

# spectra

118



## Suchtprävention – quo vadis?

### 2-3 Wohin der Weg führt

Sucht und Risikoverhalten sind seit jeher gesellschaftliche Phänomene. Der Konsum psychoaktiver Substanzen gehört bei vielen zum Alltag. Auch stoffungebundene Verhaltensweisen wie Glücksspiel, intensiver Muskelaufbau oder exzessive Internetnutzung, um nur einige zu nennen, sind verbreitet und werden oftmals toleriert. Auch wenn ein solches Verhalten kurzfristig Entlastung bietet, eine Lösung für die Auseinandersetzung mit sich und der Welt ist es nicht. Die Grenzen zwischen risikoarmem Konsum und Risikoverhalten sind dabei fließend. Die Gesundheitskompetenz und die Eigenverantwortung stärken, das Wissen zu Risikomanagement vermitteln sowie schadensmindernde Ansätze oder ein regulierendes Eingreifen des Staates weiterentwickeln, das sind Massnahmen, die mit der neuen Suchtstrategie von Bund, Kantonen und privaten Akteuren substanzübergreifend und im Sinne einer umfassenden Gesundheitspolitik weitergeführt werden sollen.

### 6-7 Warum es eine Ethik der Sucht braucht

Unsere Interviewpartnerin Julia Wolf ist Mitglied der Eidgenössischen Kommission für Suchtfragen (EKSF). Mit ihr unterhalten wir uns über ethische Aspekte im Umgang mit dem Thema Sucht und stellen ihr Fragen wie «Wer ist schuld an einer Sucht?», «Soll man eine Behandlung zwangsverordnen dürfen?» oder «Darf man eine Therapie abbrechen, wenn sie scheinbar nichts nützt?». Eine Ethik der Sucht kann am Ende dazu beitragen, eine sachliche und wertfreie Diskussion zu führen.

### 11 Was eine Verhaltenssucht ist

Renanto Poespodihardjo ist Spezialist für Verhaltenssuchte und leitender Psychologe der Ambulanz für Verhaltenssuchte an den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK), Basel. Zu viele wissen seiner Meinung nach nicht, was eine Verhaltenssucht überhaupt ist. Er schlägt in unserem Gespräch vor, mit wissenschaftlichen Informationen und Kampagnen diese Lücken zu füllen. Denn Verhaltenssuchte seien durchaus ein Problem der öffentlichen Gesundheit, wenn diese Wohlergehen und Lebensqualität beeinträchtigen. Neue Wege sind gefragt.



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG

# Die Weichen für die neue Suchtstrategie sind gestellt

**Suchtpolitik.** Der Mensch hat seit jeher bewusstseinsverändernde Substanzen konsumiert, und was eine Gesellschaft unter Sucht versteht, verhandelt diese immer wieder neu. Neben Substanzen wie Alkohol, Tabak, Drogen und Medikamenten kommen neue Substanzen wie Neuro-Enhancer hinzu, während Opiate, die lange im Vordergrund der Aktivitäten von Suchthilfe und -politik standen, in den letzten Jahren an Bedeutung verloren haben. Nebst den anhaltenden Problemlasten, die durch risikoreichen Alkohol- sowie Tabakkonsum entstehen, heisst es auch, sich den neueren Erscheinungsformen der substanzungebundenen Abhängigkeiten zuzuwenden. Die in diesem Jahr angelaufene Nationale Strategie Sucht nimmt sich substanz- wie auch suchtförmübergreifend des ganzen Spektrums von Abhängigkeit und Sucht an. Die Strategie nimmt Sucht als umfassendes Phänomen in den Blick, das von wechselwirkenden biologischen, psychologischen und sozioökonomischen Aspekten beeinflusst sowie von aktuellen Konsumtrends und kulturellen Verhaltensweisen abhängig ist. Zusammen mit der NCD-Strategie<sup>1</sup> löst sie ab 2017 die Nationalen Präventionsprogramme Alkohol, Tabak sowie das Massnahmenpaket Drogen ab.

Ein kühles Bier zum Feierabend, eine Zigarette in der Pause, ein Schokoladenstängeli zwischendurch. Die News unterwegs auf dem Smartphone lesen, fünfmal die Woche joggen, einen Abend im Casino verbringen, anstossen auf ein freudiges Ereignis. Genuss, Nutzen, Spiel, soziale Rituale: Für die meisten Menschen gehören potenziell abhängig machende Verhaltensweisen zum täglichen Leben. Die Balance zu finden zwischen Genuss und gesundheitsschädigendem Verhalten gelingt nicht allen Menschen gleichermaßen. Risikoreiches Verhalten, das in Abhängigkeit oder Sucht mündet, schadet nicht nur dem Individuum und seinem Umfeld, sondern verursacht auch hohe gesellschaftliche Kosten.

Suchtformen und Konsumgewohnheiten sind steten Veränderungen unterworfen und die Gesellschaft ist gefordert, sich immer wieder neu mit ihnen auseinanderzusetzen. Zu einer Auseinandersetzung auf gesellschaftspolitischer Ebene gehören neben Massnahmen, welche die Weiterentwicklung bewährter Ansätze der Suchthilfe fördern, auch Überlegungen zu präventiv wirksamen Regulierungen auf gesetzlicher Basis. Diese müssen dem gesellschaftlichen Wandel Rechnung tragen und Rahmenbedingungen für eine zeitgemässe Suchtpolitik schaffen. Mit dem Ende der Nationalen Präventionspro-



gramme Alkohol, Tabak und dem Massnahmenpaket Drogen Ende 2016 hat der Bund zusammen mit den bisher beteiligten Akteuren die nun vorliegende Strategie Sucht lanciert. Sie ist gleichermaßen Referenz- wie Orientierungsrahmen und wird mit koordinierten Massnahmen die Herausforderungen angehen, denen sich eine von Digitalisierung und Globalisierung geprägte Gesellschaft mit ihren «alten» und «neuen» Suchtformen stellen muss.

## Schuld oder Mitverantwortung?

Die allermeisten Personen in der Schweiz sind nicht von Sucht betroffen. Sie leben abstinent oder pflegen einen bewussten Umgang mit Genussmitteln und Substanzen. Jene Menschen, deren Grenzen sich von Genuss zu Gebrauch über Abhängigkeit bis zu Sucht verschoben haben, sehen sich mit schwerwiegenden Problemen konfrontiert und deren Schäden können physisch, psychisch, finanziell und sozial verheerend sein. Auf gesellschaftlicher Ebene sind es sozialökonomische Folgen wie der Ausfall von Arbeitsleistung, die Schwächung von Familienstrukturen sowie finanzielle Kosten in Milliardenhöhe, die durch Suchtprobleme Einzelner entstehen. Dass eine Gesellschaft hier aktiv werden will und muss, ist nicht ausschliesslich ein Akt der Solidarität. Die

Fürsorgepflicht des Staates gegenüber seiner Bevölkerung ist auch gesetzlich verankert. Doch es ist nicht diese Pflicht alleine, die den Staat zum Handeln auffordert. Eines der wichtigsten Ziele staatlichen Handelns sollte eine gesunde Bevölkerung sein, denn diese ist Grundlage gesellschaftlicher Stabilität und leistungsfähiger Sozialsysteme. Mit der Frage nach einem vernünftigen Umgang mit einer Substanz oder einem Verhalten stellt sich immer auch die Frage nach der «Verantwortung» und auch die Frage, wem Hilfe gebührt. Julia Wolf führt im Interview (s. Seiten 6–7) aus, dass jede und jeder Einzelne seinen Anteil an Verantwortung für einen nicht schädigenden Konsum und für die eigene Gesundheit wahrnehmen muss. Sie plädiert für eine «Mitverantwortung», die der Einzelne als Teil der Gesellschaft ebenso trägt wie die Gesellschaft gegenüber seinen Mitgliedern. Für die Umsetzung der Nationalen Strategie Sucht, für eine Suchtpolitik, die die Bevölkerung als Ganzes im Blick hat, und für eine Suchthilfe, die konkret und zielgerichtet ist, heisst dies, immer wieder die Balance zu finden zwischen «Eigenverantwortung stärken» und «die erforderliche Unterstützung niederschwellig anbieten».

## Suchthilfe als Zusammenspiel von vielfältiger Expertise, langjähriger Erfahrung und Innovation

Bund, Kantone, Städte, Gemeinden und Private haben in den vergangenen Jahren Angebote für Menschen geschaffen, die an Abhängigkeitserkrankungen leiden. Die Suchthilfelandchaft besteht aus einem ausdifferenzierten Netz von Unterstützungsangeboten. Die Leistungen sind so vielfältig wie die Erkrankungen an sich: stationäre, abstinentorientierte Sozialtherapien – mitten in der Stadt oder fernab bei einer Bauernfamilie; Kontakt- und Anlaufstellen, wo schwer Abhängige ihren Stoff in hygienischer Umgebung schadensmindernd konsumieren können; Wohnbegleitung; Drugchecking im Partysetting oder an fixen Standorten; Onlinesuchtberatung, die auch Klienten erreicht, die den

Schritt auf eine ambulante Beratungsstelle, zu einem Gespräch von Angesicht zu Angesicht (noch) nicht schaffen; Selbsthilfegruppen für Betroffene oder Angehörige; suchtmittelmedizinische Tageskliniken und Ambulatorien; Arbeitsintegrationsangebote, in denen suchtmittelabhängige Menschen eine Tagesstruktur erhalten oder auch Schritte zurück in den ersten Arbeitsmarkt schaffen; heroingestützte Behandlungen oder Substi-

Die Balance finden zwischen «Eigenverantwortung stärken» und «die erforderliche Unterstützung niederschwellig und zielgerichtet anbieten».

tutionsangebote bei Opioidabhängigkeit; Rauchstoppberatungen; Frühinterventionen in Schulen; ambulante oder stationäre Entzüge; aufsuchende, mobile Interventionsgruppen im öffentlichen Raum; Notschlafstellen – das Spektrum ist breit und der Erfahrungsschatz reich. Ein Hauptanliegen der Nationalen Strategie Sucht ist das Weiterentwickeln von den bewährten Ansätzen der Suchthilfe. Bei sich ständig verändernden Rahmenbedingungen ist aber auch Innovation gefragt und der Mut, Strukturen, die in den Anfängen der Suchthilfe angebracht waren, zu hinterfragen und an heutige Möglichkeiten und Anforderungen anzupassen. Ein zentrales Anliegen ist die Verankerung von suchtspezifischem Wissen in der Grundversorgung. Hiermit sind neben den medizinischen Grundversorgern wie Spitälern und Hausarztpraxen auch weitere Strukturen der sozialen Unterstützungsangebote gemeint: ob auf Sozialdiensten, Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV), bei der Spitex und im Altersheim oder in Schulen und Berufsbildungsangeboten. Wissen im Umgang mit suchtgefährdeten oder abhängigen Personen ist überall dort gefragt, wo wir es mit Menschen und ihren Schicksalen sowie ihrem ganz normalen Alltag zu tun haben. Sucht ist ein transversales Thema und Suchthilfe wird dann gelingen, wenn Kooperationen zwischen verschiedenen Systemen aktiv gesucht und gelebt werden sowie auf die Nutzung von Synergien gesetzt wird. Der interprofessionellen Zusammenarbeit verschiedener Fachpersonen kommt hierbei grosse Bedeutung zu.

## Den Fokus verstärkt auf vulnerable und besonders schützenswerte Zielgruppen rücken

Besondere Beachtung erfordern Menschen in vulnerablen Situationen. Dies sind häufig Personen, die bereits aufgrund anderer Umstände marginalisiert werden oder einen schlechteren Zugang zu Informations- und Unterstützungsangeboten haben. Es kann Menschen mit einer psychischen Erkrankung betreffen, traumatisierte Migrantinnen und Migranten, aber auch Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem sozioökono-



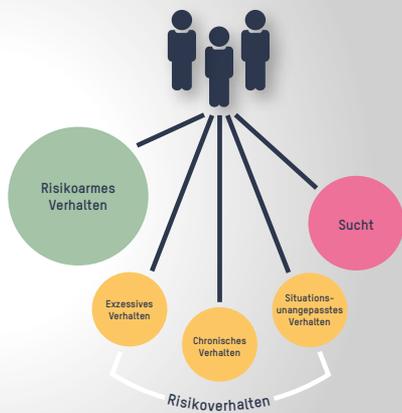
<sup>1</sup> NCD = engl. non-communicable diseases, dt. nichtübertragbare Krankheiten

## SUCHT UND IHRE ERSCHEINUNGSFORMEN

### Risiken unterscheiden

Die Nationale Strategie Sucht unterscheidet Konsum- und Verhaltensweisen nach Intensität und Risiken für das Individuum und die Gesellschaft.

- Risikoarmes Verhalten: Nicht schädlicher Umgang mit psychoaktiven Substanzen und Verhaltensweisen, die oft Teil des gesellschaftlichen Zusammenlebens sind.
- Risikoverhalten: Konsum oder Verhalten, das zu Schäden führen kann. Unterschieden werden drei Verhaltensmuster mit unterschiedlichem Schadenspotenzial: Exzessives, chronisches und situationsunangepasstes Verhalten.
- Sucht: Krankheit mit zwanghaftem Verhalten, das auch dann weiterbesteht, wenn schwerwiegende gesundheitliche und soziale Schäden eintreten.



misch tiefen Status oder Menschen im Strafvollzug. Es gilt, den Zugang zu Hilfsangeboten auf die unterschiedlichen Bedürfnisse angepasst und niederschwellig zu gestalten. Gerade in Zeiten begrenzter Finanzen heisst es, die knappen Mittel dort einzusetzen, wo die grösste Dringlichkeit ausgemacht wird.

