werden, schon längst steht hier nicht mehr die Sterblichkeitsrate im Vordergrund, sondern die Krankheitshäufigkeit und -verteilung sowie die Folgelasten für die Gesellschaft. So wird vermehrt die Masszahl «DALY» verwendet: Diese misst nicht nur die Sterblichkeit, sondern auch die Beeinträchtigung der normalen, beschwerdefreien Lebenszeit durch eine Krankheit (siehe Tabelle «Die zehn wichtigsten Risikofaktoren für die Krankheitslasten in der Schweiz»). Die Public-Health-Forschung zeigt, dass die gesundheitlichen Folgelasten, die durch den alltäglichen und problembehafteten Konsum von Substanzen und durch bestimmte problembehaftete Verhaltensmuster entstehen, weit grössere Teile der Bevölkerung betreffen¹⁴ und damit im Gesamten grössere gesundheitliche Auswirkungen haben als die zahlenmässig geringere medizinisch definierte Abhängigkeit.

Die zehn wichtigsten Risikofaktoren für die Krankheitslasten in der Schweiz

| Risikofaktor | In Prozent aller DALYs* |
|-----------------------------------|-------------------------|
| Tabakkonsum | 11,2 |
| Bluthochdruck | 7,3 |
| Alkoholkonsum | 7,2 |
| Hoher Body-Mass-Index | 6,0 |
| Hohes Cholesterin | 5,1 |
| Konsum illegaler Drogen | 2,7 |
| Körperliche Inaktivität | 2,4 |
| Geringer Frucht- und Gemüsekonsum | 1,6 |
| Ungeschützte sexuelle Kontakte | 0,7 |
| Sex. Missbrauch in der Kindheit | 0,6 |

* DALY = Disability Adjusted Life Years = Summe der vorzeitig (vor dem 70. Lebensjahr) verlorenen Lebensjahre sowie der mit körperlicher oder psychischer Beeinträchtigung verbrachten Lebensjahre.¹⁵

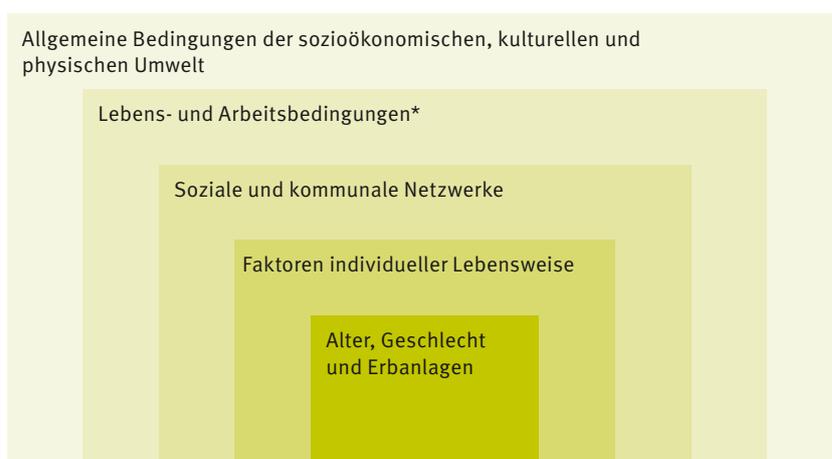
Soziale Einflussfaktoren: Diese gesundheitliche und soziale (manchmal auch wirtschaftliche) Folgelast ist nicht einseitig den Individuen und ihrem gesundheitsschädlichen Verhalten anzulasten. Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung und eines Individuums wird von einer Vielzahl von Schutz- und Belastungsfaktoren positiv oder negativ beeinflusst und bestimmt, nicht nur durch das Verhalten. Diese Faktoren werden Gesundheitsdeterminanten genannt. Besonders wichtig sind vier Einflussebenen:

- die Verhaltens- und Lebensweisen des oder der Einzelnen,
- die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld, das der Gesundheit förderlich oder hinderlich sein kann,
- die Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Zugang zu Einrichtungen und Diensten,
- die ökonomischen, kulturellen und physischen Umfeldbedingungen, wie zum Beispiel der Lebensstandard oder der Arbeitsmarkt.¹⁶

Die Public-Health-Forschung verdeutlicht die gesundheits- oder krankheitsrelevanten Zusammenhänge zwischen Ursache und Wirkung im sozialen Umfeld, zum Beispiel die Bedeutung sozialer Ungleichheit oder geschlechtsspezifischer Unterschiede, aber auch wichtiger sozialer Einflussfaktoren wie der Medien oder des Marketings. Public-Health-Massnahmen beschäftigen sich mit der Einwirkung dieser Einflussfaktoren auf die Gesundheit, soweit sie verändert und beeinflusst werden können. So stellen die sozialen Determinanten bedeutsame Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung und Prävention dar.¹⁷

Abbildung 2

Übersicht über die hauptsächlichsten Gesundheitsdeterminanten
(Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Bern 2009).



* Landwirtschaft und Lebensmittelproduktion, Bildung, Arbeitsumfeld, Arbeitslosigkeit, Wasser und sanitäre Anlagen, Gesundheitsdienste, Wohnverhältnisse

Staatliches Handeln für das Gemeinwohl: Es ist Aufgabe der Public-Health-Ämter, Fachleute und Verbände, den staatlichen Handlungsträgern Massnahmen vorzuschlagen, von denen belegt ist, dass sie zur Verminderung der gesundheitlichen und gesellschaftlichen Problemlast beitragen: Solche Massnahmen sollen vorrangig Gesundheit stärken, mehr gesunde Lebensjahre schaffen, chronische Erkrankungen vermeiden und dadurch die Lebensqualität erhöhen. Staatliche Massnahmen beeinflussen Nachfrage und Angebot, vermindern Belastungsfaktoren, sichern den Schutz für bestimmte – insbesondere sozio-ökonomisch benachteiligte – Bevölkerungsgruppen und regeln den Zugang zu Behandlung und Therapie. Je nach Problem- oder Suchtbereich sind auch polizeiliche und ordnungspolitische Massnahmen sowie verschiedene Formen der Schadensminderung Teil dieses staatlichen Instrumentariums. Die staatlichen Massnahmen schränken unter Umständen die Handlungs- und Konsumoptionen

des Individuums ein oder erteilen den Wirtschaftsakteuren Auflagen, beispielsweise durch Regulierung von Zugang und Verkauf. Sie ermöglichen dadurch andererseits vielen Betroffenen eine bessere Gesundheit, den Therapiezugang sowie die Chance auf Rehabilitation und Wiedereingliederung.

Integration von Verhältnis- und Verhaltensprävention: Public-Health-Massnahmen streben stets eine Verbindung zwischen strukturellen Massnahmen («Verhältnisprävention») und individuellen Massnahmen («Verhaltensprävention») an. Ein solch integrierter Public-Health-Ansatz entspricht den Gesundheitsproblemen moderner Gesellschaften: Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können.¹⁸ Die zentralen Handlungsbereiche umfassen:

- ein unterstützendes soziales Umfeld,
- den Zugang zu allen wesentlichen Informationen,
- die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten sowie
- die Möglichkeit der Einzelnen, selber Entscheidungen in Bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können.

Als besonders wichtig betrachtet werden dabei Massnahmen, welche vor allem an der Stärkung von gesund erhaltenden Ressourcen und Potenzialen ausgerichtet sind. Wenn in diesem Bericht von integrierten Public-Health-Massnahmen gesprochen wird, so ist damit die Dynamik zwischen Massnahmen der Verhältnisprävention und den Massnahmen zur Förderung der individuellen Gesundheits- und Lebenskompetenz gemeint. Im Suchtbereich bedeutet dies beispielsweise, dass nicht nur die Konsumierenden (Verbot des Fahrens in angetrunkenem Zustand), sondern auch die Produzenten (Marktregulierung, beispielsweise Verbot der Publikumswerbung für Arzneimittel, die häufig missbraucht werden oder zu Gewöhnung und Abhängigkeit führen können)¹⁹ ins Blickfeld geraten. Die Balance zwischen den Massnahmen kann für einzelne Problembereiche durchaus anders ausgestaltet sein.

Gesundheit in allen Politikbereichen: Ebenso wie die ursächlichen Faktoren sind auch Lösungsansätze in vielen Politikbereichen angesiedelt. Eine nach dem Public-Health-Ansatz ausgerichtete Suchtpolitik muss deshalb Entscheidungen in vielen politischen Bereichen ins Blickfeld nehmen. Diese können bewusst gesundheitspolitisch eingesetzt werden, wie zum Beispiel in der Steuerpolitik, im Zollrecht, durch Marktregulierung oder durch das Strafrecht. Sie können aber auch suchtpolitische Nebenwirkungen haben, wie zum Beispiel die Regelung der grenzüberschreitenden Fernsehwerbung. In der Gesundheitspolitik wird ein solcher Handlungsansatz als Gesundheit in allen Politikbereichen bezeichnet.²⁰ Diese Nähe zu politischen Entscheidungen bedeutet, dass viele Public-Health-Massnahmen nur erfolgreich umgesetzt werden können, wenn eine politische Mehrheit – basierend auf einem gesellschaftlichen Konsens über Prioritäten und Vorgehensweisen – gefunden werden kann.

Der gesellschaftliche Kontext

Das genauere Verständnis des Wechselspiels zwischen dem Individuum, dem sozialen Umfeld und den psychoaktiven Substanzen oder dem problembehafteten Verhalten ist zentral für ein suchtpolitisches Vorgehen, das auf einem Public-Health-Ansatz aufbaut. Im Folgenden werden drei zentrale gesellschaftspolitische Entwicklungen herausgegriffen, die für die Entwicklung eines zukunftsfähigen Leitbildes als besonders bedeutsam erachtet werden: *Verfügbarkeit, Beschleunigung und Virtualität*. Ihr Einfluss auf die Ausprägung neuer Konsummuster ist offensichtlich. Zu jedem dieser Trends gibt es ausführliche wissenschaftliche Analysen, hier können sie nur kurz dargestellt werden.²¹

Verfügbarkeit:

Die Allgegenwärtigkeit der Konsumoptionen

Die Schweiz ist eine der reichsten Gesellschaften der Welt. Sie bietet ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine hohe Lebensqualität, eine grosse Lebenserwartung und eine Vielzahl von Lebensoptionen. Relevant für eine suchtpolitische Betrachtung ist besonders ein Kennzeichen des

gesellschaftlichen Alltages: die breite Verfügbarkeit von Waren und Dienstleistungen. Zunehmend wird das 24/7-Prinzip – alles ist überall 24 Stunden und sieben Tage pro Woche erhältlich – auch in der Schweiz umgesetzt. Gekoppelt mit technologischen Entwicklungen wie dem Internet oder dem bargeldlosen Einkaufen führt dies nicht nur zu einer schnellen und einfachen Befriedigung der Bedürfnisse, sondern auch zu einem steten Konsumanreiz.

Die moderne Gesellschaft ist auf Wachstum und Konsumsteigerung ausgerichtet. Marketing, Sponsoring, Events, Medien, Werbung und Preismechanismen werden so gestaltet oder zu beeinflussen gesucht, dass sie möglichst wirksam auf den wiederholten Konsumententscheid hinwirken und diesen Konsum so einfach zugänglich wie nur möglich machen.²² Als Beispiel seien die Flatrate für Getränkekonsum, der Trend zu Liberalisierung des Glückspielmarktes, die Billigangebote bei Alkohol und Tabak oder die 24/7-Verfügbarkeit von Alkohol an Tankstellenshops auf Autobahnen genannt.²³ Bei allen Suchtmitteln hat die Zugangsnähe wesentlichen Einfluss auf das Ausmass der Verwendung.

Boom von Convenience-Shops

Kleinflächige Detailhandelsgeschäfte mit langen Öffnungszeiten wie Tankstellenshops, Bahnhof- und Flughafenläden sowie Kiosken wiesen 2009 einen Umsatz von etwa 4,5 Milliarden Franken auf. Dies entspricht 10 % des Lebensmitteldetailhandels. Die Branchenleader erreichten Wachstumsraten von 10 bis 40 %. Sie planen einen weiteren Ausbau solcher Angebote.²⁴

In einer Gesellschaft mit so vielfältigen Konsumoptionen und einer unübersichtlicher werdenden Konsumlandschaft sind die Individuen immer stärker gefordert, sich gewissermassen selbst zu regulieren. Dies gilt sowohl im persönlichen Alltag als auch als Konsument auf dem allgegenwärtigen Markt. Viele sind dabei ohne eigene Schuld überfordert. Während die Wahl zwischen möglichst vielen Produkten von den interessierten Anbietern häufig als Ausdruck der Verbindung von Freiheit und

Wohlstand dargestellt wird, zeigen neuere Analysen, dass in modernen Wohlstandsgesellschaften die Zunahme der Wahlmöglichkeiten nicht unbedingt mit einer Zunahme des individuellen Wohlbefindens korreliert.²⁵

Nicht nur die Einzelnen, auch die Staaten sind auf neue Weise gefordert: Nicht alle Massnahmen können weiterhin allein auf nationaler Ebene getroffen werden. Zum einen haben Liberalisierung und Globalisierung der Märkte in einzelnen Ländern zur rechtlich erforderlichen Rücknahme gesundheitspolitisch motivierter Regelungen geführt, so in Schweden und Finnland beim EU-Beitritt, als der freie Marktzugang gewährleistet werden musste. Die Lockerung von Werbebeschränkungen in der Schweiz folgt ähnlichen wirtschaftlichen Motivationen. Zum anderen müssen Länder sich auch im Gesundheitsbereich zunehmend an internationalen oder europäischen Absprachen ausrichten – zum Beispiel am WHO-Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs oder an internationalen Absprachen im Bereich der illegalen Drogenpolitik. Auch schaffen die Öffnung der Grenzen und das Internet neue Möglichkeiten zur Ausweitung des grauen und illegalen Marktes. Zudem vermischen sich legale wie illegale und graue Märkte zunehmend, teilweise mit gesundheitlichen Folgen: Die Weltgesundheitsorganisation weist darauf hin, dass internationale Handelsabkommen die gesundheitlichen Auswirkungen des globalisierten Warenverkehrs heute nicht ausreichend berücksichtigen.²⁶ Die Antidrogen-Agentur der Vereinten Nationen warnt vor einem weiteren Preiszerfall bei den illegalen Drogen, neue Routen nach Europa werden von Schmuggelbanden erfolgreich genutzt und machen den Transport billiger.

Beschleunigung: Hoher Lebensrhythmus und hohe Mobilität haben Konsequenzen

Auch die Beschleunigung des gesamten Lebensrhythmus in Verbindung mit Mobilität und Digitalisierung wird in vielen Analysen zunehmend als Faktor für den Missbrauch von Substanzen gesehen.²⁷ Wenn Menschen mit dem steigenden Tempo nicht mehr mitkommen, kann dies

Die Herausforderungen rund um die virtuellen Welten

werden grösser

Suchtprobleme nach sich ziehen. Dies gilt für den Arbeitsdruck,²⁸ aber auch für die Angst vor Arbeitsplatzverlust. Um möglichst leistungsfähig und belastbar zu sein, wird vermehrt zu Substanzen gegriffen, von Koffein, Alkohol und Nikotin bis hin zu Medikamenten und anderen psychoaktiven Substanzen. Neben Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln zählen heute Antidepressiva bei den Arbeitnehmenden zu den am meisten eingenommenen Medikamenten.²⁹ Bezeichnend für Substanzen, zu denen in Situationen von erhöhtem Druck gegriffen wird, ist deren kurzfristige Wirkung. Nikotinabhängige etwa entwickeln unter Druck einen zusätzlichen Drang zur Zigarette. Ein neuer Trend ist der Gebrauch von Medikamenten zur Leistungssteigerung, das «Neuroenhancement».³⁰ Insgesamt ist die Datenlage zum Gebrauch solcher Substanzen aber noch schlecht.

Virtualität:

Die Ausdehnung des anonymen Raumes

Die Bedeutung der Massenmedien im Hinblick auf den Gebrauch von Suchtmitteln ist ausführlich erforscht.³¹ Weniger weiss man über den Einfluss, den die Entwicklung des Internets mit der ständigen und als anonymisiert wahrgenommenen Verfügbarkeit von Inhalten und Dienstleistungen auf Gebrauch und Verhalten hat. Kennzeichnend für die Erfahrungen im Internet ist unter anderem ein hoher Grad an Stimulation.³² Die Herausforderungen rund um die virtuellen Welten von Internet und Computer werden in den nächsten 20 Jahren grösser werden, wobei die gesundheitspolitischen Dimensionen dieser Entwicklung erst ansatzweise erfassbar sind.³³ Unterschiedliche Entwicklungen geben aus gesundheitspolitischer Sicht bereits heute Anlass zur Besorgnis: die exzessive Nutzung des Mediums selbst, beispielsweise durch Online-Spiele, die Ausweitung des Online-Angebotes für Glücksspiele wie Poker, welche ein hohes Suchtpotenzial haben, sowie der internetbasierte Medikamentenvertrieb, welcher den Zugang zu verschreibungspflichtigen Medikamenten vereinfacht, die dann für missbräuchliche Zwecke eingesetzt werden. Zudem sind nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO etwa 50 Prozent der online gekauften Medikamente gefälscht, was den Missbrauch noch gefährlicher macht.³⁴

Unter **Neuroenhancement** versteht man Massnahmen, die die psychischen Fähigkeiten oder die Befindlichkeit von als gesund geltenden Menschen verbessern. Darunter fällt auch die nicht medizinisch indizierte Verabreichung von Medikamenten, die für Patienten mit Demenzerkrankungen, Depressionen, Aufmerksamkeitsstörungen oder Narkolepsie entwickelt wurden. Seit den 80er-Jahren lässt sich insbesondere in den USA zunehmend ein «aussermedizinischer» Einsatz von Psychopharmaka beobachten.¹³⁴

*Eine wirksame
Suchtpolitik
muss die
konkreten
sozialen
Lebenswelten
berücksichtigen*

Unklar ist die Entwicklung im Bereich der Internetsucht: Schätzungen in der Schweiz sprechen von über 70 000 internetsüchtigen und 110 000 gefährdeten Personen.³⁵ Genauere Studien zu gesicherten Betroffenenzahlen oder auch Ursachen- und Konsequenzenforschungen fehlen weitgehend.

Ausblick

In einer Gesellschaft gibt es stets ein breites Spektrum von risikoarmem bis hin zu hochriskantem oder schädlichem Konsum und Verhalten. Die Konsummuster werden stark von medialen Einflüssen und neuen Anreiz- und Verkaufstechniken mitgeprägt. Die Zunahme von Verfügbarkeit und Konsumoptionen für Produkte aller Art, die Beschleunigung der Lebens- und Arbeitswelten und die umfassende Entwicklung der Virtualität sowohl beim Konsum als auch bei der alltäglichen Kommunikation stellen einen vollständig neuen gesellschaftspolitischen Rahmen für die Suchtpolitik dar. Eine wirksame Ausrichtung und Ausgestaltung der Suchtpolitik wird deshalb erst möglich, wenn sie diese gesellschaftlichen Veränderungen sowie die konkreten sozialen Lebenswelten berücksichtigt und neu auftauchende ethische Fragen aufnimmt.



3 Die Ausgangslage in der Schweiz

Eine nach Substanzen aufgesplitterte Suchtpolitik

Grundlage für die gegenwärtige Suchtpolitik des Bundes sind die Bestimmungen der Bundesverfassung,³⁶ insbesondere die drei Verfassungsartikel zum Alkohol (Artikel 105, der die schädlichen Wirkungen des Alkoholkonsums erwähnt), zu den besonderen Verbrauchssteuern (Artikel 131, der Grundlage für die Tabaksteuer ist) sowie zum Gesundheitsschutz (Artikel 118, der Betäubungsmittel einschliesst). Diese Aufteilung ist Abbild der historisch gewachsenen schweizerischen Suchtpolitik (siehe Kapitel 1), die in drei substanzbezogene Politikbereiche aufgesplittert ist. Zu jedem der Problembereiche Alkohol, Tabak und Betäubungsmittel hat der Bundesrat eine separate Eidgenössische Kommission eingesetzt. Deren Empfehlungen erhalten in sehr unterschiedlichem Mass politische Unterstützung, da sie nicht nur eine Reihe wirtschaftlicher Interessen berühren, sondern aufgrund unterschiedlicher Weltanschauungen der politischen Akteure auch unterschiedlich aufgenommen werden. Dies erschwert häufig ein nüchternes Herangehen an das jeweilige Problem, und zwar trotz wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Gesundheitsgefährdungen und Suchtpotenzial. Zudem werden viele wichtige Entscheide, die Einfluss auf die Suchtpolitik haben, in anderen Politikbereichen gefällt (siehe Kapitel 5).

