

Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz?

Grundlagen und Materialien für eine verstärkte Integration der suchtpolitischen Aktivitäten des Bundes

Bericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit

Bern, den 5. Mai 2004

Autoren: Dr. phil. Markus Spinatsch
Dipl. phil. nat. Silvia Hofer

Dr. Markus **Spinatsch**
Beratung für Politik und Verwaltung

Spitalgasse 14
3011 Bern
Tel. 031 312 13 24
Fax 031 312 13 25
info@m-spinatsch.ch
www.m-spinatsch.ch

Überblick

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) möchte klären, ob seine bisher verfolgte Strategie einer fragmentierten Suchtpolitik mit je separaten Programmen für illegale Drogen, Alkohol und Tabak weiterhin zweckmässig ist oder ob allenfalls eine neu zu entwickelnde integrale, mehrere Suchtformen umfassende Suchtpolitik fachlich angezeigt und politisch akzeptabel wäre. Der vorliegende Bericht enthält Grundlagen, auf die sich das BAG bei dieser Klärung abstützen will. Die Befunde des Berichts beruhen auf publizierten epidemiologischen Daten und weiteren Materialien, auf den Ergebnissen einer Umfrage bei Sachverständigen und auf den Beiträgen einer Tagung mit diesen.

Der suchtpolitische Handlungsbedarf in der Schweiz

Aus fachlicher Sicht besteht der suchtpolitische Handlungsbedarf in erster Linie bei der Verminderung von Suchtproblemen im Zusammenhang mit dem Missbrauch von Alkohol und Tabak. In zweiter Priorität sollte sich die staatliche Suchtpolitik mit den Problemen beschäftigen, die sich durch den Missbrauch von Heroin, Cannabis und Medikamenten, durch Adipositas (Fettsucht) sowie durch Spiel-, Kauf- und Arbeitssucht ergeben.

Diese fachliche Perspektive kontrastiert mit der Sichtweise von Politik und Öffentlichkeit, deren Aufmerksamkeit sich auf die durch den Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen ergebenden Probleme beschränkt und deren Priorität bei der Bekämpfung von Drogenproblemen liegt.

Die bisherige Suchtpolitik des Bundes

Die bisherige Suchtpolitik des Bundes beschäftigt sich vorwiegend mit den Problemen im Zusammenhang mit illegalen Drogen, Alkohol und Tabak. Vor allem im Bereich der illegalen Drogen wurde im Rahmen der Vier-Säulen-Politik des Bundes in den letzten Jahren eine Vielzahl von Projekten und Massnahmen umgesetzt. Die Wirksamkeit der suchtpolitischen Massnahmen des Bundes wurde bisher nur wenig evaluiert, die Befunde sind nicht eindeutig. Die Sachverständigen beklagen vor allem die Inkohärenz der bisherigen Suchtpolitik (Trennung zwischen legalen und illegalen Drogen, Nichtbeachtung weiterer Suchtformen), aber auch Defizite in der Kommunikation, Führung und Koordination.

Anforderungen an eine neue Suchtpolitik des Bundes

Die Sachverständigen würden eine besser integrierte Suchtpolitik begrüssen. Sie erhoffen sich davon namentlich eine Reduktion der Inkohärenzen, die Schliessung von Angebotslücken und eine Verbesserung von Effizienz und Wirksamkeit. Diese Erwartungen decken sich auch mit den Befunden einer international vergleichenden Studie über integrative Ansätze in anderen Ländern.

Empfehlungen

Eine integrative Suchtpolitik muss auf dem Bestehenden aufbauen und kann nur in kleinen, pragmatischen Schritten angestrebt werden. Im Hinblick darauf empfehlen wir, dass das BAG ein nationales suchtpolitisches Leitbild erarbeitet und darauf aufbauend in allen politikrelevanten Bereichen kohärente Sektoralpolitiken entwickelt, dass die angebotslenkenden Massnahmen verstärkt werden, dass das BAG seine Führungsaufgabe aktiver wahrnimmt und die Professionalität in Gestaltung und Vollzug der Suchtpolitiken weiter ausbaut.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Auftrag und Vorgehen	3
	2.1 Ausgangslage	3
	2.2 Zielsetzungen und Vorgehen	4
	2.3 Aufbau des Berichts	5
	2.4 Aussagekraft und Grenzen der empirischen Grundlagen des Berichts	6
3	Der suchtpolitische Handlungsbedarf	7
	3.1 Bei welchen suchtrelevanten Verhaltensweisen besteht ein staatlicher Handlungsbedarf?	8
	3.2 Wie schwerwiegend sind die einzelnen Suchtprobleme aus der Sicht der Fachleute?	10
	3.3 Wie viele Personen zeigen ein suchtrelevantes Risikoverhalten?	13
	3.3.1 Legale Substanzen	14
	3.3.2 Illegale Substanzen	17
	3.3.3 Essstörungen	23
	3.3.4 Substanzunabhängige Verhaltensweisen	24
	3.3.5 Fazit	27
	3.4 Wie schwerwiegend sind die einzelnen Suchtformen aus der Sicht der Öffentlichkeit?	28
	3.4.1 Die öffentliche Wahrnehmung von Suchtproblemen	28
	3.4.2 Einstellungen der Bevölkerung zum staatlichen Handlungsbedarf im Bereich der illegalen Drogen	33
	3.4.3 Einstellungen der Bevölkerung zum staatliche Handlungsbedarf im Bereich des Alkohols	35
	3.4.4 Einstellungen der Bevölkerung zum staatliche Handlungsbedarf im Bereich des Tabaks	38
	3.4.5 Fazit	41
	3.5 Wie schwerwiegend sind die einzelnen Suchtformen aus der Sicht des Parlamentes?	42
	3.5.1 Welche suchtspezifischen Probleme beschäftigen die eidg. Räte?	42
	3.5.2 Welche suchtspezifischen Probleme beschäftigen die einzelnen Fraktionen?	45
	3.5.3 Fazit	48
	3.6 Welcher suchtpolitische Handlungsbedarf besteht beim Bund?	48

4	Die gegenwärtige suchtpolitische Praxis des Bundes	53
	4.1 Gesetzliche Grundlagen, Konzepte, Programme, Vollzug, Wirkung	53
	4.1.1 Konsum von illegalen Drogen	54
	4.1.2 Alkoholmissbrauch	59
	4.1.3 Tabakkonsum	62
	4.1.4 Medikamentenmissbrauch	67
	4.1.5 Essstörungen	67
	4.1.6 Spielsucht	69
	4.1.7 Suchtübergreifende Ansätze	69
	4.2 Beurteilung der bisherigen Suchtpolitik aus der Sicht von Sachverständigen	71
	4.2.1 Suchtpolitik generell	72
	4.2.2 Drogenpolitik	73
	4.2.3 Übrige Suchtformen	75
	4.3 Fazit	76
5	Anforderungen an eine neue Suchtpolitik des Bundes	79
	5.1 Anregungen und Erwartungen der Sachverständigen	79
	5.1.1 Integrale oder fragmentierte Suchtpolitik?	79
	5.1.2 Integrationsoptionen	81
	5.1.3 Gegenstände, Ziele und Zielgruppen einer neuen Suchtpolitik	82
	5.1.4 Wege zu einer neuen Suchtpolitik	83
	5.1.5 Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen suchtpolitischen Akteuren	84
	5.2 Integrationsbestrebungen in anderen Ländern	85
	5.2.1 Strategien zur Integration	85
	5.2.2 Motive zur Integration	86
	5.3 Lehren für die Schweiz	88
	5.4 Fazit	88
6	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	91
7	Anhänge	99
	7.1 Epidemiologische Daten und Quellen	99
	7.1.1 Berechnungsgrundlagen, Datenkontrolle	99
	7.1.2 Alkoholmissbrauch	100
	7.1.3 Tabakkonsum	108
	7.1.4 Medikamentenmissbrauch	114
	7.1.5 Heroinkonsum	118
	7.1.6 Kokainkonsum	121
	7.1.7 Cannabiskonsum	123

7.1.8	Ecstasykonsum	127
7.1.9	Anorexie	129
7.1.10	Bulimie	130
7.1.11	Adipositas	131
7.1.12	Spielsucht	132
7.1.13	Arbeitssucht	133
7.1.14	Kaufsucht	134
7.1.15	Internetsucht	135
7.2	Zeitungsanalyse	136
7.2.1	Methodische Angaben	136
7.2.2	Detaillergebnisse	138
7.3	Analyse der Vorstösse im Parlament	140
7.3.1	Methodische Angaben	140
7.3.2	Liste der suchtpolitischen Vorstösse 1990 bis Sommer 2003	142
7.4	Liste der Auskunftspersonen	157
7.5	Gesetzliche Grundlagen	158
7.5.1	Alkoholmissbrauch	158
7.5.2	Nikotinabhängigkeit	158
7.5.3	Medikamentenmissbrauch	159
7.5.4	Konsum illegaler Drogen	159
7.5.5	Essstörungen	159
7.5.6	Spielsucht	160
7.5.7	Arbeitssucht	160
7.6	Gremien im Rahmen der Drogenpolitik	161
7.7	Befragung der Sachverständigen	164
7.7.1	Liste der Befragten	164
7.7.2	Fragebogen	169
7.8	Programm und Fragestellungen der Tagung vom 21. 1. 2004	171
7.9	Literaturverzeichnis	172

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau des Berichts	5
Abbildung 2: Ausmass der Problemlast verursacht durch das Suchtverhalten einer einzelnen Person aus der Sicht der Fachleute	13
Abbildung 3: Anzahl Personen mit hoch riskantem Verhalten pro Suchtform	27
Abbildung 4: Anteil der Stimmberechtigten, die "Drogen" als eines der fünf grössten Probleme der Schweiz ansehen 1988 - 2002	29
Abbildung 5: Rangfolge der Suchtformen gemessen an der Anzahl Artikel nach Sprachregion 1998-2002	30
Abbildung 6: Anzahl Artikel nach Suchtform in der NZZ 1993 – 2002 (Suchtformen mit mehr als 10 Artikel pro Monat)	31
Abbildung 7: Anzahl Artikel nach Suchtform in Le Matin, 24 heures und La Tribune de Genève 1998 – 2002 (Suchtformen mit mehr als 10 Artikel pro Monat)	32
Abbildung 8: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Massnahmen gegen den Alkoholmissbrauch im Jahr 2003	36
Abbildung 9: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Webeverböten für Alkoholika	37
Abbildung 10: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu alkoholpolitischen Massnahmen zur Verbesserung der Strassenverkehrssicherheit	37
Abbildung 11: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu tabakpolitischen Massnahmen im Jahr 1996	38
Abbildung 12: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Werbeverböten für Tabakwaren	39
Abbildung 13: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Preiserhöhungen bei Tabakwaren	40
Abbildung 14: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Verkaufseinschränkungen bei Tabakwaren	40
Abbildung 15: Suchtpolitische Vorstösse in den eidgenössischen Räten von Januar 1990 bis Juni 2003 nach Suchtform	43
Abbildung 16: Vorstösse in den eidgenössischen Räten zu illegalen Drogen 1990 bis 2002	44
Abbildung 17: Vorstösse in den eidgenössischen Räten zum Konsum von Alkohol und Tabak 1990 bis 2002	45
Abbildung 18: Vorstösse in den eidgenössischen Räten von Januar 1990 bis Juni 2003 nach Fraktion	46

Abbildung 19: Vorstösse in den eidgenössischen Räten 1990 bis Juni 2003 nach Fraktion und Suchtform*	47
Abbildung 20: Suchtpolitischer Handlungsbedarf aus fachlicher Sicht	49
Abbildung 21: Perzeption von Suchtproblemen durch die Medien und durch das Parlament (1993 – 2002)	50
Abbildung 22: Organisation des MaPaDro	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Problemlast bestimmter Suchtformen verursacht durch das suchtrelevante Verhalten einer einzelnen Person aus der Sicht der Fachleute	11
Tabelle 2:	Personen mit problematischem bzw. riskantem Alkoholkonsum	14
Tabelle 3:	Personen mit problematischem bzw. riskantem Tabakkonsum	16
Tabelle 4:	Personen mit missbräuchlichem oder abhängigem Medikamentenkonsum	17
Tabelle 5:	Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 nach Geschlecht (in %)	18
Tabelle 6:	Heroinkonsumierende	19
Tabelle 7:	Kokainkonsumierende	20
Tabelle 8:	Cannabiskonsumierende	21
Tabelle 9:	Ecstasykonsumierende	22
Tabelle 10:	Anorektische Personen	23
Tabelle 11:	Bulimiebetroffene Personen	23
Tabelle 12:	Adipöse Personen	24
Tabelle 13:	Spielsüchtige	24
Tabelle 14:	Arbeitssüchtige	25
Tabelle 15:	Kaufsüchtige	25
Tabelle 16:	Internetsüchtige	26
Tabelle 17:	Entwicklung der Akzeptanz verschiedener Massnahmen im Kampf gegen die Drogen 1991, 1994 und 1997 (Zustimmung zu den einzelnen Massnahmen in % der Befragten)	33
Tabelle 18:	Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu cannabispolitischen Optionen im Jahr 2000	35
Tabelle 19:	Häufigkeit des Alkoholkonsums nach Geschlecht, 1975 bis 2002 (in %)	100
Tabelle 20:	Risikoreicher Alkoholkonsum bei über 14-Jährigen in der Schweiz nach Geschlecht und Sprachregion 1997 und 2002 (in %)	101
Tabelle 21:	Anteil Personen mit risikoreichem Alkoholkonsum* nach Geschlecht und Alter, Vergleich 1992/93, 1997 und 2002 (in % der Konsumierenden)	102

Tabelle 22:	Anteil Personen mit problematischem Alkoholkonsum in der Schweiz nach Alter und Geschlecht 1997 (in % der Schweizer Wohnbevölkerung)	103
Tabelle 23:	Anteil der 16- bis 20-jährigen Mädchen und Jungen in der Schweiz, die mindestens wöchentlich Alkohol konsumieren, 1993 und 2002 (in %)	103
Tabelle 24:	Anteil der Schülerinnen und Schüler in der Schweiz, die mindestens einmal wöchentlich Alkohol konsumieren, nach Alter, Geschlecht und Untersuchungsjahr; 1986 bis 2002 (in %)	104
Tabelle 25:	Anteil der 15-/16-jährigen Schülerinnen und Schüler in der Schweiz, die mindestens einmal wöchentlich spezifische alkoholische Getränke konsumieren nach Geschlecht und Untersuchungsjahr, 1986 bis 2002 (in %)	105
Tabelle 26:	Rauscherfahrung von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz nach Geschlecht und Alter, 1990 und 1998 (in %)	106
Tabelle 27:	Häufigkeit von Rauschzuständen bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz 1994 und 1998 (in %)	106
Tabelle 28:	Anteil der Schweizer Schülerinnen und Schüler, die schon mindestens zweimal betrunken waren, nach Geschlecht und Untersuchungsjahr bis 2002 (in %)	107
Tabelle 29:	Pro-Kopf-Verbrauch von alkoholischen Getränken der über 15-jährigen Wohnbevölkerung in der Schweiz 1986 bis 2001	107
Tabelle 30:	Anteile der Rauchenden, nie Rauchenden und ehemals Rauchenden in der Schweiz nach Geschlecht, 1992/93, 1997 und 2002 (in %)	108
Tabelle 31:	Anteile an aktuell Rauchenden in der Schweiz nach Alter und Geschlecht, 1992/93, 1997 und 2002 (in %)	109
Tabelle 32:	Raucheranteile in der 14- bis 65-jährigen Wohnbevölkerung 2001/02 nach Sprachregion, Geschlecht, Alter und Schulabschluss (in %)	110
Tabelle 33:	Rauchende in der Schweiz nach Konsummenge*, 1992/93, 1997 und 2002 (in %)	111
Tabelle 34:	Rauchhäufigkeit bei 11- bis 16-jährigen Schüler und Schülerinnen in der Schweiz nach Geschlecht 1990 (in %)	111
Tabelle 35:	Anteil der Schülerinnen und Schüler in der Schweiz, die mindestens wöchentlich rauchen nach Geschlecht und Alter, 1986 bis 2002 (in %)	112
Tabelle 36:	Anteil der Schülerinnen und Schüler in der Schweiz, die mindestens täglich rauchen, nach Geschlecht und Alter, 1986 bis 2002 (in %)	112

Tabelle 37:	Zigarettenabsatz in der Schweiz 1994 - 2002	113
Tabelle 38:	Anteil der täglich Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel Einnehmenden in der Schweiz nach Geschlecht, 1992/93, 1997 und 2002 (in %)	114
Tabelle 39:	Anteil der täglich Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel Einnehmenden in der Schweiz nach Alter und Geschlecht 1997 und 2002 (in %)	115
Tabelle 40:	Anteil der Schweizer Wohnbevölkerung, deren täglicher Konsum von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln vom Arzt verschrieben ist, Vergleich 1997 und 2002 (in % der Personen, die täglich Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel einnehmen)	116
Tabelle 41:	Anteil der täglich Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln Einnehmenden in der Schweiz nach Sprachregion und Geschlecht, 1997 und 2002 (in %)	116
Tabelle 42:	Medikamentenkonsum bei bestimmten Beschwerden bei Schweizer Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, 1986, 1994 und 1998 (in %)	117
Tabelle 43:	Mehrfacher Medikamentenkonsum bei bestimmten Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Alter, 1986, 1994 und 1998 (in %)	117
Tabelle 44:	Drogenbedingte Todesfälle in der Schweiz 1991 bis 2002	118
Tabelle 45:	Schätzung der Anzahl Heroinabhängigen in der Schweiz anhand der Statistiken der Methadonbehandlung, der drogenbedingten Todesfälle und der Verzeigungen wegen Heroinkonsums für 1994, 1998 und 2002.	118
Tabelle 46:	Heroinkonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 nach Geschlecht (in %)	119
Tabelle 47:	Heroinkonsum während der letzten 12 Monate von 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 (in %)	119
Tabelle 48:	Heroin-, Opium- und Morphinumkonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern des 9. Schuljahrs nach Geschlecht, 1986, 1994, 1998 und 2002 (in %)	120
Tabelle 49:	Kokainkonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 nach Geschlecht (in %)	121
Tabelle 50:	Aktueller Kokainkonsum von 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 (in %)	121

Tabelle 51:	Kokainkonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern des 9. Schuljahrs nach Geschlecht, Vergleich 1986, 1994, 1998 und 2002 (in %)	122
Tabelle 52:	Cannabiskonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 nach Geschlecht (in %)	123
Tabelle 53:	Cannabiskonsum: Lebenszeitprävalenz der 15- bis 74-Jährigen in der Schweiz nach Geschlecht, Alter, Sprachregion und Bildungsgrad im Jahr 2000 (in %)	123
Tabelle 54:	Aktueller Cannabiskonsum von 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 (in %)	124
Tabelle 55:	Cannabiskonsum: Konsumhäufigkeit in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen 2000 (in %)	124
Tabelle 56:	Aktueller Cannabiskonsum von 15- bis 64-Jährigen in der Schweiz 2002 nach Alter (in %)	125
Tabelle 57:	Aktueller Cannabiskonsum der 16- bis 20-Jährigen in der Schweiz 2002 nach Geschlecht (in %)	125
Tabelle 58:	Cannabiskonsum: Lebenszeitprävalenz, einmaliger und mehrmaliger Konsum bei 15-16-jährigen Schülerinnen und Schülern in der Schweiz nach Geschlecht, 1986 bis 2002 (in %)	126
Tabelle 59:	Cannabiskonsum: 12-Monatsprävalenz, einmaliger und mehrmaliger Konsum in den letzten 12 Monaten bei 15-16-jährigen Schülerinnen und Schülern in der Schweiz nach Geschlecht, 1998 und 2002 (in %)	126
Tabelle 60:	Ecstasykonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1997 und 2002 nach Geschlecht (in %)	127
Tabelle 61:	Aktueller Ecstasykonsum von 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz nach Geschlecht 1997 und 2002 (in %)	127
Tabelle 62:	Ecstasykonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern des 9. Schuljahrs nach Geschlecht, 1994, 1998 und 2002 (in %)	128
Tabelle 63:	Anteil übergewichtiger und adipöser Personen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 nach Alter und Geschlecht (in %)	131
Tabelle 64:	Anteil normalgewichtiger, übergewichtiger und adipöser Personen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 (in %)	131
Tabelle 65:	Anteil Kaufsüchtige und Kaufsuchtgefährdete 2003 in der Schweiz (in %)	134
Tabelle 66:	Internet-Nutzung in der Schweiz (in % der Wohnbevölkerung ab 14 Jahren)	135
Tabelle 67:	Untersuchte Medien	136