**Es gilt, den Zugang zu Hilfsangeboten auf die unterschiedlichen Bedürfnisse angepasst und niederschwellig zu gestalten.**

Kindern und Jugendlichen gilt ein besonderes Augenmerk. Schon bei jüngeren Schulkindern können die Förderung von Selbstwirksamkeit und sozialen Kompetenzen im Miteinander als Suchtprävention wirken. Themenübergreifende Massnahmen zur Stärkung von Ressourcen werden ergänzt durch spezifische Massnahmen, die auf einen verantwortungsvollen Umgang mit Suchtmitteln zielen und im Sinne einer Früherkennung und Frühintervention dort ansetzen, wo sich Probleme zeigen könnten oder bereits zeigen. Ergänzt werden solche pädagogischen Ansätze von Jugendschutzbestimmungen. Auch hier setzt die Nationale Strategie Sucht an und unterstützt die Akteure beim Vollzug von Gesetzesbestimmungen durch geeignete Instrumente und wissenschaftliche Grundlagen. Neugierde und das Testen von Grenzen gehören zur Adoleszenz. Wichtige Entwicklungsaufgaben des Jugendalters sind das Einschätzen von Risiken und der Umgang mit Versuchungen. Prävention soll dort ansetzen, wo sie junge Menschen befähigt, sich zu informieren und Entscheidungen bewusst zu treffen. Hier ist die Adaption von bewährten Sensibilisierungs- und Informationsmaterialien auf neue Kanäle und die Nutzung neuer Technologien ein zentraler

Ansatzpunkt zur Weiterentwicklung von Suchthilfe und -prävention.

### Die Nationale Strategie Sucht (2017–2024)

Die vorliegende Strategie erfindet das Rad nicht neu. Sie baut auf die seit Jahren bewährte und erfolgreiche Viersäulensuchtpolitik auf und bietet Boden für Weiterentwicklung. Sie dient gleichermaßen als Referenz- und Orientierungsrahmen für die Akteure der Suchthilfe und legt einen Schwerpunkt auf die Koordination und die Nutzung von Synergien. Angebote werden nicht mehr nur auf einzelne Substanzen oder Verhaltensweisen ausgerichtet, sondern betrachten den Menschen auch in seiner Sucht umfassend, entlang seiner Lebensphasen, den dort möglicherweise auftretenden Krisensituationen und dem damit erhöhten Risiko, in eine Sucht zu geraten. Die bewährten vier Säulen werden durch vier steuerungsorientierte Handlungsfelder ergänzt, die Querschnittsaufgaben beschreiben und der Steuerung und Koordination dienen:

1. Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung
2. Therapie und Beratung
3. Schadensminderung und Risikominimierung sowie
4. Regulierung und Vollzug.

### Ein Fokus auf die Verhaltenssuchte

Verhaltenssuchte oder substanzungebundene Abhängigkeiten finden in der Nationalen Strategie Sucht vermehrt Beachtung. Dieses breite Spektrum von problematischen Verhaltensweisen erfordert Expertise und den Wissenstransfer unter Suchthilfeinstitutionen und Multiplikatoren. Die problematische und entwicklungsschädigende Nutzung von Internet bei Kindern und Jugendlichen sei hier genannt: Das Spektrum der Ausprägungen ist breit und reicht von Cybermobbing über Onlinegames bis hin zum exzessiven Konsum von pornografischen Inhalten. Muskelsucht, Anabolikamiss-

brauch, Körperbild- und Essstörungen sind weitere Felder. Die Geldspielsucht in realen Casinos oder online, die Betroffene mit lebenslangen Geldschulden zurücklassen kann, ist als Suchthematik seit Längerem bekannt und wird mit verschiedenen Angeboten angegangen. Unser Interviewpartner Renanto Poespodhardjo (siehe Interview auf Seite 11) wünscht sich auch für die in der Öffentlichkeit kaum als Problem wahrgenommene Kaufsucht mehr Beachtung. Insgesamt seien im Bereich der Verhaltenssuchte sehr viel mehr Aufklärung und Informationen von Seiten des Bundes nötig.

### Weitere Aufgaben des Bundes: Koordination, Forschung, Best-Practice-Beispiele und internationaler Austausch

Wichtig sind auch in dieser Strategie die koordinative Arbeit des Bundes und die Bereitstellung von evidenzbasiertem Material und von Best-Practice-Beispielen, die die Kantone, Städte, Gemeinden wie auch NGO für ihre Zwecke nutzen können. Nicht jeder muss eigene Konzepte entwickeln, und nicht alle Kantone und Akteure stehen vor denselben Herausforderungen. Diese sind aufgerufen, gemeinsam Überlegungen anzustellen, wer wo welche Angebote bereitstellt beziehungsweise, wie sie gemeinsame Projekte etablieren und koordinieren können.



Probleme und Sorgen um die Gesundheit der Bevölkerung kann die nationale Gesundheitspolitik aber nicht alleine bewältigen. Der Einbezug anderer Politikbereiche hin zu einer umfassenden Gesundheitspolitik ist und bleibt unabdingbar. In der Suchtpolitik sind Justiz und Polizei bereits wichtige Partner im Bereich der Regulierung und des Vollzugs. Und: Die meisten Entwicklungen im Suchtbereich machen auch vor Landesgrenzen nicht halt. Der Erfahrungsaustausch mit Partnerländern und die Mitarbeit bei der Entwicklung und Umsetzung internationaler suchtrelevanter Vereinbarungen bleiben wichtig.

#### Kontakt:

Markus Jann, Leiter Sektion Politische Grundlagen und Vollzug, markus.jann@bag.admin.ch

Mirjam Weber, Projektleiterin Nationale Strategien Sucht, mirjam.weber@bag.admin.ch

Link Strategiepapier zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2014: [www.bag.admin.ch/sucht](http://www.bag.admin.ch/sucht)

Sucht ist eine Krankheit.<sup>1</sup> Sucht kann aber auch Marginalisierung bedeuten. Einsamkeit. Verschuldung. Sucht kann zum Verlust von Arbeit führen, zum Verlust des sozialen Umfelds und zum Verlust von Lebensfreude. Im Vorfeld eines Suchtverhaltens bestehen oftmals tieferliegende psychische Probleme. Die neue Strategie Sucht des Bundes geht deshalb von einem gesamtheitlichen, biopsychosozialen Krankheitsmodell aus, das körperliche, psychische und sozioökonomische Faktoren einbezieht und Sucht nicht als Zustand, sondern als dynamischen Prozess betrachtet.

Eine Abhängigkeit kann sich in jedem Lebensalter, nach jedem kritischen Lebensereignis und aus jeder Krisensituation entwickeln. Die Entstehung von Suchtverhalten ist eine mögliche Antwort auf länger andauernde Belastungen bei der Arbeit oder im Privatbereich. Solche Entwicklungen frühzeitig zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren, ist der Kerngedanke der im Bereich der Prävention zentralen Massnahmen zur Früherkennung und Frühintervention.

Bei all den weitblickenden und umfassenden Überlegungen, wie diese in der Nationalen Strategie Sucht und dem Massnahmenplan dargelegt sind, ist es mir ein persönliches Anliegen, nicht zu vergessen, wem die Aktivitäten und Entwicklungen letztendlich dienen sollen: den suchtgefährdeten und abhängigen Menschen wie auch den Menschen in ihrem Umfeld. Was mir aus meiner früheren Tätigkeit in der ambulanten Suchtberatung geblieben ist, sind nicht Prävalenzzahlen, sozioökonomische Kosten und fachspezifisches Wissen zu Substanzen und Verhaltensweisen, sondern individuelle, facettenreiche Lebensgeschichten. Immer wieder habe ich die Erfahrung gemacht, dass Abhängigkeit und Suchtverhalten nicht nur weit verbreitet sind. Sie sind ein Thema, das uns alle angeht, und ein Schicksal, das viele von uns treffen kann.

Ich freue mich darauf, die Umsetzung der Nationalen Strategie Sucht zu begleiten und auf den breiten Erfahrungsschatz und das reiche Know-how von allen Partnern und Akteuren zurückgreifen zu können. Mit viel Freude an der Fortentwicklung, dem Interesse an der Zusammenarbeit und der Nutzung von Synergien wird die Nationale Strategie Sucht im Jahr 2024 auf viele neue Erfolge zurückblicken können.



Mirjam Weber, Projektleiterin Nationale Strategie Sucht

<sup>1</sup> vgl. den Kriterienkatalog ICD-10 der WHO ([www.who.int/classifications/icd/en](http://www.who.int/classifications/icd/en)) sowie das Manual DSM-5 der American Psychiatric Association ([www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm](http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm))

# Früherkennung und Frühintervention im Wandel

**F+F.** Die Früherkennung und Frühintervention (F+F) hat ihren Ursprung in der Arbeit mit gefährdeten Kindern und Jugendlichen. Das vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) entwickelte psychosoziale Gefährdungsmodell<sup>1</sup> geht davon aus, dass etwa 10 bis 20 Prozent der Jugendlichen gefährdet sind, gesundheitliche Probleme oder psychische Belastungen zu entwickeln.

Die Früherkennung ist ein Ansatz der indizierten Prävention. Er bezeichnet das frühzeitige Wahrnehmen von Belastungen und Anzeichen einer möglicherweise beeinträchtigten psychosozialen Entwicklung durch Bezugspersonen. Darauf folgt gegebenenfalls eine professionelle Einschätzung durch Fachpersonen und/oder Fachstellen. In der Frühintervention entwickeln Fachleute gemeinsam mit Bezugspersonen und den als gefährdet erachteten Kindern und Jugendlichen unterstützende Massnahmen und setzen diese um. Das Programm supra f, das auf Initiative des BAG Ende der 1990er-Jahre von Infodrog entwickelt wurde und bis 2009 dauerte, umfasste sozialpädagogische und psychologische Interventionen, um die Situation der gefährdeten Jugendlichen in der Schule oder Berufslehre zu stabilisieren. Von 2006 bis 2015 wurden zudem im Auftrag des BAG durch Radix F+F-Programme in Schulen und Gemeinden der Romandie und der Deutschschweiz lanciert. 2011 wurde von Fachleuten eine gemeinsame Werthaltung in Form einer «Charta F+F bei gefährdeten Kindern und Jugendlichen» erarbeitet.

## Die neue Charta: Lebensphasen und Rahmenbedingungen werden zum Thema

Eine 2014 vom BAG in Auftrag gegebene Situationsanalyse zeigte, dass F+F von den Fachleuten in der Praxis als themenübergreifender und altersunabhängiger Ansatz angewendet wird. Eine Gefährdung kann sich also auf riskantes



Verhalten unterschiedlicher Art beziehen, z.B. Suchtmittelkonsum, Gewalt, exzessiven Medienkonsum oder auch Essstörungen und Medikamentenmissbrauch. Daher wurde 2015/2016 die F+F-Charta unter Einbezug aller nationalen Akteure<sup>2</sup> erweitert. Grundhaltungen und Werte sind dieselben geblieben, neu bezieht sie sich auf alle Lebensphasen und riskanten Verhaltensweisen. Die Charta formuliert zudem den Anspruch an F+F, sich für gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen einzusetzen. Sie anerkennt darüber hinaus beispielsweise das Recht auf Anderssein und Selbstbestimmung und sieht eine wertschätzende Beziehung zu den Betroffenen als Grundlage für eine wirksame abgestimmte Frühintervention. Die Charta hält zudem fest: «Die Förderung und Implementierung braucht einen klaren Auftrag auf politischer und institutioneller Ebene sowie finanzielle, zeitliche und personelle Ressourcen.»

## F+F und die Strategien Sucht und NCD

Die neue Charta und die Strategien Sucht und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD), welche seit 2017 umgesetzt werden, schaffen übergreifende Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung des bewährten F+F-Ansatzes. Im Handlungsfeld «Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung» der Strategie Sucht wird das Ziel «Prävention von Sucht und Früherkennung von Suchtverhalten» formuliert. Es ist geplant, den Ansatz weiterzuentwickeln, weiterhin die Akteure zu vernetzen, Grundlagenarbeit zu leisten sowie die Früherkennung und Frühintervention in der Arbeitswelt zu verankern. Die NCD-Strategie sieht Früherkennung als Teil von Gesundheitsförderung und Prävention im Lebensphasenansatz und als Methode, erhöhte Krankheitsrisiken in der Gesundheitsversorgung zu erkennen.