Alkohol: Im Bereich des Alkohols hat der Bund den schädlichen Wirkungen des Konsums besonders Rechnung zu tragen. In Bezug auf Spirituosen definiert das Alkoholgesetz³⁷ den Rahmen. Ein Teil der Einnahmen aus der Alkoholbesteuerung («Alkoholzehntel») geht für Massnahmen zur Bekämpfung von Alkoholabhängigkeit, Betäubungsmittel- und Medikamentenmissbrauch sowie des problembehafteten Konsums weiterer Substanzen an die Kantone. Darüber hinaus sind Bestimmungen zu alkoholischen Getränken in verschiedenen Gesetzen und Verordnungen festgehalten (beispielsweise Lebensmittelgesetz,³⁸ Radio- und Fernsehgesetz³⁹ und Strassenverkehrsgesetz⁴⁰). Für die Reglementierung des Gastgewerbes und dessen Öffnungszeiten sind die Kantone zuständig. Mit dem Instrument eines Nationalen Programmes Alkohol (NPA) 2008 – 2012 versucht der Bundesrat, die Alkoholpolitik in der Schweiz strategisch auszurichten und die Aktivitäten der beteiligten Stellen, Organisationen und föderalen Ebenen zu koordinieren.

Viele Entscheide mit Einfluss auf die Suchtpolitik werden in anderen Politikbereichen gefällt

Tabak: Im Bereich des Tabaks gibt es ebenfalls ein Nationales Programm (NPT). Ein eigenständiger Verfassungsauftrag zur Beachtung der schädlichen Wirkungen des Konsums wie beim Alkohol oder zum Gesundheitsschutz wie bei den illegalen Drogen fehlt in diesem Bereich hingegen. Ebenso wenig gibt es ein Tabakgesetz. Die einzelnen Tabakregulierungen finden sich in ganz unterschiedlichen Gesetzen und Verordnungen (zum Beispiel im Lebensmittelgesetz,⁴¹ Radio- und Fernsehgesetz,⁴² Arbeitsgesetz⁴³ oder in der Tabakverordnung⁴⁴). Parallel zur internationalen Entwicklung verstärkte sich in den vergangenen zehn Jahren allerdings auch in der Schweiz die Diskussion über die schädlichen Wirkungen des Rauchens. Dies betraf sowohl die Wirkungen auf die Rauchenden als auch auf die passivrauchenden Dritten. Volksinitiativen und parlamentarische Vorstösse haben in zahlreichen Kantonen die Rauchmöglichkeiten eingeschränkt. In der Folge hat die Bundesversammlung ein Bundesgesetz über den Schutz vor Passivrauchen⁴⁵ verabschiedet, das weiter gehende Regelungen auf kantonaler Ebene zulässt. Dieses ist am 1. Mai 2010 in Kraft getreten.

Illegale Drogen: Den Rahmen für die Politik in Bezug auf illegale Drogen definiert das Betäubungsmittelgesetz.⁴⁶ Insbesondere mit den offenen Drogenszenen in verschiedenen Schweizer Städten zu Beginn der 1990er-Jahre entfachte dieser Bereich kontroverse politische Diskussionen. Seither hat das Vier-Säulen-Modell der Drogenpolitik in verschiedenen Abstimmungen auf Gemeinde-, Kantons- und Bundesebene gesellschaftliche Akzeptanz gefunden. Die derzeitigen Schwerpunkte des Bundesrates sind im dritten Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006–2011 festgehalten.

Trotz breiter gesellschaftlicher Diskussionen bleiben die illegalen Drogen auch nach der Revision des Betäubungsmittelgesetzes von 2008 illegal. Dabei kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle verbotenen Substanzen ein grösseres gesundheitliches Gefährdungspotenzial aufweisen, als dies legale tun. Allerdings zeitigt die Illegalität bestimmter Substanzen für die Personen, welche solche konsumieren, im Vergleich zu jenen, die legale Substanzen konsumieren, spezifische Folgen. Unter anderem sind hier die drohende Kriminalisierung und deren stigmatisie-

Vier-Säulen-Politik: Umschreibung der vier Haupthandlungsfelder in der Drogenpolitik der Schweiz:

Prävention: Verhinderung des Einstiegs in den Drogenkonsum und der Suchtentwicklung

Therapie: Ausstieg aus der Sucht ermöglichen, Förderung der sozialen Integration und der Gesundheit der behandelten Personen

Schadensminderung: Ermöglichung eines individuellen und sozial weniger problembehafteten Drogenkonsums, um die negativen Folgen des Konsums für die Betroffenen zu verringern

Repression: Massnahmen zur Durchsetzung des Verbots von illegalen Drogen

38

rende und desintegrative Wirkung zu nennen. In einem grundsätzlich illegalen Markt sind zudem andere Regulierungsmassnahmen als die konsequente Ahndung von Produktion, Handel und Konsum nicht möglich. So kann insbesondere die Qualität der angebotenen Substanzen und damit deren Schadenspotenzial nicht beeinflusst werden. Zusätzlich werden Prävention, Therapie und Schadensminderung wesentlich erschwert, weil die Konsumentinnen und Konsumenten oftmals nur schwer erreichbar sind.

Substanzungebundene Süchte: Der Bereich der substanzungebundenen Süchte wird in der Politik erst ansatzweise berücksichtigt. Dies betrifft zum Beispiel die Spielsucht, die im Spielbankengesetz⁴⁷ des Bundes oder in der interkantonalen Vereinbarung über die Aufsicht sowie die Bewilligung und Ertragsverwendung von Lotterien und Wetten Erwähnung findet. Zu anderen substanzungebundenen Süchten bestehen auf Bundesebene gegenwärtig keine Gesetze, Programme oder Massnahmen. Es gibt jedoch auf kantonaler oder städtischer Ebene einzelne Initiativen sowie in Fachkreisen eine zunehmende Diskussion.

Medikamentensucht: Im Bereich der Medikamentensucht gibt es keine Bundespolitik, die sich vertieft mit dem Thema beschäftigt. Dies, obwohl der Umsatz gewisser Medikamente mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial in der Schweiz tendenziell steigt.⁴⁸

Getrennte politische Strukturen

Diese stark voneinander abweichenden Ausgangslagen und Entwicklungen widerspiegeln sich in unterschiedlichen, spezifischen Strukturen: Die einzelnen Substanzen werden in der Schweizer Politik meist getrennt behandelt. Dies betrifft sowohl die Verwaltungseinheiten als auch die Expertenkommissionen und Fachorganisationen. Die einzelnen Politikbereiche sind innerhalb der verschiedenen föderalen Strukturen eingebettet in unterschiedliche Netze von sozialen Verbänden, Fachorganisationen und Verwaltungseinheiten. Diese handeln selten oder nie gemeinsam. Auch geografische und kulturelle Unterschiede sind bedeutsam. Weiter steht eine Vielzahl von Interessenskonflikten einer kohärenten und ge-

meinsamen Vorgehensweise im Wege. Die Folge ist bisweilen, dass die legalen und illegalen Substanzen und die vier Säulen der Drogenpolitik gegeneinander ausgespielt werden. Dies gilt es durch einen gemeinsam getragenen, kohärenten Politikansatz zu verändern.

Strategische Gemeinsamkeiten

Tatsächlich weisen bereits heute die bestehenden Programme in den Bereichen Alkohol, Drogen und Tabak eine Reihe von strategischen und inhaltlichen Gemeinsamkeiten auf. Dies gilt insbesondere in Bezug auf den Public-Health-Ansatz, der sowohl die strukturellen als auch die individuellen Massnahmen erfasst. Alle drei Kommissionen beziehen hier ganz klar Stellung. Auf diesen Gemeinsamkeiten kann eine zukunfts-fähige Suchtpolitik aufbauen.

Für alle Programme lässt sich sagen:

- Sie verfolgen schon heute einen gemeinsamen Public-Health-Ansatz: Nicht nur die einzelne Person und ihre Eigenverantwortung werden angesprochen. Als gleichwertig und ebenso erforderlich werden strukturelle Massnahmen und eine verstärkte gesamtgesellschaftliche Verantwortung erachtet.
- Die Programme haben eine gemeinsame Public-Health-Sicht auch in Bezug auf die Rolle des Staates und einen staatlichen Handlungsbedarf. Dies gilt insbesondere in Bezug auf Massnahmen in anderen Politikbereichen. Die Programme setzen auch nicht erst beim eigentlichen Konsum an: Sie anerkennen alle die Bedeutung von Prävention.
- Sie setzen nicht erst bei der eigentlichen Abhängigkeit an, denn die gesundheitlichen Schäden für Individuum und Gesellschaft entstehen je nach Substanz oder Verhalten auch ohne Abhängigkeit. So ist beim Tabak grundsätzlich jeder Konsum mit gesundheitlichen Risiken verbunden, beim Alkohol vor allem der problembehaftete Konsum.
- Sie verfolgen alle eine Mischung aus Massnahmen und betonen bei deren Anwendung die Bedeutung eines kohärenten Vorgehens.

Die Public-Health-Ausrichtung der drei suchtpolitischen Kommissionen des Bundes

Nationales Programm Tabak 2008–2012

«*Gesamtgesellschaftliche Verantwortung*: Raucherinnen und Raucher gefährden nicht nur die eigene Gesundheit, sondern auch diejenige anderer Personen (Passivrauchen). Der Tabakkonsum ist nicht einfach Privatsache, sondern er stellt eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung dar.»

Nationales Programm Alkohol 2008–2012

«Es ist die *breite gesellschaftliche Akzeptanz* von Alkohol als vermeintlich gewöhnliches Konsumgut, welche bei vielen Menschen die nötige Distanz und das nüchterne Urteilsvermögen schwinden lässt. Allzu oft wird das reale Gefährdungspotenzial von Alkohol verkannt.»

«Die Alkoholpolitik hat stärker auf die Minderung der negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums auf das *persönliche Umfeld* und auf die *Gesellschaft* abzielen.»

Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme 2006–2011

«Sowohl der Weg in eine Sucht als auch ihre Folgen sind individuell. Generell kann jedoch festgehalten werden, dass eine Sucht zu einem Kontrollverlust über gewisse Aspekte des eigenen Verhaltens führt, woraus sowohl für die *betroffene Person selbst* als auch für das *nähere und weitere Umfeld* körperliche, psychische, soziale oder wirtschaftliche Probleme entstehen können.»

Die
wissenschaftlichen
Erkenntnisse
und die
politische
Wahrnehmung
sind noch nicht
deckungsgleich

Auf dem Weg zu einer kohärenten Suchtpolitik

Die bisher nach Substanzen aufgeteilte Suchtpolitik der Schweiz hat in den jeweiligen Bereichen von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen unterschiedlich viel erreicht. Dabei haben die drei suchtpolitischen Kommissionen des Bundes unabhängig voneinander zunehmend einen Public-Health-Ansatz verfolgt. Die Suchtpolitik ist aber nicht kohärent, was sowohl ihre Wirkung als auch ihre Glaubwürdigkeit schwächt: Insbesondere richtet sie sich nicht in jedem Fall nach den grössten gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgekosten von Substanzkonsum oder Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. In der schweizerischen Suchtpolitik sind die wissenschaftlichen Erkenntnisse, die fachlichen Empfehlungen und die politische Wahrnehmung und Umsetzung noch nicht deckungsgleich. Die bisherige Suchtpolitik zeigt auch, dass neue Entwicklungen und Erkenntnisse den Weg nur schwer in das suchtpolitische Handeln finden.

Es müssen auch klare Unterschiede zwischen den Bereichen in Betracht gezogen werden: So werden die Begriffe der Vier-Säulen-Politik in den einzelnen Politikfeldern unterschiedlich verstanden und verwendet, oder auch nicht verwendet. Bei Tabak und Alkohol wird vorrangig von Regulierung gesprochen, nicht von Repression: In diesen Bereichen wird insbesondere auf Prävention durch Marktregulierung gesetzt. Repression oder polizeiliches Handeln erfolgt bei den legalen Substanzen im Hinblick auf die verbotene Abgabe an Jugendliche und auf den situationsunangepassten Konsum, etwa beim Fahren in angetrunkenem Zustand. Zudem dient polizeiliches Handeln der Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung, beispielsweise bei Sportevents mit Alkoholkonsum. Im Bereich des Tabaks wird der Begriff der Schadensminderung nicht verwendet, für den Bereich der illegalen Drogen ist er zentral und gewinnt auch im Rahmen der Alkoholpolitik an Bedeutung.

42

Zudem bestehen Widersprüche in der politischen Diskussion (siehe Kapitel 5): Besondere Skepsis wird von starken Interessengruppen einerseits allen Formen der Marktregulierung entgegengebracht, da diese als Einschränkung der Freiheit der einzelnen Person verstanden wird; andererseits wird dieselbe Freiheit umgehend zurückgewiesen, wenn es um den Vorschlag geht, die Trennung zwischen legalen und illegalen Substanzen aufzuheben. Damit wird ein kohärentes Handeln in Bezug auf den problembehafteten und risikobehafteten Substanzkonsum zusätzlich erschwert. Erst recht gilt dies im Hinblick auf die neuen Bereiche der Suchtpolitik, beispielsweise die Verhaltenssuchte.

Die veränderten Konsummuster (siehe Kapitel 4) führen zu einer Verlagerung der Problemlasten. Darauf ist die heutige Suchtpolitik nicht genügend vorbereitet. Mit einem Public-Health-Ansatz können die Problemverlagerungen erkannt sowie gezielt, kohärent und damit glaubwürdig angegangen werden. Dies könnte sowohl die Gesundheitswirkung der Suchtpolitik als auch ihre Glaubwürdigkeit erhöhen.



4 Inhaltliche Ausrichtung des Leitbildes Herausforderung Sucht

Die bisherige Suchtpolitik in der Schweiz war ebenso wie die öffentliche Wahrnehmung wesentlich geprägt von der eigentlichen Abhängigkeit und deren Folgen (siehe Kapitel 3). Die Folgen des problembehafteten Konsums von Genuss- und Suchtmitteln betreffen aber weit grössere Teile der Bevölkerung als die medizinisch definierte Abhängigkeit. Aufgrund der Erkenntnisse sowohl der Sucht- als auch der Public-Health-Forschung schlägt der *Bericht Herausforderung Sucht* vor, den Gegenstand der Suchtpolitik künftig breiter zu fassen. Die Suchtpolitik soll um drei inhaltliche Orientierungspunkte erweitert werden: **mehr als Abhängigkeit, mehr als Legalstatus, mehr als Substanzen**. Diese werden im Folgenden dargestellt. Das «mehr» soll die Erweiterung des Blickes umschreiben – es geht nicht darum, jeden Genuss zur Abhängigkeit zu erklären oder jede potenziell schädliche Handlung zum Gegenstand von Regulierungen zu machen.

Mehr als Abhängigkeit

Veränderte Konsummuster, andere Betroffenengruppen,
neue Produkte und Märkte

Die meisten gesundheitlichen und sozialen Folgen des Umgangs mit Suchtmitteln gehen nicht auf Abhängigkeit im medizinischen Sinn zurück, sondern auf den problembehafteten Konsum. Der Public-Health-Ansatz erweitert den Gegenstandsbereich der Suchtpolitik über den engen Begriff der Abhängigkeit hinaus. Ins Zentrum rückt dadurch die Vielfalt von unterschiedlichen Konsummustern, betroffenen Gruppen, Modeerscheinungen oder Entwicklungen auf den legalen und illegalen Märkten.

Veränderte Konsummuster

Keine Gesellschaft ist frei von Genuss- und Suchtmitteln. Der Konsum von unterschiedlichen Substanzen erfüllt stets eine Reihe individueller und sozialer Bedürfnisse (siehe Kapitel 1) und die entsprechenden Verhaltensmuster sind stets ein Zusammenspiel zwischen dem Individuum, der Gesellschaft sowie des Suchtmittels. Diese Erkenntnisse werden gestützt

von der Gehirnforschung: Sucht ist das Ergebnis eines Prozesses, bei dem viele biologische, psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren zusammenspielen (siehe Kapitel 1 und 2).

Konsummuster sind ständig in Bewegung, auf dem legalen wie auf dem illegalen Markt. Der *Weltdrogenbericht 2009*⁴⁹ weist beispielsweise darauf hin, dass die weltweite Nachfrage nach Kokain, Opiaten oder Cannabis in den grössten Absatzmärkten stagniert oder schrumpft. Die Produktion und der Konsum von «Designer-Drogen» aus dem Labor nehmen hingegen zu. Dazu zählen beispielsweise die Amphetamine, die in verschiedenen Kombinationen unter dem Namen «Speed» bekannt wurden, die Partydroge Ecstasy oder die aufputschende Droge Crystal. Auch die jeweilige Motivation für den Konsum von legalen und illegalen Substanzen verändert sich, wobei heute vermehrt mehrere Substanzen abwechselnd oder gemeinsam konsumiert werden. Beispielsweise entwickelt sich das neue Konsummuster des nicht alkoholabhängigen «Risikotrinkers». Dieser ist vorrangig jung und männlich, wobei die Anzahl weiblicher «Risikotrinkerinnen» zunimmt.⁵⁰

Solche neuen Konsummuster spiegeln nicht nur die breite Verfügbarkeit wider: In der pluralistischen Gesellschaft wird die eigene Identität auch über die Produkte und Substanzen definiert, die man konsumiert, durch den Markt, durch die Gruppe, in der man sich bewegt («Peer Group»), oder durch gesellschaftliche Erwartungen. Die jeweiligen psychoaktiven Substanzen werden von den Nutzerinnen und Nutzern also durchaus auch zielgerichtet eingesetzt: Sie sind zu einem selbstverständlichen Teil der Arbeits-, Spass- und Freizeitkultur und derjenigen Gruppen geworden, denen man sich zugehörig fühlt.

Sowohl die legalen und die illegalen Anbieter als auch der Staat beeinflussen die Konsummuster, indem sie Werbung oder Information betreiben und die entsprechenden Substanzen anbieten oder regulieren beziehungsweise verbieten. Bezeichnenderweise ist die Werbung wegen ihres Einflusses auf den Konsum und die Konsummuster zu einem zentralen Gegenstand der Gesundheitspolitik geworden. Zur Verbreitung und Banalisierung von problembehaftetem und Risikokonsum tragen auch Exponentinnen und Exponenten der Unterhaltungsindustrie sowie, via

Viele Vorstellungen zur Sucht sind überholt oder falsch

Berichterstattung, die Medien bei. Zwischen Angebot, Konsumanreiz, Nutzergruppen und Konsummustern gibt es dabei eine Wechselwirkung. Suchtpolitische Massnahmen müssen deshalb immer sowohl auf das Umfeld und das Angebot als auch auf die Konsumenten und die Nachfrage ausgerichtet sein.

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen in Verbindung mit dem sich verändernden Profil der Konsumentinnen und Konsumenten wird immer differenzierter. Viele Vorstellungen zur «Sucht» sind deshalb überholt oder falsch. Dies betrifft etwa die Schicht, das Geschlecht und das Alter der Konsumenten (siehe Kapitel 5). So ist in vielen Gesellschaften eine Zunahme von Alkoholabhängigkeit und Drogenkonsum im Alter nachweisbar – zum einen werden die Konsumenten älter, zum anderen ergeben sich durch neue Lebenssituationen neue Konsummuster. Auch in Bezug auf die Geschlechter geraten vermeintliche Gewissheiten ins Wanken: So rauchten in der Schweiz beinahe gleich viele 15-jährige Mädchen wie gleichaltrige Jungen. Der Alkoholkonsum von Mädchen stieg in der Vergangenheit ebenfalls, zugleich sind aber auch vermehrt junge Männer magersüchtig.⁵¹ Viele Konsumentinnen und Konsumenten verwenden nicht mehr nur eine Substanz, sondern (besonders in der Freizeit) mehrere psychoaktive Substanzen gleichzeitig, auch in Verbindung mit Sport. Es gibt auch vermehrt die Kombination aus Verhaltensabhängigkeiten und problembehaftetem oder abhängigem Substanzkonsum; dazu gehören etwa die Einnahme von Wachmachern, um im Online-Spiel verbleiben zu können, oder der hohe Anteil an Raucherinnen und Rauchern in Casinos.⁵²

Beispiele für neue Konsummuster sind:

- der episodisch oder chronisch exzessive Alkoholkonsum bei einer Minderheit (teilweise verbunden mit neuen sozialen Formen des Trinkens im öffentlichen Raum wie «Botellones» oder «Harassenläufe») sowie die Zunahme sehr junger Rauschtrinkerinnen und Rauschtrinker, hingegen nimmt der Alkoholkonsum beim Gros der Jugendlichen ab,
- die Zunahme des Konsums von koffein- und taurinhaltigen Drinks, mitunter zusammen mit Alkohol,

- die neuen Angebote und Muster der Nikotineinnahme aufgrund der veränderten Akzeptanz des Tabakrauchens,
- neue Muster des Konsums illegaler Drogen durch den Preisverfall bei Substanzen wie Kokain und Heroin,
- die Einfuhr und der Gebrauch natürlich vorkommender psychoaktiver Stoffe wie des pflanzlichen *Salvia Divinorum* (Azteken-Salbei),
- die Medikalisierung des Alltags durch den zunehmenden Gebrauch von Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungs- und Anregungsmitteln, Appetitzüglern, Antidepressiva, Neuroleptika und weiteren Psychopharmaka,
- der problembehaftete Konsum von Narkose- und Narkolepsiemitteln in der Partyszene,
- der Gebrauch von Substanzen zur Leistungssteigerung während der Arbeitswoche und, im Gegenzug, der Gebrauch von psychoaktiven Substanzen zur Freizeit- und Erlebnisgestaltung am Wochenende,
- der Konsum von leicht erhältlichen und billigen industriellen Stoffen wie Lösungsmitteln (beispielsweise GBL/GHB) zur Euphorisierung.