Tabelle 68:	Liste der verwendeten Suchbegriffe nach Suchtform und Sprache	137
Tabelle 69:	Anzahl Artikel in den untersuchten Deutschschweizer Medien nach Suchtform und Halbjahr, 1993 bis 2002	138
Tabelle 70:	Anzahl Artikel in den untersuchten Westschweizer Medien nach Suchtform und Halbjahr, 1998 bis 2002	139
Tabelle 71:	Liste der verwendeten Suchbegriffe	140
Tabelle 72:	Fraktionen der eidgenössischen Räte, Abkürzungen	141

Abkürzungsverzeichnis

ASTRA	Bundesamt für Strassen
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
bfu	Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung
BJ	Bundesamt für Justiz
BLW	Bundesamt für Landwirtschaft
BMI	Body-Mass-Index
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
BV	Bundesverfassung
CISC	Vereinigung der schweizerischen Zigarettenindustrie
EAV	Eidgenössische Alkoholverwaltung
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren
EEK	Eidgenössische Ernährungskommission
EKA	Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen
EKDF	Eidgenössische Kommission für Drogenfragen
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ESBK	Eidgenössische Spielbankenkommission
FASD	Schweizerischen Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (Einrichtung des Schweizerischen Arbeiterhilfswerks)
fedpol	Bundesamt für Polizei
FiSu	Leistungsbezogenes Finanzierungssystem der Suchttherapie
FOS	Forschungsverbund stationäre Suchttherapie
GS EDI	Generalsekretariat des Eidgenössischen Departements des Innern
HeGeBe	Heroingestützte Behandlung
ISF	Institut für Suchtforschung
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne
KDS	Koordinations- und Dienstleistungsplattform Sucht, früher Koordinationen- und Dienstleistungsplattform Drogen
KKBS	Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen
KKJPD	Konferenz der kantonalen Justiz- und Polizeidirektorinnen und -direktoren
KOSTE	Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich

MaPaDro	Massnahmenpaket Drogen
NASUKO 2001	Nationale Substitutionskonferenz
NR	Nationalrat
QuaTheDA	Qualität der Therapien im Drogen- und Alkoholbereich
SAKRAM/CIRSA	Statistik der stationären Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeiten
SAMBAD	Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich
SDK	Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz
seco	Staatssekretariat für Wirtschaft
SFA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
SKBS	Städtische Konferenz der Beauftragten für Suchtfragen
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und -direktoren
SR	Ständerat
SSV	Schweizerischer Städteverband
UEPP	Unité d'évaluation de programmes de prévention; Abteilung des IUMSP

1 Einleitung

Anlass zum vorliegenden Bericht gab ein in Fachkreisen und im BAG weit verbreitetes Unbehagen über die Inkohärenz der gegenwärtigen Suchtpolitik des Bundes. Für viele ist es unverständlich und bedenklich, dass Hunderttausende von regelmässigen oder gelegentlichen Cannabiskonsumierenden kriminalisiert werden, während bei den viel grössere Schäden verursachenden Substanzen Alkohol und Tabak nicht nur der Konsum straffrei ist, sondern auch dafür geworben werden darf. Als ebenso stossend empfinden es viele, dass sich die staatliche Suchtpolitik im Wesentlichen auf die drei Suchtformen Alkohol, Tabak und illegale Drogen beschränkt, während die gesellschaftliche Realität, die sich den Praktikern in der täglichen Arbeit in Prävention und Therapie präsentiert, weit mehr Suchtformen mit ebenso gravierenden Folgen umfasst.

Die Widersprüchlichkeit der nationalen Suchtpolitik wurde im Zeitraum, in dem diese Arbeit entstand (Frühjahr 2003 bis Frühjahr 2004), auf der politischen Ebene in eindrucklicher Weise illustriert. Nachdem der Ständerat bereits 2001 einer Revision des Betäubungsmittelgesetzes zugestimmt hatte, die u. a. eine Aufhebung der Strafbarkeit des Cannabiskonsums vorsah, war der Nationalrat im Herbst 2003 nicht einmal bereit, auch nur auf das Geschäft einzutreten. Im gleichen Zeitraum, in dem der Nationalrat auf dem Cannabisverbot beharrte, lehnte er ein generelles Tabakwerbeverbot nach europäischem Vorbild ab, stimmte aber wie der Ständerat sowohl der Erhöhung der Tabaksteuer wie auch der Schaffung eines Tabakpräventionsfonds zu. Beide Räte optierten auch für eine Erhöhung der Alcopopsteuer und für eine Senkung des Blutalkoholgrenzwertes im Strassenverkehr auf 0.5 Promille. Im Gegenzug sollen nach dem Willen des Nationalrates private Radio- und Fernsehstationen in Zukunft für Wein und Bier sowie für rezeptfreie Medikamente werben dürfen, während der Ständerat die bestehenden Beschränkungen bei der Herstellung und Vermarktung von Absinth aufgehoben hat.

So sehr diese Widersprüchlichkeiten aus fachlicher Sicht inkohärent sind, so sehr widerspiegeln sich darin nicht nur unterschiedliche politische Interessenlagen, sondern ebenso auch breite gesellschaftliche Wahrnehmungen und Bewertungen. Und diese bilden letztlich die entscheidende Grundlage für jedes staatliche Handeln, sei es durch direkt erwirkte Volksentscheide, sei es durch Beschlüsse von demokratisch legitimierten Volksvertretern. Jeder Versuch, Inkohärenzen in Sachpolitiken zu überwinden, muss dieser Grundvoraussetzung Rechnung tragen, jede Sachpolitik steht im Spannungsverhältnis von öffentlicher Wahrnehmung, politischer Bewertung und fachlich definierter Notwendigkeit.

Das Bestreben des BAG, mit einem integrativen Ansatz diese Inkohärenzen zu verkleinern und damit letztendlich die Suchtpolitik auch glaubwürdiger zu gestalten, ist zweifellos sinnvoll und notwendig. Der vorliegende Bericht soll dem BAG in diesem Bestreben als Entscheidungsgrundlage dienen. Die abgegebenen Empfehlungen orientieren sich am Ziel, die Wirksamkeit und das Verhältnis von Kosten und Nutzen in der Suchtpolitik zu verbessern. Wenn der Bericht darüber hinaus auch auf die politische und öffentliche Auseinandersetzung versachlichend einwirken kann, dann hat er seinen Zweck mehr als erfüllt.

Wir möchten all jenen danken, die uns bei der Erarbeitung des Berichts unterstützt haben: den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesverwaltung, die

uns mit Informationen und Auskünften versorgt haben und die immer wieder bereit waren, in Gesprächen nach angemessenen Lösungen von kleineren und grösseren Problemen zu suchen, aber auch den vielen Sachverständigen, die uns in der Befragung und an der Tagung ihre Erfahrungen und Anregungen für eine neue Suchtpolitik des Bundes mitteilten und uns damit wesentliche Impulse für die Formulierung angemessener Empfehlungen vermittelten. Unser besonderer Dank gilt schliesslich Herrn Dr. Roland Calmonte und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vom Bundesamt für Statistik, die uns mit grossem Zeitaufwand und profunder Sachkenntnis mit den bestmöglichen und aktuellsten epidemiologischen Daten versorgten.

2 Auftrag und Vorgehen

2.1 Ausgangslage

In den neunziger Jahren hatte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zwei drogenspezifische Massnahmenpakete (MaPaDro 1 und 2) durchgeführt, die darauf abzielten, das Ausmass der bestehenden und die Entstehung neuer Drogenprobleme in der Schweiz zu mindern. Ende 2002 wurde MaPaDro 2 abgeschlossen und anschliessend evaluiert. In der Folge hat sich das BAG daran gemacht, ein neues Massnahmenpaket auszuarbeiten. Dieses soll an die früheren Massnahmenpakete anschliessen, aber gleichzeitig auch den neueren Entwicklungen in der Gesellschaft (neue Suchtformen, veränderte politische Wahrnehmungen und Regelungen usw.) sowie in Wissenschaft und Fachwelt (neue Erkenntnisse und Entwicklungen in der Prävention und in der Therapie bzw. bei der Repression) Rechnung tragen.

Nicht zuletzt dank der Wirksamkeit der in den neunziger Jahren getroffenen Massnahmen von Bund und Kantonen (u. a. Auflösung der offenen Drogenszenen, Heroinabgabe an Schwerstabhängige) hat die öffentliche Sichtbarkeit der Drogenprobleme in der Schweiz abgenommen. Dies und die Zunahme anderer sozialer Probleme v. a. im Zusammenhang mit der lange anhaltenden Rezession haben dazu geführt, dass die Drogenproblematik in der Bevölkerung und in der Politik an Aufmerksamkeit verloren hat. Dieser Verlust an öffentlicher Anteilnahme darf indes nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich das Ausmass der Drogenprobleme in der Schweiz in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert hat. Es gibt nach wie vor mehrere zehntausend Abhängige von harten Drogen, der Konsum von Cannabis hat insbesondere unter Jugendlichen in den letzten Jahren stark zugenommen. Viele der Betroffenen, aber auch ihre Familien und Angehörigen leiden unter den Folgen des Drogenkonsums. Der Staat, die Sozialversicherungen und die Wirtschaft tragen schwer an den Kosten, die durch Drogenabhängige verursacht werden. Ein fortbestehender Handlungsbedarf zur Bekämpfung von Drogenproblemen ist unbestritten, allerdings bedürfen die neu zu entwickelnden Massnahmen einer den neuen Gegebenheiten angepassten konzeptuellen Grundlage.

Das BAG möchte bei dieser Gelegenheit indes nicht nur seine Politik gegenüber den bisher illegalen Drogen überprüfen. Vielmehr soll ebenfalls abgeklärt werden, ob die bisher verfolgte Strategie einer fragmentierten Suchtpolitik mit je separaten Programmen für illegale Drogen, Alkohol und Tabak weiterhin zweckmässig ist oder ob allenfalls eine neu zu entwickelnde integrale, mehrere Suchtformen umfassende Suchtpolitik fachlich angezeigt und politisch akzeptabel wäre. Zudem soll auch abgeklärt werden, inwieweit eine solche Suchtpolitik des Bundes auch neue sowie bisher nicht oder zuwenig beachtete Suchtformen und komplexere Problemlagen wie etwa Mehrfachabhängigkeiten (z. B. von Alkohol, Tabak und Glücksspielen) umfassen soll.

2.2 Zielsetzungen und Vorgehen

Der vorliegende Bericht hat zum Ziel, Grundlagen für eine allfällige integrationsorientierte neue Suchtpolitik des Bundes bereitzustellen. Die zusammengetragenen und neu erarbeiteten Materialien sollen zur Beantwortung der folgenden drei Fragestellungen beitragen:

- Welcher suchtpolitische Handlungsbedarf besteht in der Schweiz?
- Worin besteht die bisherige Suchtpolitik des Bundes, wie wird sie beurteilt und was hat sie erreicht?
- Welchen Anforderungen muss eine neue Suchtpolitik genügen?

Für die Erarbeitung des Berichts wurde vorwiegend bereits vorhandenes Wissen genutzt. Neue Erhebungen und Analysen wurden nur punktuell durchgeführt, um wichtige Lücken im Wissensangebot zu schliessen.

Das vorhandene Wissen wurde primär bei den Fachleuten im BAG sowie bei weiteren Sachverständigen beschafft. Soweit notwendig und möglich wurde zur Wissensergänzung auf das Internet sowie auf die nationale und internationale Fachliteratur zurückgegriffen. Methodische Details über das jeweilige Vorgehen sind in den jeweiligen Kapiteln und in den Anhängen aufgeführt.

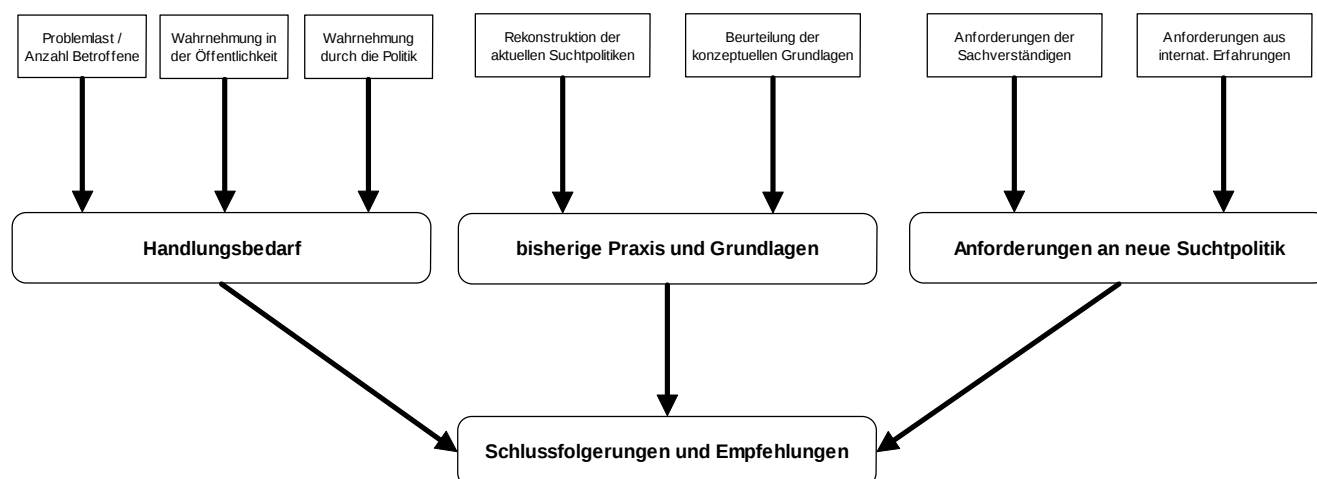
Die wesentlichen Sachverständigen und Betroffenen der schweizerischen Suchtpolitik wurden in die Arbeiten einbezogen. Ziele dieses Einbezugs waren einerseits eine frühzeitige Erfassung von Anregungen, Interessen und Wünschen für die Entwicklung einer neuen Suchtpolitik, andererseits die Mobilisierung ihrer Erfahrungen und ihres Fachwissens bei der Beurteilung der bisherigen Praxis. Die vom BAG ausgewählten Sachverständigen und Betroffenen konnten in einem ersten Schritt in Form einer schriftlichen, qualitativen Befragung ihre Erfahrungen, Anregungen und Anliegen zum Ausdruck bringen. In einem zweiten Schritt wurden an einer Tagung die zentralen Ergebnisse der Befragung und weitere Materialien präsentiert, eine beschränkte Auswahl von Stellungnahmen von Betroffenen vorgestellt und Gelegenheit zur Diskussion geboten.

Der vorliegende Bericht wurde den im Anhang aufgeführten Auskunftspersonen zur Verifizierung der wiedergegebenen Sachverhalte unterbreitet.

2.3 Aufbau des Berichts

Der Bericht folgt in seinem Aufbau (vgl. Abbildung 1) der Reihenfolge der oben aufgeführten Fragestellungen.

Abbildung 1: Aufbau des Berichts



Klärung des suchtbezogenen Handlungsbedarfs

In Kapitel 3 werden die potenziell politikrelevanten Suchtformen und deren Problemlast bestimmt. Anschliessend wird für jede Suchtform die Anzahl der Betroffenen aufgrund von epidemiologischen Angaben geschätzt. Parallel dazu werden die Wahrnehmung und Bewertung von Suchtproblemen durch die Öffentlichkeit und durch die Politik ermittelt. Abgestützt auf diese Materialien wird der suchtpolitische Handlungsbedarf aus fachlicher Sicht wie auch aus der Perspektive der Öffentlichkeit und der Politik bestimmt.

Rekonstruktion und Beurteilung der aktuellen Suchtpolitik des Bundes

In Kapitel 4 werden die aktuellen suchtpolitischen Anstrengungen des Bundes summarisch dargestellt: ihre rechtlichen und konzeptuellen Grundlagen, bisherige und laufende Massnahmenpakete und Programme des Bundes, das Zusammenwirken des Bundes mit Kantonen, Gemeinden und privaten Trägerschaften, die Kosten und die Wirkungen. Der zweite Teil umfasst eine Beurteilung der bisherigen Suchtpolitik des Bundes durch Sachverständige.

Anforderungen an eine neue Suchtpolitik des Bundes

Kapitel 5 enthält Anforderungen, die an eine neue Suchtpolitik gerichtet werden. Dazu gehören einerseits Anregungen und Erwartungen von Sachverständigen und Betroffenen. Andererseits sind Lehren aufgeführt, die sich aus einer Auswertung von Integrationsbestrebungen in anderen Ländern ergeben.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

In Kapitel 6 werden aus den vorangestellten Materialien Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine neue, integrative Suchtpolitik des Bundes formuliert.

In den Anhängen schliesslich befinden sich Detailangaben zu den im Bericht aufgeführten empirischen Evidenzen und Gesetzesgrundlagen, Listen der Auskunftspersonen und der befragten Sachverständigen, methodische Detailangaben zu selbst durchgeführten Erhebungen und Analysen, Unterlagen zu der durchgeführten Tagung sowie ein Verzeichnis der verwendeten Literatur.

2.4 Aussagekraft und Grenzen der empirischen Grundlagen des Berichts

Die Ausführungen orientieren sich an den pragmatischen Bedürfnissen von potenziellen Nutzern der Ergebnisse, d. h. die umfassende Breite steht vor der detailreichen Tiefe, die inhaltliche Vollständigkeit steht vor der über jeden Zweifel erhabenen Genauigkeit.

Die in Kapitel 3 in geraffter Form aufgeführten Indikatoren über die Anzahl von abhängigen und missbrauchenden Personen, über die wichtigsten Risikogruppen und über Tendenz der Problementwicklung sind Schätzungen, die auf den aktuellsten verfügbaren epidemiologischen Grundlagen – in erster Linie aus der schweizerischen Gesundheitsbefragung des BFS - oder auf anderen wissenschaftlichen Unterlagen beruhen. Da es im Bericht eher um Grössenverhältnisse als um zuverlässige Detailwerte geht, wurden auch dort Schätzungen vorgenommen, wo nur wenig konkrete Evidenzen zur Verfügung standen. Die gebotene Transparenz bezüglich Aktualität und Genauigkeit der präsentierten Informationen wurde aber in jedem Fall hergestellt. Alle verwendeten Daten und Parameter sind im Anhang ab S. 99 umfassend dokumentiert. Aus Praktikabilitätsgründen wurde darauf verzichtet, die für die Schätzungen verwendeten, teilweise umfangreichen und komplexen Berechnungsmodelle detailliert darzustellen. Bei Bedarf sind die Autoren gerne bereit, Einblick in die entsprechenden Modalitäten zu gewähren.

3 Der suchtpolitische Handlungsbedarf

Jedes staatliche Handeln bedarf einer demokratischen Legitimation, sei es in Form von Verfassungsartikeln (direkte Aufträge des Volkes), sei es in Form von Gesetzen (Aufträge des vom Volk demokratisch gewählten Parlamentes, zusätzlich legitimiert durch das fakultative Referendum). Die gesetzlichen Grundlagen, auf denen das vom Bundesrat und seiner Verwaltung vollzogene Handeln beruht, sind indes oft wenig präzise, gewollt oder ungewollt lückenhaft, teilweise widersprüchlich und nicht immer aktuell. Mithin besteht bei der Umsetzung der gesetzlichen Aufträge oft ein erheblicher Interpretationsspielraum, den die handelnde Verwaltung aktiv gestalten kann und muss. Bei der Konkretisierung dieses Rahmens orientiert sie sich einerseits an den wesentlichen gesellschaftlichen Interessen, wie sie sich in den politischen Prozessen im parlamentarischen und ausserparlamentarischen Raum manifestieren, sowie an den insbesondere durch die Medien artikulierten Bedürfnisse und Interessen der breiten Öffentlichkeit. Andererseits ist die Verwaltung aber auch gehalten, ihr Handeln zweckmässig, effizient und wirkungsvoll zu gestalten. Diesen Anforderungen kann sie nur genügen, wenn sie sich am aktuellen verfügbaren Fachwissen orientiert, wie es durch verwaltungsinterne und –externe Sachverständige vermittelt wird.