## F+F heute und in Zukunft

Schon heute werden von den Partnern Grundlagen und Instrumente entwickelt, welche die Akteure in der Praxis darin unterstützen, F+F in einem erweiterten Sinne (neue Charta, Lebensphasen) anzuwenden. So organisieren die Suchtfachverbände Fachverband Sucht und Groupement romand d'études aux addictions (GREA) regelmässige Austauschtreffen und Weiterbildungen für Berufsleute oder lancieren Pilotprojekte, z.B. zur Zusammenarbeit zwischen der Polizei und sozialen Institutionen oder mit der Hauspflege. Im Tessin werden mithilfe der Unterstützung von Radix Projekte etwa in der Berufsschule und für Ferienlager realisiert. Parallel dazu entwickelt das BAG den F+F-Ansatz weiter, basierend auf den bestehenden Erfahrungen. Mit der Unterstützung der Partner und den Akteuren soll ein Umsetzungskonzept für die Verbreitung und Verankerung von F+F in allen Lebensphasen und Settings entstehen, in denen sich Ursachen für Risikoverhalten ausmachen lassen. Das Konzept berücksichtigt auch neue Risiken wie exzessive Internetnutzung oder Onlinegeldspiele. Eine Priorität sieht das BAG darin, den Ansatz F+F in der Arbeitswelt sowie der medizinischen Grundversorgung breiter zu verankern.

## SafeZone.ch – ein atypisches F+F-Projekt

Schätzungen gehen davon aus, dass nur ein Bruchteil der Menschen mit einer Abhängigkeit überhaupt in Beratung oder Behandlung ist. Auch für Betroffene und Angehörige, die sich Fragen zum Konsum stellen, greifen die bestehenden Angebote nicht immer. Die Schwelle, eine lokale klassische Suchtberatung aufzusuchen, kann für Betroffene aus unterschiedlichen Gründen zu hoch sein: ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Anonymität, Unbehagen im Face-to-Face-Setting, geografische Distanz usw. Wichtige Faktoren sind auch Scham und die Angst vor Stigmatisierung, da Sucht immer noch ein Tabuthema ist. Hier setzt SafeZone an. Auf der Onlineplattform zu Suchtfragen können sich Betroffene, Angehörige und Fachleute anonym und kostenlos per Mail, im Chat oder Forum beraten lassen. Zudem stehen Informationen zu Substanzen, Selbsttests und Links zu lokalen Fachstellen zur Verfügung. Die Beratungen werden von erfahrenen und spezifisch für Onlineberatung ausgebildeten Fachleuten durchgeführt. Das Projekt wurde 2014 in einer Kooperation zwischen Bund, Kantonen und Institutionen lanciert.

## Seniernetz Vernier: Früherkennung von sozialer Isolation bei älteren Menschen

Das Seniernetz Vernier (Réseau Seniors Vernier, RSV) verfolgt das Ziel, personalisiert auf die Bedürfnisse älterer Menschen einzugehen, denen eine Schwächung ihrer sozialen Bindungen oder sogar die soziale Isolation droht. Dabei sollen die Ressourcen dieser Menschen wie auch diejenigen des Seniornetzes optimal genutzt werden. Das RSV wählt einen proaktiven Ansatz der Nähe, um die Zielgruppe zu erreichen. Es unterstützt die Betroffenen je nach Anliegen und bietet bei Bedarf personalisierte, originelle Lösungen. Es reagiert rasch und flexibel je nach Interventionsbedarf. Das RSV stützt sich auf seine speziell geschulten und betreuten freiwilligen Helferinnen und Helfer sowie eine Gruppe solidarischer Einwohnerinnen und Einwohner. Es unterstützt auch die Arbeit pflegender Angehöriger und arbeitet vernetzt mit lokalen und kantonalen Einrichtungen. Bis heute hat das RSV rund 280 Dossiers betreut. Es handelt sich um ein Radix-Projekt, das in Zusammenarbeit mit der Stadt Vernier umgesetzt wird (Délégation aux seniors, Service de la cohésion sociale, SCOS, siehe <http://bit.ly/2v1yFEN>).

<sup>1</sup> vgl. Handbuch «Jugendliche richtig anpacken – Früherkennung und Frühintervention bei gefährdeten Jugendlichen», BAG, 2008, S. 18, <http://bit.ly/2tCMpSV>

<sup>2</sup> Die Charta wird von folgenden Partnerorganisationen getragen: Avenir Social, Fachverband Sucht, Groupement romand d'études aux addictions (GREA), Infodrog, Radix, Sucht Schweiz, Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM), Ticino Addiction, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS), Städtische Konferenz der Beauftragten für Suchtfragen (SKBS), Vereinigung der Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz (VBGF), siehe <http://www.avenirsocial.ch/de/p42015381.html>

Kontakt:  
Tina Hofmann, Sektion Gesundheitsförderung und Prävention,  
[tina.hofmann@bag.admin.ch](mailto:tina.hofmann@bag.admin.ch)

# Stigma – die zweite Krankheit

**Psychische Gesundheit.** Stigmatisierung ist eine Form sozialer Diskriminierung. Sie stellt für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine zusätzliche Belastung zur eigenen Krankheit dar – auch für ihre Angehörigen. Suchterkrankte sind besonders von Stigmatisierung betroffen und werden mehrfach marginalisiert.

Die Gesellschaft stigmatisiert psychisch Erkrankte nach wie vor. Das hat die Universität Basel in einer neuen Studie bestätigt.<sup>1</sup> 10 000 Personen aus dem Kanton Basel-Stadt schätzten anhand konstruierter Fallbeispiele die Gefährlichkeit psychisch erkrankter Menschen ein. Menschen mit Symptomen einer Alkoholabhängigkeit schnitten am schlechtesten ab. Studien zu Stereotypen, Vorurteilen und Diskriminierung zeigen zudem, dass Fachpersonen oftmals nicht besser als die Allgemeinbevölkerung abschneiden.

## Fremdstigmatisierung und Selbststigmatisierung

Eine öffentliche Stigmatisierung ist oft der Anfang von sozialer Ausgrenzung. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung zeigt, dass Menschen mit psychischen Belastungen über geringe soziale Unterstützung und ausgeprägte Einsamkeitsgefühle berichten.

Nebst der Fremdstigmatisierung droht auch eine Selbststigmatisierung: Betroffene übernehmen die Vorurteile der Gesellschaft und werten sich selber ab. Dadurch reduzieren sich wichtige Ressourcen wie das Selbstwertgefühl und das Selbstwirksamkeitserleben. Was daraus folgt, sind krankheits- aber auch stigmabedingte soziale Ausgrenzung, Scham und Hoffnungslosigkeit, die bedeutsame Risikofaktoren für Suizidalität darstellen.

## Informieren und Vorurteile abbauen

Dem Teufelskreis der Stigmatisierung will man durch gezieltes Informieren der Bevölkerung entgegenreten. Der Dialogbericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz»<sup>2</sup> fordert eine nationale Informationskampagne, die durch Sensibilisierung und Aufklärung zum Thema psychische Gesundheit und Krankheit die Fremd- und Selbststigmatisierung verringern soll. Mit der Erhöhung des Prämienzuschlags für die allgemeine Krankheitsverhütung konnte die Umsetzung dieser Massnahme von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz übernommen werden. Zurzeit werden die Grundlagen erarbeitet. Der Aktionsplan Suizidprävention<sup>3</sup> (erarbeitet durch das Bundesamt für Gesundheit BAG, die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheits-

direktorinnen und direktoren GDK und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz GFCH) hält fest, dass Risikofaktoren für Suizidalität wie z.B. psychische Erkrankungen von einem gesellschaftlichen Stigma behaftet sind, und dies das frühzeitige Aufsuchen und Annehmen von Hilfe erschwert. Die aktuelle, in den Aktionsplan eingebettete Suizidpräventionskampagne «Reden kann retten» will einen Beitrag zur Enttabuisierung von Suizidgedanken leisten und setzt dabei auch auf Testimonials von Betroffenen. Anti-Stigma-Intervention darf sich allerdings nicht auf Sensibilisierungsmassnahmen für die Bevölkerung beschränken. Auch Fachpersonen – aus medizinischen

und nichtmedizinischen Settings – müssen angesprochen werden. Sowohl der Aktionsplan Suizidprävention als auch die Nationale Strategie Sucht (2017–2024)<sup>4</sup> beinhalten entsprechende Massnahmen.

<sup>1</sup> vgl. Studie Universität Basel, Open Access unter [www.nature.com/articles/srep45716](http://www.nature.com/articles/srep45716)

<sup>2</sup> vgl. <http://bit.ly/2uwV10p>

<sup>3</sup> vgl. <http://bit.ly/2hMZDuH>

<sup>4</sup> vgl. [www.bag.admin.ch/sucht](http://www.bag.admin.ch/sucht)

Kontakt:  
Esther Walther, Sektion Nationale Gesundheitspolitik,  
[esther.walther@bag.admin.ch](mailto:esther.walther@bag.admin.ch)



# Weiterentwicklung von intermediären Angeboten

**Versorgung im Wandel.** Menschen, die an einer Sucht leiden, sind häufig auf mehreren Ebenen belastet. Suchterkrankungen haben einerseits Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit, aber auch auf die Psyche, das soziale Umfeld und die soziale Integration.

Zusätzlich zu ihrer Sucht leiden abhängige Menschen häufig an weiteren psychischen Problemen und weisen einen erhöhten Bedarf an psychosozialer Unterstützung auf. In diesem Sinne weist die Sucht viele Bezüge zur psychischen Gesundheit und zur Versorgung psychisch kranker Menschen auf, nicht zuletzt, weil viele Menschen mit einer

Suchtproblematik in psychiatrischen Versorgungsstrukturen behandelt werden. Umgekehrt haben viele Menschen mit einer psychischen Krankheit eine Zweitdiagnose «Abhängigkeit».

## Wichtige Rolle von intermediären Behandlungsangeboten

Bei psychiatrischen Erkrankungen – und insbesondere bei Sucht – besteht ein erhöhtes Risiko für Rückfälle und chronische Krankheitsverläufe. Daher spielen in der Psychiatrie neben ambulanten und stationären sogenannte intermediäre Angebotsstrukturen eine besonders wichtige Rolle. Unter diesem Begriff werden verschiedene Behandlungs- und Nachsorgeangebote zusammengefasst, die eine Lücke zwischen der 24-Stun-

den-Betreuung im stationären Rahmen und der Sprechstunde im ambulanten Bereich schliessen (beispielsweise Tageskliniken, Ambulatorien und mobile Dienste). Gerade die intermediären Angebote sind in der Praxis häufig mit Hürden konfrontiert. Einerseits sind bestehende Angebote nicht immer ausgelastet, was zu Überlegungen für alternative Nachsorgeangebote und deren Weiterentwicklung führen muss. Andererseits ist die Finanzierung der Angebote in den Kantonen unterschiedlich gelöst und oft von den jährlichen Budgetentscheidungen der Kantone abhängig. Deshalb schreitet der Ausbau der intermediären Strukturen langsamer voran, als es für eine zeitgemässe psychiatrische Versorgung notwendig wäre.

Sowohl im Rahmen der Suchtstrategie (Massnahme 2.1) wie auch in der Umsetzung des Berichtes «Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz» setzt sich das Bundesamt für Gesundheit für die konzeptuelle und fachliche Weiterentwicklung der intermediären Versorgungsangebote ein. Zudem werden in beiden Bereichen Empfehlungen erarbeitet, wie eine nachhaltige Finanzierung von intermediären Angeboten ausgestaltet werden könnte (Suchtstrategie: Massnahme 2.4).

## Weiterentwicklung der Suchthilfe

Zusätzlich zu intermediären Angeboten ist es im Bereich der Suchthilfe beson-

ders wichtig, die medizinisch-psychiatrisch ausgerichteten Leistungserbringer und jene aus dem sozialmedizinischen und psychosozialen Bereich enger zu vernetzen. So können trotz unterschiedlicher finanzieller und gesetzlicher Rahmenbedingungen die Qualität und Wirksamkeit des Versorgungssystems nachhaltig sichergestellt werden. Wichtig ist insbesondere, dass Unterbrüche im Behandlungspfad – etwa durch mangelnde Kooperation zwischen den unterschiedlichen Angeboten – vermieden werden. Ebenfalls gilt es, die Zusammenarbeit mit weiteren involvierten Leistungserbringern ausserhalb des Suchthilfesystems zu stärken und zu verbessern. Ein bedeutendes Element ist die Verankerung der Suchtmedizin und von spezifischem Fachwissen zu Sucht in der Grundversorgung, damit die Betroffenen und ihr Umfeld bestmögliche gesundheitliche und soziale Unterstützung finden.

Links:  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Mensch & Gesundheit > Psychische Gesundheit > Politische Aufträge im Bereich psychische Gesundheit > Postulat: Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz

Kontakt:  
Lea Meier, Sektion Nationale Gesundheitspolitik,  
[lea.meier@bag.admin.ch](mailto:lea.meier@bag.admin.ch)



# «Suchtkranke sind nicht schuld an ihrer Sucht, es ist ein gesamtgesellschaftliches Problem»

**Interview mit Julia Wolf.** Welche Verhaltensweisen wünscht sich eine Gesellschaft in Bezug auf den Suchtkonsum oder ein Suchtverhalten? Welche verwünscht sie? Was darf eine Gesellschaft verlangen und was sollte sie zur Verfügung stellen? Können uns die Ethik, Natur- und Sozialwissenschaften darauf eine Antwort geben? In der Diskussion um diese Fragen in der Suchtproblematik plädiert unsere Gesprächspartnerin Julia Wolf für Kohärenz, Sachlichkeit und Wertfreiheit. Wir diskutieren mit ihr weiter darüber, weshalb die Stärkung der Eigenkompetenz und der Entwicklung eines Risikomanagements von Kindesbeinen an wichtig ist.