Neue Entwicklungen – andere Herausforderungen

Alkoholkonsum

Rund eine Million Schweizerinnen und Schweizer haben einen problembehafteten Konsum von Alkohol, gut drei Viertel von ihnen trinken nur gelegentlich («episodisch») zu viel. Etwa 100 000 Männer und Frauen trinken chronisch zu viel Alkohol, weitere 155 000 trinken nicht nur chronisch, sondern zusätzlich auch episodisch zu viel. Gesamthaft aber nimmt der Alkoholkonsum pro Kopf in der Schweiz ab.⁵³

Der Anteil jugendlicher Rauschtrinkerinnen und Rauschtrinker (fünf oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit, mindestens dreimal im letzten Monat) hat zwischen 2003 und 2007 zwar seit Langem erstmals leicht abgenommen, befindet sich aber besonders bei den 16-jährigen Jungen immer noch auf dem hohen Niveau von knapp

48

18 % (Mädchen 8 %). Zudem haben 2007 bereits drei Viertel der 13-Jährigen mindestens einmal im Leben Alkohol konsumiert, mehr als die Hälfte von ihnen sogar innerhalb der letzten 30 Tage vor der Befragung.⁵⁴

Rauchen

Der Anteil der Rauchenden ist seit 2001 rückläufig und liegt derzeit etwa bei einem Viertel der 14- bis 65-Jährigen.⁵⁵ Fast die Hälfte der 14-jährigen Jugendlichen geben an, mindestens einmal in ihrem Leben eine Zigarette geraucht zu haben (rund 50 % der Jungen und 47 % der Mädchen).⁵⁶

Illegale Drogen

Der Konsum von Cannabis, Kokain und Ecstasy hat in den vergangenen zehn Jahren zugenommen. Derzeit haben gegen 20 % der Bevölkerung über 15 Jahre Cannabis konsumiert (Männer 24 %, Frauen 15 %). Gestiegen ist auch die Konsumerfahrung bei Kokain (von 1,6 % auf 2,8 %) und Ecstasy (von 1,0 % auf 1,8 %).

Bei den Jugendlichen konsumieren gegenwärtig deutlich mehr Jungen als Mädchen Cannabis (11,5 % bzw. 5,1 %). Der Konsum hat sich hier aber stabilisiert und ist bei Schülerinnen und Schülern neuerdings rückläufig.⁵⁷ Die Erfahrung mit harten Drogen hat bei den männlichen Jugendlichen zugenommen, während sie bei den Mädchen stabil blieb.⁵⁸

Medikamentenkonsument

Der Gebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln hat in der Schweizer Bevölkerung von 2002 bis 2007 leicht zugenommen (Schlafmittel: von 2,3 % auf 2,8 %; Beruhigungsmittel: von 2,4 % auf 2,6 %). Besonders stark fällt die Zunahme des Schlafmittelkonsums bei den mindestens 70-jährigen Frauen aus (2002: 11,3 %, 2007: 14,2 %).⁵⁹

Spielsucht

Für 2007 wurde die Zahl von Menschen in der Schweiz, die krankhaft spielen oder gespielt haben («Lebenszeitprävalenz»), auf 1,1 % der Bevölkerung zwischen 18 und 98 Jahren geschätzt, diejenige der Spielerinnen und Spieler mit problembehaftetem Spielverhalten auf 2,2 %.⁶⁰ 1998 betragen die geschätzten Anteile 0,8 % respektive 2,2 %.⁶¹

*Viele
Konsummuster
sind keinesfalls
nur bei
gesellschaft-
lichen
Problemgruppen
anzutreffen*

Die Vielfalt der Konsumierenden

Die Gesellschaft teilt sich nicht einfach in Konsumierende und Nichtkonsumierende von Substanzen auf. Zwischen Abhängigkeit und Abstinenz gibt es bei vielen Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial eine Vielzahl von Konsummustern. Diese wiederum verteilen sich – als Spiegelbild der pluralistischen Gesellschaft – auf unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen (siehe Kapitel 5) und sind keinesfalls nur bei gesellschaftlichen Problemgruppen anzutreffen. So werden auch im Alltag bestimmte Verhaltensweisen und Konsumformen – zum Beispiel das Trinken von Alkohol – als Teil von traditionellen Ritualen erwartet.

Viele der Konsummuster sind eng verbunden mit dem Prozess des Erwachsenwerdens und entwickeln sich im Jugendalter, weshalb diese Altersgruppe besonders gefährdet ist.⁶² Manche der Konsummuster dienen der Gruppenidentität. Andere wiederum werden in modernen Gesellschaften auf besondere Weise von Produzenten und Anbietern, den Medien und neuen Kommunikationsformen mitgeprägt und mitgefördert. Laut einer Befragung durch die stadtzürcherische Jugendberatung «Streetwork» nahmen während Partys nur fünf Prozent der Befragten nie psychoaktive Substanzen ein, jedoch 50 Prozent gelegentlich und 45 Prozent immer.⁶³ Bei den Konsumformen, beim Risikoverhalten, bei der Häufigkeit der Substanzen beziehungsweise Verhaltensweisen sowie beim Suchtverhalten zeigen sich zwischen den Geschlechtern deutliche Unterschiede und klare Verschiebungen. Dem ist besonderes Augenmerk zu widmen. So sind Männer eher als Frauen von Internetsucht betroffen und junge Frauen sind häufiger als junge Männer von Essstörungen (zum Beispiel Magersucht) betroffen.

Auch den besonders vulnerablen Konsumentengruppen muss das Augenmerk gelten: Kindern, die in suchtbelasteten Familien aufwachsen, oder älteren Menschen, deren problembehafteter Konsum oder Abhängigkeit weniger sichtbar ist und aus Scham seltener eingestanden wird.

50

Neue Märkte und Produkte

Die verfügbaren Angebote – sowohl auf den legalen wie auf den illegalen Märkten – beeinflussen die Konsummuster und schaffen neue Trends. Ein Beispiel ist die Zunahme des Angebotes an Pokerturnieren (auch online), die mitunter nicht als Glücksspiel, sondern als Geschicklichkeitsspiel klassifiziert sind, um ein breiteres Publikum einbinden zu können.⁶⁴ Bei neuen Angeboten fehlen oft die Rechtsgrundlagen, um mit ihnen umzugehen, es herrschen unklare Zuständigkeiten, die sofort zur Verbreitung genutzt werden. Der Druck neuer Märkte und Produkte hat zur Folge, dass einerseits Fragen der rechtlichen Grundlagen jeweils von Neuem gestellt werden müssen; andererseits wird damit der Anschein einer Regulierungswut von Seiten des Staates erweckt, was den Anbietern häufig entgegenkommt und von diesen teilweise sogar gefördert wird.

Beispiele für neue Märkte oder Produkte sind:

- Mischgetränke wie Alcopops und Biermischgetränke, die neue Konsumentengruppen zu erreichen suchen, zum Beispiel junge Frauen,
- die Erreichbarkeit oder Erhältlichkeit von Alkoholika durch den Verkauf von Alkohol in 24/7-Tankstellenshops, das Billigangebot von alkoholischen Getränken durch Discounter,
- neue Produkte zur Einnahme von Nikotin,
- neue Partydrogen,
- der unkontrollierte Internetverkauf von Medikamenten, der den Medikamentenmissbrauch fördert,
- die zunehmende Zweckentfremdung therapeutischer Produkte zur Beeinflussung der Hirnleistung und der Missbrauch von Medikamenten zur Behandlung von Demenz und Parkinson.

Mehr als Legalstatus

Das alltägliche Schadens- und Suchtpotenzial

Schadenspotenzial und tatsächliche Schadenslast richten sich nicht danach, ob eine psychoaktive Substanz legal oder illegal ist. Bei den legalen Substanzen ist der gesundheitliche Schaden insgesamt deutlich höher als bei den illegalen Substanzen. Gleiches gilt für den sozialen und wirtschaftlichen Schaden für Familie und Gesellschaft. Ein Public-Health-Ansatz verzichtet deshalb auf die gesundheitspolitisch wenig hilfreiche Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen. Auch berücksichtigt eine zukunftsfähige Suchtpolitik neben Alkohol, Tabak und illegalen Drogen zusätzlich den Medikamentenmissbrauch sowie die neuen pharmakologischen Möglichkeiten der körperlichen und psychischen Optimierung. Es stellen sich grundsätzlich neue Regulierungsfragen.

Die Unterscheidung in legale und illegale Substanzen

Die Schweiz nimmt mit ihrer pragmatischen Vier-Säulen-Politik weltweit eine erfolgreiche Pionierrolle in der Politik der illegalen Drogen ein. Gesamtgesellschaftlich und gesundheitspolitisch liegt heute die grosse Herausforderung aber vorrangig im problembehafteten Konsum von grundsätzlich legal erhältlichen Substanzen; hier hat die Schweiz einen suchtpolitischen Nachholbedarf. Dies betrifft sowohl die Tabak- als auch die Alkoholgesetzgebung. Eine legale Substanz wie Alkohol ist im Alltag breit verfügbar, wird als Lifestyle- und Genussprodukt beworben und geniesst unabhängig von ihrem Risiko- und Suchtpotenzial hohe gesellschaftliche Akzeptanz. Solche Substanzen werden von der Politik, den Herstellern und den Anbietern und einer Vielzahl der Konsumierenden mehrheitlich nur unwillig oder gar nicht als Teil der Suchtpolitik verstanden. Diese legalen Substanzen können aber bei Konsumierenden und bei Dritten zu einem breiteren Spektrum an negativen körperlichen, psychischen und sozialen Auswirkungen führen als die illegalen Substanzen, die medial oft im Mittelpunkt stehen.⁶⁵ Auch das Ausmass der gesundheitlichen Problemlast ist grösser (siehe Kapitel 2).

*Eine kohärente
Suchtpolitik
muss alle
psychoaktiven
Substanzen
gemeinsam
betrachten*

Neuausrichtung der Suchtpolitik im Ausland

Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht weist darauf hin, dass in Europa bereits erste Länder ihren sucht- und drogenpolitischen Ansatz ausgeweitet haben. Sie betrachten legale und illegale Drogen gemeinsam, berücksichtigen Verhaltens-süchte ebenfalls und beziehen auch die Vielzahl verschiedener Konsummuster ein. Diese Länder berufen sich gleichfalls auf einen Public-Health-Ansatz und auf die Erkenntnisse der Suchtforschung.⁶⁶

In allen Ländern flammt die Diskussion über die Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen immer wieder auf.⁶⁷ Parallel dazu verändert sich das Sucht- und Drogenverständnis der Bevölkerung. In der Schweiz wurde 2008 das revidierte Betäubungsmittelgesetz an der Urne mit 68 Prozent Ja-Stimmen angenommen. Damit wurden die Vier-Säulen-Politik und die heroingestützte Behandlung, die zu Beginn der 90er-Jahre noch hochumstritten waren, gesetzlich verankert. Seither wurde in zahlreichen kantonalen Abstimmungen ein Schutz vor Passivrauch eingeführt, was Eingang in die neue Bundesgesetzgebung gefunden hat (siehe Kapitel 5). Beim Alkohol ist es die ordnungspolitische Dimension bestimmter Folgen oder Begleiterscheinungen des Konsums (Gewalt in Stadien, Trinken im öffentlichen Raum), die der Diskussion um die Alkoholverfügbarkeit Auftrieb verleiht.

Es besteht ein breiter gesellschaftlicher Konsens, dass auf individueller und gesellschaftlicher Ebene je nach Situation Schadensminderung sowie Therapie und Behandlung angeboten werden sollen. Kein Konsens besteht aber darüber, den Legalstatus von psychoaktiven Substanzen nach ihrem jeweiligen Schädigungspotenzial anstatt nach historisch und moralisch begründeten Vorstellungen auszurichten (siehe Kapitel 1). Eine kohärente Suchtpolitik muss jedoch über eine Politik der illegalen Drogen hinausgehen und alle psychoaktiven Substanzen betrachten – die illegalen ebenso wie die legalen.

Medikamente
müssen
integraler Teil
einer
Suchtpolitik
sein

Medikamentenmissbrauch

Neben den klassischen legalen und illegalen Suchtmitteln muss angesichts des Medikamentenmissbrauchs der Blick auch in den Bereich der Medikamente ausgeweitet werden. Besonders drei Medikamentengruppen sind betroffen: die beruhigenden, die schmerzstillenden sowie die anregenden Medikamente. *Benzodiazepine* sind beruhigend-sedierend und bilden die am häufigsten verschriebene Wirkstoffgruppe der psychoaktiven Medikamente. Sie weisen ein verhältnismässig hohes Abhängigkeitspotenzial auf. Schmerzmittel stellen die am meisten verwendete Medikamentengruppe mit Missbrauchspotenzial dar. Derzeit gilt der problembehaftete Medikamentengebrauch schwerpunktmässig als weibliches Problem, wobei sich eine Zunahme bei Männern abzeichnet. In der Schweiz gibt es jedoch bisher keine Studie, welche ausdrücklich männer-spezifische Aspekte des Medikamentenmissbrauchs untersucht.

Auch hier muss der suchtpolitische Ansatz mehr als die definierte Medikamentenabhängigkeit ins Blickfeld nehmen. Eine Schweizer Studie zum Medikamentenkonsum hat 1999 ergeben, dass relativ viele Befragte (39 Prozent) Medikamente nehmen und dass diese Befragten gleichzeitig ein grundsätzlich positives Gesundheitsbild aufweisen (90 Prozent der Befragten bezeichneten sich als gesund). Die Krankheitsprävention wird zu einem immer wichtigeren Motiv bei der Medikamentennutzung. An zweiter Stelle stehen diffuse Befindlichkeitsstörungen als Anlass zur Medikamenteneinnahme: Schlafprobleme, Verdauungsbeschwerden sowie Stress und innere Anspannung.⁶⁸

Die Auswirkungen von problembehaftetem Medikamentenkonsum standen bisher nicht im Blickfeld der suchtpolitischen Debatten, dies wird auch durch die graue Zone der legalen und der illegalen Medikamentenabgabe erschwert. Dieser Aspekt einer zukunftsfähigen Suchtpolitik trifft zudem auf starke wirtschaftliche Interessen. Ein Blick auf die Zahlen zeigt jedoch, dass dieser Handlungsbereich integraler Teil einer Suchtpolitik sein muss.

Problembehafteter Medikamentenkonsum in der Schweiz

7 % der erwachsenen Schweizer Bevölkerung konsumierten 2002 täglich Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel.⁶⁹

Frauen aller Altersklassen konsumieren deutlich häufiger täglich Medikamente als gleichaltrige Männer. Im Alter verstärkt sich dieser Unterschied ganz besonders: Während 8,1 % der über 75-jährigen Männer in den letzten sieben Tagen vor der Befragung täglich Schlafmittel eingenommen haben, sind es bei den gleichaltrigen Frauen mit 16,9 % gut doppelt so viele.⁷⁰

In den Jahren 2005 bis 2007 waren Medikamente bei etwa 15 % der Klientinnen und Klienten einer stationären Suchttherapie das Haupt- oder Nebenproblem. In den meisten dieser rund 180 Fälle handelte es sich dabei um Benzodiazepine (Schlaf- und Beruhigungsmittel).⁷¹ Auch hier wird deutlich, dass der problembehaftete Konsum die eigentliche Abhängigkeit bei Weitem übertrifft.

Substanzen zur Leistungssteigerung

Neben der legalen und vorschriftsgemässen Anwendung von Medikamenten zeigt sich ein Trend zur Zweckentfremdung therapeutischer Mittel: das Konsumieren von Substanzen zur körperlichen, sexuellen und psychischen Leistungssteigerung und -anpassung. Diese Anwendungsformen sind nicht neu, erreichen aber in modernen Gesellschaften durch die hoch entwickelte Pharmakologie und die Vermarktung ihrer Produkte neue Dimensionen. So werden potenzsteigernde Mittel nicht mehr nur bei medizinischer Indikation der Impotenz eingenommen, sondern zur allgemeinen Leistungs- und Erfahrungssteigerung auch bei jüngeren Gesunden: Es geht nicht mehr um Therapie, es geht um Optimierung.⁷²

Ein weiteres Beispiel ist Doping. Doping hat nicht nur im internationalen Spitzensport Einzug gehalten. Auch im Breitensport und Fitnessmarkt werden verbotene oder missbräuchlich verwendete Substanzen eingesetzt, die zu hohen körperlichen Leistungen befähigen sollen oder den Körper anders formen. Das gesundheitsgefährdende Potenzial ist erheb-

lich. Dies gilt insbesondere für anabole Steroide, die in hohen Dosen und ohne ärztliche Kontrolle vornehmlich von Männern in Fitnessstudios eingenommen werden, wie eine deutsche Studie zeigt.⁷³

Wirkungen ausgewählter psychoaktiver Substanzen und Substanzen zur Leistungssteigerung⁷⁴

Alkohol: Entspannung, Euphorie, Enthemmung, kann auch Aggressivität steigern, höhere Gewaltbereitschaft⁷⁵

Amphetamin: Wirkt anregend auf das zentrale Nervensystem (Ausschüttung von Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin), stärkt das Selbstbewusstsein, senkt die Aggressionsschwelle, steigert Konzentrationsfähigkeit, unterdrückt Müdigkeit

Koffein: Wirkt anregend auf das zentrale Nervensystem, steigender Puls, verbesserte Konzentration

Methylphenidat (Markenname Ritalin): Wirkt anregend auf das Gehirn, verbessert die Konzentration, steigert die Aufmerksamkeit, vermindert motorische Hyperaktivität und Impulsivität durch eine verbesserte Impulskontrolle, erhöht die Herzfrequenz und den Blutdruck, gleichzeitig wird Müdigkeit unterdrückt

Modafinil: Unterdrückt Müdigkeit, erhöht Aufmerksamkeit, körperliche und psychische Leistungssteigerung

Nikotin: Ausschüttung von Botenstoffen und Hormonen im Gehirn. Nach Gewöhnung bei kleinen Dosen anregend, bei grosser Dosierung dämpfend, Steigerung der Aufmerksamkeit auf das Niveau von Nicht-Nikotinabhängigen,⁷⁶ Dämpfung von Angst, Wut und Aggression, Entspannung, weniger Müdigkeit. Höhere Herzfrequenz, höherer Blutdruck und Weiteres mehr

Die Möglichkeiten zur psychischen Leistungssteigerung werden vermehrt – und sehr kontrovers – diskutiert. In diesem Bereich liegen im europäischen Raum und in der Schweiz derzeit allerdings keine wirklich umfassenden Daten vor; in den USA wird darauf hingewiesen, dass etwa 25 Prozent aller Studierenden zur Leistungssteigerung und zum besseren Funktionieren verschreibungspflichtige Medikamente verwenden. Diese erhöhen den Antrieb sowie die Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Selbststeuerungsfähigkeit. Der entsprechende Gebrauch von Medikamenten ist auch für die Schweiz belegt: 1999 gab ein Fünftel der Befrag-

ten an, auch schon Medikamente zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Alltag genutzt zu haben.⁷⁷ Die Wissenschaft weiss derzeit zu wenig über die gesundheitlichen Auswirkungen der dopingartigen Verwendung von Medikamenten, die für andere Zwecke zugelassen sind («off label»-Verwendung). Insbesondere zu langfristigen Nebenwirkungen fehlen verlässliche Daten. Auch die gesellschaftlichen Auswirkungen bedürfen einer Diskussion in Bezug auf die zunehmend fließenden Grenzen von Therapie und Optimierung. Fachleute gehen davon aus, dass sich hier langfristig ein grosser Zukunftsmarkt – legal wie illegal – der *Neuro-enhancement*-Präparate ankündigt.⁷⁸ Die Entwicklung beispielsweise von Präparaten zur Behandlung der Alzheimer- und Demenzerkrankungen birgt in Bezug auf die kognitive Leistungssteigerung dieses Anwendungspotenzial schon heute.⁷⁹

All diese Entwicklungen gilt es im Rahmen einer zukunftsorientierten Suchtpolitik aufmerksam zu verfolgen.