In diesem Rahmen ergibt sich vereinfacht gesagt der konkrete staatliche Handlungsbedarf innerhalb eines spezifischen Politikfeldes einerseits aus den politischen und öffentlichen Ansprüchen und Meinungen, andererseits aus dem erfahrungsbegründete Expertenwissen. Obschon sich diese beiden Perspektiven gegenseitig beeinflussen und insbesondere die Politik sich oft auf dokumentiertes Sachwissen abstützt, bestehen oft mehr oder weniger grosse Diskrepanzen zwischen politisch definierten Problemen und Lösungsvorschlägen einerseits und den Sichtweisen der Fachwelt andererseits. Heterogenität besteht aber nicht nur zwischen den Systemen der Macht (Politik) und der Wahrheit (Wissenschaft), sondern ebenso sehr innerhalb dieser beiden Systeme: die Frage, was ein Problem ist und wie es gelöst werden sollte, wird von den verschiedenen politischen Kräften ebenso vielfältig beantwortet wie von unterschiedlichen Expertensystemen (im Suchtbereich etwa von Sozialarbeitern, Medizinerinnen, Psychiatern oder Kulturanthropologen). Mithin muss davon ausgegangen werden, dass bei der Bestimmung des suchtpolitischen Handlungsbedarfs soweit wie möglich die gesamte Varianz der Perspektiven einzuholen ist und dass die wichtigsten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen Akteuren transparent gemacht werden müssen. Bei allen Differenzierungsbestrebungen darf zudem nicht ausser Acht gelassen werden, dass bei jedem Verwaltungshandeln letztinstanzlich das Primat der Politik gilt.

Aufgrund dieser Überlegungen werden bei der folgenden Bestimmung des staatlichen Handlungsbedarfs zwei unterschiedliche Sichtweisen einander gegenübergestellt: jene der Fachwelt und jene der Politik/Öffentlichkeit. Die Perspektive der Fachwelt beruht auf Wissen in Form von mehr oder weniger evidenzbasierten Sachverhalten, auf die bei der Beantwortung der drei folgenden Fragen abgestützt wird:

- was ist eine Sucht?
- wie gross ist die Problemlast einer Sucht?
- wie viele Leute sind davon betroffen?

Die Perspektive der Politik und der Öffentlichkeit schlägt sich in den folgenden Fragebereichen nieder:

- welche Suchtformen werden wie stark wahrgenommen?
- wo besteht ein entsprechender Handlungsdruck?

Angesichts der grossen Komplexität des Untersuchungsgegenstandes und der strategischen Orientierung der Arbeit beschränken sich die Ausführungen auf die zentralsten Aspekte und auf unmittelbar nachvollziehbare Grössenverhältnisse. Der daraus entstehende Überblick über die Grobstruktur der Verhältnisse dient der strategischen Entscheidungsfindung, kann aber notgedrungen nicht bis in alle Tiefen der Besonderheiten von Einzelaspekten vordringen.

3.1 Bei welchen suchtrelevanten Verhaltensweisen besteht ein staatlicher Handlungsbedarf?

Das Spektrum des alltagssprachlichen Suchtverständnisses reicht vom substanzabhängigen Konsum von illegalen Drogen, Alkohol oder Tabak über Essstörungen zu substanzunabhängigen Süchten wie Spiel-, Internet-, Putz-, Einkaufs-, Lese- oder Fitnesssucht. Eine für die Fachwelt und die Allgemeinheit gleichermaßen gültige Definition von Sucht existiert nicht. Experten definieren und bewerten Sucht je nach ihrer Fachdisziplin (Medizin, Soziologie, Psychologie, Anthropologie, Sozialarbeit etc.) sehr unterschiedlich. In der breiten Öffentlichkeit differieren die Suchtkonzepte (Definition, Ätiologie, Bewertung) u. a. stark zwischen sozialen Schichten und Kulturen. Unter diesen Umständen stellt der Kontrollverlust als kleinster gemeinsamer Nenner aller Suchtformen ein pragmatisches und zugleich praktikables Definitionsmerkmal dar, das sowohl für die Expertensysteme wie auch für die Öffentlichkeit Gültigkeit hat. Demzufolge heisst "süchtig sein" alltagssprachlich, "nicht mehr aufhören zu können". Der süchtige Mensch hat in dem von der Sucht betroffenen Bereich seines Lebens die Kontrolle verloren.

Ein staatlicher Handlungsbedarf besteht dann, wenn es sich bei einem solchen Kontrollverlust um mehr als ein individuelles Problem handelt, d. h. wenn von einem gesellschaftlichen Phänomen gesprochen werden kann. Dies ist dann der Fall, wenn

- die Sucht von Fachleuten und/oder von der Öffentlichkeit als Problem definiert wird,
- durch das Suchtverhalten erhebliche Probleme entstehen und
- eine substanzielle Anzahl Personen von der Sucht betroffen sind.

Zur Bestimmung der Suchtformen, bei denen aus der Sicht der Fachleute ein staatlicher Handlungsbedarf besteht, wurde in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe (vgl. Spinatsch, Hofer et al. 2001) eine auf deren Erfahrungen beruhende Liste erarbeitet. Diese Liste wurde von den zuständigen Fachpersonen im auftraggebenden Bundesamt für Gesundheit ergänzt und bestätigt.

Substanzgebundene Suchtformen

- Alkoholmissbrauch
- Tabakkonsum
- Medikamentenmissbrauch
- Konsum illegaler Substanzen:
 - o Heroin
 - o Kokain
 - o Cannabis (Haschisch, Marihuana)
 - o Ecstasy / Designerdrogen

Essstörungen

- Anorexia nervosa (Magersucht)
- Bulimie (Ess-Brechsucht)
- Adipositas (Fettsucht)

Substanzunabhängige Suchtformen

- Spielsucht
- Arbeitssucht
- Sexsucht
- Kaufsucht
- Medienbezogene Süchte:
 - o Internetsucht
 - o Fernsehsucht
 - o Telefon-/Handysucht

In dieser Liste nicht aufgeführt sind weitere, wenig verbreitete illegale Drogen und psychotrope Substanzen. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind die verschiedenen Formen von Mehrfachabhängigkeit, d. h. in erster Linie die Kombinationen der meisten Suchtformen mit dem Missbrauch von Alkohol und/oder Tabak, in zweiter Linie den gleichzeitigen Konsum von verschiedenen illegalen Drogen. Die Formen der Mehrfachabhängigkeit sind sehr vielfältig und ihre Auswirkungen oft komplex. Gleichzeitig bestehen auch kaum epidemiologische Unterlagen über die effektive Verbreitung dieses Phänomens. Aus diesen Gründen können Mehrfachabhängigkeiten im Rahmen dieser Arbeit trotz einer vermutlich erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Problemlast nicht berücksichtigt werden.

3.2 Wie schwerwiegend sind die einzelnen Suchtprobleme aus der Sicht der Fachleute?

Suchtprobleme lassen sich in Bezug auf ihre soziale Reichweite (Person, Umfeld, Staat) und auf ihre Schadensdimension (somatische, psycho-soziale und wirtschaftliche Schäden) unterscheiden. Im realen Alltag sind nach Meinung der konsultierten Fachleute (vgl. Spinatsch, Hofer 2001) die folgenden Schadenskategorien relevant:

- 1 persönliche Probleme einer von einer Sucht betroffenen Person:
 - a) somatische Schäden
 - b) psychische und soziale Schäden
 - c) wirtschaftliche Schäden
- 2 Probleme für das Umfeld einer süchtigen Person (Familie, Freundeskreis, Arbeitgeber, Nachbarn, Passanten):
 - a) somatische, psychische und soziale Schäden
 - b) wirtschaftliche Schäden
- 3 Folgekosten des Staats für die Bewältigung von Suchtproblemen, welche durch das Suchtverhalten verursacht werden (nicht eingeschlossen sind die staatlichen Regulierungskosten wie z. B. Präventionsanstrengungen oder Repression):
 - a) medizinische und soziale Kosten (vorwiegend in den Bereichen Krankheit, Invalidität und Sozialhilfe)

Zur Bestimmung der Problemlast der einzelnen Suchtformen wurde jede einzelne Schadenskategorie durch die Fachspezialisten mit den Faktoren "hoch", "mittel" und "tief" gewichtet. Diese Gewichtungsfaktoren

- sind relativ zu verstehen, d. h. im Vergleich mit der Problemlast der anderen Suchtformen in der gleichen Schadenskategorie
- beziehen sich auf die Problemlast, die vom Suchtverhalten einer einzelnen Person verursacht wird (es wurde nicht mit der Anzahl der abhängigen Personen gewichtet)
- widerspiegeln die Meinung der Fachspezialisten und abstrahieren von der teilweise abweichenden öffentlichen Meinung (z. B. beim Konsum gewisser illegaler Drogen).

Die Gesamtproblemlast einer Suchtform ergibt sich aus der Addition der Gewichtung (hoch: 3 Punkte, mittel: 2 Punkte, tief: 1 Punkt) der einzelnen Schadenskategorien (siehe Tabelle 1). Angesichts des groben Rasters und der komplexen Vielfalt der Probleme wurde auf eine Gewichtung der einzelnen Problemdimensionen untereinander verzichtet.

Tabelle 1: Problemlast bestimmter Suchtformen verursacht durch das suchtrelevante Verhalten einer einzelnen Person aus der Sicht der Fachleute

	persönliche Probleme			Probleme im persönlichen Umfeld		Folgekosten des Staates	Total
	somatische Schäden	psychische und soziale Schäden	wirtschaftliche Schäden	somatische, psychische und soziale Schäden	wirtschaftliche Schäden	medizinische und soziale Kosten	
Substanzgebundene Süchte							
Alkoholmissbrauch	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	18
Tabakkonsum	● ● ●	● ●	●	● ●	●	● ● ●	12
Medikamentenmissbrauch	● ● ●	● ●	●	● ●	●	● ● ●	12
Heroinkonsum	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	18
Kokainkonsum	● ●	● ●	● ● ●	● ●	● ●	●	12
Cannabiskonsum	●	●	●	●	●	●	6
Ecstasykonsum	●	●	●	●	●	●	6
Essstörungen							
Anorexie	● ● ●	● ● ●	●	● ● ●	●	● ● ●	14
Bulimie	● ●	● ●	● ●	● ●	●	● ●	11
Adipositas	● ●	● ●	●	●	●	● ●	9
Substanzunabhängige Süchte							
Spielsucht	●	● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ●	14
Arbeitssucht	● ●	● ●	●	● ● ●	●	● ●	11
Sexsucht *	● ●	● ●	● ●	● ●	● ●	●	11
Kaufsucht	●	●	● ● ●	● ●	● ●	● ●	11
Internetsucht	●	●	●	● ●	●	●	7
Fernsehsucht *	●	●	●	● ●	●	●	7
Telefon-/Handysucht *	●	●	● ●	●	● ●	●	8

●●●: hohe Problemlast ●●: mittlere Problemlast ●: tiefe Problemlast

* Die wenigen verfügbaren empirischen Evidenzen sowie Plausibilitätsüberlegungen lassen auf eine geringe gesellschaftliche Relevanz dieser Suchtformen schliessen. Sie werden deshalb bei den weiteren Ausführungen nicht mehr berücksichtigt.

In den letzten Jahren wurden für einzelne Suchtformen (Alkohol, Tabak) mit komplexen Verfahren die Gesamtkosten ermittelt, die der Gesellschaft bei der Bewältigung von Suchtproblemen entstehen (Jeanrenaud et al. 2003; Frei 1998; Vitale S. et al. 1998). Da indes für die meisten Suchtformen keine solche Berechnungen verfügbar sind, können diese nicht für eine genauere, monetarisierte Bestimmung der Problemlasten beigezogen werden. Die hier gewählte grobmaschige Vorgehensweise ist für einen alle Suchtformen gleichermassen einbeziehenden Vergleich auf den angewandten Dimensionen und für die Bestimmung von ordinalen Grössenverhältnisse zweckmässig und hinreichend genau.

Wie in Tabelle 1 ersichtlich, weisen die substanzgebundenen Suchtformen die höchste Problemlast auf. Essstörungen sind mit einer mittleren Problembelastung verbunden, bei substanzunabhängigen Suchtformen ist die gesamte Problemlast eher tief.

Innerhalb dieser drei Gruppen bestehen indes erhebliche Unterschiede. So ist bei den substanzgebundenen Suchtformen die Problemlast bei Alkohol und Heroin sehr hoch und auch bei Kokain erheblich, bei Cannabis und Ecstasy indes eher gering. Bei illegalen Substanzen ist zudem ein erheblicher Teil der auftretenden Probleme eine Folge der Illegalität dieser Stoffe. Dies gilt namentlich für die wirtschaftlichen Probleme (hohe Stoffpreise) und die gesundheitlichen Folgen des Heroinkonsums (Beschaffungsstress, hohe Infektionsrisiken beim Sprizentausch, mit anderen Substanzen vermishtes Heroin). Wie bereits erwähnt, wurden die Repressionskosten des Staats nicht mitberücksichtigt, da diese eine Folge und nicht eine Ursache der staatlichen Drogenpolitik sind. Die beschränkte Problemlast beim Tabakkonsum und beim Medikamentenmissbrauch liegt darin begründet, dass die somatischen Schäden zwar als sehr hoch veranschlagt werden, dass die psychosozialen und die wirtschaftlichen Belastungen dieser legalen Suchtformen indes bei den Betroffenen ebenso wie in ihrem Umfeld relativ gering sind.

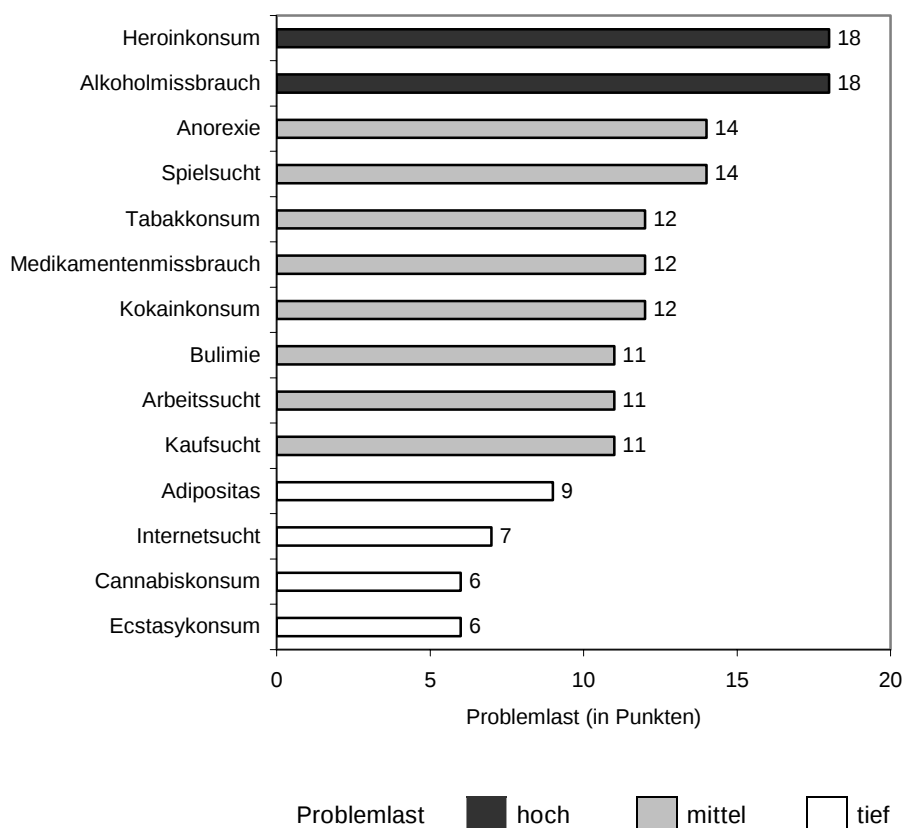
Unter den Essstörungen fällt vor allem die hohe psychosoziale und somatische Problemlast der von der Anorexie betroffenen Personen und ihres direkten Umfeldes auf, während die Belastungen bei der Bulimie und bei der Adipositas tiefer sind.

Unter den substanzunabhängigen Suchtformen weist die Spielsucht vor allem wegen der erheblichen wirtschaftlichen Probleme für die Betroffenen und ihr Umfeld eine erhebliche Problemlast auf. Den – allerdings noch sehr wenig erforschten – übrigen substanzunabhängigen Suchtformen (Kauf-, Arbeits- und Internetsucht) schreiben die Fachleute nur eine mässige bis geringe Problemlast zu. Sie sind gesellschaftlich weniger stigmatisiert als die Spielsucht oder der Drogenkonsum. Zudem wird bei diesen postuliert, dass der psychosoziale Leidensdruck im persönlichen Umfeld höher ist als bei den Betroffenen selbst.

Die Suchtformen wurden schliesslich aufgrund ihrer Punktetotale in Gruppen mit hoher, mittlerer und tiefer Problemlast eingeteilt (Abbildung 2). Dieser Aufteilung zufolge weisen der Alkoholmissbrauch und der Heroinkonsum mit den maximal möglichen Punktetotalen von 18 eine hohe Problemlast auf. Eine mittlere Problemlast (11 bis 14 Punkte) kommt der Spielsucht sowie den übrigen substanzgebundenen Suchtformen – mit Ausnahme des wenig problembelasteten Konsums von Ecstasy und Cannabis – zu. Ebenfalls eine mittlere Problemlast weisen die Anorexie und die Bulimie sowie die Arbeits- und die

Kaufsucht auf. Im Vergleich mit anderen Suchtformen gering ist die Problemlast schliesslich auch bei der Adipositas und bei der Internetsucht.

Abbildung 2: Ausmass der Problemlast verursacht durch das Suchtverhalten einer einzelnen Person aus der Sicht der Fachleute



3.3 Wie viele Personen zeigen ein suchtrelevantes Risikoverhalten?

Im Folgenden sind für jede Suchtform Angaben über

- die Anzahl Personen, die ein hohes Risikoverhalten zeigen (Abhängige),
- die Anzahl Personen, die ein geringes bis mittleres Risikoverhalten zeigen (Missbrauchende),
- die soziodemographischen Merkmale der wichtigsten Risikogruppen und
- die in den letzten Jahren zu beobachtenden Tendenzen der Problem-entwicklung (Zu- oder Abnahme der Anzahl betroffener Personen)

zusammengestellt.

Alle Angaben beziehen sich auf die Schweizer Wohnbevölkerung. Sie beruhen auf epidemiologischen Untersuchungen oder anderen wissenschaftlichen Arbeiten. Die den Indikatoren zugrunde liegenden Daten sind im Anhang ab S. 99 detailliert und mit Quellenangaben versehen aufgeführt. Nach Möglichkeit wurden publizierte oder anderweitig zugängliche Informationen über die Schweiz verwendet (vorwiegend aus der Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik), in einzelnen Fällen musste auf Daten aus andern Ländern zurückgegriffen werden. Die in der Regel verfügbaren Prozentzahlen wurden jeweils mit der Anzahl Personen der entsprechenden Bevölkerungsgruppe hochgerechnet. In jenen Fällen, in denen keine direkten epidemiologischen Angaben verfügbar sind, beruhen die Schätzungen auf wissenschaftlichen Plausibilitätsüberlegungen. Die Unterscheidung zwischen geringem und mittlerem Risikoverhalten einerseits und hohem Risikoverhalten andererseits erfolgte in Abstimmung mit den entsprechenden Kategorien in den publizierten Daten. Aufgrund der sehr uneinheitlichen und teilweise mangelhaften verfügbaren Datenquellen sind die im folgenden aufgeführten Indikatoren von unterschiedlicher Qualität. Da es sich in allen Fällen um Schätzungen handelt, wurden die ermittelten Werte jeweils gerundet. Alle ermittelten Zahlenwerte wurden den jeweils zuständigen Fachpersonen im BAG zur Prüfung der bestmöglichen Qualität, Aktualität und Adäquanz unterbreitet. Die Zahlen können nicht in jedem Fall wissenschaftlichen Standards gerecht werden. Sie widerspiegeln jedoch die tatsächlichen Problemdimensionen hinreichend genau, um den politischen Handlungsbedarf abzuschätzen.

3.3.1 Legale Substanzen

3.3.1.1 Alkoholmissbrauch

Tabelle 2: Personen mit problematischem bzw. riskantem Alkoholkonsum

Anzahl Personen mit hochriskanten Konsum	120'000
Anzahl Personen mit problematischem Konsum	420'000
Wichtigste Risikogruppe	Männer mittleren Alters
Tendenz der Problementwicklung	stabil

Bei einem über längere Zeit andauernden täglichen Konsum von mehr als 40 g reinen Alkohols bei Frauen bzw. mehr als 60 g bei Männern besteht ein hohes Risiko für somatische Gesundheitsschäden. Ein mittleres Risiko besteht bei regelmässigen täglichen Alkoholkonsummengen ab 20 g bei Frauen bzw. 40 g bei Männern.