**spectra: Zuerst eine grundlegende Frage: Sind Süchtige an ihrer Sucht selber schuld? Können die Ethik, die Hirnforschung oder die Sozialwissenschaften hierauf eine Antwort geben?**

*Julia Wolf:* Ich finde es problematisch, im Bereich der Sucht den Begriff der Schuld anzuwenden. Zum einen haben wir es hier mit einem rechtlichen Schuldbegriff zu tun, wenn jemand ein Gesetz gebrochen hat. Das ist im Bereich des Betäubungsmittel- und des Arzneimittelgesetzes möglich. Zum anderen rekurriert er bezogen auf eine Sucht vor allem auf eine moralische Schuldfrage. Das moralische Suchtverständnis reicht weit zurück. Noch Anfang des 20. Jahrhunderts wurde eine Sucht mit Disziplin-, Willen- und/oder Zügellosigkeit in Verbindung gebracht. Das kippte erst, als man die Sucht unter den Sozialversicherungsparagrafen stellte, sie als Krankheit anerkannte und somit auch deren Folgeschäden finanzieren konnte. Dieses moralische Paradigma findet sich auch heute noch teilweise in den Hinterköpfen.

Bei einem Risikokonsum sollte eher von Verantwortung gesprochen werden. Jedoch nicht von einer Kausalverantwortung im Sinne einer Urheberhaftung oder der Haftung für etwas, sondern von einer Mitverantwortung. Das ist einerseits die Verantwortung für sich selbst, andererseits die Verantwortung für das Gegenüber. Damit verteilt sich die Ver-

antwortung sowohl auf das Individuum als auch auf die Gesellschaft, denn das Individuum ist immer Teil der Gesellschaft, mit Eigeninteressen und gemeinschaftlichen Interessen. Am Ende tragen alle gemeinsam dazu bei, dass es einen Konsum von etwas gibt und Dritte wie die Tabakindustrie, die Alkoholhersteller, aber auch die Spielcasinos vom legalen Konsummittelgebrauch profitieren können.

**Es gibt ja auch die Sucht als Konzept eines Verhaltens, das nicht den gesellschaftlichen Normen entspricht, eines sogenannten devianten Verhaltens.**

Die Sucht wird an gesellschaftlichen Normen ausgerichtet, die sozial konstruiert und Wandelprozessen unterzogen sind. Was in pluralen Demokratien auch immer wieder getan wird. Es gab Zeiten, da wurde der Konsum von Koffein/Kaffee enorm angegriffen, und es gab Zeiten, in denen Opium ein alltägliches Konsummittel war.

Manchmal liegt es auch daran, wer die Substanzen einnimmt. Wie bei der an sich schon politisch abgelehnten Hippiebewegung und dem Haschischkonsum. Die Droge steht dann gleichsam stärker im Fokus als etwa die leistungssteigernden Neuro-Enhancer von heute, die es uns quasi ermöglichen, das Bruttosozialprodukt zu steigern.

Dasselbe gilt für Psychopharmaka. In den USA der 1970er-Jahre wurde das Antidepressiva Prozac als «Mothers little helper» breit akzeptiert. Das vorwiegend an Frauen gerichtete Medikament sollte sie bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützen, als es die Grossfamilie nicht mehr gab.

Ein leistungssteigerndes Mittel wird in der Gesellschaft eher akzeptiert. Folgeerkrankungen und Nebenwirkungen werden zwar problematisiert, aber sie werden deutlich positiver konnotiert, als wenn sie das Gegenteil bewirken (für andere, gesellschaftlich weniger kompatiblere Ziele, eingesetzt werden).

**Wie gewichten Sie als Ethikerin die Gegensätze zwischen der Selbstbestimmung des Individuums in Bezug auf dessen Rauschmittelkonsum und dem Interesse der Solidargesellschaft, ihre Bürger zu einem unschädlichen Tun zu bewegen?**

Der Kernkonflikt beim Drogenkonsum ist das Aufeinanderprallen der Autonomie des Individuums, seines selbstbestimmten Konsums, seiner selbstbestimmten Freizeitbeschäftigungen sozusagen, und im Gegensatz dazu die gesellschaftliche Sicht des Prinzips des Nichtschadens. Dieses Prinzip steckt in einer der vier Säulen der Schweizer Suchtpolitik, der Schadensminderung. Dieses positiv formulierte Anliegen drückt sich auch in der Fürsorgepflicht und der Schutzfunktion aus, die der Staat gegenüber der Gesundheit seiner Bevölkerung als hohes Gut zu erfüllen hat.

Die Frage der gerechten Verteilung der Ressourcen stellt sich immer dann, wenn das Geld knapp wird. Hier ergibt sich ein klassischer Wertekonflikt, der auftritt, wenn es eine Unsicherheit gibt in Bezug auf gängige Normen, wenn Normen aufgeweicht werden oder wenn es neue Möglichkeiten gibt. Das heisst, wenn sich technische oder diagnostische Möglichkeiten eröffnen, mit denen wir noch keinen passenden Umgang gefunden haben, wie es beispielsweise heute beim Cannabis der Fall ist.

Es stellt sich auch immer wieder die Frage, ob im Rahmen einer Sucht Autonomie überhaupt möglich ist und ob noch von einer selbstbestimmten Lebensweise gesprochen werden kann. Aufgrund des hohen Werts der Autonomie für unsere Gesellschaft wird Sucht als deren existenzielle Bedrohung angesehen. Konsens herrscht in der Gesellschaft allerdings darüber, dass die Autonomie da endet, wo andere geschädigt werden, vor allem Kinder und Jugendliche. Das hat man beim Passivrauchschutz gesehen. Es ging hier nicht so sehr um die Einschränkung des eigenen Rauchens, sondern vielmehr darum, andere davor zu schützen.

**«Es stellt sich auch immer wieder die Frage, ob im Rahmen einer Sucht Autonomie überhaupt möglich ist und ob noch von einer selbstbestimmten Lebensweise gesprochen werden kann.»**

Man ist sich insgesamt noch viel zu wenig einig darüber, wie hoch der Schaden für die Gesellschaft ist. Ob auch Kosten verursacht werden durch die Politik, die man betreibt. Aufgrund des heutigen Kostendrucks habe ich allerdings das Gefühl, alles wird viel zu sehr auf ökonomische Kriterien reduziert. Ethische Werte oder Werte an und für sich stehen nicht mehr im Fokus, man wünscht sich vielmehr eine Privatisierung der Lebensrisiken. Doch für welche Risiken soll die Gesellschaft haften und für welche nicht? Von der Art und Weise, wie zum Teil argumentiert wird, kriege ich als Ethikerin Bauchschmerzen. Nicht, weil unterschiedliche Meinungen vorliegen, sondern weil nicht kohärent genug und mit zu wenig transparenten Kriterien argumentiert wird.

**Gibt es Modelle, die aus diesem Dilemma herausführen könnten?**

Das Nuffield Council on Bioethics hat sich für den Public-Health-Bereich und für Gesundheitsfragen das Stewardship-Modell zu Hilfe genommen. Dieses fokussiert auf die gegenseitige Abhängigkeit zwischen Individuum und Staat und stellt an beide moralisch-normative Forderungen. Autonomie und Privatheit werden darin vom Staat respektiert und er greift nur dann ein, wenn Dritte tat-

sächlich erwiesenermassen geschädigt werden. Es geht dabei vor allem um die Schadensvermeidung. Eingriffe sollen dabei so gewählt werden, dass sie proportional zum Risiko stehen. Das Prinzip der Verhältnismässigkeit und der Risikoabwägung sind im Modell vereint, und es würde sich zumindest lohnen, das Modell einmal durchzuspielen. Letzten Endes ist es ein Modell, das der Mitverantwortung von Individuum, Staat, aber auch anderen Gruppen wie der Wirtschaft Rechnung trägt. Aus ethischer Sicht wäre das sicher ein vertretbarer und fairer Ansatz.

**Der Konsum von Substanzen kann irgendwann aus dem Ruder laufen. Soll bei einem Menschen eingegriffen werden, bevor der Konsum zum Problem wird? Und wessen «Pflicht» wäre das?**

Das wäre problematisch. Präventionsmassnahmen sind per se positiv zu werten – Aufklärung, Information, Kampagnen, auch zur Enttabuisierung von Drogen und Sucht. Ein invasiver Eingriff wäre praktisch eine Zwangstherapie, und die ist ethisch nicht zulässig. Ein Eingriff hat unter dem Prinzip der Verhältnismässigkeit zu erfolgen. Zulässig wäre erstens, wenn der Betroffene selbst leidet und Hilfe sucht. Zweitens, wenn Dritte direkt geschädigt werden. Das können Kinder sein, die vernachlässigt werden, oder wenn häusliche Gewalt auftritt. Oder drittens, wenn medizinisch eine Verpflichtung besteht und ein Nichteingreifen als unterlassene Hilfeleistung gilt, etwa bei einer Suizidgefährdung oder im Falle von Rauschtrinken. Präventive Eingriffe an und für sich sind hier ebenso fragwürdig, wie sie es bei einer eventuell geplanten Straftat wären, die man verhindern wollte. Wie soll man eingreifen, wenn keine ausgewiesenen Gründe vorliegen? Das würde der Willkür Tür und Tor öffnen.

**Was tun, wenn alle Therapien nichts nützen? Darf man sagen: entlassen und fertig?**

Zuerst wäre die Frage zu stellen, weshalb sie nichts nützen. Eine Therapieziel-Diskussion kann in diesem Fall Klärung bringen. Welche Therapieziele werden angewandt und welche davon sind umstritten? Mit der vierten Säule der Drogenpolitik, der Schadensminderung, konnten niederschwellige Angebote erfolgreich eingeführt werden. Hochschwellige Angebote, d.h. stationäre Langzeittherapien oder Therapien mit einem Abstinenzziel sind dagegen viel weniger erfolgreich. Sucht man im Internet nach dem Begriff der Abstinenz, dann haben wir es erneut mit den moralisch aufgeladenen Begriffen zu tun wie Disziplin, Selbstkontrolle, Tugendhaftigkeit und dem Verzicht als etwas Erstrebenswertem. Das mag für einige Menschen richtig sein, aber nicht für alle. Ein grosses Problem stellt in der Suchtmedizin, aber gerade auch in anderen therapeutischen Bereichen, die Non-

## Unsere Gesprächspartnerin

Dr. Julia Wolf ist Mitglied der Eidgenössischen Kommission für Suchtfragen (EKSF). Sie ist mit dem Institut für Bio- und Medizinethik der Universität Basel assoziiert und für verschiedene Hochschulen und Fachhochschulen als Lehrbeauftragte tätig. Julia Wolf hat in Tübingen Biologie studiert und dort mit der Arbeit «Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht – Neurowissenschaftliche Theorien zur Sucht und deren ethische Implikationen am Beispiel der Alkohol- und Heroinsucht» promoviert. Sie lebt mit ihrer Familie in Riehen, Basel.

# chaftliches Problem und wir reden von einer Mitverantwortung.»



Compliance dar. Herzpatienten nehmen ihre Medikamente aufgrund der Nebenwirkungen nicht ein usw. Was machen wir da? Wie gehen wir mit dem uneinsichtigen Manager um, der nach einem Herzinfarkt seine Medikamente nicht einnimmt, weil sie ihn müde machen? Sagen wir: selber schuld? Eine gewisse Kooperationsbereitschaft darf man voraussetzen, die wird für den Therapieerfolg auch benötigt. Hilfe kann angeboten werden, sie muss aber auch angenommen werden. Kommt sie zwangsweise, ist sie meist kontraproduktiv.

**Voraussetzung für die Anordnung einer Arbeitsvermittlung seitens der Invalidenversicherung ist unter anderem, dass alkoholranke Menschen zuvor 6 bis 12 Monate abstinent sein müssen. Darf der Sozialstaat seine Unterstützung an Bedingungen knüpfen?**

Als Voraussetzung, um überhaupt Hilfe zu erhalten, ist eine solche Anforderung aus meiner Sicht zu strikt. Die Arbeitsvermittlung ist als Wiedereingliederungs- und Rehabilitationsmassnahme gedacht. Sie holt einen aus dem Suchtkonsum in einen anderen sozialen Raum und initiiert im besten Falle einen Entwicklungsprozess. Es heisst ja noch nicht einmal, dass man zum Zeitpunkt der Vermittlung eine Stelle kriegen wird. Da schon so hohe Hürden aufzubauen, ist, meiner Meinung nach, nicht gerechtfertigt. Sobald es zu einem Arbeitsverhältnis kommt, können Bedingungen gestellt werden. Falls jemand Vorbildfunktionen übernehmen muss oder Jugendliche vor Ort sind, soll der Drogenkonsum während der Arbeitszeit nicht erlaubt sein. Ebenso, wenn man einen PKW benutzen oder Maschinen steuern muss. Das ist

von Gesetzes wegen schon nicht erlaubt. In unsere Gesellschaft als Leistungsgesellschaft gehört das Recht auf Hilfe und das Recht auf ein menschenwürdiges Dasein. Teil davon ist auch die Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag.