Leistungssteigerung, Smart Drugs und Doping

Eine Umfrage in deutschen Sportstudios ergab 1998, dass 24 % der Männer Erfahrungen mit der missbräuchlichen Einnahme von anabolen Wirkstoffen gemacht haben.⁸⁰

Eine Umfrage des Forschungsmagazins *Nature* unter 1400 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftern in 60 Ländern ergab, dass 20 % zur Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit schon einmal Medikamente eingenommen haben, davon 25 % durchschnittlich einmal in der Woche, weitere 25 % täglich.⁸¹

Mit Medikamenten steigern rund 5 % der Arbeitnehmenden ihre psychische Leistungsfähigkeit (DAK-Umfrage unter 3000 Arbeitnehmenden zwischen 20 und 50 Jahren). Frauen greifen eher zu Stimmungsaufhellern wie Antidepressiva, Männer eher zu Konzentrationssteigernden Präparaten wie Ritalin. Gegen 75 % gaben als Grund medizinische Argumente an, das restliche Viertel half ohne medizinische Notwendigkeit nach. 17 % der Befragten gaben an, schon einmal ein Mittel zur Verbesserung der psychischen Leistungsfähigkeit oder Befindlichkeit eingenommen zu haben.⁸²

Die weltweite Produktion von Ritalin verfünffachte sich zwischen 1990 und 1997; in der Schweiz stieg die verwendete Menge Ritalin zwischen 1996 und 2000 von knapp 14 kg auf über 100 kg.⁸³

Mehr als Substanzen

Sucht- und Schädigungspotenzial bestimmter Verhaltensweisen

Studien und die Praxis zeigen, dass gewisse Verhaltensweisen Suchtgefährdung sowie gesundheitliche Beeinträchtigung mit sich bringen, beispielsweise das pathologische Glücksspiel. Zudem bestehen Verhaltens- und Substanzabhängigkeiten oft gemeinsam («Komorbidität»). Die entsprechende Forschung ist noch jung – es scheint jedoch erforderlich, in diesem Bereich präventive wie auch therapeutische Massnahmen zu entwickeln. Eine kohärente und zukunftsfähige Suchtpolitik muss die substanzungebundenen Süchte («Verhaltenssüchte», «Verhaltensabhängigkeiten») miteinschliessen.

Der Begriff «Sucht» wird in der Alltagssprache nicht nur für Substanzabhängigkeiten verwendet, sondern auch für eine Vielzahl von Verhaltensweisen, die als exzessiv, ausufernd oder von der Norm abweichend wahrgenommen werden (siehe Kapitel 1). Nicht jedes derartige Verhaltensmuster muss schon eine Sucht sein, kann aber durchaus problembehaftet oder ein Hinweis auf andere Störungen sein.⁸⁴

Kriterien für Verhaltenssüchte

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert im ICD-10⁸⁵ klare diagnostische Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom oder eine klassische Substanzabhängigkeit (siehe Kapitel 1). Im Vordergrund stehen dabei drei Hauptmerkmale der Abhängigkeit: Kontrollverlust, körperliche Abhängigkeit und soziale und gesundheitliche Auswirkungen. Für die Verhaltenssüchte steht der wissenschaftliche Konsens um solche Kriterien noch aus. Klinisch definiert und als suchtarartige Verhaltensweise anerkannt ist bisher nur das «pathologische Spielen». Doch selbst in diesem schon länger erforschten Bereich ergeben sich durch die virtuelle Welt völlig neue Herausforderungen. Für die Suchtforschung besteht hier Klärungs- und Forschungsbedarf.

Die stoffungebundenen oder nicht stofflichen Süchte werden auch **Verhaltenssüchte** genannt. Die Sucht äussert sich in bestimmten Verhaltensweisen, die ebenfalls die Gesundheit schädigen oder schwerwiegende soziale Folgen haben können. Die bekanntesten sind: Spielsucht, Kaufsucht, Arbeitssucht, Internetsucht und Essstörungen wie *Anorexia nervosa* (Magersucht), *Bulimia nervosa* (Ess-Brech-Sucht) und *Binge-Eating-Disorder* (Esssucht ohne Erbrechen). Bei nicht stofflichen Süchten findet man eine ähnliche Suchtentwicklung wie bei stofflichen.

58

Die bestehende Forschung zeigt jedoch, dass sich die Verhaltenssüchte durch bestimmte Muster auszeichnen: starkes Verlangen oder zwanghafter Druck zu diesem Verhalten, eingeschränkte Kontrolle bis hin zum Kontrollverlust, gesteigerte Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen, Vernachlässigung der beruflichen, schulischen oder sozialen Verpflichtungen sowie die Weiterführung des Verhaltens trotz negativer Auswirkungen. Aufgrund solcher Kriterien wird etwa vermehrt von «Internet-sucht» oder «Online-Sucht» gesprochen. In den Bereichen Ernährung und Bewegung sind gewisse exzessive Verhaltensweisen in ihrem Prozessverlauf mit den substanzbezogenen Süchten vergleichbar: Verhaltenssüchte lösen im Gehirn ähnliche Prozesse aus wie Substanzsüchte. Insbesondere verstärken sich die natürlichen Belohnungsprozesse im Gehirn – etwa die Ausschüttung von Dopamin – sowohl bei psychoaktiven Substanzen als auch bei abhängigen Verhaltensweisen wie Kauf-, Spiel- oder Arbeits-sucht.⁸⁶

Einschätzungen zur Verbreitung von Verhaltenssüchten

5 % der Schweizer Bevölkerung sind gemäss Schätzungen kaufsüchtig, wobei Frauen mit 6 % doppelt so häufig betroffen sind als Männer mit 3 %. Hinzu kommen 33 % mit Tendenz zu unkontrolliertem Kaufverhalten.⁸⁷

Für die USA und den deutschsprachigen Raum wird der Anteil Sex-süchtiger auf 3 % bis 6 % geschätzt, wobei Männer deutlich öfter betroffen sein dürften als Frauen (Verhältnis 4:1).⁸⁸

Etwa 1 % bis 2,3 % der Schweizer Bevölkerung sind gemäss Schätzungen internetsüchtig, und nochmals so viele Personen gelten als internetsuchtgefährdet.⁸⁹

0,5 % der Schweizer Bevölkerung zwischen 18 und 98 Jahren waren 2007 pathologische Spielerinnen und Spieler, weitere 0,8 % Spielerinnen und Spieler mit problembehaftetem Spielverhalten.⁹⁰

Der *Bericht Herausforderung Sucht* will dazu anregen, den Handlungsbedarf bei den substanzungebundenen Abhängigkeiten zu prüfen, sowohl in Bezug auf Prävention und Marktregulierung als auch auf Therapie und Schadensminderung. Erste Forschungen zeigen, dass die Verhaltens-süchte ebenso negative gesundheitliche und soziale Auswirkungen haben können wie die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. Es entwickeln sich auch problembehaftete Konsummuster, bei denen sich substanzgebundene und substanzungebundene Abhängigkeiten gegenseitig verstärken. Auch im Bereich der substanzungebundenen Abhängigkeiten zeigen sich ähnliche Wechselwirkungen zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention wie bei den legalen substanzbezogenen Abhängigkeiten. So spielt die leichte Verfügbarkeit eine wichtige Rolle. Beim Online-Spielen um Geld entstehen derzeit bedeutende globale Märkte, die nach Anerkennung und Liberalisierung drängen, um leicht zugänglich zu sein. So ergibt sich auch hier die Erfordernis nach verschiedenen Formen der Regulierung, einschliesslich rechtlicher Massnahmen wie Legalisierung, Altersgrenzen und lenkender Besteuerung. Interessanterweise werden in vielen Ländern die Erträge der staatlichen Monopole auf dem Glückspielmarkt für soziale Projekte eingesetzt, die auch der Suchtprävention dienen.

60



5 Strategische Ausrichtung des Leitbildes Herausforderung Sucht

Eine inhaltliche Erweiterung der Suchtpolitik (siehe Kapitel 4) ist nur dann erfolgversprechend, wenn auch die Umsetzung entsprechend angepasst wird. Das setzt eine veränderte strategische Ausrichtung der Schweizer Suchtpolitik voraus. Das gesundheitspolitische Ziel ist, die Problemlast zu senken oder niedrig zu halten (siehe Kapitel 2). Die Mittel dazu sind sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention sowie gegebenenfalls Schadensminderung. Dazu gehören die Stärkung von Schutzfaktoren und der Abbau von Belastungsfaktoren.

Der Public-Health-Ansatz ermöglicht auch hier einen systematischen und evidenzbasierten Zugang: Er umfasst Massnahmen sowohl in Bezug auf das Angebot als auch auf die Nachfrage. Er berücksichtigt zudem gesundheitsförderliche Massnahmen, die den spezifischen Suchtpolitiken vorgelegt sind. Darüber hinaus achtet er auf den Einbezug anderer Politikbereiche, die einen Einfluss auf Suchtverhalten haben. Auf dieser Grundlage schlägt der *Bericht Herausforderung Sucht* drei strategische Ausrichtungen vor: *mehr als Eigenverantwortung, mehr als Jugendschutz, mehr als gesundheitspolitische Massnahmen*. Auch hier bezieht sich die Aussage des «mehr» auf die erweiterte Sichtweise.

Mehr als Eigenverantwortung

Strukturelle Massnahmen und Förderung der Kompetenz

Individuelle Massnahmen sind bedeutsam, allein reichen sie aber zur Senkung der Problemlasten nicht aus, wie die Public-Health-Forschung zeigt. Eine zukunftsfähige Suchtpolitik strebt daher die Beeinflussung sowohl von Nachfrage als auch von Angebot an. Sie setzt je nach Zweckmässigkeit auch auf Schadensminderung. Zudem zielt sie auf die Förderung von Schutzfaktoren durch entsprechende Rahmenbedingungen. Menschen mit einem Abhängigkeitssyndrom stehen Behandlung und Betreuung zu – Sucht ist eine Krankheit, kein persönliches Versagen. Auch Angehörige, Partner und Kinder müssen auf Unterstützung zählen können. Kinder und Jugendliche

Wo es
Suchtmittel-
konsum oder
-verhalten gibt,
profitiert
immer
mindestens
ein Anbieter

haben auf ihrem Weg der Erwachsenwerdung eigene Bedürfnisse; sie müssen vor dem Missbrauch dieser Bedürfnisse durch speziell darauf abgestimmte Werbung und Marketingmassnahmen geschützt werden.

Strukturelle Massnahmen

Es besteht ein Ungleichgewicht im Grossteil der suchtpolitischen Diskussion. Die problembehafteten Konsummuster und ihre Folgen – zum Beispiel Rauschtrinken, alkoholbedingte familiäre Gewalt, die Schädigung Dritter durch das Passivrauchen oder die Beschaffungskriminalität – werden von der breiten Bevölkerung sowie der Politik eher dem individuellen (Fehl)Verhalten als einem von der Gesellschaft mitgeprägten Muster zugeschrieben. Zwar wird häufig auf die Verantwortung des familiären Umfeldes hingewiesen – hingegen wird beispielsweise dem Einfluss von Marketing und Vertrieb legaler psychoaktiver Substanzen weniger Beachtung geschenkt. Eher als die negativen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Schäden werden die positiven Aspekte der Wertschöpfung hervorgehoben. Dies durchaus mit einer gewissen Logik: Wo es Suchtmittelkonsum oder -verhalten gibt, gibt es immer auch mindestens einen Anbieter, der davon profitiert. Dies gilt auch für die Glücksspielsucht und zunehmend für neue, auf die virtuelle Welt bezogene Verhaltenssüchte. Eine zukunftsfähige Suchtpolitik muss sich daher immer mit Massnahmen in Bezug auf beide Seiten auseinandersetzen, also auf die Konsumierenden *und* die Anbieter. Public-Health-Strategien im Suchtbereich sind von daher stets sowohl auf Angebots- als auch auf Nachfrageseite aktiv.

Daraus ergibt sich in der suchtpolitischen Diskussion eine Kontroverse zwischen individueller und kollektiver Verantwortung. Dieselbe Kontroverse gibt es zwischen den staatlichen Aufträgen zu Gesundheitsschutz und Wirtschaftsfreiheit. So lässt der Staat zum Schutz der Wirtschaftsfreiheit gesundheitsschädliche Produkte auf dem Markt zu und fördert die Produktion zum Teil sogar mit Subventionen. Gleichzeitig betreibt er aber zum Schutz des Gemeinwohls eine aktive Gesundheitspolitik, die

b4

verhindern will, dass dieselben Produkte konsumiert werden (wie beim Rauchen) beziehungsweise Folgeschäden verursachen (wie beim Alkohol). Dem Individuum wird in dieser Dynamik einerseits ein hohes Ausmass an Entscheidungsfreiheit zugesprochen, wie es den Grundvoraussetzungen der demokratischen Ordnung entspricht, andererseits wird aber ausser Acht gelassen, dass die Handlungskompetenz der Individuen sehr unterschiedlich ausgeprägt ist und dass die Angebotsstrukturen selbstredend auf Konsum ausgerichtet sind.

**16 Millionen Franken für die Tabakprävention –
16 Millionen Franken für den inländischen Tabakanbau**

Aus den Abgaben auf Zigaretten flossen 2008 knapp 16 Millionen Franken in den Tabakpräventionsfonds. Dieser finanziert Präventionsmassnahmen, die den Einstieg in den Tabakkonsum verhindern, den Ausstieg fördern und die Bevölkerung vor Passivrauch schützen. Im selben Jahr flossen aus den Abgaben auf Zigaretten ebenfalls knapp 16 Millionen Franken in den Fonds zur Förderung des einheimischen Tabakanbaus, mit dem rund 350 Landwirtschaftsbetriebe in der Schweiz im Tabakanbau unterstützt werden.⁹¹

Auch bei einer Erkrankung zeichnet sich ein Konflikt zwischen der individuellen Schuldzuschreibung und dem gesellschaftlich organisierten und nicht diskriminierenden Behandlungsangebot ab, beispielsweise in der Diskussion um Krankenkassenbeiträge und um die Erstattung von Behandlungskosten. Geht der Blick über den individuellen Fall hinaus, so stellt sich die Frage nach den gesellschaftlichen Kosten insgesamt.

65

Die sozialen Kosten von Suchtmittelkonsum und Spielsucht

Der Tabakkonsum verursacht pro Jahr 10,0 Milliarden Franken soziale Kosten. 12 % dieser Kosten sind direkte Kosten (Gesundheitswesen, Polizei und Justiz), 38 % indirekte Kosten (Invalidität, Arbeitsausfälle), 50 % immaterielle Kosten (Verlust an Lebensqualität für Betroffene und Dritte).⁹²

Der Alkoholkonsum verursacht pro Jahr soziale Kosten von 6,5 Milliarden Franken. Davon sind 11 % direkte Kosten, 23 % indirekte und 66 % immaterielle.⁹³

Der Konsum illegaler Drogen verursacht pro Jahr soziale Kosten von 4,1 Milliarden Franken. 34 % der Kosten sind direkte, 56 % indirekte und 10 % immaterielle.⁹⁴

Das Glücksspiel in Schweizer Casinos verursacht jährliche Kosten von 70 Millionen Franken (direkte und indirekte, ohne immaterielle Kosten), wobei schätzungsweise nur 20 % der Spielerinnen und Spieler mit pathologischem oder problembehaftetem Spielverhalten in Casinos spielen.⁹⁵

In einer liberalen Gesellschaft ist es weder möglich noch erwünscht, dass jedes mögliche Risiko eingegrenzt wird. Das Recht der Bürgerinnen und Bürger auf ihre eigene Lebensgestaltung muss respektiert werden, selbst wenn dies Selbstschädigung bedeutet. Die Interessen der Wirtschaft müssen anerkannt werden. Aber dort, wo die Gesundheit der Bevölkerung gefährdet ist, muss ein liberaler und sozialer Staat handeln, auch wenn es zu Einschränkungen kommt. Solche Eingriffe sind etwa in der Verkehrspolitik und der Unfallverhütung viel akzeptierter als in der Suchtpolitik. Doch auch die pragmatische HIV/AIDS-Politik der Schweiz ebenso wie die heroingestützte Behandlung sind gute Beispiele dafür, dass in umstrittenen Bereichen die Public-Health-Vorstösse einen gesellschaftlichen Lernprozess einleiten und zu einer Entideologisierung der Problematik beitragen können.

Die Diskussion über Eigenverantwortung und deren politische und ethische Dimensionen betrifft nicht nur die Suchtpolitik, sondern die gesamte Prävention und Gesundheitsförderung. Nur stellt sich die Frage der Eigenverantwortung im suchtpolitischen Bereich besonders deutlich. Vorschnell wird die staatsbürgerliche Freiheit mit der Wahlfreiheit der

bb

Keine Person kann für sich allein ihre Gesundheit herstellen

Konsumentinnen und Konsumenten gleichgesetzt. Auf diese Weise wird der Zugang zu Alkohol rund um die Uhr oder das Trinken auf öffentlichen Plätzen zu einer grundlegenden Freiheit verklärt, wo es sich doch vorrangig um eine Ausdehnung von Konsumoptionen und der Verfügbarkeit handelt. Dies entspricht der Tatsache, dass heute in der gesundheitspolitischen Diskussion der Begriff der Freiheit zumeist als Vertrags-, Handels- und Gewerbefreiheit gefasst wird, die es in jeder Hinsicht zu erhalten oder gar zu erweitern gelte.

Förderung der Gesundheitskompetenz

Der *Bericht Herausforderung Sucht* schlägt deshalb vor, sich von einem sehr einseitigen Konzept der Eigenverantwortung zu verabschieden. In der Gesellschaft muss in Bezug auf Gesundheit stets von **Mitverantwortung** gesprochen werden. Keine Person kann für sich allein ihre Gesundheit herstellen. Dazu braucht es eine breite Anzahl von zentralen Kompetenzen, wie sie von der OECD im *International Adult Literacy Survey* festgehalten worden sind.⁹⁶ Die als Gesundheitskompetenz bezeichnete Fähigkeit der Einzelnen, stichhaltige Gesundheitsentscheidungen im Alltag zu treffen, gewinnt dabei erheblich an Bedeutung. Und zwar zu Hause, in der Gesellschaft, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der politischen Auseinandersetzung. Gesellschaft und Politik sollten die Kompetenzen der Einwohnerinnen und Einwohner, Mitverantwortung in der Gesundheit auszuüben, konsequent fördern. Von Seiten der Politik gilt es über die Gesundheitspolitik hinaus, das Handeln in anderen Politikbereichen zu fördern, um durch strukturelle Massnahmen ein verantwortungsvolles Gesundheitsverhalten zu unterstützen.

Aus Public-Health-Sicht muss über das Schlagwort «Eigenverantwortung» hinaus auf verschiedenen Ebenen gehandelt werden, die sich gegenseitig ergänzen, da individuelle Gesundheit ebenso eine Frage ist, die die Gesellschaft als Ganzes betrifft. Die individuelle Gesundheitskompetenz muss daher mit einem gesellschaftlichen Gesundheitsbewusstsein ergänzt werden:

In der Verhältnisprävention:

- Es braucht ein gesellschaftliches Umfeld, das den Menschen gesundheitsförderliches Handeln erleichtert. Andere gesellschaftliche Handlungsträger müssen vermehrt ihrer Verantwortung gegenüber dem Gemeinwohl nachkommen. Dies gilt ganz besonders im Hinblick auf die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben wie etwa die Abgabe von Alkohol an Minderjährige. Diese Verantwortung muss aber auch über rechtliche Vorschriften hinausreichen wie etwa bei der Fanbetreuung bei Fussballspielen. Auch versuchen einige Projekte, sich insbesondere an Väter als zentrale männliche Vorbilder zu richten und damit in die Familienstrukturen hineinzuwirken.
- Es gibt auch von Seiten der privatwirtschaftlichen Handlungsträger zahlreiche Möglichkeiten, ebenfalls Verantwortung zu übernehmen. Dazu gehören etwa freiwillige Produktkennzeichnungen, Produktkontrolle, zurückhaltende Werbe- und Sponsoringmassnahmen oder Abgabebeschränkungen. Leider sind im Suchtbereich die Erfahrungen mit der Selbstregulierung der Wirtschaft nicht sehr ermutigend. Verschiedene Anbieter, etwa im Tabakbereich, nutzen solche Möglichkeiten nur zum Schein. Trotzdem kann direkt Schadensminderung betrieben werden, wie beispielsweise in Neuseeland, wo Wirtinnen und Wirte eine Garantenrolle übernehmen und dafür sorgen, dass Alkoholisierete nach dem Konsum nicht Auto fahren. Ein weiteres Beispiel ist das Organisieren von Heimfahrgelegenheiten nach übermässigem Alkoholkonsum. So hat das soziale Konzept der *designated drivers* in den USA zu schadensmindernden Verhaltensänderungen geführt.