Diesen Kriterien zufolge konsumieren gut 120'000 Personen in der Schweiz Alkohol in hoch risikoreichen Mengen. Nahezu drei Viertel dieser Risikotrinkenden sind Männer (88'000), wobei dieser hochriskante Alkoholkonsum zwischen 1997 und 2002 bei Männern leicht rückläufig, bei Frauen indes ansteigend war. Hoch riskanter Alkoholkonsum ist in der französisch- und vor

allem in der italienischsprachigen Schweiz deutlich stärker verbreitet als in der Deutschschweiz.

Bei weiteren gut 200'000 Personen besteht aufgrund ihres starken Alkoholkonsums ein mittleres Gesundheitsrisiko, wobei Frauen fast ebenso stark betroffen sind wie Männer. Wird neben dem regelmässigen Konsum grösserer Mengen von Alkohol auch sporadisch exzessiver Konsum als Frühindikator für mögliche Alkoholprobleme miteinbezogen, dann gelten 2% der Alkohol trinkenden Schweizerinnen und 12.8% der Alkohol trinkenden Schweizer (60'000 Frauen und 360'000 Männer) als problematische Alkoholkonsumierende. In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen ist der Anteil solcher Problemtrinkenden sogar fast doppelt so hoch, nämlich 4.2% bei den Frauen und 22.4% bei den Männern (Daten 1997).

Diese epidemiologischen Angaben beruhen auf den Erhebungen und Definitionen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Die SFA hat in ihrer wissenschaftlichen Begleitforschung zum Alkoholprogramm "Alles im Griff" (Gmel, Müller, 2003) ebenfalls differenzierte Erhebungen über das Risikotrinken in der Schweiz durchgeführt. Die Autoren kommen dabei zum Schluss, dass in der Schweiz über eine Million Personen risikoreich Alkohol konsumieren. Die grosse Differenz zwischen den hohen Werten der SFA und den deutlich tieferen Werten der Gesundheitsbefragung beruht u. a. in einer unterschiedlichen Definition dessen, was als risikoreicher Konsum verstanden wird.

Laut der Schülerbefragung von 2002 konsumieren 15 Prozent der 11- bis 15-jährigen Schweizer Schülerinnen und Schüler mindestens einmal wöchentlich Alkohol. Der Anteil der mindestens wöchentlich Alkoholkonsumierenden unter den Schülerinnen und Schülern des 9. Schuljahrs hat sich von 1986 bis 2002 verdoppelt. Auch bei den 16- bis 20-jährigen Jugendlichen stieg der allwöchentliche Alkoholkonsum im Zeitraum zwischen 1993 und 2002 stark an. Wie bei den Erwachsenen betrifft dieser Anstieg auch hier die Mädchen (Anstieg von 28% auf 42%) stärker als die Jungen (von 56% auf 67%).

Jungen konsumieren am häufigsten Bier, Mädchen bevorzugen Alcopops. 2002 waren etwa 40% der Neuntklässler und rund 25% der Neuntklässlerinnen schon mindestens zwei Mal in ihrem Leben betrunken gewesen, das sind gut doppelt so viele wie 1986.

Der chronische Alkoholkonsum in gesundheitsschädigenden Mengen ist vor allem ein Problem der Männer ab 35. Der sporadisch exzessive Konsum hingegen geht vor allem zu Lasten von jungen Männern zwischen 15 und 25 Jahren. Jeder fünfte dieser Altersklasse hat Alkoholprobleme.

In Bezug auf die Gesamtbevölkerung – nicht jedoch auf einzelne Bevölkerungssegmente wie z. B. die Jugend – sank der durchschnittliche Alkoholverbrauch pro Kopf in der Schweiz zwischen 1986 und 1997 kontinuierlich, seither hat er sich bei etwa 9.2 Liter reinen Alkohols stabilisiert.

3.3.1.2 Tabakkonsum

Tabelle 3: Personen mit problematischem bzw. riskantem Tabakkonsum

Anzahl stark Rauchende (ab 10 Zigaretten/Tag)	1'050'000
Anzahl mässig Rauchende (weniger als 10 Zigaretten/Tag)	800'000
Wichtigste Risikogruppe	35- bis 50-jährige Männer
Tendenz der Problementwicklung	sinkend

In der Schweiz gab es 2002 gemäss schweizerischer Gesundheitsbefragung rund 1,85 Million Raucherinnen und Raucher. Wenn man davon ausgeht, dass bei einem Konsum von 10 Zigaretten pro Tag oder mehr eine Nikotinabhängigkeit mit hohen gesundheitlichen Risiken besteht, dann betrifft dies in der Schweiz gut eine Million Personen, 40% davon sind Frauen, 60% sind Männer. Auch die fast 800'000 mässig Rauchenden (gelegentlich bis täglich weniger als 10 Zigaretten) setzen ihre Gesundheit erheblichen Risiken aus.

Zwischen 1992/93 und 1997 nahm der Anteil der Rauchenden an der erwachsenen Wohnbevölkerung laut schweizerischer Gesundheitsbefragung um rund 3% zu, bis 2002 ging er wieder um rund 2,5% zurück, wobei von diesem Rückgang die Frauen weniger stark betroffen waren als die Männer. Der in den neunziger Jahren insgesamt zu verzeichnende leichte Anstieg von 0.5% ist vor allem auf das z.T. massiv verstärkte Rauchen von Jugendlichen, insbesondere von jungen Frauen, zurückzuführen.

Bei den 11- bis 15-jährigen Schulkindern erhöhte sich der Anteil der wöchentlich oder sogar täglich Rauchenden zwischen 1986 und 1998 sehr stark, danach ging er bis zum Jahr 2002 wieder leicht zurück.

Der Anteil der täglich Rauchenden ist laut Tabakmonitoring 2001/02 in der lateinischen Schweiz deutlich höher als in der Deutschschweiz.

Der Gesamtkonsum von Zigaretten in der Schweiz sank zwischen 1994 und 2002 um 9%.

3.3.1.3 Medikamentenmissbrauch

Tabelle 4: Personen mit missbräulichem oder abhängigem Medikamentenkonsum

Anzahl Personen mit missbräulichem oder abhängigem Konsum	170'000
Wichtigste Risikogruppe	über 65-jährige Frauen
Tendenz der Problementwicklung	leicht sinkend

Eine Studie zum Medikamentenmissbrauch in der Schweiz (Maffli, Bahner 1999) kommt zum Schluss, dass mindestens 3% der erwachsenen Bevölkerung einen kritischen Medikamentenkonsum aufweisen. Diese Prävalenzrate wurde aus einer Kombination von Einnahmekriterien und problemzentrierten Screeningfragen ermittelt. Frauen sind deutlich stärker betroffen als Männer, das Verhältnis liegt bei etwa 2:1. Hochgerechnet auf die erwachsene Wohnbevölkerung heisst das, dass mindestens 170'000 Schweizerinnen und Schweizer in missbräuchlicher oder abhängiger Weise Medikamente konsumieren. Gegenstand dieses Missbrauchs sind vor allem psychoaktive Medikamente, namentlich Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- und Anregungsmittel.

Gemäss den Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung nehmen in der Schweiz 285'000 Frauen und 160'000 Männer täglich ein Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel ein. 90% dieser Medikamente werden auf Verschreibung durch den Arzt eingenommen. Der tägliche Medikamentenkonsum nimmt mit steigendem Alter und insbesondere nach Erreichen des Pensionierungsalters stark zu. In der französischen und der italienischen Schweiz ist der Anteil der täglich Konsumierenden um rund zwei Drittel höher als in der Deutschschweiz.

Im Zeitraum zwischen 1997 und 2002 ging der tägliche Konsum von psychoaktiven Medikamenten insgesamt leicht zurück. Dieser Rückgang betrifft einerseits die unter 50-jährigen Männer, andererseits die über 60-jährigen Frauen

3.3.2 Illegale Substanzen

Die vorliegenden Daten aus Bevölkerungsbefragungen lassen – mit Ausnahme des Cannabiskonsums – keine direkten Schlüsse auf die Anzahl regelmässig konsumierender und damit abhängiger Personen zu. Aus den verfügbaren Daten zur Lebenszeitprävalenz (Konsum einer Substanz mindestens einmal im Leben) lassen sich indes grobe Angaben über die maximale Anzahl der Betroffenen sowie über die zeitliche Entwicklung im Laufe der letzten Jahre ableiten.

In Tabelle 5 sind die Lebenszeitprävalenzen verschiedener illegaler Drogen in der Schweiz für die Jahre 1992/93, 1997 und 2002 dargestellt. Ihr ist zu entnehmen, dass der Konsum von illegalen Drogen überwiegend Cannabisprodukte betrifft (2002 über 27% aller 15- bis 39-Jährigen). Erfahrungen mit "harten" Drogen – Heroin und Kokain – haben weniger als 4% gemacht. Darin

eingeschlossen sind Probier- und Gelegenheitskonsumierende ebenso wie eigentliche Abhängige.

Tabelle 5: *Lebenszeitprävalenz des Konsums illegaler Drogen bei 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 nach Geschlecht (in %)*

	Frauen 1992/93	Frauen 1997/98	Frauen 2002	Tendenz	Männer 1992/93	Männer 1997/98	Männer 2002	Tendenz
Halluzinogene	1.2	1.7		↗	3.0	3.8		↗
Amphetamine o.ä.	0.6	0.8		↗	1.5	1.7		↗
Ecstasy	k. A.	1.5	1.5	→	k. A.	2.8	2.9	↗
Methadon	0.3	0.3		→	0.5	0.5		→
Kokain	1.8	2.2	1.9	↗	3.5	4.3	4.0	↗
Heroin	0.7	0.7	0.5	→	1.9	1.4	1.3	↘
Cannabis	11.1	19.9	21.1	↗	21.5	33.4	34.1	↗
irgendeine Droge	11.5	20.4		↗	22.0	33.8		↗

Quellen: SFA (1999); BFS: Schweizerische Gesundheitsbefragung

3.3.2.1 Heroinkonsum

Tabelle 6: Heroinkonsumierende

Anzahl heroinabhängige Personen (hohes Risiko)	22'000
Anzahl Personen mit gelegentlichem Konsum (mittleres Risiko)	13'000
Wichtigste Risikogruppe	junge Männer
Tendenz der Problementwicklung	leicht sinkend

Zuverlässige, erhebungsgestützte Daten über die Anzahl Heroinkonsumierender in der Schweiz gibt es nicht. Von den insgesamt 2.5 Millionen 15- und 39-jährigen Schweizerinnen und Schweizer haben gemäss Gesundheitsbefragung 2002 ein knappes Prozent bzw. gut 22'000 zumindest einmal in ihrem Leben Heroin konsumiert. Rund ein Zehntel von ihnen gab an, das auch im letzten Jahr getan zu haben. Aus diesen Zahlen lassen sich indes keine direkten Angaben über die Anzahl Heroinabhängiger oder Gelegenheitskonsumierender ableiten, da es aus einsichtigen Gründen schwierig ist, Abhängige von harten Drogen mit konventionellen Bevölkerungsbefragungen zu erfassen.

Das BAG schätzte die Anzahl der Heroinabhängigen für das Jahr 2002 deshalb auf der Basis der Statistiken der Methadonbehandlung, der drogenbedingten Todesfälle und der Verzeigungen wegen Heroinkonsums und kam dabei auf 18'500 bis 25'500 heroinabhängige Personen.

Wenn man im Rückgriff auf die Erhebungskriterien der Gesundheitsbefragung davon ausgeht, dass Abhängige einmal in der Woche oder häufiger Heroin konsumieren, während Gelegenheitskonsumierende weniger als einmal in der Woche, aber mindestens einmal in den letzten zwölf Monaten Heroin konsumierten, dann lässt sich die Zahl der Gelegenheitskonsumierenden wie folgt schätzen: Gemäss BAG gab es 2002 etwa 22'000 (Mittelwert von 18'500 und 25'500) Heroinabhängige. Im Mittel über die drei Erhebungen der Gesundheitsbefragungen von 1992, 1997 und 2002 gaben knapp zwei Drittel (63%) derjenigen, die im Jahr vor der Befragung Heroin konsumiert hatten, an, dies auch wöchentlich zu tun. Auf diesen Grundlagen kann die Anzahl der Gelegenheitskonsumierenden auf 13'000 geschätzt werden: 22'000 Abhängige = 63% aller Konsumierenden, verbleiben 37% bzw. 13'000 Gelegenheitskonsumierenden. Es bleibt anzumerken, dass die Aufteilung aller Konsumierenden in wöchentliche (63%) und jährliche (37%) Konsumierenden auf sehr kleinen Fallzahlen beruht und zwischen den einzelnen Erhebungsjahren stark schwankt. Angesichts der Tatsache, dass der Konsum von Heroin schnell zur Abhängigkeit führen kann, ist es indes zumindest plausibel, dass es deutlich weniger Gelegenheitskonsumierende als Abhängige gibt.

Der Konsum von Heroin ist primär ein Problem von jungen Männern. Aufgrund der Angaben, die in den beiden schweizerischen Gesundheitsbefragungen zur Lebenszeitprävalenz des Heroinkonsums gemacht wurden, kann man davon

ausgehen, dass die Anzahl der Konsumierenden generell leicht rückgängig ist. Auch die Schätzungen der Anzahl Heroinabhängigen des BAG aufgrund verschiedener Statistiken weisen in diese Richtung, geht man doch im Mittel von rund 29'000 Abhängigen 1994 und etwa 25'000 im Jahr 1998 aus.

3.3.2.2 Kokainkonsum

Tabelle 7: Kokainkonsumierende

Anzahl kokainabhängige Personen (hohes Risiko)	7'500
Anzahl Personen mit gelegentlichem Konsum (mittleres Risiko)	96'000
Wichtigste Risikogruppe	15- bis 39-jährige Männer
Tendenz der Problementwicklung	steigend

Wie im Falle von Heroin existieren auch beim Kokain keine zuverlässigen epidemiologischen Daten über die Anzahl von Abhängigen und Gelegenheitskonsumierende. Wie beim Heroin ist auch beim Kokain davon auszugehen, dass die Gesundheitsbefragung einen guten Teil der Konsumierenden nicht erfasst und dass deshalb die Anzahl der Betroffenen unterschätzt wird. Da indes im Gegensatz zum Heroin keine einigermaßen plausiblen Schätzungen über die Anzahl von Kokainabhängigen vorliegen, musste trotz dieser Vorbehalte für die vorliegende Schätzung auf die Daten der Gesundheitsbefragung zurückgegriffen werden.

Laut der letzten Gesundheitsbefragung haben im Jahr 2002 72'000 Personen zwischen 15- und 39-Jahren schon einmal in ihrem Leben Kokain konsumiert, im der Befragung vorangehenden Jahr 2001 waren es 7'500. Von diesen konsumieren etwa 7% mindestens einmal pro Woche Kokain. Unter den beiden Annahmen, dass a) die Kokainkonsumierenden in der Gesundheitsbefragung etwa im gleichen Ausmass unterschätzt werden wie die Heroinkonsumierenden und dass b) der Anteil der wöchentlich Konsumierenden (7%) an den aktuell Konsumierenden in der Gesundheitsbefragung zumindest im Mittel über die drei Befragungen etwa der Realität entspricht, kommt man zum Ergebnis, dass es in der Schweiz knapp 7'500 Kokainabhängige und weitere 96'000 Gelegenheitskonsumierende gibt. Wie im Falle von Heroin ist auch hier anzumerken, dass die Berechnungen auf sehr kleinen Fallzahlen beruhen und dass deshalb ein entsprechend hohes Fehlerpotenzial besteht.

Kokain wird vorwiegend von 15- bis 39-jährigen Männern konsumiert. Im Laufe der neunziger Jahre stieg der Anteil derjenigen, die schon mindestens einmal in ihrem Leben Kokain konsumiert hatten, leicht an.

3.3.2.3 Konsum von Cannabisprodukten

Tabelle 8: Cannabiskonsumierende

Anzahl Personen mit riskantem Konsum (mindestens wöchentlich)	110'000
Anzahl Personen mit einem tief- bis mittelmäßig riskanten Konsum (weniger als einmal pro Woche)	120'000
Wichtigste Risikogruppe	jugendliche Männer
Tendenz der Problementwicklung	steigend

Im Jahr 2002 gaben 28% der 15- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung in der schweizerischen Gesundheitsbefragung an, mindestens einmal in ihrem Leben ein Cannabisprodukt konsumiert zu haben. Einen Cannabiskonsum innerhalb der letzten zwölf Monate vermeldeten knapp 5% bzw. etwa 230'000 Personen. Von diesen hatte nicht ganz die Hälfte – 110'000 – im vergangenen Jahr jede Woche einmal oder mehrmals Cannabis konsumiert, bei den übrigen 120'000 Personen war die Konsumhäufigkeit geringer.

Cannabisprodukte werden vorwiegend von Jugendlichen konsumiert. Gemäss der SMASH-Umfrage waren 2002 gut 40% der 16- bis 20-jährigen Jungen und knapp 30% der gleichaltrigen Mädchen regelmässige Cannabiskonsumierende. Der Anteil der Männer unter den Konsumierenden ist insgesamt etwas höher als derjenige der Frauen, in der Romandie haben mehr Personen Konsumerfahrungen gemacht als in den anderen Landesteilen.

In den neunziger Jahren hat die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums stark zugenommen. Während 1992 noch 16% der 15- bis 39-Jährigen angaben, irgend einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben, waren es 1997 bereits knapp 27%, im Jahr 2002 28%.

Neben der schweizerischen Gesundheitsbefragung hat auch die SFA im Jahr 2000 in einer Repräsentativbefragung den Cannabiskonsum der Schweizerbevölkerung erhoben (Müller et al. 2001). Die dabei ermittelten Konsumwerte sind deutlich höher als jene der Gesundheitsbefragung von 2002. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Gesundheitsbefragung trotz der grossen Fallzahlen in den Stichproben nicht nur die Konsumierenden harter Drogen sondern auch die jene von Cannabis eher unterschätzt.

3.3.2.4 Konsum von Ecstasy

Tabelle 9: Ecstasykonsumierende

Anzahl Personen mit riskantem Konsum (mindestens wöchentlich)	1'600
Anzahl Personen mit gelegentlichem Konsum (mittleres Risiko)	5'000
Wichtigste Risikogruppe	regelmässige männliche Besucher von Technoparties
Tendenz der Problementwicklung	eher steigend

Gemäss Gesundheitsbefragung hatten 2002 etwa 55'000 der 15- bis 40-jährigen Schweizerinnen und Schweizern schon mindestens einmal in ihrem Leben Ecstasy konsumiert. Etwa 5'000 von diesen konsumieren Ecstasy ab und an, weitere 1'600 nehmen es praktisch jede Woche. Sie gehen damit erhebliche gesundheitliche Risiken ein.

Ecstasy wird vorwiegend von jungen erwachsenen Männern und – zu einem geringen Teil – von älteren Schulkindern an Technoparties konsumiert. Nur bei den Schulkindern weisen mehr Mädchen Erfahrungen mit Ecstasy auf als Knaben.

Zwischen 1997 und 2002 nahm die Anzahl der Gelegenheitskonsumierenden leicht ab, jene der wöchentlich Konsumierenden stieg leicht an. Im gleichen Zeitraum stark zugenommen hat die Anzahl der Probierkonsumierenden unter den Schulkindern.

Alle hier verwendeten Zahlen stammen aus den schweizerischen Gesundheitsbefragungen sowie aus den Schülerbefragungen der SFA. Es ist anzunehmen, dass der Konsum von Ecstasy wie jener von anderen illegalen Drogen eher unterschätzt wird, wenngleich die Dunkelziffer aufgrund der geringeren öffentlichen Aufmerksamkeit und der weniger negativen Bewertung tiefer sein dürfte als bei den harten Drogen Heroin und Kokain.

3.3.3 Essstörungen

3.3.3.1 Anorexie (Magersucht)

Tabelle 10: Anorektische Personen

Anzahl anorektische Personen	3'500
Wichtigste Risikogruppe	15- bis 25-jährige Frauen
Tendenz der Problementwicklung	steigend

Epidemiologische Studien gehen davon aus, dass etwa 0.5 – 1% aller weiblichen Adoleszenten unter Anorexie leiden. Danach gibt es in der Schweiz zwischen 2'300 bis 4'600 Magersüchtige.