**Die Gesundheitskompetenz und die Eigenverantwortung stärken, damit sich die Bevölkerung das Wissen für eigenständige Entscheidungen zum Wohle ihrer Gesundheit aneignen kann. Das sind Ziele der Suchtstrategie. Kann man zu viel tun, sprich, kontraproduktiv auf die Menschen einwirken, da diese dadurch in ihrer «Unmündigkeit» verbleiben?**

Es wurde schon beobachtet, dass eine zu starke Abschreckung – Warnungen wie «Rauchen tötet» und krasse Bilder auf Zigarettenpackungen etwa – zu einem Gewöhnungsprozess geführt haben. Dagegen steht mit dem Begriff des Empowerment seit Längerem ein Konzept im Raum, das unterstützenswert ist. Helikoptereltern oder Überwachungssysteme für Kinder schränken den Raum der Kinder und Jugendlichen zu sehr ein. Man setzt zu sehr auf Kontrolle und Überbehütung, und nimmt Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, den Umgang mit Substanzen aus eigener Erfahrung zu erlernen und ein Risikomanagement auszubilden. Dies ist einem nicht von Geburt an gegeben. Ein übermässiger Schutz nimmt einem die Erfahrungen und macht inkompetent, das ist kontraproduktiv. Man versucht mit bestem Willen, jemanden vor etwas zu bewahren, doch diese Person läuft geradewegs in die Situation hinein, vor der man sie beschützen wollte, das ist Self-fulfilling prophecy. Die Eigen-

kompetenz und das Risikomanagement müssen schon früh gefördert werden, damit mit Risiken richtig umgegangen werden kann.

**Was wäre denn ein guter Weg für Eltern, ihre Kinder in ihrer Eigenkompetenz zu stärken und ein gutes Risikomanagement zu entwickeln?**

Ich habe selbst Kinder und sehe jeden Tag, wie schwierig es ist, Balance zu halten. Seine Kinder zu beschützen ist ein essenzielles Bedürfnis aller Eltern. Doch müssen sie auch altersgerecht lernen, mit gewissen Risiken umzugehen. Heute sind die Kinder ständig um Erwachsene herum. In meiner Kindheit waren wir früher einfach draussen unterwegs, alleine. Dort eignet man sich andere Kompetenzen an, als wenn man permanent

«Man setzt zu sehr auf Kontrolle und Überbehütung und nimmt Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, den Umgang mit Substanzen aus eigener Erfahrung zu erlernen und ein Risikomanagement auszubilden.»

gesagt kriegt, pass auf, tue dies nicht, du wirst vom Baum fallen.

Selbst zu erfahren, was ich kann, wo meine Grenzen liegen, was riskant ist, ohne dies permanent von jemand gesagt zu kriegen, ist für Kinder sehr wichtig. So entwickeln sie eine Risikokompetenz, um nicht als junge Erwachsene im Kontakt mit Drogen als inkompetente Akteure dazustehen und Schutz zu benötigen, den man als Eltern irgendwann einmal nicht mehr bieten kann. Das Selbstbewusstsein und die Wahrnehmung der eigenen Fähigkeiten stärken. – Wenn Kinder diese Kompetenzen vermittelt kriegen, ist das auch ein Präventionsfaktor für Drogenkonsum.

**Im Strafvollzug gilt offiziell das Äquivalenzprinzip: Das heisst, Menschen im Strafvollzug haben das Anrecht auf eine gleichwertige medizinische Behandlung wie ausserhalb der Gefängnismauern. Gleichwohl gibt es nur wenige Institutionen, die zum Beispiel eine Spritzenabgabe oder eine Heroinabgabe für Süchtige anbieten, etwa wegen Sicherheitsbedenken. Wie beurteilen Sie diese Situation?**

Ich würde das als sehr kritisch beurteilen, da auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in ihren ethischen Leitlinien das Gleichheitsprinzip explizit auf den Strafvollzug ausweitet. Die Gleichbehandlung von Menschen ist gesetzlich verankert und die Gleichheit vor dem Gesetz leitet sich auch von der Menschenwürde ab. Ich halte es für problematisch, wenn

Häftlinge keinen Zugang zu medizinisch notwendigen Therapien haben, wenn sie bereits als Süchtige dorthin kommen oder gar in Haft süchtig werden. Kann man Suchtkranke nicht behandeln, und es herrscht eine Unterversorgung vor, respektive wenn eine Therapie verweigert wird, obwohl ein medizinischer Bedarf besteht, dann würde man sich auch den Vorwurf der Diskriminierung einhandeln. Auch in Alters- und Pflegeheimen gibt es diese Problematik. Nicht immer wird auf Suchtmittelkonsumfragen adäquat eingegangen. Die föderale Struktur der Schweiz und die unterschiedlichen Zugangsbedingungen und die -versorgung (Stadt-Land) können zu einer Unterversorgung führen. Auch die Fehlversorgung in Alters- und Pflegeheimen kann ein Problem sein, d.h., wenn unsachgemäss Psychopharmaka verschrieben werden, die zu einer Suchtentwicklung beitragen, oder wenn Stürze dem Alter und nicht der Alkoholsucht zugeordnet werden.

**Worin unterscheidet sich die Sucht im Alter gegenüber einer Sucht in jüngeren Jahren? Worin liegen die gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen und Pflichten, gerade im Hinblick auf die demografische Entwicklung?**

Bei der Sucht im Alter geht man von einem Referenzalter zwischen 60 und 65 Jahren aus. Hier herrscht die Besonderheit, dass sekundäre Krankheiten oft schon vorliegen. Psychosoziale Probleme kommen hinzu. Menschen, die sich einsam fühlen, weil das soziale Netz weniger umfangreich ist. Ein weiterer Punkt ist ein gewisser Nihilismus der Gesellschaft gegenüber älteren Menschen. Es geht in Richtung Altersdiskriminierung, wenn gesagt wird, diese medizinischen oder therapeutischen Massnahmen brächten doch nichts mehr. Diese Verharmlosungstendenz gibt es gegenüber jüngeren Menschen nicht. Es liegt hier die Frage in der Luft, wie wir es mit dem würdigen Altern halten. Im Hinblick auf die demografische Entwicklung ist dies eine wichtige Frage.

Im Alter herrscht ein relativ eingeschränktes Drogenspektrum vor, meistens sind es Nikotin und Alkohol, wobei Nikotin weniger problematisiert wird. Ein wenig zum Tragen kommt Cannabis zur Schmerzreduktion und zur eigenen Medikation bei anderen sekundären Erkrankungen. Neuere Drogen sind nicht sehr relevant, was sich mit dem Älterwerden der jüngeren Generationen ändern könnte, die ein breiteres Spektrum an Drogen zur Verfügung hatten. Das Suchtverhalten von älteren Menschen ist mit mehr Schamgefühlen verbunden als bei jungen Menschen. Es wird eher verheimlicht oder verneint. Das liegt auch daran, dass die gesellschaftliche Annahme vorherrschend ist, im Alter komme die Weisheit und den Jungen sei das über die Stränge schlagen vorbehalten. Auch die Sozialisation der heute älteren Menschen ist eine ganz andere – Scham ist verstärkt vorhanden.

# «Safer Smoking»?

**Chancen und Risiken der Schadensminderung bei Nikotinabhängigkeit.** Die Verdienste der Schadensminderung bei der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten im Drogenbereich und der Reduktion von drogenbedingten Todesfällen sind unbestritten. Doch inwiefern lässt sich dieser Ansatz auf die legalen Suchtformen übertragen? spectra diskutiert mögliche Chancen und Risiken der Schadensminderung bei legalen Substanzen am Beispiel des Tabakkonsums.



Die Nationale Strategie Sucht 2017–2024 des Bundesamtes für Gesundheit schlägt vor, das in der Drogenpolitik erfolgreich erprobte Konzept der Schadensminderung – wo sinnvoll und notwendig – auf legale Suchtmittel wie Tabak, Alkohol und Medikamente zu übertragen. Wie am Beispiel des Tabaks gezeigt werden soll, ist dies keine einfache Aufgabe. Die konventionelle Public-Health-Antwort auf das Problem des Tabakrauchens lautet «Quit or Die», setzt also voll auf Abstinenz. Doch herkömmliche Rauchstoppinterventionen weisen eine hohe Misserfolgsrate zwischen 67 und 97 Prozent auf. Offensichtlich kann oder will ein beachtlicher Teil der Rauchenden nicht aufhören. Es stellt sich deshalb die Frage, ob Praktiken der Schadensminderung aus Sicht der öffentlichen Gesundheit eine Alternative zur Tabakabstinenz sein können.

Schadensminderung im Tabakbereich umfasst alles, was Risiken und Schäden des Tabak- oder Nikotinkonsums reduziert, aber nicht notwendigerweise den Konsum selbst. Dieser Ansatz ist bei Tabak besonders vielversprechend, weil Nikotin zwar hauptverantwortlich für die Suchtentwicklung ist, aber bei den Risiken des Tabakrauchens nur eine unbedeutende Rolle spielt. Die tabakbedingte Sterblichkeit wird in erster Linie durch den Tabakrauch verursacht, der beim Verbrennen des Tabaks entsteht und welcher bis zu 69 krebserregende chemische Verbindungen enthält. Die Risiken des Zigarettenrauchens sind also nicht primär ein Suchtproblem, sondern ein Problem der Konsumform. Dadurch unterscheidet sich die Nikotinabhängigkeit von anderen substanzbasierten Süchten wie etwa der Alkoholabhängigkeit.

## Risikoärmere Nikotinaufnahme

Wenn Nikotin effektiv und in einer akzeptierten Form ohne Verbrennung verabreicht werden könnte, liessen sich die

gesundheitlichen Risiken des Tabakkonsums möglicherweise deutlich reduzieren. Ein solcher Ansatz wird mit dem Wechsel auf weniger schädliche Nikotinprodukte wie pharmazeutische Nikotinersatzprodukte (Kaugummi, Pflaster usw.), nikotinhaltige E-Zigaretten, verdampfbare Tabakprodukte und Kautabak sowie Snus verfolgt. Die Langzeitrisiken vieler dieser Produkte können derzeit noch nicht umfassend abgeschätzt werden. In Fachkreisen ist jedoch unbestritten, dass sie alle bedeutend weniger gesundheitsschädigend sind als das Tabakrauchen. Unbedenklich sind die Nikotinersatzprodukte, welche in klinischen Studien umfassend überprüft wurden. Allerdings stossen diese Produkte bei den Rauchern nur auf geringe Akzeptanz. Deshalb werden für den Ausstieg aus dem Zigarettenkonsum vermehrt E-Zigaretten diskutiert, bei denen die Wirkstoffe verdampft werden. Diese weisen einige wichtige Ähnlichkeiten mit klassischen Zigaretten auf, welche sie für Raucher potenziell attraktiv machen.

## Individuelle versus öffentliche Gesundheit

In der Tabakprävention ist nun aber eine Kontroverse um Risiken und Nutzen der Schadensminderung entbrannt, die die Präventionsgemeinschaft entzweit. Während die britische Gesundheitsbehörde Public Health England die E-Zigarette für eine «Chance, Rauchern beim Aufhören zu helfen» hält, schreibt das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) der E-Zigarette insgesamt «mehr Schadenspotenzial als Nutzen» zu. Wie kommt es zu

diesen entgegengesetzten Einschätzungen? Hier ist es wichtig, zwischen den Auswirkungen einer solchen Produktkategorie auf die individuelle Gesundheit und jenen auf die öffentliche Gesundheit zu unterscheiden. So sinkt das Risiko des einzelnen Rauchers beim Umstieg auf die Verdampfung zwar deutlich. In der Summe kann die Förderung eines neuen Produkts wie E-Zigaretten oder Snus die öffentliche Gesundheit aber stärker belasten, wenn dadurch Menschen mit dem Nikotinkonsum beginnen, die ansonsten nicht eingestiegen wären und später womöglich auf Zigaretten umsteigen werden. Die Faktoren, welche die öffentliche Gesundheit beeinflussen, sind ganz offensichtlich zu vielschichtig, um sie auf die einfachen Eigenschaften eines Produktes zu reduzieren.

## Geschicktes Marketing der Industrie – mit gesundheitlichen Folgen

Die Einführung der Light-Zigarette in den 1970er-Jahren hat gezeigt, welche negativen Folgen für die öffentliche Gesundheit ein vermeintlich weniger schädliches Produkt haben kann: Die Raucher haben deren tieferen Nikotingehalt durch stärkeres Inhalieren kompensiert. Durch die verharmlosende Bezeichnung wurde dem Verbraucher suggeriert, das Produkt sei weniger gefährlich.

Die Bemühungen im Bereich der strukturellen Tabakprävention (Werbebeschränkungen, Preisgestaltung usw.) wurden durch die Eigeninitiative der Industrie um Jahre zurückgeworfen. Wie das Beispiel darlegt, ist die Möglichkeit, dass Schadensminderung beim Tabak, beim Alko-

hol oder auch beim Glücksspiel zu Marketingzwecken missbraucht wird, durchaus real. Im Gegensatz zu den illegalen Drogen ist die Existenz einer mächtigen Industrie bei den legalen Suchtmitteln ein zentraler Faktor, der nicht ignoriert werden darf.

## Entscheidend ist die Wirksamkeit der Massnahmen

Aus Sicht der öffentlichen Gesundheit interessiert ausschliesslich, welche Programme, Praktiken und Interventionen nachgewiesenermassen wirksam sind, unabhängig davon, ob es sich um schadensmindernde, präventive, therapeutische oder repressive Massnahmen handelt. Deren Etikettierung mit einem bestimmten suchtpolitischen Konzept ist zweitrangig.