In der Verhaltensprävention:

- Menschen brauchen persönliche Ressourcen, die das eigene Handeln für die Gesundheit unterstützen. Solche müssen vermehrt bereitgestellt werden. Dem wird in der Verhaltensprävention mit dem Lebenskompetenzmodell Rechnung getragen, welches die Entwicklung von Selbstverantwortung fördert.⁹⁷ In internationalen Wirksamkeitsstudien haben sich die Lebenskompetenzprogramme (Life skills Trainings) als erfolgreicher Ansatz in der Verhaltensprävention herausgestellt.⁹⁸ Derartige Programme werden auch unter den Begriffen Risikokompe-

Lebenskompetenzmodelle bilden bei Kindern und Jugendlichen Schutzfaktoren aus, die die Wahrscheinlichkeit verringern, unter bestimmten Risikobedingungen später ein Sucht- oder Gewaltverhalten zu zeigen. Zu diesen Lebenskompetenzen, die als Schutzfaktoren wirken können, gehören zum Beispiel Standfestigkeit gegenüber einem Konsumangebot, Kommunikationsfertigkeiten und Bewältigungsstrategien.¹³³

68

tenz und Gesundheitskompetenz durchgeführt: Neben dem Erwerb einer breiten Lebenskompetenz ist es auch wichtig, den kritischen Umgang mit psychoaktiven Substanzen und neuen Medien wie dem Internet zu lernen. Solche Modelle können als unspezifische Suchtprävention und Frühintervention vermehrt in Schulen und Jugendeinrichtungen, in Verbänden und Organisationen angeboten werden.⁹⁹ In einzelnen Schweizer Kantonen ist dies schon erfolgt und sollte entsprechend ausgeweitet und regelmässig ausgewertet werden.

Mit Training in Lebenskompetenz können besonders jene Schülerinnen und Schüler erreicht werden, die im Schulalltag mit ihrem Verhalten anecken und sich nicht an Regeln und Grenzen halten. Eine Befragung der involvierten Lehrpersonen in einem solchen Programm ergab, dass nach dem Besuch des Kurses bei 62 Prozent der Jugendlichen eine positive Verhaltensänderung festgestellt wurde.¹⁰⁰ Die flächendeckende Investition in derartige kompetenzbildende Präventionsprogramme wäre auch in der Schweiz zu begrüßen. Kritisch soll angemerkt werden, dass es durchaus seit längerem eine Diskussion über diese Art von Programmen gibt: Es handelt sich dabei um die Frage, ob es vorrangig um «Gebrauchsprävention» (Verhinderung von Konsum) oder um «Missbrauchsprävention» (Verhinderung von problembehaftetem Konsum) gehen sollte.¹⁰¹ Im Rahmen der schweizerischen Diskussion, die bei illegalen Drogen und Alkohol die Schadensminderung anerkennt, ist davon auszugehen, dass dort beide Ansätze vertreten werden und nützlich sind. Die epidemiologischen Daten verweisen so oder so eindeutig auf die Notwendigkeit einer präventiven Schwerpunktbildung in der Grundschule. Es ist Sache der Politik, die erforderlichen Rahmenbedingungen und Mittel zur Verfügung zu stellen.

Mehr als Jugendschutz

Differenzierte Vorgehensweisen in Bezug auf Bevölkerungsgruppen

Jugendschutz ist auch aus Public-Health-Sicht wichtig und unbestritten: Sämtliche Daten zeigen, dass problembehafteter Substanzkonsum in dieser Altersphase besonders schwerwiegende Auswirkungen hat. Entsprechend kann dies auch für Verhaltenssüchte angenommen werden. Der starke Fokus auf Jugendschutz ist allerdings angesichts der Problemlasten eine zu schmale strategisch-instrumentelle Ausrichtung für eine zukunftsfähige Suchtpolitik, nicht zuletzt angesichts der grossen demografischen Veränderungen.

Sämtliche Daten zeigen, dass viele Muster des problembehafteten Substanzkonsums im Kindes- und Jugendalter gelegt werden und in dieser Lebensphase je nach Substanz besonders schwerwiegende Auswirkungen haben können.¹⁰² Beim Tabak beispielsweise geht bei über 80 Prozent der erwachsenen Raucherinnen und Raucher der Beginn des abhängigen Konsums auf ein Alter unter 20 Jahren zurück.¹⁰³ Deshalb muss es ein vorrangiges Ziel jeder Suchtpolitik sein, Kinder und Jugendliche zu schützen. Sie darf dabei jedoch nicht stehen bleiben – eine vorwiegend auf Jugendliche ausgerichtete Politik erfasst die gesundheitspolitische Problematik nicht in ihrer gesamten Tragweite. Zudem können viele notwendige Massnahmen des Jugendschutzes bereits abgedeckt sein, wenn der Konsum und das Angebot von Substanzen nach Public-Health-Gesichtspunkten geregelt sind. Das gilt beispielsweise für ein Rauchverbot in öffentlichen Bereichen. Wegen der leichten Verfügbarkeit vieler legaler und illegaler Substanzen – eben auch für Jugendliche – ist aber nicht nur die konsequente Umsetzung der bestehenden Regulierungen zum Jugendschutz entscheidend. Bedeutsam sind auch die Ansätze der Schadensminderung, wie beispielsweise bei Festivals und anderen Events, sowie die integrierende Jugendförderung als präventive Massnahmen. Suchtpolitik darf Jugendliche nicht per se als Problemgruppe definieren und muss sie in ihrer Besonderheit begreifen: Risikoverhalten und das Überschreiten von Grenzen gehören zum Bestimmungsbild dieser Altersgruppe.

70

*Der Fokus
auf Jugendliche
ist eine
zu schmale
strategisch-
instrumentelle
Ausrichtung*

Der heute besonders beim problembehafteten Alkoholkonsum bestehende Fokus auf Jugendliche ist eine zu schmale strategisch-instrumentelle Ausrichtung für die Zukunft. Die statistische Datenlage zeigt, dass die gesellschaftliche Belastung aufgrund des problembehafteten Konsums Erwachsener viel schwerwiegender ist als der Konsum Jugendlicher (zum Beispiel Gesundheitskosten und Unfälle). Zudem ist der aktuelle Fokus häufig nicht glaubwürdig, weil die Handlungsvorschläge meist in erster Linie bei den jugendlichen Konsumentinnen und Konsumenten und nicht bei den Angebotsstrukturen ansetzen und zudem Erwachsene in ihrer Vorbildfunktion ausser Acht lassen: Für Jugendliche ist die Glaubwürdigkeit von Massnahmen von hoher Bedeutung. So wird beispielsweise viel mehr über die Botellones der Jugendlichen diskutiert als über den problembehafteten Alkoholkonsum bei Events von Erwachsenen. Und das, obwohl sich schädlicher Konsum und riskanter Umgang mit Alkohol überall in der Gesellschaft finden. Eine differenzierte Suchtpolitik richtet sich deshalb auf unterschiedlichste Konsumenten- und Betroffenengruppen aus: Die Massnahmen müssen nach Altersgruppen, sozialen Schichten, Geschlecht und weiteren relevanten sozialen Kriterien differenziert sein, um erfolgreich zu wirken.

Massnahmen mit Bezug auf Alter und Sucht

Die Zahlen für die Schweiz zeigen, dass 29 Prozent der 65- bis 74-Jährigen täglich Alkohol konsumieren, dass fast 20 Prozent der über 74-Jährigen täglich Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnehmen und ebenfalls 20 Prozent der 55- bis 65-Jährigen rauchen.¹⁰⁴ Die veränderte demografische Situation spiegelt sich nicht nur in der Schweiz in der Zunahme einer älteren Klientel in den Alkoholberatungsstellen und bei der Drogenhilfe. Auch bei älteren Menschen gehen Suchtprobleme häufig mit sozialen Problemen einher, sie sind aber meist weniger sichtbar als bei den Jungen und spielen sich zu Hause ab.¹⁰⁵ Schwierige Lebenssituationen und -veränderungen (Eintritt ins Pensionsalter, Verlust von Verwandten und Bekannten durch Tod, Verlust der Eigenständigkeit) führen zu einer erhöhten Gefahr, wobei insbesondere der Alkohol- und Medikamenten-

missbrauch im Vordergrund stehen.¹⁰⁶ Auch hier kommt es zu beträchtlichen finanziellen und sozialen Folgekosten: Unfälle – zum Beispiel Stürze aufgrund von Substanzmissbrauch – und die damit verbundene frühzeitige Einweisung in ein Pflegeheim belasten nicht nur das Gesundheitssystem, sondern beeinträchtigen auch die Selbstständigkeit und Lebensqualität der Betroffenen stark. Die Thematik von systembedingt ausgelöstem Suchtverhalten (systemisch induzierte Sucht) muss ebenfalls diskutiert werden: Kostenüberlegungen sowie ein Mangel an gut ausgebildetem Personal können dazu beitragen, dass der Druck für eine ruhigstellende Medikamentenabgabe steigt.¹⁰⁷

Unterschiedliche Altersgruppen – unterschiedliche Konsummuster

Am höchsten war 2007 der Anteil Rauchender mit gegen 37 % unter den 25- bis 34-Jährigen, die 15- bis 24-Jährigen rauchen zu fast 34 %. Tendenziell sinkt mit dem Alter der Anteil Rauchender: Während noch 31 % der 45- bis 54-Jährigen rauchen, sinkt diese Rate bei den 55- bis 64-Jährigen auf 25 % und bei den 65- bis 74-Jährigen auf gegen 17 %. Am wenigsten rauchen mit 8 % die über 75-Jährigen.¹⁰⁸

Am häufigsten episodisch-risikoreich trinken die 15- bis 24-Jährigen (20,6 %). Diese Art des Konsums nimmt mit dem Alter stetig ab. Mit dem Alter steigen dagegen der Nichtkonsum und der risikoarme Konsum sowie der chronische Risikokonsum an.¹⁰⁹

Der Medikamentenkonsum nimmt mit dem Alter drastisch zu: Während innerhalb von sieben Tagen vor der entsprechenden Befragung 3,3 % der 25- bis 34-jährigen Frauen täglich Schmerzmittel eingenommen haben (Männer: 3,2 %), sind es bei den 45- bis 54-jährigen Frauen bereits 7,0 % (Männer: 4,7 %) und bei den über 75-jährigen 16,9 % (Männer: 7,2 %). Ähnlich entwickelt sich der Gebrauch von Schlafmitteln.¹¹⁰

Die Betroffenheit von Kaufsucht nimmt mit dem Alter tendenziell ab.¹¹¹

Massnahmen mit Bezug auf sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Viele Krankheiten und Gesundheitsstörungen treten in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen häufiger auf, mit zum Teil weitreichenden Folgen für die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien. Besonders bedeutsam ist die soziale Schichtzugehörigkeit.¹¹² Deutlich zeigen sich soziale Unterschiede etwa bei deutschen Zahlen zum Tabakrauchen: Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche rauchen nicht nur mehr, sie beginnen auch früher.¹¹³ Erklärungsmodelle beziehen sich auf das Risikoumfeld und die Kumulierung von Problemlagen, so zum Beispiel der grösseren Vielfalt an psychosozialen Problemen und Umfeldbelastungen, denen diese Kinder und Jugendlichen ausgesetzt sind. Auch bei Alkohol zeigt sich die Häufung der riskanten Konsummuster – zum Beispiel des Rauschtrinkens – bei Jugendlichen in den Realschulen beziehungsweise Sek-C-Klassen signifikant häufiger als bei Gymnasialklassen, ebenso der Cannabiskonsum. Besonders gefährdet sind arbeitslose männliche Jugendliche. Nach neuesten epidemiologischen Studien ist zudem in allen sozialen Schichten die psychische Verfassung junger Menschen schlechter geworden.¹¹⁴ Auch die Erfahrung von weichen Faktoren wie Bindung, Beziehung, Zugewandtheit, Liebe, Wärme und Zeit entscheidet ein Stück weit darüber, ob Jugendliche zu einem Drogenkonsum neigen. Massnahmen der Jugendarbeit, die Jugendliche integrieren und auch auf ihre emotionalen Bedürfnisse eingehen, sind daher von grosser Bedeutung.

Massnahmen mit Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund

Studien zur Prävention von Suchtproblemen bei Migrantinnen und Migranten liefern Hinweise, wo sinnvolle Massnahmen ansetzen sollten. Insbesondere sticht hervor, dass in vielen Migrantengruppen das Problembewusstsein für eine Gefährdung durch legale Suchtmittel (Tabak, Alkohol, Medikamente) nicht vorhanden ist. Der Begriff «Sucht» wird fast ausschliesslich im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Stoffe (Heroin, Kokain) verstanden und ist stark tabuisiert. Information, Früh-

erkennung und rechtzeitige Behandlung werden erschwert, weil viele Familien das Problem nicht nach aussen tragen und versuchen, es intern zu lösen. Hinzu können Sprach- und breitere Integrationsprobleme kommen. Viele Angebote sind nicht genügend bekannt, das Verständnis für das schweizerische Gesundheitssystem fehlt in vielen Fällen. Besonders wichtig ist es, Frauen und Mütter zu erreichen und über die Suchtproblematik aufzuklären, wie Schweizer Erfahrungen auf Gemeindeebene zeigen.¹¹⁵ Programme müssen dabei auf die Lebenswirklichkeit dieser Betroffenen ausgerichtet sein.

Massnahmen mit Bezug auf geschlechtsspezifische Unterschiede

Frauen und Männer unterscheiden sich nach wie vor erheblich in der sozialen und gesundheitlichen Lage und im Gebrauch von Substanzen sowie in Bezug auf Verhaltensüchte: Männer haben im Allgemeinen einen höheren problembehafteten Substanzkonsum, Frauen im Allgemeinen einen höheren problembehafteten Medikamentenkonsum. Auch beim Tabakrauchen liegen in manchen Ländern inzwischen die Mädchen vor den Jungen.¹¹⁶ Die Gründe für den Suchtmittelkonsum sind bei Frauen und Männern unterschiedlich. Sie hängen bei Frauen oft mit überfordernden Rollenerwartungen und Mehrfachbelastungen, aber auch mit kontinuierlichen Gewalterfahrungen und Ohnmachtsgefühlen zusammen, bei Männern mit beruflichem und persönlichem Erfolgsdruck und mit Überforderungen durch familiäre Verpflichtungen, zum Beispiel Vaterschaft. Zunehmend werden aber auch einengende und überfordernde Rollenerwartungen und Männerbilder berücksichtigt. Geschlechtsspezifisch unterschiedliche Wirklichkeiten, Erfahrungen, Ressourcen und Bedürfnisse von Frauen und Männern müssen gleichermaßen berücksichtigt werden.

Ein besonderer Aspekt ist der Umstand, dass mehr Frauen mit süchtigen Männern zusammenleben als umgekehrt (in Deutschland ist das Verhältnis etwa 3:1). Aus diesem Grunde müssen sie oftmals die Folgen der Sucht ihres Partners mittragen und ertragen (beispielsweise Schulden, physische Gewalt, Isolation). Meistens bleiben Frauen viel länger mit einem

süchtigen Partner liiert, als dies in der umgekehrten Situation der Fall ist.¹¹⁷ Besondere Probleme ergeben sich auch bei Schwangerschaften, da der Konsum von verschiedenen Substanzen schädliche Folgen für das Kind haben kann. In den meisten Programmen wird den geschlechtsspezifischen Aspekten noch viel zu wenig Rechnung getragen – dies gilt es zu ändern.

Der Einfluss des sozioökonomischen Status und des Geschlechts

Migrantinnen und Migranten aus dem ehemaligen Jugoslawien, aus Portugal, dem Kosovo, der Türkei und Sri Lanka konsumieren deutlich häufiger täglich Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmittel als Migrantinnen und Migranten aus Italien, Deutschland, Österreich und Frankreich. Die letzten Gruppen unterscheiden sich in ihrem Medikamentenkonsum kaum von Schweizern.¹¹⁸

Mit 20 % konsumiert ein deutlich grösserer Teil der Männer täglich Alkohol als Frauen (9 %).¹¹⁹

Der selbst wahrgenommene Gesundheitszustand hängt positiv mit der Bildung zusammen: 72 % der Personen mit obligatorischem Schulabschluss nehmen ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut wahr, bei Personen mit Abschluss auf Sekundarstufe II sind es 88 % und auf Tertiärstufe 93 %.¹²⁰

Frauen, ältere und weniger gut gebildete Menschen leiden häufiger an einer dauerhaften Krankheit oder einem dauerhaften gesundheitlichen Problem: 26 % der Männer und 28 % der Frauen sind betroffen. Während unter den 15- bis 24-Jährigen 14 % betroffen sind, sind es bei den mindestens 75-Jährigen 48 %. 26 % der Bevölkerung mit tertiärem Bildungsabschluss sind von einer dauerhaften Krankheit betroffen, bei der Bevölkerung mit obligatorischem Schulabschluss sind es mit einem Drittel deutlich mehr.¹²¹

Schlussfolgerungen

Der *Bericht Herausforderung Sucht* schlägt daher vor, die besonderen Schutzbedürfnisse, Schutzerfordernisse und Gefährdungen verschiedener Altersgruppen und Kohorten ebenso wie sozioökonomische und soziokulturelle Kriterien ins Blickfeld zu nehmen, ohne die Betroffenen zu diskriminieren. Die unterschiedlichen Verhaltens- und Suchtformen und die differenzierten Konsummuster bestimmter Gruppen müssen in ein differenziertes suchtpolitisches Instrumentarium umgesetzt werden. Dazu müssen auch die Angebotsstrukturen analysiert und transparent dargestellt werden – gerade in Bezug auf den Anreiz zum Konsum. Erleichtert wird dies alles durch ein Vorgehen, das die Betroffenen einbindet.

Besonderes Augenmerk muss die Suchtpolitik auf die Gefährdungen von Kindern und Jugendlichen legen, ohne diese als Problemgruppe abzustempeln. Dies gilt nicht nur in Bezug auf illegale Substanzen, sondern auch für den Zugang zu, das Angebot von und die Bewerbung von legalen Produkten (wie Alkohol und Tabak) sowie zunehmend auch für die virtuelle Welt.

Für alle Gruppen gilt es, ohne Schuldzuweisung den Zugang zu Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, Therapie und gegebenenfalls Schadensminderung sicherzustellen. Dies ist eine zentrale Voraussetzung für eine Suchtpolitik, die auf einem Public-Health-Ansatz beruht – auch wenn sie zusätzliche finanzielle Mittel erfordert.

Schliesslich versucht eine zukunftsfähige Suchtpolitik auch eine Veränderung der gesellschaftlichen Normen zu erwirken. Ziel ist es beispielsweise, das Nichtrauchen zur gesellschaftlichen Norm werden zu lassen oder neue Verhaltensweisen beim Alkoholenuss zu vermitteln. Dazu tragen Aufklärungskampagnen durchaus bei – am wichtigsten sind jedoch strukturelle Massnahmen, die sich auf die ganze Gesellschaft beziehen. Von daher setzt beispielsweise die Aufhebung des Verbots von Fernsehwerbung für Wein und alkoholhaltiges Bier das falsche gesundheitspolitische Signal. Solche Signale reduzieren die Glaubwürdigkeit anderer Präventionsmassnahmen.