Anorexie ist fast ausschliesslich ein Problem von 15- bis 25-jährigen Frauen. Anzeichen zu einem gestörten Verhältnis zum eigenen Körpergewicht gibt es indes bereits unter den 12- bis 15-jährigen Schülerinnen. Männliche Anorektiker gibt es nur in Einzelfällen.

Die Anorexie hat in den letzten Jahren vor allem unter den 15- bis 19-jährigen Frauen zugenommen.

3.3.3.2 Bulimie (Ess-Brechsucht)

Tabelle 11: Bulimiebetreffene Personen

Anzahl bulimiebetreffene Personen	9'000
Wichtigste Risikogruppe	15- bis 25-jährige Frauen
Tendenz der Problementwicklung	steigend

Zwischen einem und drei Prozent der weiblichen Adoleszenten leiden an Bulimie. Dies ergibt für die Schweiz zwischen 4'500 und 13'500 betroffene junge Frauen im Alter zwischen 15 und 25 Jahren. Männer sind kaum von Bulimie betroffen. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Bulimie in den letzten Jahren zugenommen hat.

3.3.3.3 Adipositas (Fettsucht)

Tabelle 12: Adipöse Personen

Anzahl adipöser Personen (BMI ab 30)	470'000
Anzahl übergewichtiger Personen (BMI ab 25 unter 30)	1.8 Mio.
Wichtigste Risikogruppe	über 50-jährige Männer
Tendenz der Problementwicklung	stark steigend

Die schweizerische Gesundheitsbefragung bezeichnet Personen mit einem Body-Mass-Index (BMI) ab 30 als adipös, solche mit einem BMI zwischen 25 bis 30 als übergewichtig. Wenn man von diesen in der Wissenschaft anerkannten Indikatoren ausgeht, dann gibt es in der Schweiz knapp 470'000 adipöse und 1.8 Millionen übergewichtige Personen.

Übergewicht betrifft Männer stärker als Frauen. Die Betroffenenrate steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter an. Seit Anfang der neunziger Jahren nahm die Anzahl übergewichtiger und adipöser Personen stark zu. Einzig bei den Frauen und Männern kurz vor dem Pensionsalter hat sich der Anteil der Übergewichtigen und Adipösen seit 1997 reduziert.

3.3.4 Substanzunabhängige Verhaltensweisen

3.3.4.1 Spielsucht

Tabelle 13: Spielsüchtige

Anzahl spielsüchtiger Personen	44'000
Anzahl suchtgefährdeter Personen	123'000
Wichtigste Risikogruppe	alleinstehende Männer
Tendenz der Problementwicklung	stark steigend

Die einzige verfügbare Prävalenzschätzung für die Schweiz geht davon aus, dass 1998 etwa 0.8% der über 17-Jährigen spielsüchtig sind, weitere 2.2% gelten als gefährdet. Dies entspricht gut 44'000 Spielsüchtigen und knapp 123'000 Spielsuchtgefährdeten.

Pathologisches Spielverhalten ist in erster Linie ein Problem von alleinstehenden Männern mittleren Alters. Mit den seit 2002 in der ganzen Schweiz neu eröffneten Kasinos steht auch ein erheblicher Anstieg der Spielsüchtigen im ganzen Land in Aussicht.

3.3.4.2 Arbeitssucht

Tabelle 14: Arbeitssüchtige

Anzahl arbeitssüchtige Personen	115'000
Anzahl suchtgefährdeter Personen	550'000
Wichtigste Risikogruppen	Führungskräfte, HandwerkerInnen, selbstständig Erwerbende
Tendenz der Problementwicklung	steigend

Arbeitssucht ist ein wenig untersuchtes Phänomen. Es fehlt an griffigen Definitionskriterien und an einheitlichen Beurteilungskriterien für die gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden ebenso wie an aussagekräftigen epidemiologischen Daten. In einer Studie aus Grossbritannien bezeichnete sich 1998 jede dritte befragte Person, die mehr als 48 Stunden wöchentlich arbeitet, als arbeitsüchtig. Dies entspricht etwa 3% aller Erwerbstätigen. Werden diese Werte auf die Schweiz übertragen, so ergibt dies etwa 115'000 Arbeitssüchtige. Andere Quellen zufolge sind etwa 14% aller Erwerbstätigen suchgefährdet, das sind in der Schweiz 550'000 Personen.

3.3.4.3 Kaufsucht

Tabelle 15: Kaufsüchtige

Anzahl kaufsüchtige Personen	270'000
Anzahl gefährdete Personen	1.9 Mio.
Wichtigste Risikogruppe	Frauen zwischen 18 und 24 Jahren
Tendenz der Problementwicklung	steigend

Eine im Jahr 2003 von der Hochschule für Sozialarbeit Bern durchgeführte Studie kommt zum Schluss, dass 4.8% der 18- bis 84-jährigen Schweizerinnen und Schweizer – dies entspricht gut 270'000 Personen – kaufsüchtig sind, d.h. dass diese den Drang zum Kaufen auch dann nicht unter Kontrolle haben, wenn negative Folgen wie Verschuldung damit verbunden sind. Weitere 33% haben eine Tendenz zu unkontrolliertem Kaufen, d.h. sie kaufen, um dem unerfreulichen Alltag zu entkommen, sich zu entspannen oder einfach weil kostengünstige Angebote auf dem Markt sind.

Unkontrolliertes Kaufverhalten betrifft vor allem Junge: von den 18- bis 24-Jährigen sind 17% kaufsüchtig, weitere 47% haben ein leichtes bis mittleres

Kaufsuchtproblem. Mit steigendem Alter nimmt der Anteil der Kaufsüchtigen kontinuierlich ab. Frauen sind sowohl von der Kaufsucht wie auch vom unkontrollierten Kaufverhalten, der Vorstufe der Kaufsucht, doppelt so stark betroffen als Männer.

Eine 1994 in der Stadt Zürich durchgeführte Studie zum Thema Kaufsucht ermittelte einen Anteil der Kaufsüchtigen von 2.5%. Der Vergleich mit der aktuellen Studie lässt auf eine starke Zunahme der Verbreitung der Kaufsucht schliessen.

Die in der Schweiz ermittelten Resultate entsprechen in etwa der in andern hochindustrialisierten Ländern festgestellten Verbreitung süchtigen Kaufverhaltens. Allerdings fehlen vorderhand auch hier noch Kriterien und empirische Evidenzen zur Abschätzung der gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden.

3.3.4.4 Internetsucht

Tabelle 16: Internetsüchtige

Anzahl internetsüchtige Personen	44'000
Anzahl gefährdete Personen	70'000
Wichtigste Risikogruppe	Männer unter 20 Jahren
Tendenz der Problementwicklung	steigend

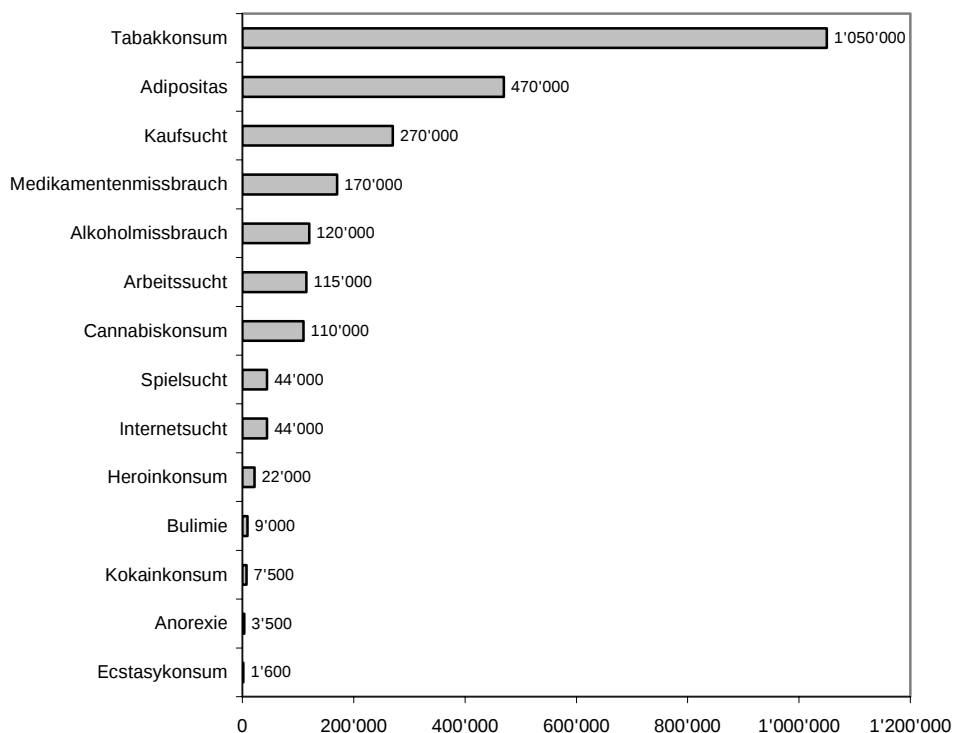
Die Nutzung des Internets hat in der Schweiz in den letzten Jahren stark zugenommen. Immer mehr Personen benutzen das Internet immer häufiger. Zwischen 1999 und 2002 hat sich der Anteil in der Bevölkerung, der das Internet gelegentlich nutzt, fast verdoppelt. Im gleichen Zeitraum hat sich der Anteil der regelmässigen Nutzerinnen und Nutzer mehr als verdoppelt, derjenige der täglich Nutzenden ist um mehr als das Zweieinhalbfache gestiegen.

Gemäss einer Online-Studie, die im Sommer 1999 durchgeführt wurde, sind 2.3% aller gelegentlichen und regelmässigen Nutzerinnen und Nutzer des Internets in der Schweiz onlinesüchtig. Weitere 3.7% gelten als gefährdet.

Die stärkste Risikogruppe unter den Internetsüchtigen sind unter 20-jährige Männer, die in keiner festen Partnerschaft leben.

3.3.5 Fazit

Abbildung 3: Anzahl Personen mit hoch riskantem Verhalten pro Suchtform



In Abbildung 3 ist die geschätzte Anzahl Personen mit hoch riskantem Verhalten für jede in den vorangehenden Abschnitten aufgeführten Suchtformen im Quervergleich dargestellt. Dabei kommt sehr deutlich zum Ausdruck, dass die Tabakabhängigkeit mit über einer Million Betroffenen und Adipositas (470'000 Betroffene) die mit Abstand am meisten verbreiteten Suchtprobleme in der Schweiz sind. Weniger, aber mit 110'000 bis 270'000 Betroffenen immer noch weit verbreitet, sind der missbräuchliche Konsum von Medikamenten und Alkohol, der riskante Konsum von Cannabis sowie die Kauf- und die Arbeitssucht. Erheblich geringer ist die Anzahl Personen, die als spiel- oder internet-süchtig gelten, und noch einmal deutlich weniger sind abhängig von den harten Drogen Heroin und Kokain oder von der Ess-Brehsucht betroffen. Mit Betroffenenanzahlen von unter 4'000 sind schliesslich die Anorexie sowie der Ecstasykonsum im Vergleich mit anderen Suchtformen nur wenig verbreitet.

Wie bereits eingangs erwähnt fehlen in dieser Darstellung Angaben über Mehrfachabhängigkeiten, da diese sehr vielfältig ausgeprägt sein können und da kaum epidemiologische Unterlagen verfügbar sind. Es muss indes hier mit Nachdruck darauf verwiesen werden, dass sich – u. a. wegen der Problematik der Mehrfachabhängigkeiten – die oben aufgeführten Zahlen von Abhängigen nicht einfach zu einer Gesamtsumme aller Süchtigen aufaddieren lassen.

3.4 Wie schwerwiegend sind die einzelnen Suchtformen aus der Sicht der Öffentlichkeit?

Die Analyse der Wahrnehmung der Suchtproblematik in der Schweizer Öffentlichkeit erfolgte anhand der folgenden drei Fragen:

1. Wie stark werden Suchtprobleme in der Öffentlichkeit wahrgenommen?
2. Wie hat sich diese Wahrnehmung in den letzten 10 Jahren verändert?
3. Welcher Handlungsbedarf besteht aus Sicht der Öffentlichkeit?

Zur Beantwortung der Fragen wurde die im Internet und in Bibliotheken zugängliche Literatur zum Thema ausgewertet.

Als Ergänzung wurde die Berichterstattung von Schweizer Tageszeitungen zu Suchtproblemen quantitativ untersucht. Die Anzahl der Artikel zu einer Suchtform wurde dabei als Indikator für das Ausmass des öffentlichen Interesses verwendet. Die Auswahl dieses Indikators beruht auf

- der Verfügbarkeit von entsprechendem Datenmaterial über einen längeren Zeitraum hinweg,
- der über die Zeitungsarchive leichten Zugänglichkeit zum Datenmaterial und
- der Annahme, dass die Medien die die Bevölkerung beschäftigenden Probleme einigermaßen adäquat widerspiegeln.

Anhand der Internet-Archive grösserer Schweizer Tageszeitungen wurde untersucht, wie oft eine Suchtform in den Medien erwähnt wurde, um einerseits eine Rangfolge der am meisten thematisierten Suchtformen zu erstellen und andererseits Veränderungen über die Zeit festzustellen. Einbezogen werden sollten je eine Zeitung aus der deutschen, der französischen und der italienischen Schweiz, mit einem möglichst überregionalen Leserkreis. Ihr Internet-Archiv sollte zudem eine möglichst lange Zeitspanne abdecken.

Diesen Kriterien entsprach in der Deutschschweiz die Neue Zürcher Zeitung, da deren Archiv von allen überregionalen Zeitungen am weitesten zurückreicht. In der Westschweiz wurden die Zeitungen Le Matin, 24 heures und La Tribune de Genève ausgewählt, die ein gemeinsames Online-Archiv unterhalten, welches alle Artikel seit 1998 umfasst. Die über das Internet zugänglichen Archive der italienischsprachigen Schweizer Tageszeitungen reichen nicht weiter als zwei Jahre zurück, so dass sie nicht in die Analyse einbezogen werden konnten.

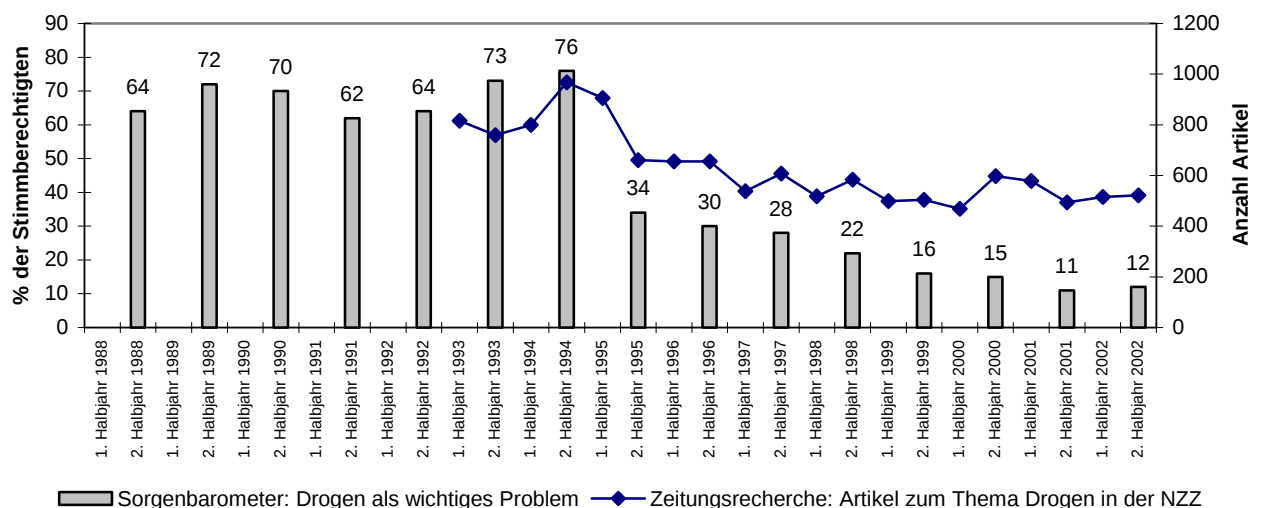
Detailliertere Angaben zur Methodik befinden sich im Anhang ab Seite 136.

3.4.1 Die öffentliche Wahrnehmung von Suchtproblemen

Das GfS-Forschungsinstitut befragt die Schweizer Stimmberechtigten seit vielen Jahren regelmässig, welches aus ihrer Sicht die dringendsten Probleme der Schweiz sind. In den Ergebnissen dieser Befragung widerspiegelt sich sehr deutlich, wie die Drogenproblematik in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird. Ende der achtziger und in der ersten Hälfte der neunziger Jahre wurden die Probleme rund um die offenen Drogenszenen in den Städten akut. Entsprechend gross war der Anteil der Befragten, die die Drogen als grosses

Problem betrachten (Abbildung 4). Mit der Schliessung der offenen Drogenszenen nahm dieser Anteil seit 1995 zuerst sprunghaft, dann kontinuierlich ab. In der letzten Befragung von 2002 belegten die Drogen noch Rang 14 unter den wichtigsten Problemen. Der gleiche sprunghafte Rückgang des Interesses an der Drogenproblematik im Jahr 1995 zeigt sich auch in der Zeitungsanalyse: die Anzahl der Artikel in der Neuen Zürcher Zeitung, die das Stichwort "Drogen" enthalten, ging im besagten Jahr stark zurück (Abbildung 4). Auch danach war die Artikelzahl tendenziell sinkend. Da das Archiv der untersuchten französischsprachigen Zeitungen nicht bis 1995 zurückreicht, konnte nicht untersucht werden, ob der Sachverhalt in der Westschweiz ebenfalls zutrifft.