In diesem Sinne geht es nicht mehr um die Frage des «Quit or Die», sondern der wirksamsten Mischung, wie es Tim Stockwell mit Blick auf die Alkoholthematik formuliert hat: «Supply, demand, and harm reduction: What is the strongest cocktail?»<sup>1</sup>

<sup>1</sup> vgl. Stockwell, Tim: Supply, Demand and Harm Reduction: What Is the Strongest Cocktail, International Journal of Drug Policy 17 (2006), S. 269–277.

Kontakt:

Adrian Gschwend, Sektion Politische Grundlagen und Vollzug,  
adrian.gschwend@bag.admin.ch

## Potenzielle Chancen und Risiken von E-Zigaretten für die öffentliche Gesundheit

### Potenzielle Chancen

- Reduktion der Schadstoffaufnahme (durch Produktdesign)
- Substitution klassischer Zigaretten durch Verdampfungsprodukte
- Reduktion der Exposition der Bevölkerung mit Zigarettenrauch (Passivrauchschutz)
- Weniger schädliche Alternativen zur Zigarette für Neueinsteiger

### Potenzielle Risiken

- Unbekannte Langzeitrisiken, unabhängig der bekannten Schadstoffe im Rauch (z.B. Auswirkungen auf die Lungen infolge langjähriger Einatmens von Polyethylenglykol- bzw. Glycerindämpfen)
- Negativer Einfluss auf Ausstiegsraten durch Verbreitung des dualen Konsums (klassische/elektronische Zigaretten)
- Einstieg in die Sucht über den Konsum von elektronischen Zigaretten, insbesondere bei Jugendlichen (sog. Gateway-Phänomen)
- Renormalisierung des Tabakkonsums bzw. des Rauchens
- Verminderung des politischen Drucks, um effiziente Massnahmen wie Besteuerung, Werbeverbote usw. zu beschliessen

Diese Liste ist nicht abschliessend, und es fehlt derzeit noch an verlässlichen Daten, um diese Aspekte zu gewichten und gegeneinander abzuwägen.

# Neues Verfahren zur Finanzierung von Kleinprojekten

**Alkoholprävention.** Der Bund unterstützt Alkoholpräventionsprojekte aufgrund von Artikel 43a des Alkoholgesetzes. Gesamtschweizerische und interkantonale Organisationen und Institutionen, die sich mit vorsorglichen Massnahmen zur Bekämpfung des Alkoholismus widmen, können beim BAG ein Finanzierungsgesuch einreichen.

In einem vereinfachten Verfahren können 2017 versuchsweise Kleinprojekte finanziert werden. Als Kleinprojekte sind Projekte definiert, deren Gesamtkosten 40 000 Franken nicht übersteigen. Der Beitrag beträgt maximal 20 000 Franken pro Projekt. Gesuche für Kleinprojekte können bis zum 15. September und 15. November eingereicht werden. Weitere Informationen sowie das neue

Gesuchformular finden Sie auf der Website des BAG.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> vgl. <http://bit.ly/2rlqYTJ>

Kontakt:

Luzia Inauen, Sektion Gesundheitsförderung und Prävention,  
luzia.inauen@bag.admin.ch

# Ordnungsbussen bei Cannabiskonsum: Klärung oder Verwirrung?

**Regulierung und Vollzug.** Am 1. Oktober 2013 ist eine vom Parlament eingeleitete Änderung des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel (BetmG) in Kraft getreten. Sie sieht vor, dass erwachsene Cannabiskonsumierende, die bis zu 10 Gramm dieser Substanz bei sich tragen und keine zusätzlichen Widerhandlungen begangen haben, von der Polizei mit einer innert 30 Tagen zahlbaren Ordnungsbusse von 100 Franken bestraft werden können. Dieses Verfahren soll die Verzeigungen ersetzen. Diese führten in der Regel zu einem Verweis oder einer Busse, die oft höher als 100 Franken war, sowie zu Gerichtskosten. Im Wiederholungsfall konnte die Geldstrafe heraufgesetzt werden. Diese Praxis ist mit den Ordnungsbussen verschwunden, denn die Vorgeschichte wird nicht mehr berücksichtigt. Sich hingegen auf einen einfachen Verweis zu beschränken, wie das die Justiz tun konnte, ist nicht mehr möglich.

Das Hauptziel der Reform war eine Reduzierung des Verwaltungsaufwands und der Kosten für die Justiz. Zudem sollten die Praktiken vereinheitlicht werden, da die Statistiken grosse Unterschiede zwischen den Kantonen zeigten und manche unter ihnen, namentlich St. Gallen und Neuenburg, bereits ein vereinfachtes Bussensystem eingeführt hatten.

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) analysierte Sucht Schweiz die Umsetzung dieser Änderung des BetmG. Die Studie wurde in drei Etappen durchgeführt: der Analyse des Gesetzestextes, der Befragung der Polizei- und Justizdepartemente der 26 Kantone und der

Auswertung der Daten des Bundesamts für Statistik (BFS) zu den Ordnungsbussen und Verzeigungen (ordentliches Verfahren) wegen Cannabiskonsum zwischen 2012 und 2015.

## Unklarheiten und unterschiedliche Auslegungen

Der Gesetzestext enthält verschiedene Unklarheiten. So ist nicht eindeutig, ob die Ordnungsbussen für die Polizei obligatorisch oder optional sind. Unklar ist auch, ob der alleinige Cannabisbesitz ohne beobachteten Konsum mit einer Ordnungsbusse belegt werden kann oder nicht. Der Gesetzgeber hat insofern eine Unklarheit hinsichtlich des alleinigen Besitzes von geringfügigen Cannabismengen eingeführt, als dieser Besitz nun «nicht strafbar» ist, was als frei von strafrechtlichen Sanktionen oder frei von Sanktionen im Allgemeinen, einschliesslich der Ordnungsbusse, verstanden werden kann. Hinzu kommen noch Interpretationsspielräume bezüglich der Ausschlusskriterien (gleichzeitige Widerhandlungen) und der Zuständigkeit (zur Verhängung von Bussen befugte Polizeikräfte). Eine solche Ausgangslage kann zu einer unterschiedlichen Umsetzung in den Kantonen beitragen.

Das bestätigte sich in den Antworten aus den von den Kantonen ausgefüllten Fragebögen. Gewisse Kantone ahnden den alleinigen Besitz geringfügiger Cannabismengen überhaupt nicht mehr. Manche lassen auch bestimmte zusätzliche Widerhandlungen zu, was andere nicht tun. Die Handhabung der Polizeikräfte, die diese Ordnungsbussen verhängen können, unterscheidet sich manchmal je nach Kanton. Es gibt auch Kantone, die Sonderregeln eingeführt haben, wie die Pflicht zur sofortigen Begleichung der Ordnungsbusse oder die

Bestimmung, dass eine solche Busse nur verhängt wird, wenn die betroffene Person erklärt, in letzter Zeit keinen Cannabis konsumiert zu haben. Solche Regeln entsprechen nicht dem Inhalt der neuen Gesetzgebung.

## Mehr Widerhandlungen und viele unbezahlte Ordnungsbussen

Die Daten des BFS lassen darauf schliessen, dass die Ordnungsbussen rund 70 Prozent der Verzeigungen wegen Konsums und/oder Besitzes kleiner Cannabismengen durch Erwachsene ohne bekannte zusätzliche Widerhandlungen ersetzt haben. Sie zeigen aber auch, dass etwa ein Viertel der Bussen nicht bezahlt wird, sodass es, wie vom Gesetz vorgesehen, erneut zu Verzeigungen kommt. Die tatsächliche Ersatzquote liegt daher wohl eher bei 50 Prozent.

Die Einführung der Ordnungsbussen ging mit einer Zunahme der Widerhandlungen bezüglich des Konsums und/oder Besitzes kleiner Cannabismengen in der Schweiz einher. Zwischen 2012 und 2015 betrug der Anstieg rund 15 Prozent in den Fällen, in denen keine zusätzliche Widerhandlung vorliegt. Da der Cannabiskonsum in diesem Zeitraum stabil blieb, deutet diese Entwicklung darauf hin, dass die Einführung der Ordnungsbussen die Sanktionswahrscheinlichkeit für Cannabiskonsumierende erhöht hat.

## Noch sehr weit von der Gleichbehandlung entfernt

Die Daten des BFS zeigen, dass manche Kantone die Ordnungsbussen praktisch nicht anwenden und die Verzeigungen beibehalten. Andere nutzen die Ordnungsbussen dagegen systematisch und verzichten fast ganz auf die Verzeigungen. Wieder andere haben die Verzei-

gungen nicht reduziert, aber zusätzlich eine bedeutende Anzahl Ordnungsbussen verhängt. Die Umsetzung kann somit je nach Kanton stark variieren.

Die Widerhandlungsquote (Gesamtzahl der Widerhandlungen geteilt durch die Grösse der Bevölkerung) ist im Wallis (und in Genf) neunmal höher als im Kanton Basel-Landschaft, und dieser Unterschied verstärkte sich mit der Einführung der Ordnungsbussen. Das lässt sich nicht mit der Prävalenz des Cannabiskonsums erklären, denn diese ist im Baselland höher als im Wallis. Es gibt somit tatsächlich unterschiedliche Praktiken bei der Anwendung der alten Bestimmungen (Verzeigungen) und der neuen Regelung (Ordnungsbussen). Jeder Indikator deutet auf einen sehr uneinheitlichen Umgang der Kantone mit Cannabiskonsumierenden hin. So wird ein Freiburger Konsument nicht gleich behandelt wie sein Berner Nachbar, vor allem wenn er Cannabis nur besitzt. Und solche Beispiele gibt es sehr viele.

## Teilweise oder gar nicht erreichte Ziele

Betrachtet man die Ziele der Gesetzesänderung, erscheint die Reduzierung des Verwaltungsaufwands für die Justiz insofern plausibel, als rund 70 Prozent der betreffenden Widerhandlungen nun mit einer Ordnungsbusse geahndet werden. Da aber viele Bussen nicht bezahlt werden, ist diese Reduktion zu relativieren. Es wäre auch zu prüfen, ob die Ressourcen insgesamt oder nur bei der Justiz reduziert wurden bzw. ob der Aufwand nicht auf die Polizei überwältigt wurde, welche die Fälle unbezahlter Bussen auch bearbeiten muss. Die absolute Zahl der geahndeten Widerhandlungen steigt ebenfalls, was Ausdruck einer grösseren Ressourcenmobilisierung sein kann.

Auch wenn noch einige Unklarheiten bestehen, so zeichnet sich doch klar ab, dass das Ziel der Gleichbehandlung vor dem Gesetz nicht erreicht wurde. Die kantonalen Praktiken sind hinsichtlich der geahndeten Widerhandlungen, der Verfahren und der Sanktionen zu unterschiedlich.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass mit der Einführung der Ordnungsbussen für den Konsum und/oder Besitz kleiner Cannabismengen in der Schweiz das Ziel, die Kosten und den Verwaltungsaufwand für die Justiz in Zusammenhang mit solchen Widerhandlungen zu reduzieren, vielleicht teilweise erreicht wird, die Ungleichbehandlung vor dem Gesetz hingegen bleibt bestehen oder verstärkt sich sogar.

Link zur Studie: <http://bit.ly/2xsXIP9>

Kontakt BAG:  
Adrian Gschwend, Sektion Politische Grundlagen und Vollzug,  
adrian.gschwend@bag.admin.ch

Externer Kontakt:  
Frank Zobel, Vizedirektor Sucht Schweiz,  
fzobel@addictionsuisse.ch



# Sucht braucht eine ganzheitliche Betrachtungsweise

**Umgang mit Sucht.** Menschen mit Risikoverhalten berichten häufiger von sozialen Problemen. Doch auch umgekehrt gilt: Wer soziale Probleme hat, konsumiert häufiger Drogen. Wer die Zahl der risikoreich Konsumierenden senken will, muss diese Wechselwirkung im Auge behalten und bei der Unterstützung der Betroffenen von verschiedenen Seiten ansetzen.

Wer risikoreich Substanzen konsumiert, berichtet häufiger von sozialen Problemen als jemand, der risikoarm konsumiert. Dies ergibt eine repräsentative Umfrage bei 2 321 Personen. Die Befragten gaben an, wie oft und in welchen Mengen sie in den vorangegangenen zwölf Monaten Alkohol getrunken, Tabak sowie Cannabis geraucht und andere illegale Drogen wie Heroin, Kokain, Ecstasy oder LSD konsumiert hatten. Ohne einen direkten Zusammenhang mit ihrem Substanzkonsum herzustellen, wurden die Teilnehmenden einige Fragen später danach gefragt, wie häufig sie im gleichen Zeitraum von negativen Ereignissen, wie beispielsweise ei-

nem Unfall, Beziehungsproblemen oder finanziellen Schwierigkeiten betroffen waren. In der Befragung ging es nicht in erster Linie um Sucht im medizinischen Sinn, sondern um den problematischen Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabis und illegalen Substanzen.

## Konsum und Probleme hängen voneinander ab

Obwohl deutliche Zusammenhänge zwischen dem problematischen Konsum und den berichteten sozialen Problemen bestehen, darf nicht einseitig davon ausgegangen werden, dass das Konsumverhalten alleine für das Auftreten der erfragten Probleme verantwortlich ist. Ein problematisches Ereignis wie zum Beispiel der Verlust des Arbeitsplatzes kann den Konsum einer Droge zur Folge haben. Dies zeigt nicht zuletzt, dass Abhängigkeit und Sucht in einem gesamtheitlichen Kontext betrachtet werden müssen.