Eine **Kohorte** ist eine Bevölkerungsgruppe, die durch ein zeitlich gemeinsames, längerfristig prägendes Startereignis bestimmt wird. Je nach «Startereignis» kann es sich beispielsweise um Alters- oder Geburtskohorten, um Eheschlusskohorten oder um Berufseintrittskohorten handeln. Die Idee hinter dem Kohortenkonzept ist, dass beispielsweise die Mitglieder einer Geburtskohorte gemeinsamen kulturellen und sozialökonomischen Einflüssen ausgesetzt sind, die sich auch in einem mehr oder minder starken Grad auf den Lebensverlauf auswirken. Soweit dies der Fall ist, spricht man von Kohorteneffekten.¹³²

76

Auch
unterlassenes
politisches
Handeln
ist Suchtpolitik

Mehr als gesundheitspolitische Massnahmen

Die Notwendigkeit einer sektorübergreifenden Suchtpolitik

Eine zukunftsfähige Suchtpolitik muss andere Politikbereiche einbeziehen sowie die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen föderalen Ebenen fördern, um ihre gesundheitspolitischen Ziele zu erreichen. Sie muss auf eine inhaltliche Erweiterung vorbereitet sein (siehe Kapitel 4) sowie die strategische Zusammenführung der bisher getrennten Suchtpolitiken anstreben. Weitere gesellschaftliche Handlungsträger – wie Wirtschaft und Zivilgesellschaft – sind, soweit angebracht, ebenfalls einzubeziehen.

Verankert ist die Suchtpolitik zu Recht im Gesundheitsbereich. Suchtpolitik wird jedoch auch in anderen Politikbereichen unter anderem via Preis- und Steuerpolitik, Zollrecht, Verkehrspolitik, Verkaufs- und Zugangseinschränkungen oder Verhaltenssteuerung betrieben. Dies geschieht nur manchmal mit direkten Einflussmöglichkeiten von Seiten der Gesundheitsverantwortlichen. Aber auch unterlassenes politisches Handeln ist Suchtpolitik. Die enge Verbindung von Konsummustern und Angebotsstrukturen verdeutlicht, dass eine Suchtpolitik stets die wirksamste Wechselwirkung zwischen öffentlicher Aufklärung und der Einwirkung auf Produktion, Angebot und Konsum finden muss. In einer Gesellschaft voller Konsumoptionen muss die Suchtpolitik gerade den angebotslenkenden Massnahmen mehr Bedeutung beimessen: Nur so kann die gesündere Wahl zur attraktiveren, billigeren und einfacheren Option werden. Heute ist es meist umgekehrt, besonders beim Alkohol. Noch scheut man sich, die Erfahrungen mit der Tabakpolitik – wo Preispolitik als einer der wichtigsten Faktoren zur Reduktion anerkannt ist – konsequent auf die Alkoholpolitik anzuwenden. Erst langsam setzt angesichts der deutlichen Zunahme von Billigbieren eine ähnliche Diskussion ein. Inzwischen wird mit gesundheitspolitischen Argumenten und aus Gründen des Jugendschutzes über ein Mindestpreis für Bier diskutiert. Dieser soll dem Preiszerfall aufgrund der Preiskämpfe zwischen Brauereien und zwischen Discountern entgegensteuern.

Das Interesse der anderen Politikbereiche müsste an sich gegeben sein, da sich der Grossteil der Folgekosten von problembehafteten Konsummustern nicht nur in Gesundheitsausgaben niederschlägt, sondern auch in sozialen Kosten für die Familien, in wirtschaftlichen Kosten für die Betriebe und in Ausgaben für die öffentliche Sicherheit. Abbildung 3 zeigt am Beispiel des Alkoholkonsums die Bereiche, in denen Kosten anfallen können. Analog haben auch der Konsum anderer Substanzen oder bestimmte Verhaltensweisen Kosten in den vier Bereichen «Familie/soziales Netzwerk», «Gesundheitssystem», «Arbeitsplatz» und «Kriminalität/öffentliche Ordnung» zur Folge, wenn auch in unterschiedlicher Form und Gewichtung.

Aus Public-Health-Sicht ist insbesondere ein koordiniertes und ausgewogenes Handeln zwischen einzelnen Massnahmen und hier abgebildeten Politikbereichen erforderlich: *Es sind die Mischung von Interventionen sowie ein koordiniertes Vorgehen, die Public-Health-Massnahmen im Suchtbereich erfolgreich machen.* Diese möglichen Massnahmen reichen von den gesundheits- und sozialpolitischen Massnahmen zur Reduktion von Nachfrage und Angebot über Marktregulierung, strafrechtliche Massnahmen und Repression bis hin zur unterstützenden Sozial-, Bildungs- und Familienpolitik, einschliesslich der Reintegration. Sie finden ihre Unterstützung in der Therapie und der Schadensminderung. Je nach Substanz, Verhalten oder Konsumentengruppe müssen sie unterschiedlich angepasst werden – in der europäischen Diskussion wird dies als *balanced approach* bezeichnet.¹²³

Abbildung 3

Mögliche Auswirkungen des Alkoholkonsums auf das Gesundheitssystem, den Arbeitsplatz, die Kriminalität und die öffentliche Ordnung sowie die Familie und das soziale Netzwerk.¹²²



Regulierung: Aus Public-Health-Sicht ist die gesundheitliche Problemlast ein zentrales Handlungskriterium. Eine zukunftsfähige Suchtpolitik muss je nach Schädigungspotenzial einer Substanz – oder in Bezug auf bestimmte Bereiche der Verhaltenssuchte – differenzierte Regelungsmechanismen vorschlagen. Diese Regelungen können von einer Gestaltung der Rahmenbedingungen eines legalen Marktes, abgesichert durch die Androhung von Bussen bei Verstoss gegen diese Bedingungen, bis zu einer umfassenden Regelung von Produktion, Handel und Konsum reichen, die durch die Androhung von Freiheitsstrafen bei Verstössen auf der Angebotsseite abgesichert wird. Der Verzicht auf einen legalen Markt rechtfertigt sich sogar bei sehr gefährlichen Substanzen nur dann, wenn damit auch der Schutz Minderjähriger wirksamer gewährleistet werden kann. Das ist nur möglich, wenn eine weitestgehende Reduktion des Angebots realistisch ist; gelingt diese nicht, ist zu prüfen, ob marktregulierende Massnahmen Jugendliche nicht besser vor dem schädlichen Konsum von heute illegalen Substanzen schützen könnten.

Repression: In der Suchtpolitik sind je nach Schädigungspotenzial einer Substanz auch polizeiliche Massnahmen oder Repression erforderlich: Ohne repressive Massnahmen kommt keine Suchtpolitik aus, weil auch die Regulierung eines Marktes (und nicht nur das Verbot von Produktion, Handel und Konsum) durch Strafbestimmungen und Sanktionen abgesichert werden muss. Und zwar nicht nur gegenüber den Konsumentinnen und Konsumenten, sondern auch gegenüber den Vertreibern und den Produzenten.

Unterstützende Massnahmen: Entscheidend ist zudem, dass Aspekte der Sozial-, Bildungs- und Familienpolitik sowie Massnahmen in der Arbeitswelt oder in der Freizeitgestaltung berücksichtigt werden: Belastungs- und Schutzfaktoren sind in der Gesellschaft ungleich verteilt. Kinder und Jugendliche aus der sozialen Unterschicht sind stärker von **Belastungsfaktoren** betroffen als solche aus höheren Schichten.¹²⁴ Die Verbindung von strukturellen Massnahmen, die Stärkung von sozialen Gesundheitsressourcen und **Schutzfaktoren** auf familiärer und lokaler Ebene müssen verstärkt im Zentrum der Bemühungen auch der Suchtpolitik stehen. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Schul- und Freizeitpolitik sowie auf die

Belastungsfaktoren erhöhen das Risiko, von einer bestimmten Erkrankung betroffen zu werden oder diese zu verschlimmern. Den Belastungsfaktoren gegenüber stehen die **Schutzfaktoren**, welche die Gefahr einer solchen Erkrankung oder deren Verschlechterung vermindern. Man unterscheidet konstitutionelle (zum Beispiel Lebensalter oder Geschlecht), externe (Ernährung, Stress) und interne Faktoren (Gesundheitszustand).

80

Eine
zukunftsfähige
Suchtpolitik
setzt auf
Evidenz und
Wirksamkeit

individuelle Gesundheitskompetenz. Dazu muss die fachliche Kompetenz der wichtigen Handlungsträger für die Umsetzung eines koordinierten und integrierten Ansatzes gefördert werden.¹²⁵ Zu denken ist auf lokaler Ebene etwa an das Gesundheits- und Sozialwesen, Schulen, Behörden und Polizei.

Ausblick

Die Public-Health-Debatte um die Suchtpolitik ist eine gesellschaftspolitische Debatte, sie wird kontrovers geführt und bezieht sich häufig auf unterschiedliche Gesellschaftsmodelle. Viele soziale Probleme werden inzwischen aus einer Gesundheitsperspektive betrachtet. Dies ermöglicht einerseits eine auf Evidenz – der gesundheitlichen Problemlast – basierte Diskussion. Andererseits aber führt dies zu einer zunehmenden Politisierung der Auseinandersetzung um Public-Health-Massnahmen. Von den vielfältigen Einflüssen auf die Suchtpolitik wirken am stärksten die folgenden Grössen: die öffentliche Meinung, die politische Ideologie, theoretische Konzepte, Erfahrung und Experimente, Wissenschaft und Evidenz sowie die Wirksamkeit.¹²⁶ Eine zukunftsfähige Suchtpolitik setzt auf Evidenz und Wirksamkeit.

Der gesellschaftliche und demografische Wandel sowie veränderte Konsummuster haben zu einer defensiven Haltung bei Produzenten und Dienstleistern geführt. Diese sehen ihre Absatzmärkte durch staatliche Regulierung vermehrt gefährdet. Sie argumentieren gegen eine «Volkserziehung», welche die Einwohnerinnen und Einwohner mit gesetzlichen Instrumenten bis ins Private hinein verfolgt. Dies macht eine zukunftsfähige Ausgestaltung der Suchtpolitik schwierig, obwohl ein anderes (gesünderes) Konsumverhalten durchaus Chancen für unternehmerisches Handeln bietet. So haben etwa Absatz und Konsum von alkoholfreiem Bier weltweit erheblich zugenommen. In der suchtpolitischen Diskussion muss es deshalb auch um die Verantwortung von Seiten der Produzenten und Anbieter gehen, nicht allein um die Eigenverantwortung der einzelnen Konsumentinnen und Konsumenten.

Suchtpolitik muss pragmatisch und realistisch sein und sich an den Lebenswirklichkeiten orientieren. Ihr vorrangiges Ziel ist eine Verbesserung der öffentlichen Gesundheit durch eine wirksame und messbare Verringerung des **problembehafteten Konsums** aller psychoaktiven Substanzen und durch ein vorausschauendes Handeln in Bezug auf **Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial**. Die sich daraus ergebende Reduktion der gesundheitlichen und sozialen Schadenslast bedeutet eine Reduktion der Problemlast nicht nur für das Gesundheitswesen sondern auch für andere politische und gesellschaftliche Handlungsbereiche.

Auch auf europäischer Ebene ist eine Entwicklung von der Drogenpolitik in Richtung einer integrierten und kohärenten Suchtpolitik festzustellen. Kennzeichen sind Evidenzorientierung, differenzierte Ausgestaltung der Massnahmen sowie Entkriminalisierung – mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheit. Es wäre zu wünschen, dass die politischen Entscheidungsträger sich von vereinfachenden suchtpolitischen Leitvorstellungen verabschieden. Das hier vorgelegte Leitbild für einen zukunftsfähigen Politikansatz in der Suchtpolitik will dazu beitragen.

82



6 Herausforderung Sucht

Leitbild für einen zukunftsfähigen Politikansatz



Das *Leitbild Herausforderung Sucht* geht in seinen Leitsätzen von einem neuen Verständnis der Suchtpolitik aus. Es empfiehlt sowohl eine *erweiterte inhaltliche Orientierung* als auch eine *veränderte strategische Ausrichtung der Suchtpolitik*. Das *Leitbild Herausforderung Sucht* versteht die Herausforderungen als gesellschaftliches Phänomen, dem mit einem kohärenten und umfassenden Ansatz begegnet werden muss. Es bezieht sowohl psychoaktive Substanzen als auch substanzungebundene Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial ein und beruht auf einem *Public-Health-Ansatz*. Leitlinien für das Handeln nach diesem Ansatz sind die *Prävention des problembehafteten Konsums und problembehafteter Verhaltensweisen* sowie die *Verminderung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Folgeschäden* sowohl für das Individuum als auch für das soziale Umfeld und die Gesellschaft.

Leitsatz 1 Kohärente Politik

Die Schweiz verfolgt auf der Grundlage eines *Public-Health-Ansatzes* eine *kohärente Politik* in Bezug auf *schädlichen und riskanten Umgang* mit psychoaktiven Substanzen und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial.

Leitsatz 2 Orientierung am Schadenspotenzial und der tatsächlichen Problemlast

Das suchtpolitische Handeln der Schweiz orientiert sich am *Schadenspotenzial und der tatsächlichen Problemlast* von Substanzen oder Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial für das Individuum, sein soziales Umfeld und die Gesellschaft. Es verabschiedet sich damit von einer vereinfachenden Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen und der alleinigen Ausrichtung auf Abhängigkeiten.

Leitsatz 3 Inhaltliche Ausweitung

Das suchtpolitische Handeln der Schweiz umfasst neben Alkohol, Tabak und illegalen Drogen auch *Medikamente, substanzungebundene Süchte* sowie *Produkte zur körperlichen und psychischen Optimierung*. Dabei wird den spezifischen Merkmalen der einzelnen Suchtformen Rechnung getragen.

Leitsatz 4 Sicherstellung von Behandlung und Betreuung

Sucht ist eine Krankheit. Menschen mit einem problembehafteten Konsum, einem problembehafteten Verhalten oder einer Abhängigkeit haben ein Recht auf Behandlung und Betreuung. Auch den Angehörigen, Partnern und Kindern steht Unterstützung zu. Zugänglich sind auch *Massnahmen der Früherkennung, Beratung, Unterstützung des Ausstiegs und der sozialen Wiedereingliederung*. Der Auf- oder Ausbau eines integrierten Angebotes wird angestrebt.

Leitsatz 5 Schadensminderung

Wirksame Massnahmen der Schadensminderung beziehen sich auf Konsumierende und auf ihr Umfeld. *Sie werden dort gewährleistet, wo sie aus Public-Health-Sicht eine Option darstellen*. Im Bereich Tabak ist dies nach aktuellem Wissensstand nicht der Fall.

Leitsatz 6 Prävention durch umfeldbezogene, strukturelle Massnahmen

Die Suchtpolitik der Schweiz setzt auf umfeldorientierte, strukturelle Massnahmen, die eine gesündere Wahl zur attraktiveren Option machen. Dazu werden *verschiedene Politikbereiche konsequent in das suchtpolitische Handeln eingebunden*.

Leitsatz 7 Verpflichtung von Herstellern, Vertreibern und Verkäufern

Hersteller, Vertreter und Verkäufer von Produkten mit Schadens- und Suchtpotenzial werden durch einen *abgestimmten Rechtsrahmen für die Steuerung von Angebot und Nachfrage* stärker verpflichtet. Dies gilt für alle föderalen Ebenen in der Schweiz.

Leitsatz 8 Differenzierte Zielgruppenorientierung

Jugendschutz bleibt ein bedeutsamer Bereich der Suchtpolitik und bedarf der konsequenten Umsetzung. Suchtpolitische Massnahmen müssen aber breit auf alle *Zielgruppen* ausgerichtet sein. Dabei gilt es zu beachten, dass suchtpolitische Massnahmen niemanden aufgrund *sozialer Ungleichheiten* oder *Verschiedenheit* diskriminieren dürfen. Ergänzend sollen spezifische Programme die *Gesundheitskompetenz* jedes und jeder einzelnen im Sinn von Prävention und Früherkennung fördern.

Leitsatz 9 Beitrag der Zivilgesellschaft

Die *Handlungsträger der Zivilgesellschaft* – beispielsweise Sport- und Wirtschaftsverbände oder Berufsorganisationen – verstärken ihre Aktivitäten besonders in der Prävention und Schadensminderung.

Leitsatz 10 Forschung, Ausbildung und Monitoring/Evaluation

Die Schweiz verstärkt die *Ausbildung von Fachkräften* und die *Suchtforschung*. Dazu wird ein leistungsfähiges und integriertes *Suchtmonitoring aufgebaut*, das den Ansatz des Leitbildes reflektiert. Der Bundesrat soll ein *Nationales Forschungsprogramm* Suchtforschung lancieren. Die Suchtforschung wird unter Einbezug von Medizin und Psychiatrie universitär stärker verankert.

Ausblick

Weiterführung des Prozesses «Herausforderung Sucht»

Die an diesem Bericht beteiligten Vertreterinnen und Vertreter der drei Eidgenössischen Kommissionen EKAL, EKDF und EKTP im Suchtbereich *fordern das Bundesamt für Gesundheit (BAG) auf*, nach Veröffentlichung des vorliegenden Dokumentes *einen vom BAG moderierten und zielorientierten Folgeprozess anzustossen*.

Im Zentrum dieses Prozesses stehen

- die Vermittlung,
- die Vertiefung und
- die Verankerung

der Inhalte des vorliegenden Berichtes und Leitbildes.

Die *Vermittlung* der Inhalte dient der Information breiterer Kreise sowie der Anregung einer Diskussion über die Inhalte. Der Bericht kann dadurch Handlungsträgerinnen und Handlungsträgern auf allen föderalen Ebenen und in fachlichen und gesellschaftlichen Organisationen als Referenzpapier dienen. Das BAG engagiert sich im Rahmen dieser Vermittlung dafür, dass die Leitsätze bei politischen Geschäften und tagesaktuellen Diskussionen mit suchtpolitischer Relevanz eingebracht werden.

Parallel zur Vermittlung sollen durch *Vertiefung* der Inhalte der weitere Handlungsbedarf definiert und die entsprechenden Teilprozesse lanciert werden. Die *inhaltliche Erweiterung* «mehr als Abhängigkeit», «mehr als Legalstatus», «mehr als Substanzen» wird dabei konsequent berücksichtigt. Das heisst, der verstärkte Austausch und die strategische Zusammenarbeit zwischen den Handlungsfeldern Tabak, Alkohol, Drogen werden gefördert. Zugleich wird die Grundlage geschaffen, um die Herausforderungen der *substanzengebundenen Süchte* und der *Optimierung* in den suchtpolitischen Dialog zu integrieren.

Die *strategische Erweiterung* «mehr als Eigenverantwortung», «mehr als Jugendschutz», «mehr als gesundheitspolitische Massnahmen» soll bei politischen Entscheiden, welche Auswirkungen auf den schädlichen Konsum von Substanzen, Dienstleistungen und virtuellen Angeboten haben, vermehrt eingebracht und *verankert* werden. Eine wichtige Rolle spielen dabei die verschiedenen Möglichkeiten der Marktregulierung.



Dank

Die Steuergruppe und die Projektleitung danken folgenden Personen für das Einbringen ihrer Expertise:

- Dr. iur. Thomas Hansjakob, Erster Staatsanwalt Kanton St. Gallen
- Dr. Margret Rihs-Middel, MPH, Geschäftsleitung FERARIHS
- Prof. Dr. phil., dipl. biol. Christoph Rehmann-Sutter, ehemaliger Präsident der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK-CNE), Professor für Theorie und Ethik der Biowissenschaften, Universität zu Lübeck
- Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock, Leiter Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Prof. Dr. oec. HSG Tilman Slembeck, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften und Universität St. Gallen
- Prof. Dr. med. Michael Soyka, Ärztlicher Direktor Privatklinik Meiringen
- PD Dr. med. Rudolf Stohler, Leiter Forschungsgruppe Substanzstörungen, Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie, Universität Zürich
- a.o. Univ. Prof. Dr. Beate Wimmer-Puchinger, Wiener Frauengesundheitsbeauftragte
- Frank Zobel, Drug policy analyst and Scientific writer, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA), Lissabon

Die genannten Personen übernehmen keine Verantwortung für den Inhalt von Bericht und Leitbild.

Glossar

Abhängigkeit: Eine Abhängigkeit kann sich – je nach Suchtmittel und je nachdem, wer konsumiert – schneller oder langsamer entwickeln. Die Entwicklung einer Abhängigkeit kann sich über Jahre erstrecken, sich aber auch innerhalb von sehr kurzer Zeit einstellen. Es gibt keine bestimmte Konsummenge, die anzeigt, ab wann jemand abhängig ist. Eine Abhängigkeit ist eine medizinische Diagnose und wird anhand verschiedener Kriterien festgestellt. Diese sind in der «Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme» (ICD-10) festgelegt.

Abhängigkeitssyndrom ICD-10:¹²⁷ Diagnose mehrerer der folgenden Symptome: zwanghafter Drang zum Konsum, verminderte Kontrollfähigkeit, körperliche Entzugssymptome, Toleranzbildung (zur Erreichung der angestrebten Wirkung ist fortlaufend mehr der betreffenden Substanz erforderlich), eingeengtes Verhaltensmuster, Vernachlässigung anderer Interessen, Konsum trotz Nachweis schädlicher Folgen.