Abbildung 4: Anteil der Stimmberechtigten, die "Drogen" als eines der fünf grössten Probleme der Schweiz ansehen 1988 - 2002



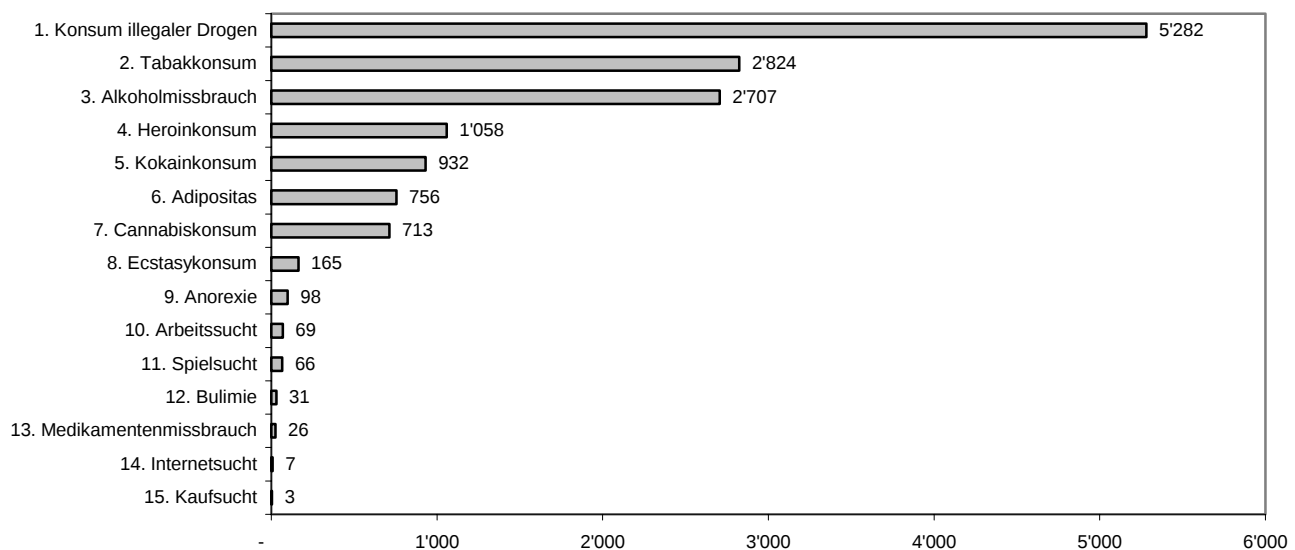
Quelle: GfS-Forschungsinstitut, (Sorgen-Barometer) / Anzahl Artikel mit dem Stichwort "Drogen" in der NZZ 1993 – 2002 (vgl. Anhang S. 136f)

Die Zeitungsanalyse ergab eine deutliche Rangfolge der Suchtformen als Ausdruck der unterschiedlichen Wahrnehmung von Suchtproblemen in der Öffentlichkeit (Abbildung 5): klar am häufigsten thematisiert wird der Konsum von illegalen Drogen im Allgemeinen sowie jener der beiden legalen Suchtmittel Nikotin und Alkohol. Eine mittlere Beachtung in der Berichterstattung erhalten die illegalen Drogen Heroin, Kokain und Cannabis sowie Adipositas. Alle übrigen Suchtformen – darunter alle nicht substanzabhängigen – finden in der untersuchten Tagespresse nur mässig oder gar keinen Eingang. Diese Feststellung gilt sowohl für die deutsch- als auch für die französischsprachige Schweiz, da sich die Rangfolgen der Suchtformen, die sich aufgrund der unterschiedlichen Erwähnungen in den Zeitungen ergeben, in den beiden untersuchten Sprachregionen kaum unterscheiden. Hingegen differieren die Abstände zwischen den Rängen. Anders als in der Deutschschweiz, wo die illegalen Drogen im Allgemeinen fast doppelt so häufig in der Berichterstattung erwähnt werden wie die beiden nachfolgenden Substanzen Nikotin und Alkohol, erhalten der Tabak und der Alkohol in der Westschweizer Presse fast die gleiche Beachtung wie die Drogen im Allgemeinen. Adipositas wird in der Deutschschweiz fast gleich häufig thematisiert wie der Cannabiskonsum, während in der Westschweiz fast

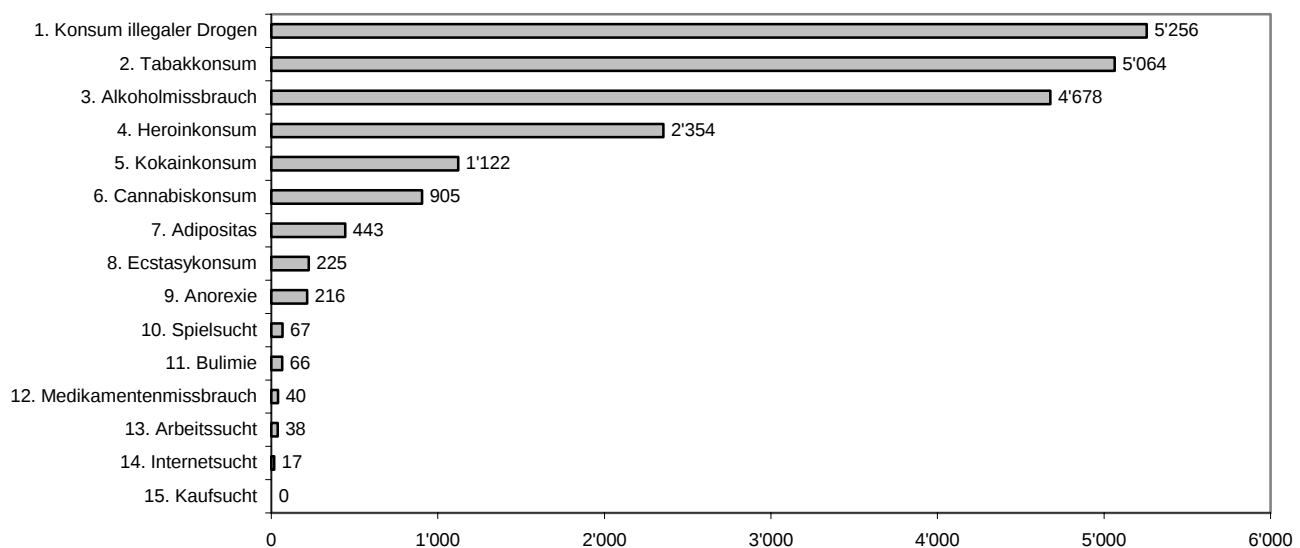
doppelt so häufig über Cannabis informiert wird wie über Adipositas. Bei den wenig erwähnten nicht substanzgebundenen Suchtformen fällt auf, dass die Arbeitssucht in der Deutschschweiz deutlich mehr Beachtung findet als in der Westschweiz, während die Kaufsucht in der Westschweiz gar nie erwähnt wird.

Abbildung 5: Rangfolge der Suchtformen gemessen an der Anzahl Artikel nach Sprachregion 1998-2002

Rangfolge und Anzahl Artikel: Deutschschweiz



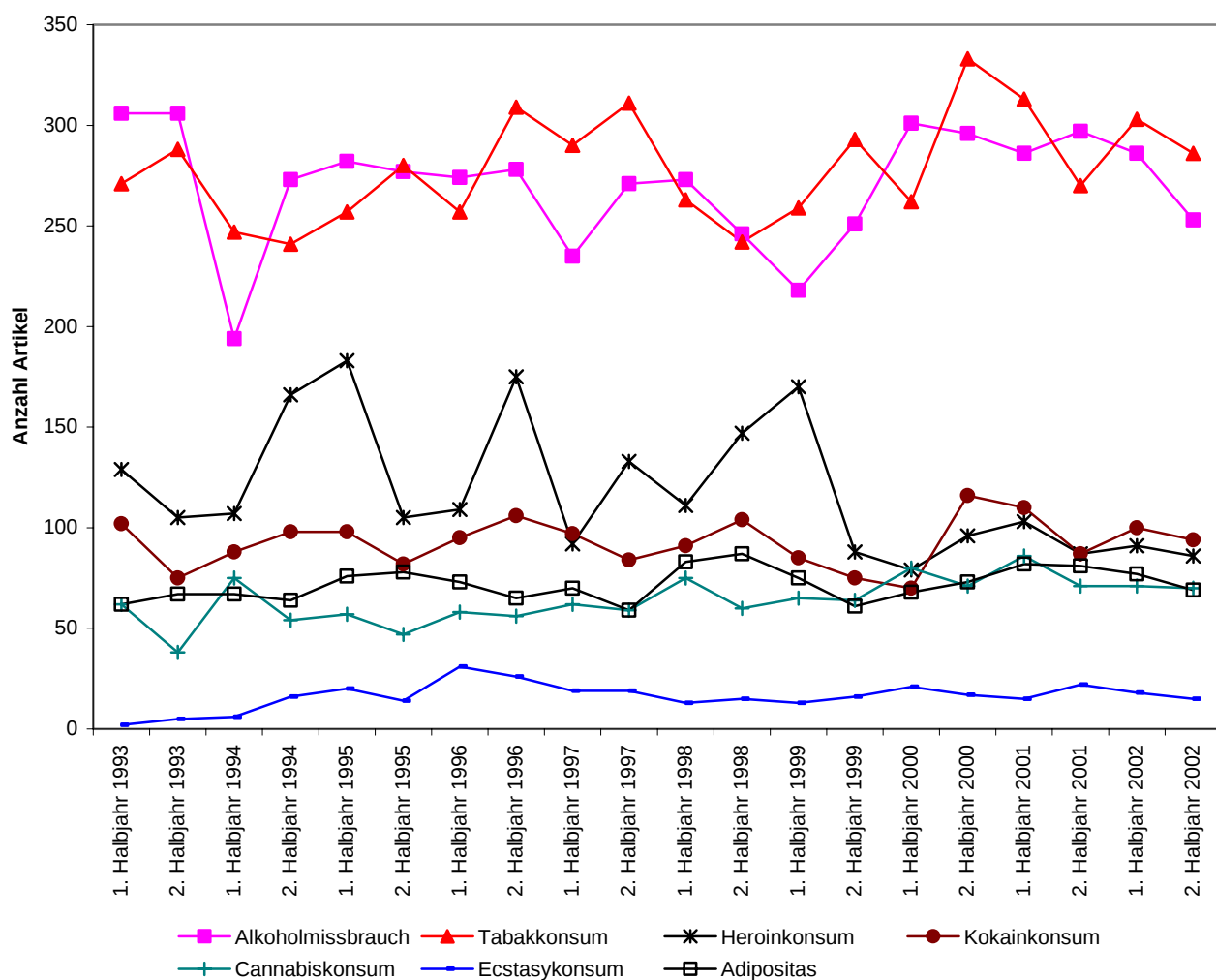
Rangfolge und Anzahl Artikel: Westschweiz



Quellen: vgl. Tabelle 67 auf S.136

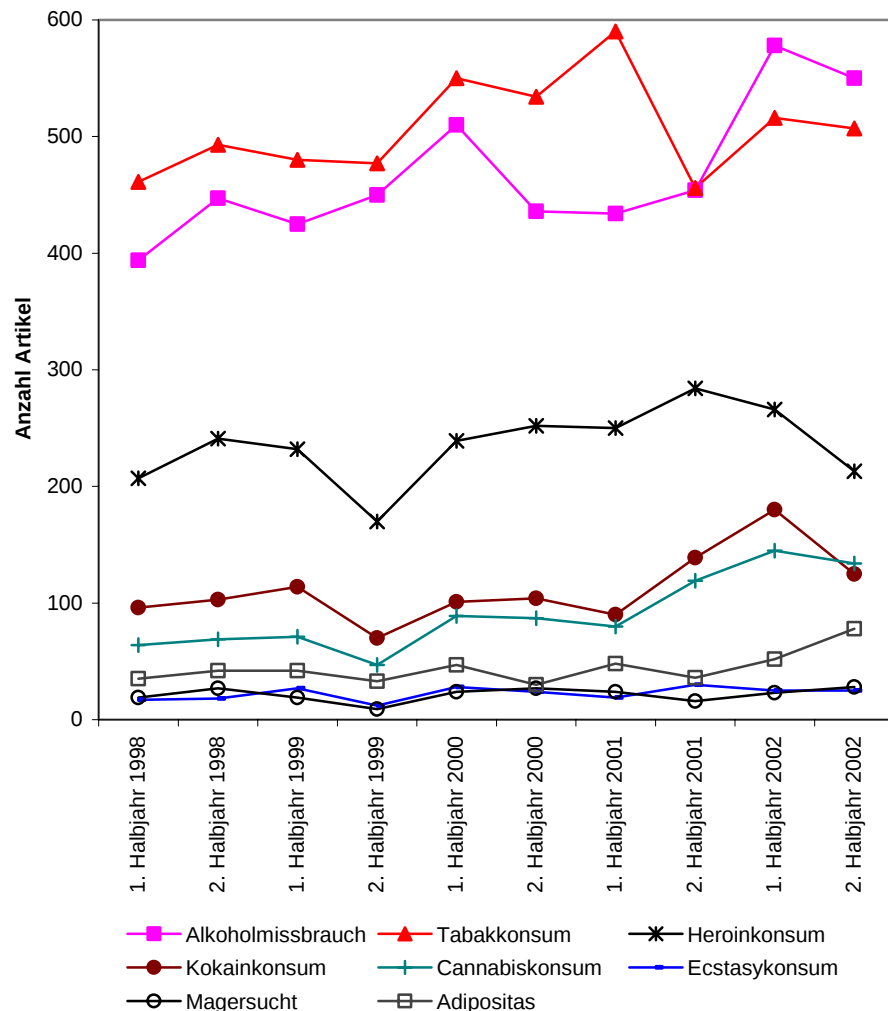
Betrachtet man den zeitlichen Verlauf der Berichterstattung zu den einzelnen Suchtformen in der Deutschschweiz (Abbildung 6), so fällt auf, dass – anders als bei den in Abbildung 4 dargestellten Artikeln zu Drogen im Allgemeinen – nach 1995 kein Rückgang der Artikelzahl stattgefunden hat. Bei den einzelnen Suchtformen sind überhaupt nur beschränkt längerfristige Entwicklungen festzustellen. Im Allgemeinen nimmt die Zahl der Artikel über Suchthemen mit der Zeit leicht zu. Beim Heroin fallen die grossen Schwankungen bis ins Jahr 1999 auf. Nach der in diesem Jahr erfolgten Abstimmung zur ärztlich kontrollierten Heroinabgabe sank das öffentliche Interesse an diesem Thema, die Berichterstattung pendelte sich auf einem mit andern Suchtformen vergleichbaren Niveau ein.

Abbildung 6: Anzahl Artikel nach Suchtform in der NZZ 1993 – 2002
(Suchtformen mit mehr als 10 Artikel pro Monat)



Suchtformen, welche weniger als zehn mal pro Monat in der Zeitung erwähnt werden (alle substanzunabhängigen Suchtformen, sowie Medikamentenmissbrauch, Anorexie und Bulimie) wurden in die Untersuchung des zeitlichen Verlaufs der Berichterstattung nicht einbezogen, da aufgrund der geringen Artikelzahl keine Entwicklungstendenzen feststellbar sind.

Abbildung 7: Anzahl Artikel nach Suchtform in Le Matin, 24 heures und La Tribune de Genève 1998 – 2002 (Suchtformen mit mehr als 10 Artikel pro Monat)



Die Analyse der Artikel zu Suchtproblemen in der französischsprachigen Schweiz umfasst aufgrund des weniger weit zurückreichenden Online-Archivs nur die letzten fünf Jahre. Wie in der Deutschschweiz ist auch hier bei den meisten Suchtformen eine leichte Zunahme der Artikel festzustellen (Abbildung 7). Dies gilt im Gegensatz zur Deutschschweiz auch für den Heroinkonsum. Interessanterweise liegt der Tiefpunkt der medialen Aufmerksamkeit beim Heroin ausgerechnet im ersten Halbjahr 1999, dem Zeitpunkt der eidgenös-

sischen Abstimmung zur Heroinabgabe. Die Artikel zum Heroinkonsum heben sich mengenmässig deutlicher von den anderen Suchtformen ab als in der Deutschschweiz, wo – wie in Abbildung 6 ersichtlich – am Ende der Untersuchungsperiode nahezu gleich viele Artikel zu Heroin, Kokain, Cannabis und Adipositas publiziert werden. Auffallend ist die parallele Entwicklung der Zahl der Artikel zu Kokain und Cannabis.

Wie in der Deutschschweiz ist auch in der Westschweiz die Anzahl der Artikel zu den substanzunabhängigen Suchtformen zu gering, als dass sich Entwicklungstendenzen festzustellen liessen.

3.4.2 Einstellungen der Bevölkerung zum staatlichen Handlungsbedarf im Bereich der illegalen Drogen

Im Bereich der Drogenpolitik wurden im letzten Jahrzehnt verschiedene Untersuchungen durchgeführt, die auch qualitative Rückschlüsse auf die öffentliche Wahrnehmung und die Einstellungen der Bevölkerung zur Drogenproblematik zulassen. Die in den Jahren 1991, 1994 und 1997 durchgeführten Befragungen im Rahmen des "Drogenmonitors" ermöglichen insbesondere Rückschlüsse auf die zeitliche Entwicklung dieser Einstellungen (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Entwicklung der Akzeptanz verschiedener Massnahmen im Kampf gegen die Drogen 1991, 1994 und 1997 (Zustimmung zu den einzelnen Massnahmen in % der Befragten)

Massnahme	1991	1994	1997
Drogenprävention in der Schule	97	98	98
Therapieangebote	96	97	96
Strafverfolgung des Handels	97	96	95
Überlebenshilfe für Drogenabhängige	90	94	94
Aids-Vorbeugung durch Spritzenabgabe	87	90	89
Angebot von Lokaltäten für die Injektion	63	76	72
Verschreibung von Heroin/Kokain durch Ärzte	67	74	69
Toleranz bei Konsum/Verkauf von Haschisch	42	53	42
Zwangsentzug	38	36	40
freier Verkauf von Haschisch und Marihuana	29	35	35
Toleranz bei Konsum/Verkauf von Heroin/Kokain	15	17	21
Geld-/Gefängnisstrafen für alle Konsumenten	13	10	19

Quelle: Datenbank "Drogenmonitor'91-'97" in: Bergman et al. 1998

Strafverfolgung des Handels einerseits, Prävention in der Schule, Therapie und Überlebenshilfe sowie Spritzenabgabe zur Vorbeugung von Aids andererseits wurden in den neunziger Jahren praktisch von der ganzen Bevölkerung gutgeheissen. Eine etwas geringere, aber immer noch substanzielle Zustimmung erhielten die weiteren Massnahmen zur Therapie und zur Schadenminderung (die

ärztliche Verschreibung von Heroin sowie die Einrichtung von Örtlichkeiten zur Drogeninjektion), wobei in diesen Fällen die Akzeptanz von anfangs bis Mitte der neunziger Jahre (hohe medienvermittelte Sichtbarkeit des Drogenelends am Letten) anstieg, nachher aber wieder etwas zurück ging. Auch die Toleranz bei Konsum und Verkauf von Haschisch nahm anfangs der neunziger Jahre zu und wurde 1994 knapp mehrheitsfähig, fiel dann aber nach der Schliessung des Letten wieder auf den Ausgangswert von 1991 zurück. Gleichermassen stieg auch die Toleranz gegenüber dem freien Verkauf von Haschisch und Marihuana, allerdings wurde diese auch nach der Schliessung des Letten nur von einem guten Drittel aller Befragten gefordert. In den neunziger Jahren ebenfalls angestiegen, aber mit einer Zustimmungsrate von 40% nach wie vor nicht mehrheitsfähig war auch die Forderung nach einem Zwangsentzug für alle Drogenabhängigen. Im Beobachtungszeitraum ebenfalls angewachsen waren einerseits die Akzeptanz von Toleranz bei Verkauf und Konsum von kleinen Mengen von Heroin und Kokain für den persönlichen Gebrauch, andererseits die Zustimmung zu Gefängnis- und Geldstrafen für Konsumenten von illegalen Drogen, wobei diese beiden Extremhaltungen nie eine Zustimmung von wesentlich mehr als 20% der Bevölkerung gewinnen konnten.

Der "Drogenmonitor" stellte weiter fest, dass 1997 alle vier Säulen der eidgenössischen Drogenpolitik – Prävention, Strafverfolgung, Behandlung und Schadensbegrenzung – von einer starken Mehrheit unterstützt wurden, dass jedoch ein grosser Teil der Bevölkerung der Meinung war, das Engagement des Bundes sei ungenügend, insbesondere bei der Prävention (52%) und bei der Bekämpfung von Handel und Geldwäscherei (71%) (Bergman et al. 1998).

Rund die Hälfte der befragten Bevölkerung befürwortete ein Mischkonzept, das sowohl tolerante als auch restriktive Elemente beinhaltet. Jeweils ein Fünftel befürwortete ein ausschliesslich tolerantes bzw. ein ausschliesslich restriktives Konzept, wie sie z. B. durch die beiden abgelehnten Initiativen "Droleg" und "Jugend ohne Drogen" repräsentiert wurden. Am stärksten wurde die Einstellung zu Drogenfragen durch das Alter und die Zugehörigkeit zum deutschen bzw. lateinischen Sprachraum beeinflusst. Jüngere Personen unterstützten Liberalisierungsmassnahmen deutlich stärker, sie befürworteten häufiger das tolerante oder das gemischte Politikkonzept, während ältere Personen eher das restriktive Konzept bevorzugten. In allen drei Sprachregionen wurde ein gemischtes Konzept gewünscht, allerdings bevorzugten die Romands eher die restriktiven Komponenten, während in der Deutschschweiz die liberalen Komponenten mehr Sympathie genossen. Die italienischsprachige Schweiz war diesbezüglich am stärksten polarisiert. Sie wies die höchsten Anteile der Befürworter sowohl des toleranten als auch des restriktiven Konzepts auf (24% bzw. 31%), jedoch war die Fallzahl der Erhebung in der italienischsprachigen Schweiz sehr gering, was die Aussagekraft dieser Ergebnisse einschränkt. Auch auf der Ebene der konkreten Massnahmen bestätigten sich die auf Konzeptebene gemachten Beobachtungen. In der Deutschschweiz war man gegenüber Massnahmen zur Risikominderung und Liberalisierung positiver eingestellt als in der Romandie (Bergman et al. 1998).

Eine repräsentative Umfrage der SFA im Jahr 2000 ergab, dass die Meinungen zur Cannabispolitik im Untersuchungsjahr deutlich polarisiert waren (Müller et al. 2001). Über 90% der Befragten hatten eine gemachte Meinung, nur wenige waren noch unentschieden (Tabelle 18). Befragt nach ihrer Einstellung gegenüber verschiedenen cannabispolitischen Modellen unterstützten etwas weniger als die Hälfte den Status quo, in dem Cannabiskonsum verboten ist, aber tole-

riert wird. Etwa gleich viele lehnten dieses Toleranzmodell ab. Die Hälfte der Befragten 15- bis 74-Jährigen war für die Legalisierung von Konsum, Anbau und Handel von Cannabis, 45% waren dagegen. Eine knappe Mehrheit war dafür, dass wenigstens der Konsum und der Erwerb von Cannabis für den Eigengebrauch straffrei werden sollten. Der Anteil derjenigen, die befürworteten, dass die Straffreiheit für alle Altersgruppen gelten sollte, war dabei leicht höher als der Anteil derjenigen, die Straffreiheit nur für Volljährige unterstützten (53% bzw. 51%). Ein Verbot von Herstellung, Vertrieb und Konsum von Cannabis wurde dagegen von einer Mehrheit der Befragten (54%) abgelehnt. Männer und jüngere Personen waren in der Cannabispolitik toleranter eingestellt als Frauen und ältere Personen. In der Deutschschweiz waren die Einstellungen liberaler als in der Romandie und im Tessin, wo eine Mehrheit am Verbot festhalten wollte.