Aus diesem Grund ist ein integriertes Unterstützungsangebot wichtig, um die negative Wechselwirkung zwischen problematischem Suchtverhalten und sozialen Problemen zu bewältigen. Für ein sol-

ches Angebot bedarf es unter anderem der engen Kooperation aller involvierten Stellen wie Gesundheits- und Sozialbehörden und der Polizei. Dabei dürfen betroffene Angehörige, Partner und Kinder nicht vergessen werden, die ebenfalls Anspruch auf Unterstützung haben, denn diese Personen leiden oft mit.

## Rahmenbedingungen spielen eine Rolle

Zusätzlich beeinflussen viele voneinander unabhängige Faktoren und Rahmenbedingungen die Entscheidung eines Menschen, Alkohol, Tabak, Cannabis oder andere illegale Substanzen zu sich zu nehmen oder nicht. Zum einen spielen etwa die Verfügbarkeit und der Preis einer Substanz eine wichtige Rolle. Zum anderen sind aber auch individuelle Faktoren ausschlaggebend. Hier setzt die Nationale Strategie Sucht an, welche darauf ausgerichtet ist, die Gesundheitskompetenz aller zu stärken und über die Risiken und möglichen Folgen bestimmter Verhaltensweisen zu informieren. Die Strategie geht im Grundsatz davon aus, dass die Menschen Verantwortung für ihre Lebens-



weise und ihr Verhalten übernehmen. Die Einnahme von psychoaktiven Substanzen ist ein komplexes Phänomen, dem nicht nur auf regulatorischer und medizinisch-gesundheitlicher Ebene, sondern auch aus psychosozialer Sicht begegnet werden soll.

Link:  
[www.bag.admin.ch/sucht](http://www.bag.admin.ch/sucht)

Kontakt:  
Waltraud Achtermann Wangler,  
Sektion Wissenschaftliche Grundlagen,  
[wally.achtermann@bag.admin.ch](mailto:wally.achtermann@bag.admin.ch)

# Den Gesundheitszustand und die Lebensqualität in jeder Lebensphase verbessern

**Sucht im Alter.** Im Rahmen der nationalen Strategien Sucht und Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) sind ältere Menschen eine wichtige Zielgruppe. Ihre Relevanz wird durch die demografische Alterung noch verstärkt: Gemäss Bundesamt für Statistik wird sich die Anzahl der Menschen über 65 Jahre bis 2045 beinahe verdoppeln. Diese Aussichten verdeutlichen die Bedeutung gesundheitsfördernder Massnahmen, die zu längerer Autonomie beitragen und die Gesundheitssysteme entlasten.

Mit steigendem Alter nehmen Krankheiten wie Krebs, Diabetes, Bluthochdruck oder Depressionen zu. Studien zeigen, dass ein erhöhter Alkoholkonsum einen Risikofaktor in Bezug auf diese Krankheiten darstellt. Laut Suchtmonitoring Schweiz weisen über 7 Prozent der Männer und Frauen im Alter von 65 bis 74 Jahren einen chronisch risikoreichen Alkoholkonsum auf. Aufgrund körperlicher Veränderungen reagieren ältere Menschen stärker auf Alkohol. Negative Folgen sind Stürze, verminderte Leistungsfähigkeit und Vereinsamung.

## Schlaf- und Beruhigungsmittel mit Suchtpotenzial

Nicht zuletzt aus therapeutischen Gründen nehmen Menschen über 65 Jahre von allen Bevölkerungsgruppen am meisten Medikamente ein. Als missbräuchlich gilt der Konsum, wenn die Einnahme über die medizinische Notwendigkeit hinaus oder in unnötigen

Mengen erfolgt. Zu den problematischen Medikamentengruppen gehören Schlaf- und Beruhigungsmittel. Deren Einnahme nimmt gemäss Suchtmonitoring Schweiz im Alter signifikant zu und kann rasch zu einer Abhängigkeit führen. Bereits eine kurzfristige Einnahme erhöht das Risiko von Stürzen. Besonders heikel ist die Kombination von Alkohol mit Schlaf- und Beruhigungsmitteln oder Antidepressiva.

## Tabak als Hauptrisiko für Mundkrankheiten

Rauchen gehört zu den wichtigsten Risikofaktoren für NCD. Laut Suchtmonitoring Schweiz nimmt der Anteil Personen, die täglich rauchen, im höheren Alter zwar ab, aber der Anteil Personen, die täglich mindestens 20 Zigaretten rauchen, ist in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen am höchsten. Hinsichtlich der im Alter wichtigen Mundgesundheit bilden der Tabak- und Alkoholkonsum Hauptrisikofaktoren. Raucherinnen und Raucher leiden bis zu sechsmal häufiger an bösartigen Mundkrankheiten als Nichtraucher, wobei die Kombination von Alkohol und Rauchen das Risiko verstärkt. Studien weisen darauf hin, dass ein Rauchstopp auch in fortgeschrittenem Alter die tabakbedingten Gesundheitsrisiken erheblich senken kann.

## Prävention im Alter zahlt sich aus

Die Reduktion von Risikofaktoren bleibt ein zentraler Ansatzpunkt zur Verhinderung von nichtübertragbaren Krankheiten. Dabei sollen die Präventionsaktivi-

täten den Gesundheitszustand und die Lebensqualität in jeder Lebensphase verbessern. Bei älteren Menschen stehen der Erhalt von Autonomie und die Beteiligung am sozialen Leben im Vordergrund. Soziale Isolation und Einsamkeit im Alter sind wichtige psychosoziale Herausforderungen mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen, von der psychischen Belastung bis hin zu einer überdurchschnittlich hohen Suizidrate im Alter. Die Betroffenen, ihr Umfeld und auch die in der Regelversorgung in-

volvierten Akteure sollen sensibilisiert und das Wissen zu Suchtfragen im Alter allen interessierten Kreisen zugänglich gemacht werden. Damit kann ein wichtiger Beitrag zur Senkung der Versorgungsleistungen und deren Kosten erbracht werden.

Kontakt:  
David Hess-Klein, Sektion  
Gesundheitsförderung und Prävention,  
[david.hess-klein@bag.admin.ch](mailto:david.hess-klein@bag.admin.ch)



# «Der Glücksspieler, der 100 000 Franken verliert, wird als dissozial, characterschwach und als verschwenderisch stigmatisiert.»

**Verhaltenssüchte.** Unser Gesprächspartner Renanto Poespodihardjo ist seit 2009 leitender Psychologe Ambulanz für Verhaltenssüchte an den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel. Zuvor hat er viele Jahre im Bereich der Heroinabhängigkeit und der anderen illegalen Drogen gearbeitet. Einst mit 50 Prozent dotiert, ist sein Tätigkeitsbereich heute auf eine ganze Abteilung angewachsen. Zusammen mit seinem Team bildet er ein Kompetenzzentrum für Verhaltenssüchte. Im Interview erklärt er uns, was Verhaltenssüchte sind, was sie anrichten können und wie etwa Schadensminderung im Bereich der Glücksspielsucht ausschaun könnte.

## **spectra: Kann man etwa bei Jugendlichen im Zusammenhang mit exzessivem Computerspiel oder Handynutzung bereits von Sucht sprechen?**

**Renanto Poespodihardjo:** Ich würde sagen, ja. Und zwar dann, wenn wir die Jugendlichen nicht mehr erreichen können und Entwicklungsaufgaben im realen Leben, d.h. solche schulischer, beruflicher und sozialer Art gefährdet sind und persönliche Kompetenzen vernachlässigt werden. Solche Zustände und Defizite verhindern, dass sie an den Erfahrungen im realen Leben teilhaben. Wir sind aber in dieser Welt geboren: Gäbe es eine Matrix, welche uns mit sämtlichen Grundbedürfnissen versorgt, dann könnten wir uns entscheiden, ob wir in ihr oder ausserhalb von ihr leben möchten. Dann wäre nicht mehr von einer Sucht oder einem Problem die Rede, sondern es wäre eine Lebensentscheidung. Allerdings ist noch nicht abschliessend erforscht, ob wir bei der sogenannten Game- und Handysucht von einer «Suchterkrankung» im klassischen Sinne sprechen können.

## **Worin unterscheiden sich Verhaltenssüchte von Süchten wie der Alkohol-, Tabak- oder Medikamenten- und Drogensucht?**

Ein erster Unterschied besteht darin, dass ich bei der Verhaltenssucht keine Substanzen zu mir nehme und diese nicht psychoaktiv oder organschädigend sind. Es entwickeln sich auch kei-

ne körperlichen Entzugserscheinungen. Es entsteht jedoch eine psychische Abhängigkeit, die sich auf mein Wohlbefinden und teilweise auf meine Steuerungsfähigkeit auswirken kann. Ein zweiter Unterschied ist, dass die kognitive Leistungsfähigkeit bestehen bleibt, wenn keine Komorbiditäten in Bezug auf Substanzen bestehen. Das hat Implikationen auf die Behandlung.

Ein dritter Unterschied, in dem sich die beiden Suchtausprägungen unterscheiden, ist die soziale Stigmatisierung. Heute haben wir erreicht, dass wir von einer Alkoholkrankheit sprechen können. Anders sieht es zum Beispiel bei der Geldspielsucht aus. Der Geldspielsüchtige, der 100 000 Franken verliert, wird als dissozial, characterschwach und verschwenderisch bezeichnet. Diese Stigmatisierung setzt sich bis in die Rechtsprechung fort.

Kaufsucht wiederum leiden darunter, dass ihre Krankheit gar nicht als solche wahrgenommen wird, was sie ist: eine schwerwiegende psychische Belastung. Eine Suche im Internet nach dem Begriff «Kaufsucht» fördert Frauen in tollen Kleidern zutage und zeigt, wie unproblematisch die Gesellschaft damit umgeht. Die Kaufsucht ist zwar nicht in den Leitfäden ICD-10 und DSM-5<sup>1</sup> aufgelistet, neuere Prävalenzdaten weisen aber darauf hin, dass die Kaufsucht innerhalb der Verhaltenssüchte die höchsten Werte aufweist.

## **Sind die Verhaltenssüchte in der Schweiz überhaupt ein Problem der öffentlichen Gesundheit?**

Geht man davon aus, dass Gesundheit mit Wohlergehen und Lebensqualität einhergeht und sie ein wichtiger Marker für das «im Fluss» und «entwicklungsfähig» Bleiben ist, dann ist die Verhaltenssucht ein Thema.

Es gibt wohl keine Familie mit Kindern und Jugendlichen, in denen das Konsumverhalten von digitalen Medien nicht zur Diskussion steht. Die Vielzahl an Medienkompetenzangeboten von privaten Anbietern und kantonalen Einrichtungen führt allerdings zu einer undurchsichtigen Marktlage, die dem Anliegen eher hinderlich ist. Viele wissen gar nicht, was eine Verhaltenssucht überhaupt ist. Die qualitativen Grundlagen sind oftmals noch zu wenig ausge-reift. Denn wie beschreibt man einen exzessiven Internetgebrauch, welches sind

Qualitätskriterien für Behandlungsangebote und Strukturen der Zusammenarbeit, mit welcher Zielführung will man welchen Fortschritt erreichen? Was den Internetgebrauch betrifft, muss verstärkt gesamtgesellschaftlich informiert, sensibilisiert und diskutiert werden.

Der Glücksspielbereich stellt ein Problem dar, das strukturell angegangen werden muss. Die Schweiz unterhält pro Kopf weltweit am meisten Spielcasinos und jedes Jahr werden von Neuem rund 3 000 Spieler gesperrt. Süchtige Spieler, die 100 000 Franken im Glücksspiel verlieren, werden ihre Schulden in der Regel lebenslang nicht zurückzahlen können. Für diese Folgeschäden des Glücksspiels kommt der Spieler selbst auf. Bedenkt man, wohin das Geld fliesst, nämlich in die Kantons- und Bundeskassen ...

Ganz anders etwa bei einem nicht chronisch alkoholkranken Menschen. Des-sen Körper erholt sich nach einer erfolgreichen Behandlung der Sucht relativ gut, wenn nicht durch die Sucht bereits irreparable gesundheitliche Schäden entstanden sind.

## **Die neue Strategie Sucht des Bundes überträgt das Viersäulenmodell der Suchtpolitik auch auf die Verhaltenssüchte. Was muss man sich z.B. unter Schadensminderung im Bereich Glücksspielsucht vorstellen?**

Basierend auf dem erfolgreichen Viersäulenprinzip der Suchtpolitik müssen wir klar feststellen, dass Strukturen der «Schadensminderung» heute noch kaum angedacht, geschweige denn umgesetzt wurden. Im Sinne dieser Politik ist die Aufgabe des Bundes, mögliche Interventionen mit den Sozialpartnern zu bedenken und entsprechende Erfahrungen zu sammeln. Rund 3'000 neu gesperrte Glücksspieler pro Jahr in den Casinos, ein Ansteigen des Internet-glücksspielkonsums sowie die Ausweitung des illegalen Glücksspiels machen dies notwendig. Entsprechend der erfolgreichen «heroingestützten Behandlungszentren» wären ähnliche Strukturen im Bereich des Geldspiels vorstellbar. Dies bedürfe aber eines Um- und Neudenkens, welches in dieser Form noch ohne Beispiel ist. Darin würden chronisch glücksspielsüchtige Menschen ein kontrolliertes Glücksspielprodukt erhalten, welches schadensmindernd wirkt



sowie sozial- und arbeitsintegrativ vernetzt ist.