Belastungsfaktoren erhöhen das Risiko, von einer bestimmten Erkrankung betroffen zu werden oder diese zu verschlimmern. Den Belastungsfaktoren gegenüber stehen die *Schutzfaktoren*, welche die Gefahr einer solchen Erkrankung oder deren Verschlechterung vermindern. Man unterscheidet konstitutionelle (zum Beispiel Lebensalter oder Geschlecht), externe (Ernährung, Stress) und interne Faktoren (Gesundheitszustand).

Benzodiazepine werden bei Diagnosen wie Angst- und Panikstörungen oder Schlaflosigkeit eingesetzt. Sie wirken dämpfend auf das zentrale Nervensystem und führen zu Beruhigung, Müdigkeit und Schlaf. Sie haben Nebenwirkungen wie Verwirrung, Gangunsicherheit, eingeschränktes Urteilsvermögen und Verschlechterung der kognitiven Funktionen und der Fahrtüchtigkeit. In Kombination mit Alkohol können Benzodiazepine auch Enthemmung und Aggressionen auslösen. Zudem können sie die euphorisierende Wirkung von Opiaten steigern. Benzodiazepine können schon nach wenigen Wochen zur Toleranz und Abhängigkeit führen.¹²⁸

Betäubungsmittel: Bezeichnung für Drogen.

Diskriminierung: Alle Formen der Benachteiligung sozialer Gruppen aus ungerechtfertigten Gründen (beispielsweise Geschlecht, Ethnie, Nationalität, Sprache, Alter oder Gesundheitszustand).¹²⁹

Drogen: Umgangssprachliche Bezeichnung von psychoaktiven Substanzen. Die Schweiz kennt die Unterscheidung in legale Substanzen (wie Alkohol und Tabak) und in illegale Drogen (wie Cannabis, Heroin oder Kokain), die im Betäubungsmittelgesetz geregelt sind.

GBL: Gamma-Butyrolacton, ein industriell hergestelltes Lösungsmittel, das stark ätzend wirkt, die Schleimhäute reizt und die Leber belastet. GBL ist eine Vorläufersubstanz von GHB.

Gesundheit in allen Politikbereichen: Beim Public-Health-Ansatz wird der *Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte in allen Politikbereichen* eine hohe Bedeutung zugeschrieben. Als Beispiel dienen kann die EU-Ministerratserklärung, in der dieser Grundsatz 2006 verankert wurde. Besonders betont wurde dort die Erfordernis, Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten (beispielsweise

Schulen und Arbeitsplätze), die gesunden Wahlmöglichkeiten im Alltag zu fördern und verstärkt auf die sozialen Determinanten (wie Bildung und Einkommen) einzuwirken. Auch sollen andere Politikbereiche die Folgen ihrer Entscheidungen für die Gesundheit in Betracht ziehen.

Gesundheitsdeterminanten sind Einflussfaktoren, die positiv oder negativ auf die Gesundheit der Bevölkerung wirken. Besonders bedeutsam sind vier Einflussebenen der Gesundheit:

- die Verhaltens- und Lebensweisen des oder der Einzelnen,
- die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld des oder der Einzelnen, das der Gesundheit förderlich oder hinderlich sein kann,
- die Lebens- und Arbeitsbedingungen und der Zugang zu Einrichtungen und Diensten,
- die ökonomischen, kulturellen und physischen Umfeldbedingungen, wie zum Beispiel der Lebensstandard oder der Arbeitsmarkt.¹³⁰

GHB: Gamma-Hydroxybutyrat, auch als «Liquid Ecstasy» bezeichnet. GHB wird im Körper in den Neurotransmitter GABA (Gamma-Amino-Buttersäure) umgewandelt, der die Schlaf-/Wachphasen reguliert und die Wachstumshormone stimuliert. GHB wirkt je nach Individuum sehr unterschiedlich und kann Euphorie, Entspannung, Enthemmung, Wahrnehmungsintensivierung, Schwindel, Schläfrigkeit oder Bewusstlosigkeit auslösen. Gesellschaftlich besonders problembehaftet ist der Missbrauch solcher Substanzen als sogenannte K.O.-Tropfen.¹³¹

Illegale Drogen: siehe [Drogen](#).

Integrierte Politik bezieht unterschiedliche Politikbereiche und Handlungsebenen sowohl in der Tiefe als auch in der Breite ein und erfasst damit möglichst alle relevanten Handlungsträgerinnen und Handlungsträger.

Kohorte: Eine Bevölkerungsgruppe, die durch ein zeitlich gemeinsames, längerfristig prägendes Startereignis bestimmt wird. Je nach «Startereignis» kann es sich beispielsweise um Alters- oder Geburtskohorten, um Eheschlusskohorten oder um Berufseintrittskohorten handeln. Die Idee hinter dem Kohortenkonzept ist, dass beispielsweise die Mitglieder einer Geburtskohorte gemeinsamen kulturellen und sozialökonomischen Einflüssen ausgesetzt sind, die sich auch in einem mehr oder minder starken Grad auf den Lebensverlauf auswirken. Soweit dies der Fall ist, spricht man von Kohorteneffekten.¹³²

Lebenskompetenzmodelle bilden bei Kindern und Jugendlichen Schutzfaktoren aus, die die Wahrscheinlichkeit verringern, unter bestimmten Risikobedingungen später ein Sucht- oder Gewaltverhalten zu zeigen. Zu diesen Lebenskompetenzen, die als Schutzfaktoren wirken können, gehören zum Beispiel Standfestigkeit gegenüber einem Konsumangebot, Kommunikationsfertigkeiten und Bewältigungsstrategien.¹³³

Legale Drogen: siehe [Drogen](#).

Life skills Trainings: siehe [Lebenskompetenzmodelle](#).

Marktregulierung: siehe [Regulierung/Repression](#).

Methylphenidat (Markenname Ritalin) ist eine Substanz, welche das zentrale Nervensystem stimuliert. Sie wird in der Behandlung von ADS/ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom) oder Narkolepsie (neurologische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus) verwendet.

Narkolepsiemittel dienen der Behandlung von tiefgreifenden Störungen des Schlafzyklus. Diese Substanzen (wie Gamma-Hydroxybutyrat (*GHB*), *Methylphenidat* (Markenname Ritalin) oder Modafinil) können auf gesunde Personen eine anreibende Wirkung entfalten (siehe Neuroenhancement).

Neuroenhancement: Massnahmen, die die psychischen Fähigkeiten oder die Befindlichkeit von als gesund geltenden Menschen verbessern. Darunter fällt auch die nicht medizinisch indizierte Verabreichung von Medikamenten, die für Patienten mit Demenzerkrankungen, Depressionen, Aufmerksamkeitsstörungen oder Narkolepsie entwickelt wurden. Seit den 80er-Jahren lässt sich insbesondere in den USA zunehmend ein «aussermedizinischer» Einsatz von Psychopharmaka beobachten.¹³⁴

Problembehafteter Konsum: Unter diesen Begriff fallen der *Risikokonsum* (auch riskanter Konsum genannt), der *gesundheitsschädigende Konsum* und der *situationsunangepasste Konsum* (etwa Fahren in angetrunkenem Zustand), ohne dass notwendigerweise eine Abhängigkeit vorliegt. Beim Risikokonsum sind die Probleme nicht sichtbar, aber unterschwellig vorhanden. Der gesundheitsschädigende Konsum führt zu konkreten Problemen auf körperlicher, psychischer oder sozialer Ebene. Diese Definition verwendet die Weltgesundheitsorganisation WHO. Sie entspricht dem Begriff «Missbrauch», wie ihn die Klassifikation in der vierten Ausgabe des amerikanischen *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM IV) kennt. Der Begriff schliesst die Abhängigkeit aus.

Public Health (Öffentliche Gesundheit): Ein soziales und politisches Konzept, «das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität von ganzen Bevölkerungen abzielt» (Definition der WHO).¹³⁵

Regulierung/Repression: Der Ausdruck *Repression* umschreibt im Drogenbereich vorrangig das polizeiliche Handeln mit der Aufgabe der Strafverfolgung. Die unmittelbaren Ziele der Repression im Drogenbereich sind die Angebotsverknappung sowie die Bekämpfung von illegalem Drogenhandel und organisierter Kriminalität (siehe auch Vier-Säulen-Politik). Im Bereich der legalen Substanzen steht das Wort *Regulierung* für sämtliche Gesetze, Vorschriften und Regeln, welche von einem Staat oder einer überstaatlichen Organisation erlassen werden. Auch die Einschränkung der persönlichen Handlungsfreiheit sowie Konsum- oder Verkaufsverbote an bestimmten Orten, zu bestimmten Zeiten oder für bestimmte Gruppen sind Regulierungen. Diese Form der Regulierung kann strafrechtliche Folgen vorsehen. Der engere Begriff der *Marktregulierung* bezieht sich nur auf Regulierungen, bei denen der Staat in den freien Markt eingreift, um ein Marktversagen zu korrigieren oder aber den Wettbewerb aus (in diesem Fall) gesundheitspolitischen Gründen einzuschränken.

Repression: siehe [Regulierung/Repression](#).

Risikoarmer Konsum: Konsum, bei dem die Wahrscheinlichkeit einer Selbst- und/oder Fremdschädigung gering ist. Der Begriff ist allerdings nicht scharf definierbar, da die Wahrscheinlichkeit einer Schädigung von zahlreichen Einflussgrössen abhängt (beispielsweise Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und Konsummotivation der konsumierenden Person; Art, Toxizität und Menge der konsumierten Substanz resp. Begleitsubstanzen; Häufigkeit des Konsums; Konsumumfeld).

Ritalin: Markenname von [Methylphenidat](#).

Schadensminderung: siehe [Vier-Säulen-Politik](#).

Schutzfaktoren: siehe [Belastungsfaktoren](#).

Smart Drugs: siehe [Neuroenhancement](#).

Sucht ist der umgangssprachliche Begriff für verschiedene medizinisch-psychologische Krankheitsbilder. In der Fachwelt werden vorrangig Begriffe wie «Missbrauch» und «Abhängigkeit» verwendet. In zahlreichen offiziellen und inoffiziellen Dokumenten und Einrichtungen wird der Begriff «Sucht» allerdings weiterhin verwendet.

Verhaltensprävention hat die Beeinflussung des menschlichen Tuns und Denkens zum Ziel und lässt sich somit in Analogie zur Individualprävention setzen, während *Verhältnisprävention* auf die Ausschaltung bzw. Reduzierung schädigender Einflussfaktoren zielt.

Verhaltenssucht: Die stoffungebundenen oder nicht stofflichen Süchte werden auch *Verhaltenssüchte* genannt. Die Sucht äussert sich in bestimmten Verhaltensweisen, die ebenfalls die Gesundheit schädigen oder schwerwiegende soziale Folgen haben können. Die bekanntesten sind: Spielsucht, Kaufsucht, Arbeitsucht, Internetsucht und Essstörungen wie *Anorexia nervosa* (Magersucht), *Bulimia nervosa* (Ess-Brech-Sucht) und *Binge-Eating-Disorder* (Esssucht ohne Erbrechen). Bei nicht stofflichen Süchten findet man eine ähnliche Suchtentwicklung wie bei stofflichen.

Verhältnisprävention: siehe [Verhaltensprävention](#).

Vier-Säulen-Politik: Umschreibung der vier Haupthandlungsfelder in der Drogenpolitik der Schweiz:

- **Prävention:** Verhinderung des Einstiegs in den Drogenkonsum und der Suchtentwicklung.
- **Therapie:** Ausstieg aus der Sucht ermöglichen, Förderung der sozialen Integration und der Gesundheit der behandelten Personen.
- **Schadensminderung:** Ermöglichung eines individuellen und sozial weniger problembehafteten Drogenkonsums, um die negativen Folgen des Konsums für die Betroffenen zu verringern.
- **Repression:** Massnahmen zur Durchsetzung des Verbots von illegalen Drogen.

Zukunftsfähige Politik zeichnet sich dadurch aus, dass sie eine Führungsrolle bei der Formulierung der wichtigsten Aufgaben des Gemeinwesens, bei der Suche nach Lösungen und bei der verbindlichen Entscheidung übernimmt.¹³⁶

Anmerkungen und Referenzen

- 1 NIDA, National Institute on Drug Abuse (2008): *Drugs, Brains, and Behavior. The Science of Addiction*. National Institute on Drug Abuse.
- 2 Grüsser, Sabine und Carolin Thalemann (2006): *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- 3 EKDF, Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2006): *Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- 4 EKDF, Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2006): *Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- 5 BAG, Bundesamt für Gesundheit (2008): *Nationales Programm Alkohol 2008–2012*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 6 BAG, Bundesamt für Gesundheit (2008): *Nationales Programm Tabak 2008–2012*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 7 BAG, Bundesamt für Gesundheit: *Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006–2011*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 8 Volksabstimmung vom 30. November 2008 über die Änderung des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG).
- 9 EKDF, Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2006): *Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- 10 Gleiches zeigte sich auch in der Schweiz und wurde bereits im Vorfeld einer erhöhten Besteuerung angenommen. Vgl. Universität Zürich (2004): *Alcopops und die Auswirkungen der Sondersteuer auf das Konsumverhalten*. <http://www.isu.uzh.ch/marketing/forschung/studien/Medieninformation.pdf>, Einsicht am 11.02.2010.
- 11 Schmidt, Bettina und Klaus Hurrelmann (Hrsg.)(2000): *Präventive Sucht- und Drogenpolitik. Ein Handbuch*. Opladen: Leske + Budrich.
- 12 Public Health Schweiz (2009): *Public Health*. http://www.sgpg.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=publichealth&page_id=home, Einsicht am 11.02.2010.
- 13 EMCDDA, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2007): *Annual report 2006: Selected Issue 1: European Drug Policies: extended beyond illicit drugs?* <http://issues06.emcdda.europa.eu/en/page003-en.html>, Einsicht am 11.02.2010.
- 14 Spinatsch, Markus (2004): *Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz? Bericht zu Händen des Bundesamtes für Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 15 Bundesblatt (2009): *Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG) vom 30. September 2009, S. 7071–7188*.
- 16 Dahlgren, Göran und Margaret Whitehead (2007): *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 17 Rosenbrock, Rolf und Claus Michel (2007): *Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitsförderung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG.
- 18 WHO, World Health Organisation (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German, Einsicht am 11.02.2010.
- 19 Siehe Art. 32 Abs. 2 Bst. D des Bundesgesetzes vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG) (SR 812.21).

- 20 Kickbusch, Ilona (2006): *Die Gesundheitsgesellschaft*. Gamburg: Verlag Gesundheitsförderung.
- 21 Vgl. Greenfield, Susan (2004): *Tomorrow's People. How 21st-Century Technology is Changing the Way We Think and Feel*. London: Penguin Books, sowie Bauman, Zygmunt (2003): *Flüchtige Moderne*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- 22 Offer, Avner (2006): *The Challenge of Affluence: Self-Control and Well-Being in the United States and Britain since 1950*. Oxford: Oxford University Press.
- 23 EJPD, Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (2009): *Verbot von Internet-glücksspielen im Spielbankenbereich wird gelockert*. http://www.esbk.admin.ch/esbk/de/home/dokumentation/medienmitteilungen/2009/ref_2009-04-220.html, Einsicht am 11.02.2010.
- 24 NZZ am Sonntag vom 26. Juli 2009: «Kleinläden sind die Gewinner der Krise».
- 25 Offer, Avner (2006): *The Challenge of Affluence: Self-Control and Well-Being in the United States and Britain since 1950*. Oxford: Oxford University Press.
- 26 Commission on Social Determinants of Health (2008): *Closing the Gap in a Generation. Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*. Genf: WHO.
- 27 Greenfield, Susan (2004): *Tomorrow's People. How 21st-Century Technology is Changing the Way We Think and Feel*. London: Penguin Books.
- 28 Vgl. dazu auch: Ramaciotti, Daniel und Julien Perriard (2003): *Die Kosten des Stresses in der Schweiz*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft (seco).
- 29 BFS, Bundesamt für Statistik (2009): Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/02/key/01.html>, Einsicht am 17.08.2009.
- 30 Soyka, Michael (2009): «Neuro-Enhancement aus suchtmmedizinischer Sicht». *Der Nervenarzt* Vol. 80, No. 7: 837–839.
- 31 Vgl. etwa: Crano, William und Michael Burgoon (Hrsg.) (2002): *Mass Media and Drug Prevention: Classic and Contemporary Theories and Research*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, sowie, statt vieler, die Arbeiten des Center on Media and Child Health (2009): *Substance Use*. <http://cmch.typepad.com/cmch/>, Einsicht am 11.02.2010.
- 32 Greenfield, Susan (2004): *Tomorrow's People. How 21st-Century Technology is Changing the Way We Think and Feel*. London: Penguin Books.
- 33 Grüsser, Sabine und Ralf Thalemann (2006): *Computerspielsüchtig?* Bern: Verlag Hans Huber.
- 34 Ähnlich ist die Situation auch in der Schweiz. Vgl. dazu Swissmedic (2010): *Ungebrochener Trend: Illegale Arzneimittel kommen vermehrt in die Schweiz*. <http://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&msg-id=31565>, Einsicht am 11.02.2010.
- 35 SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2008): *Süchtig nach Onlinespielen und Chats*. [http://www.sfa-ispa.ch/de/fuer-medienschaffende/pressemeldungen/browse/3/article/suechtig-nach-onlinespielen-und-chats/?tx_ttnews\[backPid\]=93&cHash=985b15ca101969dce5d8c3162e65fffa](http://www.sfa-ispa.ch/de/fuer-medienschaffende/pressemeldungen/browse/3/article/suechtig-nach-onlinespielen-und-chats/?tx_ttnews[backPid]=93&cHash=985b15ca101969dce5d8c3162e65fffa), Einsicht am 11.02.2010.
- 36 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101).
- 37 Bundesgesetz vom 21. Juni 1932 über die gebrannten Wasser (Alkoholgesetz) (SR 680).
- 38 Bundesgesetz vom 9. Oktober 1992 über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz) (SR 817.0).
- 39 Bundesgesetz vom 24. März 2006 über Radio und Fernsehen (SR 784.40).
- 40 Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958 (SR 741.01).

- 41 Bundesgesetz vom 9. Oktober 1992 über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz) (SR 817.0).
- 42 Bundesgesetz vom 24. März 2006 über Radio und Fernsehen (SR 784.40).
- 43 Bundesgesetz vom 13. März 1964 über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz) (SR 822.11).
- 44 Verordnung vom 27. Oktober 2004 über Tabakerzeugnisse und Raucherwaren mit Tabakersatzstoffen (Tabakverordnung) (SR 817.06).
- 45 Bundesgesetz vom 3. Oktober 2008 zum Schutz vor Passivrauchen (SR 818.31).
- 46 Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz) (SR 812.121).
- 47 Bundesgesetz vom 18. Dezember 1998 über Glücksspiele und Spielbanken (Spielbankengesetz) (SR 935.52).
- 48 SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2009): *Medikamente*. <http://www.sfa-ispa.ch/DocUpload/MEDIKAMENTE.pdf>, Einsicht am 11.02.2010.
- 49 UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime (2009): *World Drug Report*. http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/WDR2009_eng_web.pdf, Einsicht am 11.02.2010.
- 50 Roche, Ann und Kenn Pidd (2005): «Alcohol: Emerging patterns, problems and prevention». *Public Health Bulletin South Australia* Nr. 2: 8–10.
- 51 Vgl. Gmel, Gerhard, Jürgen Rehm, Emmanuel Kuntsche, Matthias Wicki und Florian Labhart (2009): *Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, und Falbesaner, Thomas und Andrea Czwinik (2008): «Männliche Magersucht». *Phoenix Medizinischer Schwerpunkt*.
- 52 Der Anteil an Rauchenden ist bei Casino-Gästen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung markant höher: Gemäss Betreiberangaben raucht die Hälfte der Besucherinnen und Besucher von Schweizer Casinos. Vgl. Schweizer Casino-Verband (2009): *Stellungnahme zum Entwurf der Verordnung zum Schutz vor Passivrauchen*. Vgl. auch Künzi, Kilian, Tobias Fritschi und Theres Egger (2004): *Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz. Empirische Untersuchung von Spielpraxis, Entwicklung, Sucht und Konsequenzen. Studie im Auftrag der Eidgenössischen Spielbankenkommision und des Bundesamtes für Justiz*. <http://www.ejpd.admin.ch/etc/medialib/data/gesellschaft/lotterie.Par.0008.File.tmp/studie-spielsucht-d.pdf>, Einsicht am 11.02.2010.
- 53 SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA): *Risikokonsum*. <http://www.sfa-ispa.ch/infos-und-fakten/alkohol/konsum/risikokonsum/>, Einsicht am 11.02.2010.
- 54 Gmel, Gerhard, Emmanuel Kuntsche, Matthias Wicki und Florian Labhart (2009): *Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- 55 Keller, Roger, Theda Radtke, Hans Krebs und Rainer Hornung (2009): *Der Tabakkonsum der Schweizer Wohnbevölkerung in den Jahren 2001 bis 2008. Zusammenfassung des Forschungsberichts 2009*. Universität Zürich: Psychologisches Institut, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- 56 SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme: *Tabakkonsum Jugendlicher*. <http://www.sfa-ispa.ch/de/infos-und-fakten/tabak/jugendliche/>, Einsicht am 11.02.2010.