Tabelle 18: *Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu cannabispolitischen Optionen im Jahr 2000*

Option	Zustimmung	Ablehnung	Unentschieden
Toleranz- oder Opportunitätsmodell "Man sollte den Cannabiskonsum einfach tolerieren"	47.8 %	48.2 %	4.0 %
Legalisierungsmodell "Das Verbot muss aufgehoben werden. Der Konsum, der Anbau und der Handel von Cannabis sollte legal sein (wie bei Alkohol und Tabak) "	50.0 %	44.9 %	5.1 %
Cannabis-Entkriminalisierungsmodell für alle Altersgruppen "Wenigstens der Konsum und der Erwerb von Cannabis für den Eigengebrauch sollte für alle von Strafe befreit werden"	52.8 %	41.5 %	5.7 %
Cannabis-Entkriminalisierungsmodell nur für Volljährige "Der Konsum und der Erwerb von Cannabis für den Eigengebrauch sollte nur für Volljährige von Strafe befreit werden"	51.0 %	44.5 %	4.5 %
Verbotsmodell "Herstellung, Vertrieb und Konsum von Cannabis müssen für alle verboten bleiben"	42.2 %	53.9 %	3.9 %

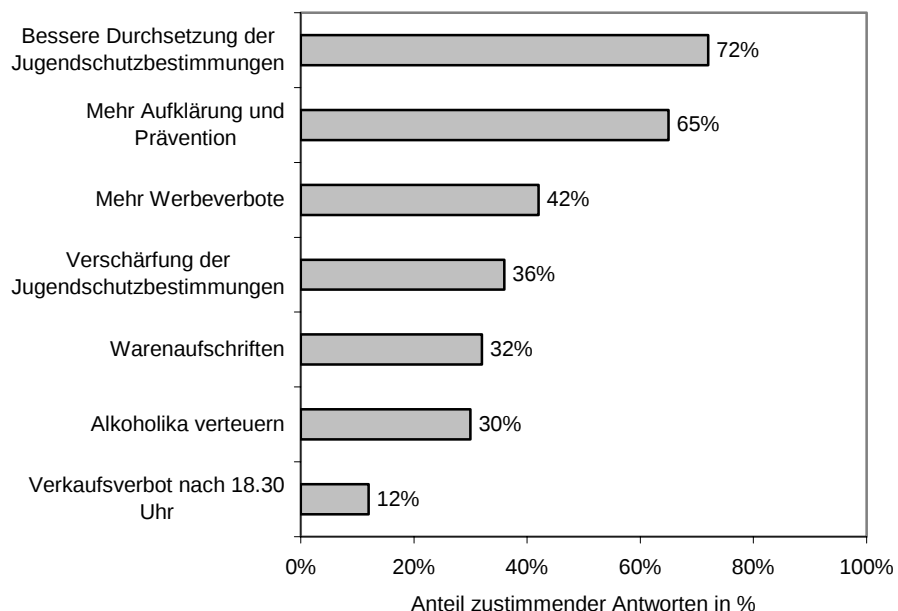
Quelle: Müller et al. (2001)

3.4.3 Einstellungen der Bevölkerung zum staatliche Handlungsbedarf im Bereich des Alkohols

Aufgrund einer 2003 in der Coopzeitung publizierten Umfrage des Instituts Link (vgl. Abbildung 8) lässt sich schliessen, dass die Schweizer Bevölkerung dem missbräuchlichen Alkoholkonsum in erster Linie durch eine bessere Durchsetzung der bestehenden gesetzlichen Regelungen (Jugendschutzbestimmungen, verstärkte Anstrengungen bei der Aufklärung und bei der Präven-

tion) begegnen will. Dieser Ansatz findet bei zwei Dritteln bis drei Vierteln der Bevölkerung Unterstützung. Demgegenüber werden neue oder verschärfte gesetzliche Bestimmungen (mehr Werbeverbote, Verschärfungen der Jugendschutzbestimmungen, Warenaufschriften, zeitliche Verkaufsbeschränkungen) und Preiserhöhungen von einer substantiellen Mehrheit der Bevölkerung abgelehnt.

Abbildung 8: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Massnahmen gegen den Alkoholmissbrauch im Jahr 2003

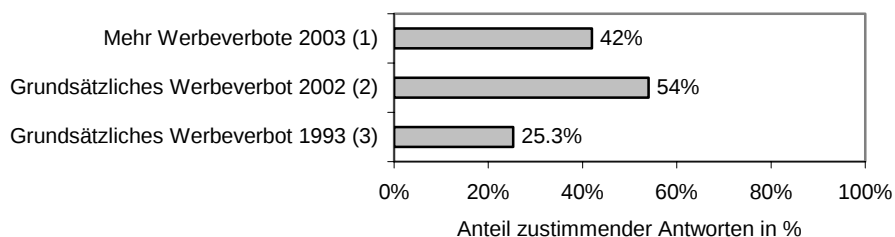


Quelle: Coopzeitung Nr. 39 – 24. September 2003

Diese generellen Einstellungen variieren jedoch je nach Fragestellung, Kontext und Zeitpunkt der Befragung. So kontrastiert etwa die klare Ablehnung von generellen Preiserhöhungen durch 70% der Befragten (Abbildung 8) mit einem Befund der SFA (o. J.) aus einer im Jahr 1997 durchgeführten Repräsentativumfrage, laut der die Einführung einer Weinsteuern von einer Mehrheit der Bevölkerung begrüsst würde, wenn die Einnahmen der AHV/IV zugute kämen.

Auch zur Einstellung der Bevölkerung zu Werbeverboten liegen mehrere uneinheitliche Befunde vor (Abbildung 9). So lehnte im Jahr 2003 eine knappe Mehrheit die Forderung nach mehr Werbeverboten ab, während ein Jahr zuvor die weitergehende Forderung nach einem grundsätzlichen Werbeverbot eine ebenso knappe Zustimmung fand. Diese Befragungsergebnisse unterscheiden sich indes markant vom Abstimmungsergebnis der Zwillingssinitiative zum Alkohol aus dem Jahr 1993, wo nur gerade ein Viertel der Stimmenden einem grundsätzlichen Werbeverbot zustimmten. Diese Diskrepanz verdeutlicht einmal mehr, dass Abstimmungsergebnisse und repräsentative Erhebungen in der Gesamtbevölkerung zur gleichen Sachfrage zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen können.

Abbildung 9: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Werbeverboten für Alkoholika



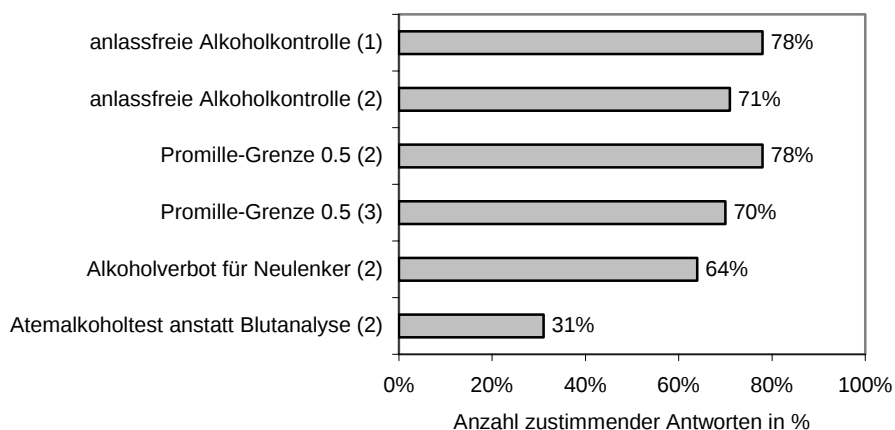
Quellen: (1) Coopzeitung Nr. 39 – 24. September 2003

(2) Coopzeitung Nr. 44 – 2002

(3) Volksabstimmung zur Initiative zur Verminderung der Alkoholprobleme (Zwillingsinitiative) vom 28. November 1993

Im Gegensatz zu diesen Ergebnissen, die aufzeigen, wie schwierig es ist, in der Bevölkerung Mehrheiten für neue oder verschärfte Massnahmen gegen den generellen Alkoholmissbrauch zu finden, stossen alkoholpolitische Massnahmen zur Erhöhung der Strassenverkehrssicherheit auf breite Zustimmung (Abbildung 10). Diese Massnahmen, die – mit Ausnahme des Alkoholverbots für Neulenker – mit der Inkraftsetzung des revidierten Strassenverkehrsgesetzes ab 2005 zur Norm werden, werden von zwei Dritteln bis drei Vierteln der Bevölkerung begrüßt. Nicht befürwortet wird einzig der Ersatz der Blutanalyse durch Atemalkoholtests.

Abbildung 10: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu alkoholpolitischen Massnahmen zur Verbesserung der Strassenverkehrssicherheit



Quellen: (1) Coopzeitung Nr. 33 – 13. August 2003

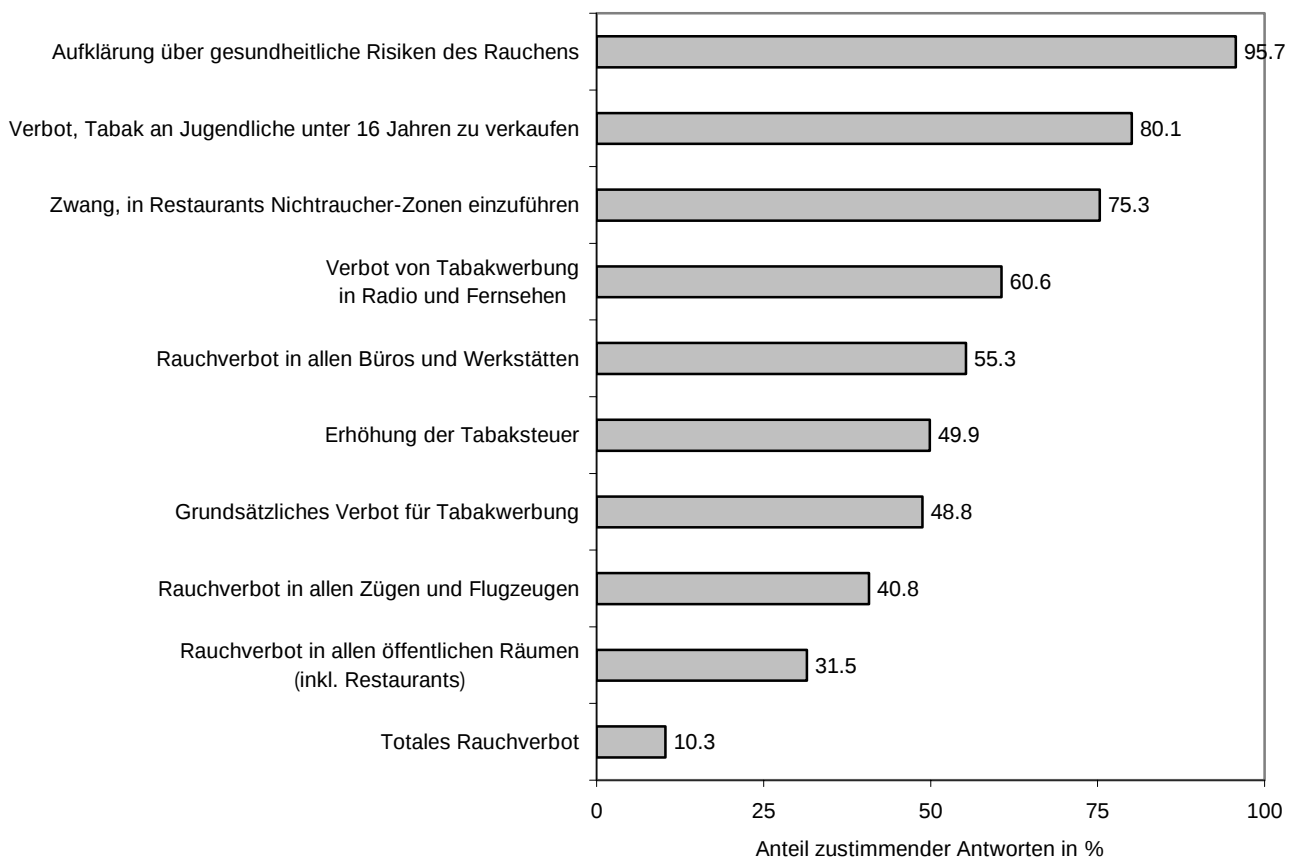
(2) Demoscope Umfrage, Dezember 2002 (bfu 2003b)

(3) SFA 2002

3.4.4 Einstellungen der Bevölkerung zum staatliche Handlungsbedarf im Bereich des Tabaks

In der unter anderem von der Vereinigung der schweizerischen Zigaretten-industrie (CISC) finanzierten Umfrage im Jahr 1996 (Infosuisse 1996) sprachen sich über 95% der Befragten für die Aufklärung über die gesundheitlichen Risiken des Rauchens aus (Abbildung 11). 80% waren für ein Verkaufsverbot für Tabakwaren an Jugendliche unter 16 Jahren. Auch obligatorische Nicht-raucher-Zonen in Restaurants sowie ein Rauchverbot in Arbeitsräumen wurde von der Mehrheit befürwortet. Deutlich abgelehnt wurden Rauchverbote in Zügen, Flugzeugen oder in öffentlichen Räumen, die Forderung nach einem absoluten Rauchverbot wurde von 90% der Befragten zurückgewiesen.

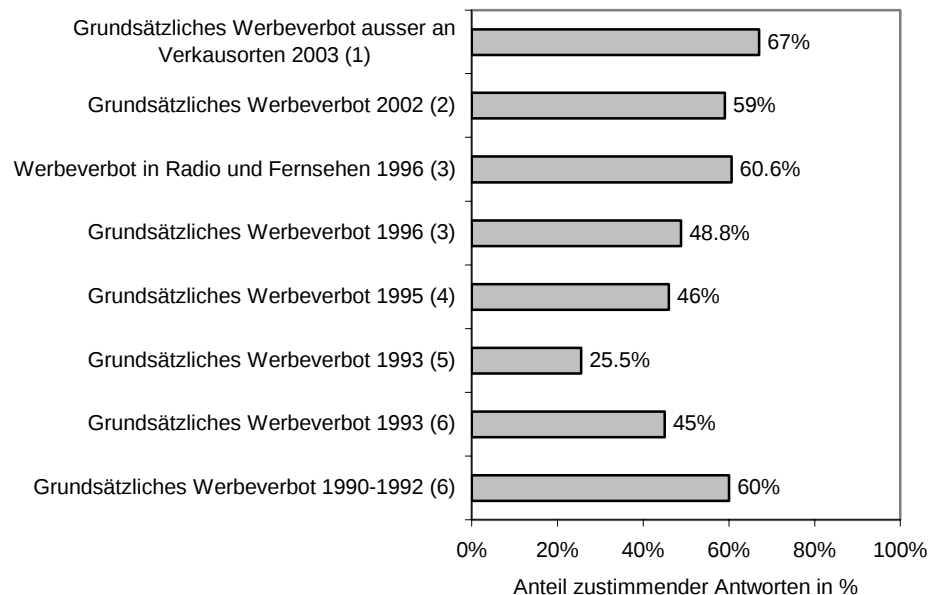
Abbildung 11: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu tabakpolitischen Massnahmen im Jahr 1996



Quelle: Infosuisse (1996)

Die Akzeptanz von Tabakwerbeverböten variierte je nach Fragestellung und Erhebungsjahr zwischen 45% und knapp 70% (Abbildung 10). Anfangs der neunziger Jahre sank die Zustimmung zu einem Tabakwerbeverbot von anfänglich 60% auf nurmehr 25% (Abstimmungsergebnis Zwillingsinitiative zum Tabak), wobei auch hier wie beim Alkohol auf die unterschiedlichen Rahmenbedingungen von Befragungen und Volksabstimmungen zu verweisen ist. Seit Mitte der neunziger Jahre nahm die Zustimmung zu Tabakwerbeverböten kontinuierlich zu. Im Jahr 2003 wurde diese Forderung von zwei Dritteln aller Befragten begrüsst.

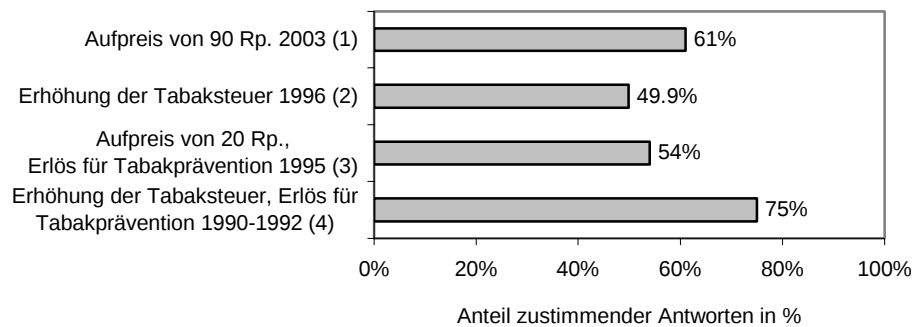
Abbildung 12: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Werbeverböten für Tabakwaren



Quellen: (1) *Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum* (Krebs et al. 2004)
 (2) *Coopzeitung* Nr. 44 – 2002
 (3) *Infosuisse* 1996
 (4) *Umfrage der Zeitschrift "Schweizer Familie"* (zitiert in El Fehri et al. 1997)
 (5) *Volksabstimmung zur Initiative zur Verminderung der Tabakprobleme (Zwillingsinitiative)* vom 28. November 1993
 (6) *Univox-Studien des GfS-Forschungsinstituts* (zitiert in El Fehri et al. 1997)

Wie Werbeeinschränkungen oder -verböte stossen auch Preiserhöhungen für Tabakwaren (z. B. durch eine Erhöhung der Tabaksteuer) bei der Bevölkerung meist auf Akzeptanz (Abbildung 13). Am höchsten war die Zustimmung mit 75% zu Beginn der neunziger Jahre (El Fehri et al. 1997). Mitte der neunziger Jahre waren Preiserhöhungen eher umstritten, in der jüngsten Zeit nahm die Akzeptanz solcher Massnahmen wieder zu. Beim Vergleich der Ergebnisse in Abbildung 13 ist allerdings zu beachten, dass die Fragestellungen variieren und dass nicht bei allen publizierten Ergebnissen klar ist, was gefragt wurde.

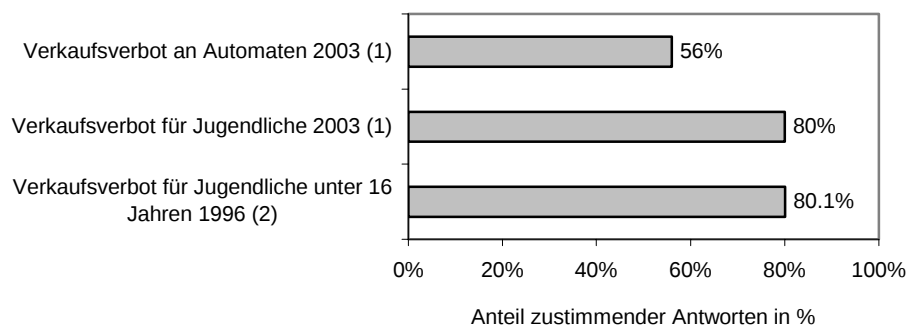
Abbildung 13: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Preiserhöhungen bei Tabakwaren



Quellen: (1) *Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum* (Krebs et al. 2004)
 (2) *Infosuisse 1996*
 (3) *Umfrage der Zeitschrift "Schweizer Familie"* (zitiert in El Fehri et al. 1997)
 (4) *Univox-Studien des GfS-Forschungsinstituts* (zitiert in El Fehri et al. 1997)

Neben den Werbeverböten und den Preiserhöhungen war auch die Frage nach Verkaufseinschränkungen verschiedentlich Gegenstand von Meinungserhebungen (Abbildung 14). Grosse Zustimmung findet ein Verkaufsverbot für Jugendliche, wobei im Jahr 2003 die meisten der Befürworter (45%) die Meinung vertrat, die Alterslimite sollte bei 16 Jahren oder tiefer liegen, während eine Alterslimite von 18 Jahren bei 38% auf Zustimmung stiess (Krebs et al. 2004). Ein kleinerer Anteil der Bevölkerung, aber immer noch gut 50% stimmt schliesslich auch einem generellen Verkaufsverbot an Automaten z.B. in Restaurants zu (Krebs et al. 2004).