## **Gibt es etwas, das in der neuen Suchtstrategie nach wie vor zu wenig bedacht wird? Gibt es Ihrerseits Kritikpunkte an der Schweizer Suchtpolitik?**

Es wäre vermessen von mir, die Schweizer Suchtpolitik beurteilen zu wollen. Sie ist grundsätzlich in vielen Bereichen für zahlreiche Länder beispielhaft. Als durchaus kritischer Bürger denke ich jedoch, dass es jetzt an der Zeit ist, wichtige Diskussionen zu führen. Wir sehen, wie weit uns die liberale Politik im Bereich Tabak gebracht hat. Sie hat uns viele Jahre der Prävention und viele Menschenleben gekostet. Wir sollten mit den Anbietern von Produkten und Plattformen konstruktiv, transparent und kritisch zusammenarbeiten und uns etwa fragen, wo ein gemeinsames Risikomanagement möglich ist. Dabei müssen wir von der Prämisse ausgehen, dass wir alle einen Beitrag zur Steigerung der Lebensqualität leisten wollen, wie das auch im Bereich der Ernährung langsam seine Wirkung zeigt. Das Bundesamt für Gesundheit muss auf einem Mitspracherecht beharren, wenn Themen der Gesundheit betroffen sind. Und wenn das nicht möglich gemacht wird, dann muss das öffentlich benannt werden.

<sup>1</sup> vgl. den Kriterienkatalog ICD-10 der WHO ([www.who.int/classifications/icd/en](http://www.who.int/classifications/icd/en)) sowie das Manual DSM-5 der American Psychiatric Association ([www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm](http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm))

## **Impressum • spectra Nr. 118, September 2017**

«spectra – Gesundheitsförderung und Prävention» ist eine Informationsschrift des Bundesamts für Gesundheit und erscheint vier Mal jährlich in deutscher, französischer und englischer Sprache. Sie bietet in Interviews und in der Rubrik «Forum» auch Raum für Meinungen, die sich nicht mit der offiziellen Haltung des Bundesamts für Gesundheit decken.

**Herausgeber:** BAG, 3003 Bern, Tel. 058 463 87 79, Fax 058 464 90 33, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

**Realisation:** BAG, Sektion Kampagnen, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern

**Leitung Redaktionskommission:** Adrian Kammer, [adrian.kammer@bag.admin.ch](mailto:adrian.kammer@bag.admin.ch)

**Textbeiträge:** Jolanda Heller und weitere Mitarbeitende des BAG, weitere Autorinnen und Autoren

**Fotos:** Autorinnen, Autoren, iStock (S. 1–5, 8–10, 12)

**Layout:** Bundesamt für Bauten und Logistik (BBL), 3003 Bern **Druck:** Bütiger AG, 4562 Biberist

**Auflage:** 6 400 Ex. deutsch, 3 400 Ex. franz., 1 050 Ex. engl.

Einzel Exemplare und Gratisabonnemente von spectra können bestellt werden bei:

Bundesamt für Gesundheit, Sektion Kampagnen, 3003 Bern

Die nächste Ausgabe zum Thema Chancengleichheit erscheint im Januar 2018.

## **Kontakte**

Sektionen, Fachstellen	Telefon
Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten	058 463 87 11
Sektion Prävention und Promotion (Übertragbare Krankheiten)	058 463 88 11
bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz	058 462 62 26
Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit	058 463 06 01
Sektion Nationale Gesundheitspolitik	058 463 06 01
Sektion Kampagnen	058 463 87 79

[www.spectra-online.ch](http://www.spectra-online.ch)

# CBD – ein noch wenig bekannter Wirkstoff von Cannabis

**Wissen.** Seit rund einem Jahr erleben CBD-haltige Produkte, allen voran THC-armes Cannabis mit hohen CBD-Werten, einen regelrechten Boom. Während die einen CBD als Wundermittel sehen, weckt es bei anderen Befürchtungen. Aber was ist CBD überhaupt und wie kommt es, dass Cannabis legal in Umlauf kam? Vor welchen Herausforderungen steht die Prävention?

CBD steht für Cannabidiol und ist neben Tetrahydrocannabinol (THC) das am stärksten in Cannabis enthaltene Cannabinoid. Während THC für die berauschende Wirkung von Cannabis verantwortlich ist, hat CBD keine psychotrope Wirkung und wird entsprechend nicht durch das Betäubungsmittelgesetz erfasst. Die Medien sprechen vom «legalen

Kiffen», wobei damit lediglich der Freizeitkonsum des Produktes angesprochen ist, ohne die übrigen möglichen Verwendungszwecke zu thematisieren.

## Schweizer Grenzwert für THC höher als in der EU

In der Schweiz ist Cannabis mit einem THC-Gehalt unter einem Prozent legal. Damit unterscheidet sich die rechtliche Situation in der Schweiz von derjenigen in den umliegenden Ländern. Dort liegt der Grenzwert bei 0,3 Prozent (in Italien bei 0,6 Prozent). Dies hat verschiedene Konsequenzen. Zum einen gilt es, dies beim Handel mit Nachbarländern zu beachten. Zum andern müssen sich Konsument:innen darüber im Klaren sein, dass sie in der Schweiz legal erworbenes Cannabis nicht vorbehaltlos mit ins Ausland nehmen und dort konsumieren können.

In beiden Fällen muss bei einem Grenzwert über 0,3 Prozent mit strafrechtlichen Folgen gerechnet werden.

## Vorsicht im Strassenverkehr

Auch wenn CBD-Hanf nur geringe Mengen an THC enthält, kann dessen Konsum dazu führen, dass der zulässige Blutgrenzwert für THC im Strassenverkehr (1,5 Mikrogramm pro Liter Blut) überschritten wird. Zwar scheint gemäss heutigem Erkenntnisstand der Einfluss von CBD auf die Fahrtüchtigkeit und Fahrfähigkeit äusserst gering, aber aufgrund des schwachen THC-Gehalts ist unklar, ob der Konsum zum Verlust der Fahrfähigkeit führt.

## Polizei und Behörden sind gefordert

THC-armes Cannabis stellt Vollzugsbehörden vor eine Reihe von Problemen. Da sich THC-armes Cannabis per Augenschein nicht von illegalem Cannabis unterscheiden lässt, sieht sich die Polizei mit Unsicherheiten bei der Verfolgung von Konsumierenden konfrontiert. Grundsätzlich wird auch THC-armes Cannabis sichergestellt und anschliessend im Labor getestet. Dies bedeutet zusätzlichen Aufwand und ist – wenn es sich tatsächlich um THC-armes Cannabis handelt – mit Kosten für den Steuerzahler verbunden, denn diese Tests zahlt die Allgemeinheit.

Auch für den Zoll bedeutet das relativ neue Produkt einen Zusatzaufwand. THC-armes Cannabis, welches als Tabakersatzprodukt in Umlauf gebracht wird, ist mit der Tabaksteuer belegt. Anders als beim Tabak, der keine andere Verwendung als das Tabakprodukt kennt, kann THC-armes Cannabis als Rohmaterial zu unterschiedlichen Produkten weiterverarbeitet werden und nicht alle Produkte unterliegen der Tabaksteuer. Trotz all der

Probleme darf nicht vergessen werden, dass gerade dank diesen neuen Tabakersatzprodukten nicht zu unterschätzende Steuereinnahmen generiert werden.

## Die Präventionsfachleute sind gefordert

Ähnlich wie bei der E-Zigarette, bei der nicht geklärt ist, ob sie auch ein Risikofaktor für den Einstieg ins Rauchen oder nur ein Mittel zur Schadensminderung bei aktuell Rauchenden darstellt, ist beim THC-armen Cannabis unklar, wie die Chancen und die Risiken aus Präventionssicht zu gewichten sind. Einerseits könnte THC-armes Cannabis zur Schadensminderung bei problematisch Cannabiskonsumierenden oder bei Rauchenden zur Nikotinentwöhnung eingesetzt werden, andererseits besteht die Gefahr, dass der illegale Cannabiskonsum durch diese legale Variante eine gewisse Normalisierung erfährt oder gar Jugendliche wegen CBD mit dem Cannabiskonsum beginnen.

## Es braucht zusätzliche Forschung

Viele wissenschaftliche Studien schliessen mit der Feststellung: «Further research is required», und dies trifft auf CBD ebenfalls zu. Wie gross ist das Potenzial von CBD für therapeutische Anwendungen? Welches sind die Chancen und Risiken von THC-armem Cannabis für die Prävention? Und nicht zuletzt gilt es, Fragen des Vollzugs und der Rolle dieser neuen Produkte in der Diskussion rund um die Regulierung von Cannabis zu diskutieren.

Kontakt:  
Marc Marthaler, Sektion Wissenschaftliche Grundlagen,  
marc.marthaler@bag.admin.ch



## Forum

### Suchtprävention: quo vadis? Der Versuch einer Antwort

Suchtprävention: quo vadis? Mit dieser Frage setzen sich die Fachpersonen der Suchtprävention auseinander, seit es die Suchtprävention gibt. Und ich wage zu behaupten, dass sich die Suchtprävention seit ihrem Bestehen schon viele Male neu erfunden, sich einem veränderten Zeitgeist und neuen Forschungserkenntnissen angepasst hat. Dadurch hat sie immer wieder den Willen und die Bereitschaft, sich zu verändern, Ideenreichtum und professionelles Handeln bewiesen. Quo vadis? Die Frage ist für die Suchtprävention keineswegs neu. Mit den Strategien Sucht und nichtübertragbare Krankheiten (NCD) des BAG taucht sie schlicht ein weiteres Mal in neuem Kleid auf. Was bedeuten die beiden Strategien für die Suchtprävention? Wie platziert sie sich im weiten Feld der nichtübertragbaren Krankheiten? Ein Feld, in dem Sucht eine Randerscheinung ist? Wo macht es Sinn, dass sie sich öffnet und neue Wege beschreitet? Und wo tut sie besser daran,

am Bestehenden festzuhalten? Das sind die Fragen, mit denen sich die Suchtprävention im Moment beschäftigt. Eine verlässliche Antwort kann ihr niemand geben, dazu sind die beiden Strategien noch zu neu. Sie darf aber darauf vertrauen, dass sie die Antwort in den kommenden Monaten selber findet. So wie sie sie in der Vergangenheit stets gefunden hat. Trotzdem nutze ich diese Plattform für den Versuch einer – zumindest oberflächlichen – Antwort.

Die Suchtprävention versteht sich schon heute nicht als unabhängiges Arbeits- und Politikfeld. Sie ist Teil der Viersäulenpolitik, die neben der Prävention die Behandlung, Schadensminderung und Regulierung umfasst. Einer Politik, deren Umsetzung aus einem untrennbaren Gefüge sozial-, gesundheits-, sicherheits- und bildungspolitischer Massnahmen besteht. Die Suchtprävention ist sich gewohnt, in diesem Gefüge zu arbeiten: Sie pflegt Schnittstellen zu vielen anderen Arbeitsfeldern, von der frühen Förderung bis zur Altenpflege. Und sie kooperiert

mit einer Vielzahl von Partnern, die zum Teil sehr verschiedene Ansprüche haben. Die Strategien Sucht und NCD werden das Betätigungsfeld der Suchtprävention noch breiter machen. Ein Beispiel: In der Strategie Sucht plant das BAG, den Ansatz der Schadensminderung weiterzuentwickeln. In der NCD-Strategie definiert es Prävention in der Gesundheitsversorgung als zentrales Handlungsfeld. Zusammengesetzt ergibt sich daraus folgendes Szenario: Die Suchtprävention wird in Zukunft nicht mehr nur dann gefragt sein, wenn es darum geht, den Konsum zu verhindern. Sondern auch dann, wenn eine Person wegen ihres Konsums bereits in Behandlung ist – mit dem Ziel, künftige Schäden zu verhindern oder zu vermindern. Dafür bedient sich die Suchtprävention der Idee, die wir aus der Schadensminderung kennen.

Das Beispiel ist theoretisch, und es ist möglicherweise komplett falsch. Was ich damit zeige: Die Strategien Sucht und NCD eröffnen der Suchtprävention vielversprechende Entwicklungswege. Sie

bringen ihr aber gleichzeitig noch mehr Interdisziplinarität, mögliche Partner und Schnittstellen. Die Suchtprävention wird gefordert sein, die Spreu vom Weizen zu trennen. Sich die richtigen, wirklich wichtigen Betätigungsfelder zu erschliessen. Und sie wird gefordert sein, sich bei aller Interdisziplinarität, Koordination und Kooperation nicht selbst zu verlieren. Nicht zu vergessen, dass sie kein unabhängiges, aber ein eigenständiges Berufsfeld ist, das es als solches auch in Zukunft braucht. Eingebettet zwar in ein sinnvolles und übergeordnetes Ganzes, aber mit einem eigenen, klaren Profil.



Petra Baumberger, Generalsekretärin  
Fachverband Sucht  
baumberger@fachverbandsucht.ch  
www.fachverbandsucht.ch