- 57 EKDF, Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (2008): *Cannabis 2008: Update zum Cannabisbericht 1999*. Bern: Eidgenössische Kommission für Drogenfragen.
- 58 BFS, Bundesamt für Statistik (2008): *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Erste Ergebnisse*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- 59 Bundesamt für Statistik (2009): «Gebrauch von Tabak, Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen nach Geschlecht und Alter». *Schweizerische Gesundheitsbefragungen 1992–2007*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- 60 Bondolfi, Guido, Françoise Jermann, François Ferrero, Daniele Zullino und Christian Osiek (2008): «Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation». *Acta Psychiatrica Scandinavica* 177: 236–239.
- 61 Künzi, Kilian, Tobias Fritschi und Theres Egger (2004): *Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz. Empirische Untersuchung von Spielpraxis, Entwicklung, Sucht und Konsequenzen*. Bern: Büro BASS.
- 62 BFS, Bundesamt für Statistik (2008): *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. Erste Ergebnisse*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. Vgl. auch Gmel, Gerhard, Jürgen Rehm, Emmanuel Kuntsche, Matthias Wicki und Florian Labhart (2009): *Das European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) in der Schweiz. Wichtigste Ergebnisse im Vergleich 2003 und 2007*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme.
- 63 Senn, Charlotte (2007): *Auswertungsbericht Pillentesting Jugendberatung Streetwork Zürich, 2003–2005*. http://www.infoset.ch/de/dokumente/2007_07_auswertungsbericht%20pillentesting.pdf, Einsicht am 11.02.2010.
- 64 NZZ Online vom 13. Juli 2009: «Harte Zeiten für Schweizer Casinos».
- 65 Vgl. WHO, World Health Organisation (2006): *Bewältigung der wichtigsten Krankheiten in der Region: Herausforderungen und Lösungen*. <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0306g.pdf>
- 66 EMCDDA, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2007): *Annual report 2006: Selected Issue 1: European Drug Policies: extended beyond illicit drugs?* <http://issues06.emcdda.europa.eu/en/page003-en.html>, Einsicht am 11.02.2010.
- 67 Zuletzt war dies 2008 der Fall, als die eidgenössische Volksinitiative «für eine vernünftige Hanf-Politik und wirksamen Jugendschutz» zur Abstimmung gelangte. Sie scheiterte am 30. November 2008 an der Urne in allen Ständen und mit einem Nein-Stimmenanteil von 63 Prozent.
- 68 GfS-Forschungsinstitut (1999): *Spannungsfeld zwischen Wahrnehmung und Verhalten. Medikamentennutzung und Public Health am Beispiel einer Repräsentativstudie zum Thema «Medikamentennutzung in der Schweiz»*. <http://www.gfs.ch/medinutz.html>, Einsicht am 11.02.2010.
- 69 SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2009): *Medikamente – Gebrauch*. <http://www.sfa-ispas.ch/DocUpload/MEDIKAMENTE.pdf>, Einsicht am 11.02.2010.
- 70 SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2009): *Täglicher Gebrauch von Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmitteln während der 7 letzten Tage bei Männern und Frauen, nach Alter (2007)*: http://www.sfa-ispas.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken/Medikamente/D_MED_1.pdf, Einsicht am 11.02.2010.
- 71 SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2009): *Medikamente – Gebrauch*. <http://www.sfa-ispas.ch/DocUpload/MEDIKAMENTE.pdf>, Einsicht am 11.02.2010.

- 72 Satory, Gudrun und Karin Elsesser (2001): *Medikamentenabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- 73 Mahler, Nadja (2001): «Medikamentenmissbrauch im Breitensport». *Therapeutische Umschau* Vol. 58 No. 4: 226–231.
- 74 Suchtmittel.de (2009): *Suchtmittel.de*. <http://www.suchtmittel.de>, Einsicht am 11.02.2010. Vgl. auch Bastigkeit, Matthias (2009): «Auf Droge durch Arzneimittel». *Pharmazeutische Zeitung online*. <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=557>, Einsicht am 11.02.2010, sowie Onmeda (2009): *Methylphenidat*. <http://medikamente.onmeda.de/Wirkstoffe/Methylphenidat/wirkung-medikament-10.html>, Einsicht am 11.02.2010.
- 75 Statt vieler: BAG, Bundesamt für Gesundheit (2008): *Faktenblatt «Alkohol und Gewalt»*. <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00039/04355/index.html?lang=de&download=M3wBPgDB/8ull6Du36WenojQ1NTTjaXZnqWfVpzLhmfnapmmc7Zi6rZnqCkklZ7gXl/bKbXrZ6lhuDZz8mMps2gpKfo>, Einsicht am 11.02.2010.
- 76 Schachter, Sidney (1977): «Nicotine regulation in heavy and light smokers». *Journal of Experimental Psychology* Vol. 106 No. 1: 5–12.
- 77 GfS-Forschungsinstitut (1999): *Spannungsfeld zwischen Wahrnehmung und Verhalten. Medikamentennutzung und Public Health am Beispiel einer Repräsentativstudie zum Thema «Medikamentennutzung in der Schweiz»*. <http://www.gfs.ch/medinutz.html>, Einsicht am 11.02.2010.
- 78 Soyka, Michael (2009): «Neuro-Enhancement aus suchtmmedizinischer Sicht». *Der Nervenarzt* Vol. 80 No. 7: 837–839.
- 79 Galert, Thorstern, Christoph Bublitz, Isabella Heuser, Rinhard Merkel, Dimitris Repantis, Bettina Schöne-Seifert und Davinia Talbot (2009): «Das optimierte Gehirn». *Gehirn und Geist* 11.
- 80 Mahler, Nadja (2001): «Medikamentenmissbrauch im Breitensport». *Therapeutische Umschau* Vol. 58 No. 4: 226–231.
- 81 Maher, Brendan (2008): «Poll results: Look who's doping». *Nature* Vol. 452: 674–675.
- 82 DAK, Deutsche Angestelltenkasse (2009): *Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz*. http://www.dak.de/content/filesopen/Gesundheitsreport_2009.pdf, Einsicht am 11.02.2010.
- 83 Montandon, Jean-Blaise und Laurent Médioni (2002): «Entwicklung der Anzahl Verschreibungen für Ritalin (Methylphenidat) im Kanton Neuenburg zwischen 1996 und 2000». *Bulletin Bundesamt für Gesundheit* 15/02: 284–289. <http://www.bag.admin.ch/dokumentation/publikationen/01435/01800/index.html?lang=de&download=M3wBPgDB/8ull6Du36WcnojN14in3qSbnpWWZWqemk6p1rJgsYfhyt3NhqbdqIV+baqwbKbXrZ6lhuDZz8mMps2go6fo>, Einsicht am 11.02.2010.
- 84 Grüsser, Sabine und Carolin Thalemann (2006): *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- 85 WHO, World Health Organisation (2008): *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Version for 2007*. <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>, Einsicht am 11.02.2010.
- 86 Grüsser, Sabine und Carolin Thalemann (2006): *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- 87 Maag, Verena (2005): Von der Unwiderstehlichkeit des Kaufens. Vortrag anlässlich einer Fachtagung der Suchtprävention Aargau.

- 88 Grüsser, Sabine und Carolin Thalemann (2006): *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- 89 SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2008): *Süchtig nach Onlinespielen und Chats*.
[http://www.sfa-isp.ch/de/fuer-medienschaffende/pressemeldungen/browse/3/article/suechtig-nach-onlinespielen-und-chats/?tx_ttnews\[backPid\]=93&cHash=985b15ca101969dce5d8c3162e65fffa](http://www.sfa-isp.ch/de/fuer-medienschaffende/pressemeldungen/browse/3/article/suechtig-nach-onlinespielen-und-chats/?tx_ttnews[backPid]=93&cHash=985b15ca101969dce5d8c3162e65fffa), Einsicht am 11.02.2010. Vgl. auch Offene Tür Zürich und Humboldt Universität Berlin (2001): *Studie zu konstruktivem versus problematischem Internetgebrauch. Phänomen Internet-Sucht*.
<http://www.offenetuer-zh.ch/Studie%20Internet-Sucht.html>, Einsicht am 11.02.2010.
- 90 Bondolfi, Guido, Françoise Jermann, François Ferrero, Daniele Zullino und Christian Osiek (2008): «Prevalence of pathological gambling in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation». *Acta Psychiatrica Scandinavica* Vol. 177 No. 3: 236–239.
- 91 BAG, Bundesamt für Gesundheit (2009): *Tabakanbau in der Schweiz*.
<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00611/01742/index.html?lang=de>, Einsicht am 11.02.2010.
- 92 Vitale, Sarino, France Priez und Claude Jeanrenaud (1999): *Le coût social de la consommation de tabac en Suisse : Estimation pour l'année 1995*. Institut de recherches économiques et régionales (IRER), Universität Neuenburg.
- 93 Jeanrenaud, Claude, France Priez, Sonia Pellegrini, Hélène Chevrou-Séverac und Sarino Vitale (2003): *Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse*. Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Institut de recherches économiques et régionales (IRER), Universität Neuenburg.
- 94 Jeanrenaud, Claude, Gaëlle Widmer und Sonia Pellegrini (2005): *Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. Rapport final*. Institut de recherches économiques et régionales (IRER), Universität Neuenburg.
- 95 Künzi, Kilian, Tobias Fritschi, Thomas Oesch, Matthias Gehrig und Nora Julien (2009): *Soziale Kosten des Glücksspiels in Casinos. Studie zur Erfassung der durch die Schweizer Casinos verursachten sozialen Kosten. Zusammenfassung*. Bern: Büro BASS.
- 96 OECD, Organisation for Economic Co-Operation and Development (Hrsg.) (2000): *Literacy in the Information Age. Final Report of the International Adult Literacy Survey*. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development.
- 97 Coalition for Evidence-Based Policy (2009): *LifeSkills Training*.
http://toptierevidence.org/wordpress/?page_id=318, Einsicht am 11.02.2010.
- 98 Landesbildungsserver Baden-Württemberg (2009): «Förderung der Lebenskompetenz bei Kindern und Jugendlichen zur Sucht- und Gewaltprävention». *Informationsdienst zur Suchtprävention* Nr. 15.
- 99 UNICEF, United Nations Childrens Fund (2009): *Life Skills – based Education for Drug Use Prevention. Training Manual*. <http://www.unicef.org/lifeskills/files/DrugUsePreventionTrainingManual.pdf>, Einsicht am 11.02.2010. Vgl. auch Botwin LifeSkills Training (2009): Program Overview. <http://www.lifeskillstraining.com/overview.php?t=overview>, Einsicht am 11.02.2010.
- 100 Suchtpräventionsstelle Zürcher Oberland (2009): *TiL – Training in Lebenskompetenz*. <http://suchtp.web5.bestsite.ch/f84000075.html>, Einsicht am 11.02.2010.
- 101 Swisher, John. (1979): «Prevention Issues». In: Dupont, Robert, Avram Goldstein und John O'Donnell (Hrsg.): *Handbook on Drug Abuse*. Washington: U.S. Government Print.

- 102 McQueeney, Tim, Brain Schweinsburg, Alecia Schweinsburg, Joanna Jacobus, Sunita Bava, Lawrence Frank und Susan Tapert (2009): «Altered White Matter Integrity in Adolescent Binge Drinkers». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* Vol. 22 No. 7: 1278–1285.
- 103 Berechnet aufgrund von Zahlen des Schweizerischen Tabakmonitorings, Zürich 2008, 2009.
- 104 SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2010): *Alkohol. Konsumhäufigkeit*. <http://www.sfa-isp.ch/infos-und-fakten/alkohol/konsum/konsumhaeufigkeit>, Einsicht am 11.02.2010. Vgl. auch SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2009): *Medikamente – Gebrauch*. <http://www.sfa-isp.ch/DocUpload/MEDIKAMENTE.pdf>, Einsicht am 11.02.2010.
- 105 Verschiedene Autoren (2009): «Sucht im Alter». *Suchtmagazin 3/2009*. Vgl. auch BAG, Bundesamt für Gesundheit (2008): «Alter». *Spectra Nr. 66*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 106 Höpflinger, François (2008): «Wandel des Alters – und Trends zu Gesundheits- und Suchtverhalten». Referat an der Fachveranstaltung «Sucht im Alter» vom 11.11.2008. http://www.suchtimalter.ch/files/Referat_Hoepflinger.pdf, Einsicht am 11.02.2010.
- 107 Regierungsrat Kanton Basel-Landschaft (2009): «Vorlage an den Landrat betreffend Gesetz über die Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit». http://www.baselland.ch/fileadmin/baselland/files/docs/politrechte/vernehtml/vern2009/bewegung/bewegungseinschraenkung_lrv.pdf, Einsicht am 11.02.2010.
- 108 Bundesamt für Statistik (BFS) 2010: Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB). Zitiert nach <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/02/key/01.html>, Einsicht am 10. März 2010.
- 109 SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2009): *Alkohol. Konsummuster nach Alter*. http://www.sfa-isp.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken/Alkohol/D_A_conso_13.pdf, Einsicht am 11.02.2010.
- 110 SFA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2009): *Medikamente – Gebrauch*. http://www.sfa-isp.ch/fileadmin/user_upload/Grafiken/Medikamente/D_MED_1.pdf, Einsicht am 11.02.2010.
- 111 Maag, Verena (2005): Von der Unwiderstehlichkeit des Kaufens. Vortrag anlässlich einer Fachtagung der Suchtprävention Aargau.
- 112 Richter, Matthias und Klaus Hurrelmann (Hrsg.) (2006): *Gesundheitliche Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Vgl. auch Klein, Michael (2008): *Immer grössere Nachfrage – ein Gespräch mit dem Suchtforscher Prof. Michael Klein*. <http://www.caritas-nrw.de/cgi-bin/showcontent.asp?ThemaID=1018>, Einsicht am 11.02.2010, sowie BAG, Bundesamt für Gesundheit (2006): *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 113 Henkel, Dieter (2009): «Sucht und soziale Ungleichheit. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche». Referat an der Tagung vom 10.06.2009 in Stuttgart: Institut für Suchtforschung, Fachhochschule Frankfurt a.M. http://www.suchtfragen.de/uploads/media/Henkel.Plenum_100609_01.pdf, Einsicht am 11.02.2010.
- 114 Meyer, Katharina (Hrsg.) (2008): *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Bern: Verlag Hans Huber.
- 115 Ogier, Joseph und Mustafa Ideli (2005): «Bericht über Suchtverhalten und -prävention bei Migrantinnen und Migranten im Kanton Zürich». <http://www.fisp-zh.ch/inhalt/aktuell/Suchtverhalten%20MigrantInnen.pdf>, Einsicht am 11.02.2010.

- 116 EMCDDA, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2006): «Gender differences in drug consumption and drug-related problems». <http://issues06.emcdda.europa.eu/en/page014-en.html>, Einsicht am 11.02.2010. Vgl. auch BAG, Bundesamt für Gesundheit (2006): *Gender-Gesundheitsbericht Schweiz 2006. Grundlagen zur Entwicklung von forschungs- und handlungsbezogenen Aktivitäten*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- 117 Vogt, Irmgard (2009): «Paare mit Suchtproblemen». In: Lenz, Karl und Frank Nestmann (Hrsg.): *Handbuch Persönliche Beziehungen*. Weinheim: Juventa Verlag.
- 118 Weilandt, Caren, Alexander Rommel, Josef Eckert und Caren Wiegand (2004): *Medikamenten-, Alkohol- und Drogenkonsum der schweizerischen Migrationsbevölkerung – Ausgewählte Ergebnisse des GMM 2004*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e.V.
- 119 BFS, Bundesamt für Statistik (2009): *Gesundheitsstatistik. Ausgabe 2009*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/publ.Document.118126.pdf>, Einsicht am 11.02.2010.
- 120 BFS, Bundesamt für Statistik (2009): «Gesundheitszustand». *Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2007*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/01.html>, Einsicht am 11.02.2010.
- 121 BFS, Bundesamt für Statistik (2009): «Prävalenz einer dauerhaften Krankheit oder eines dauerhaften gesundheitlichen Problems». Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2007. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/01.Document.118183.xls>, Einsicht am 11.02.2010.
- 122 Eigene Darstellung in Anlehnung an: Strategy Unit Alcohol Harm Reduction project (2003): *Interim Analytical Report*. http://www.cabinetoffice.gov.uk/media/cabinetoffice/strategy/assets/su%20interim_report2.pdf, Einsicht am 11.02.2010.
- 123 Vgl. dazu EMCDDA, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2010): <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index6790EN.html>, Einsicht am 11.02.2010.
- 124 Infodrog (2010): *Risiko- und Schutzfaktoren*. http://www.infodrog.ch/pages/de/prev/lexi/lexi_prev_30.htm, Einsicht am 11.02.2010.
- 125 Kickbusch, Ilona (2006): «Gesundheitskompetenz». *News Public Health Schweiz* Nr. 3.
- 126 Muscat, Richard and members of the Pompidou research platform (2008): *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- 127 WHO, World Health Organisation (2006): *Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Version 2006*. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm>, Einsicht am 11.02.2010.
- 128 EMCDDA, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2009): *Benzodiazepine*. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/benzodiazepine/de>, Einsicht am 11.02.2010.
- 129 Vgl. etwa die Definition im Onlinewörterbuch der Sozialpolitik. <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=137>, Einsicht am 11.02.2010.
- 130 Dahlgren, Göran und Margaret Whitehead (2007): *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

- 131 Eve&rave (2009): *Substanz-Informationen*. <http://www.eve-rave.ch/drugs/64-ghb-gbl>, Einsicht am 11.02.2010. Vgl. auch BG Chemie (2005): *Toxikologische Bewertung. γ -Butyrolacton*. <http://www.bgchemie.de/files/95/ToxBew7-L.pdf>, Einsicht am 11.02.2010.
- 132 Diekmann, Andreas (2004): *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek: Rowohlt.
- 133 Landesbildungsserver Baden-Württemberg (2009): «Förderung der Lebenskompetenz bei Kindern und Jugendlichen zur Sucht- und Gewaltprävention». *Informationsdienst zur Suchtprävention* Nr. 15.
- 134 Schäfer, Gereon und Dominik Gross (2008): «Enhancement. Eingriff in die personale Identität». *Deutsches Ärzteblatt* Vol. 105 Nr. 5: 210–212.
- 135 Public Health Schweiz (2009): *Public Health*. http://www.sgpg.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=publichealth&page_id=home, Einsicht am 11.02.2010.
- 136 Höffe, Otfried (2009): *Ist die Demokratie zukunftsfähig?* München: Beck.

Impressum

© Steuergruppe *Herausforderung Sucht*, Bern 2010

Herausgeber

Steuergruppe der drei Eidg. Kommissionen für Alkoholfragen,
für Drogenfragen und für Tabakprävention

Projektgeschäftsstelle

mcw assistenz] & [koordination, Miriam Wetter
Molli-Park 2a, CH-4800 Zofingen

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Steuergruppe.

Weitere Informationen und Bezugsquellen

www.herausforderungsucht.ch
www.defiaddictions.ch
www.sfidadipendence.ch
www.challengeaddiction.ch

Redaktion

André Tschudin, Basel

Lektorat

Sabine Etter, Basel

Konzept und Layout

www.atelierrichner.ch

Fotos

Carmela Odoni, Bern

Druck

Stämpfli Publikationen AG, Bern

Gedruckt auf Offsetpapier matt, hochweiss, geblättert, holzfrei,
FSC-zertifiziert, CO₂-neutral

Diese Publikation erscheint ebenfalls in französischer und englischer Sprache.

Sie kann auch als Datei im PDF-Format heruntergeladen werden:

www.herausforderungsucht.ch, www.defiaddictions.ch, www.sfidadipendence.ch,
www.challengeaddiction.ch

1. Auflage Mai 2010, 2000 Ex. (D 1000, F 500, E 500)