Abbildung 14: Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Verkaufseinschränkungen bei Tabakwaren



Quellen: (1) *Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum* (Krebs et al. 2004)
 (2) *Infosuisse 1996*

Bei allen anderen Suchtformen sind keine Umfragen oder Studien zum Handlungsbedarf des Staates aus der Sicht der Öffentlichkeit bekannt.

3.4.5 Fazit

In den letzten Jahren waren Suchtprobleme mit unterschiedlicher Intensität im Fokus der Öffentlichkeit. Bis Mitte der neunziger Jahre galten die illegalen Drogen als eines der grössten Probleme der Schweiz. Als die Drogenszenen aus dem Bild der Schweizer Städten verschwanden, ging die öffentliche Aufmerksamkeit gegenüber illegalen Drogen stark zurück. Das galt für Drogen im allgemeinen und mit einer zeitlichen Verzögerung auch für Heroin.

Die öffentliche Sichtbarkeit des Drogenelends am Letten in Zürich beeinflusste auch die Meinungen der Bevölkerung zu drogenpolitischen Optionen und Massnahmen stark: Die Schweizerinnen und Schweizer zeigten sich Mitte der neunziger Jahre offener gegenüber liberalen Massnahmen im Drogenbereich als anfangs der neunziger Jahre. Diese Liberalisierungshaltungen bauten sich indes parallel zum Rückgang der Medienpräsenz in den folgenden Jahren teilweise wieder ab.

Ein deutlicher und nachhaltiger Meinungsumschwung fand beim Cannabis statt. Vergleicht man die Resultate des Drogenbarometers von 1991 - 97 und der Cannabisstudie der SFA von 2000 (aktuellere Zahlen sind zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Berichts nicht verfügbar), so ist eine deutliche Zunahme der Befürworter einer Legalisierung des Cannabiskonsums von unter 30% auf über 50% festzustellen. Die Meinungen in dieser Frage sind jedoch stark polarisiert.

Die Suchtformen werden von der Öffentlichkeit unterschiedlich wahrgenommen. Neben der bereits erwähnten starken Dominanz der Aufmerksamkeit für illegale Drogen kommt vor allem dem Konsum von Alkohol und Tabak eine erhebliche Bedeutung zu. Alle übrigen Suchtformen finden in der Öffentlichkeit nur geringe Aufmerksamkeit. Diese Wahrnehmungsmuster haben sich im Laufe der neunziger Jahre nicht wesentlich verändert. Die legalen Suchtformen waren im ganzen Zeitraum kaum Gegenstand von grösseren öffentlichen Auseinandersetzungen.

Aus diesen Beobachtungen lässt sich ableiten, dass die Aufmerksamkeit und der Handlungsbedarf aus Sicht der Öffentlichkeit bei den illegalen Drogen, beim Alkoholmissbrauch und beim Tabakkonsum am grössten ist. Alle übrigen Suchtprobleme finden in der Öffentlichkeit nur beschränkte Aufmerksamkeit.

Diese Feststellung deckt sich mit den bisherigen Tätigkeiten des Bundes im Suchtbereich, bilden diese drei Suchtformen doch deren Schwerpunkte.

Darüber, wie die Suchtprobleme angegangen werden sollen, bestehen jedoch verschiedene Ansichten. Das Vier-Säulen-Modell mit seiner Mischung aus repressiven und liberalen Elementen wird von einem grossen Teil der Bevölkerung gutgeheissen. Produktion, Handel und Konsum von harten Drogen (v. a. Heroin und Kokain) werden von der grossen Mehrheit weder akzeptiert noch toleriert, die Legalisierung von Herstellung, Vertrieb und Konsum von Cannabis hingegen wird von einer knappen Mehrheit befürwortet. Schadensmindernde und präventive Massnahmen werden von einer grossen Mehrheit der Bevölkerung sowohl bei illegalen wie auch bei legalen Suchtformen unterstützt. Im Bereich der legalen Drogen finden auch angebotslenkende Massnahmen (Werbeverbote oder -einschränkungen, Preiserhöhungen bei Alkohol und Tabak,

Verkaufseinschränkungen beim Tabak) in Bevölkerungsumfragen – nicht aber in Abstimmungen – meist Zustimmung.

Beachtenswert ist schliesslich, dass die Einstellungen zu suchtpolitischen Fragen in der Schweiz zwischen den verschiedenen Sprachkulturen erheblich variieren. In der Deutschschweiz wird die suchtpolitische Wahrnehmung und Diskussion in der Öffentlichkeit stärker auf das Thema der illegalen Drogen fokussiert, liberale Lösungsansätze finden erheblichen Zuspruch. In der Romandie setzt man bei drogenpolitischen Massnahmen eher auf repressive Ansätze, gleichzeitig werden Alkohol- und Tabakprobleme stärker thematisiert als in der Deutschschweiz.

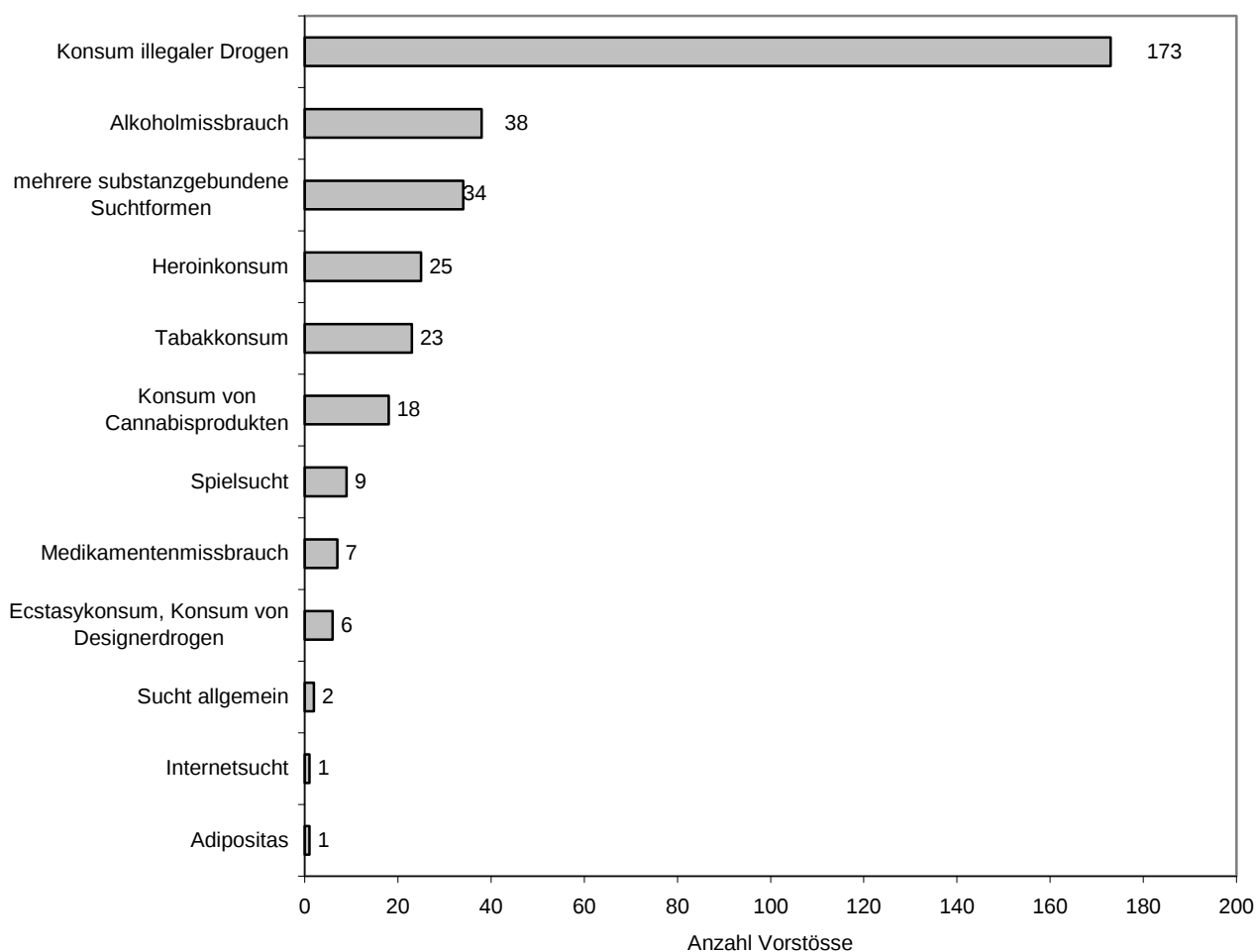
3.5 Wie schwerwiegend sind die einzelnen Suchtformen aus der Sicht des Parlamentes?

Wie die Medien für die Öffentlichkeit konstituiert das Parlament für die Politik den zentralen Ort, an dem sich die unterschiedlichen Betroffenheiten, Ansichten und Interessen in der Gesellschaft manifestieren. Um ihren Anliegen Gehör zu verschaffen, steht den Parlamentsmitgliedern eine Reihe von Instrumenten zur Verfügung, von der Einfachen Anfrage über die Interpellation bis hin zur Motion und zur parlamentarischen Initiative. Das Auszählen von Vorstössen zu bestimmten Themen ergibt einen guten Gradmesser dafür, was die Mitglieder des Parlamentes jenseits ihrer strategisch ausgerichteten gesetzgebenden und kontrollierenden Tätigkeiten im konkreten Alltag in welchem Ausmass beschäftigt. Eine Analyse der suchtpolitischen Vorstösse ergibt deshalb – ähnlich wie bei der Zeitungsanalyse für die Öffentlichkeit – ein Abbild davon, wie stark sich die Volksvertreter mit welchen Suchtformen auseinandersetzen, wobei sich die Analyse auch hier auf deskriptiv-quantitative Aspekte beschränkt und die inhaltlichen Aspekte der Problemdefinitionen, der Ursachenzuschreibungen und der Lösungsvorschläge nicht gebührend berücksichtigt werden können. (Nähere Angaben zur Methode finden sich im Anhang auf Seite 140).

3.5.1 Welche suchtspezifischen Probleme beschäftigen die eidg. Räte?

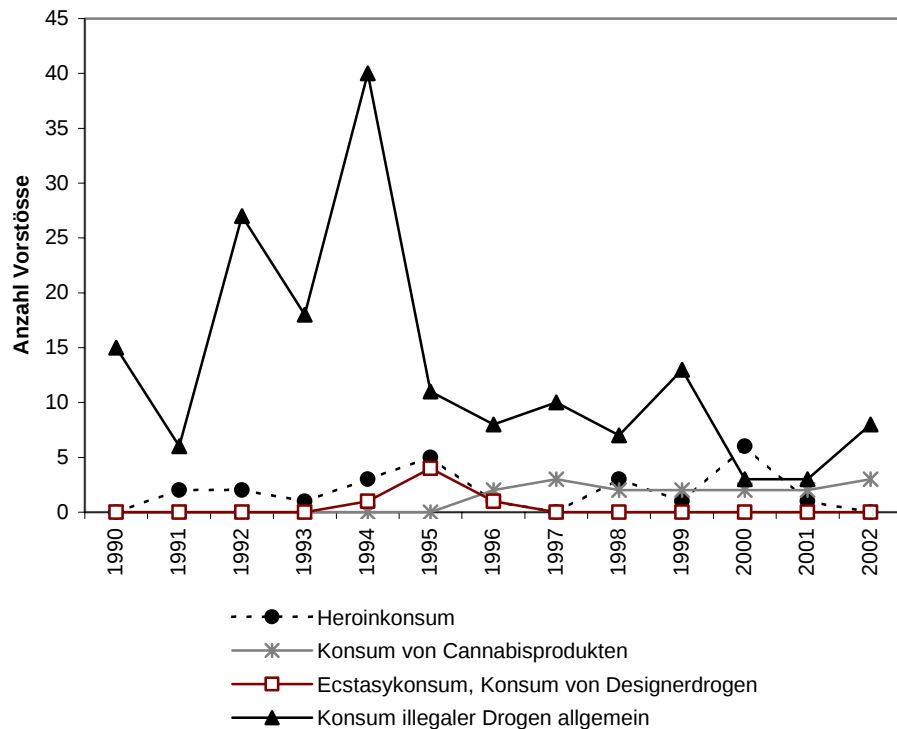
In der Zeit zwischen Januar 1990 und Juni 2003 wurden von den eidgenössischen Ratsmitgliedern insgesamt 337 Vorstösse mit suchtpolischem Inhalt eingereicht. Zwei Drittel aller Vorstösse beschäftigten sich mit illegalen Drogen (Abbildung 15).

Abbildung 15: Suchtpolitische Vorstösse in den eidgenössischen Räten von Januar 1990 bis Juni 2003 nach Suchtform



Der grösste Teil dieser drogenfokussierten Vorstösse (173) hatte eine umfassende Stossrichtung, die allgemein auf das Drogenproblem oder auf mehrere illegale Drogenarten (z. B. Heroin, Kokain und Cannabis) gleichzeitig abzielte. Deutlich geringer war die Beschäftigung mit einzelnen spezifischen Formen von illegalen Drogen. Am häufigsten war dies beim Konsum von Heroin (25 Vorstösse) und Cannabis (18 Vorstösse) der Fall. Ecstasy und Designerdrogen beschäftigten die Volksvertreter nur sporadisch, der Konsum von Kokain – ohne in Kombination mit einer anderen Suchtform – war in der gesamten Beobachtungsperiode nie Gegenstand eines Vorstosses. Zu legalen Suchtmitteln wurden deutlich weniger Vorstösse eingereicht: im Durchschnitt pro Jahr etwa drei zum missbräuchlichen Konsum von Alkohol und zwei zum Tabakkonsum. Gelegentlich mit Vorstössen angesprochen wurden die Spielsucht und der Medikamentenmissbrauch, alle übrigen Suchtformen erregten in den neunziger Jahren faktisch (Bulimie, Anorexie, Arbeitssucht, Kaufsucht) oder praktisch (Internetsucht, Adipositas) nie die Aufmerksamkeit eines Volksvertreters oder einer Volksvertreterin.

Abbildung 16: Vorstösse in den eidgenössischen Räten zu illegalen Drogen 1990 bis 2002

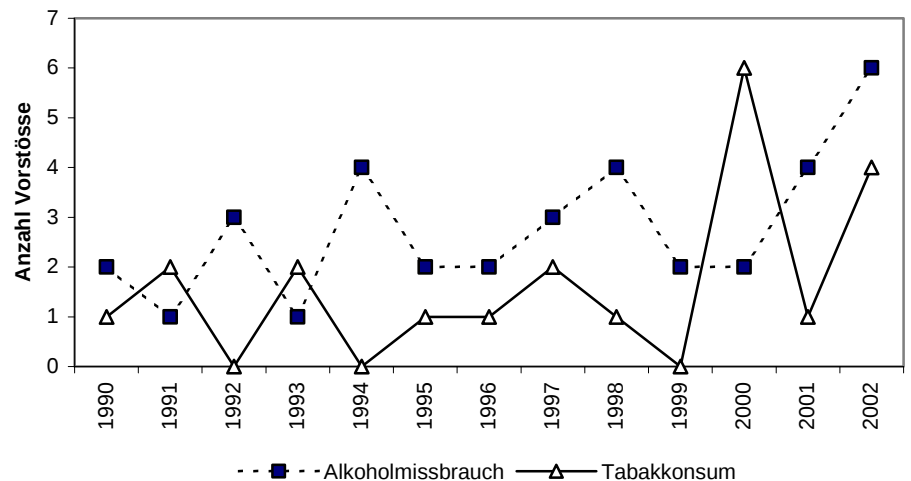


Bei den illegalen Drogen veränderte sich die Wahrnehmungsintensität im Laufe der neunziger Jahre stark (Abbildung 16). Wie bei den Artikeln in den Zeitungen (vgl. S. 29) konnte auch hier ein Letteneffekt beobachtet werden. Die Anzahl der Vorstösse, die sich mit illegalen Drogen im Allgemeinen befassten, stieg anfangs der neunziger Jahre, bis 1994 stark an. Nach der Schliessung der offenen Drogenszenen in den Städten ging die Anzahl der allgemeinen Vorstösse zu den illegalen Drogen stark zurück und pendelte sich auf einem tiefen Niveau ein. Der Konsum von Heroin beschäftigte die Ratsmitglieder während der ganzen Beobachtungsperiode regelmässig, während der Konsum von Cannabis als spezifisches Thema erst ab Mitte der neunziger Jahren Gegenstand von Vorstössen wurde.

Wie der Konsum von Heroin und seine Folgen gaben auch der Alkoholmissbrauch und das Rauchen kontinuierlich Anlass zu Vorstössen (Abbildung 17), wobei die Alkoholproblematik etwas häufiger aufgegriffen wurde als der Tabakkonsum. Bei beiden Suchtformen nahm die Anzahl der Vorstösse in den letzten Jahren leicht zu.

Bei allen anderen Suchtformen sind aufgrund der geringen Anzahl von Vorstössen keine Entwicklungen über die Zeit feststellbar.

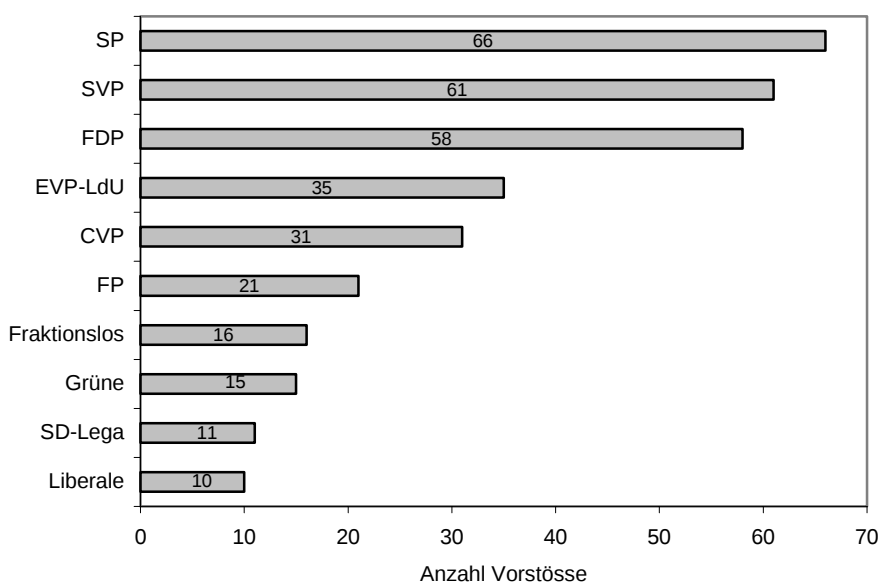
Abbildung 17: Vorstösse in den eidgenössischen Räten zum Konsum von Alkohol und Tabak 1990 bis 2002



3.5.2 Welche suchtspezifischen Probleme beschäftigen die einzelnen Fraktionen?

13 von insgesamt 337 erfassten Vorstössen stammten von parlamentarischen Kommissionen oder waren Standesinitiativen. Etwas mehr als die Hälfte der übrigen Vorstösse (55%) stammten von den drei Bundesratsparteien SP, SVP und FDP, deren Mitglieder je rund 60 suchtpolitische Vorstösse einreichten (Abbildung 18). Die Mitglieder der vierten grossen Partei in den eidg. Räten, der CVP, fühlten sich deutlich weniger von Suchtproblemen angesprochen, reichten diese doch lediglich halb so viele suchtbefugene Vorstösse ein wie die Mitglieder der andern drei Grossparteien. Demgegenüber haben sich die lediglich 5 Mitglieder der Fraktion der EVP und des LdU mit 35 Vorstössen sehr stark als suchtpolitikbezogene Fraktion profiliert. Auffallend sind auch die relativ vielen suchtpolitischen Vorstösse der Freipartei (21), umso mehr als diese nicht während der gesamten Beobachtungsperiode in den Räten vertreten war.

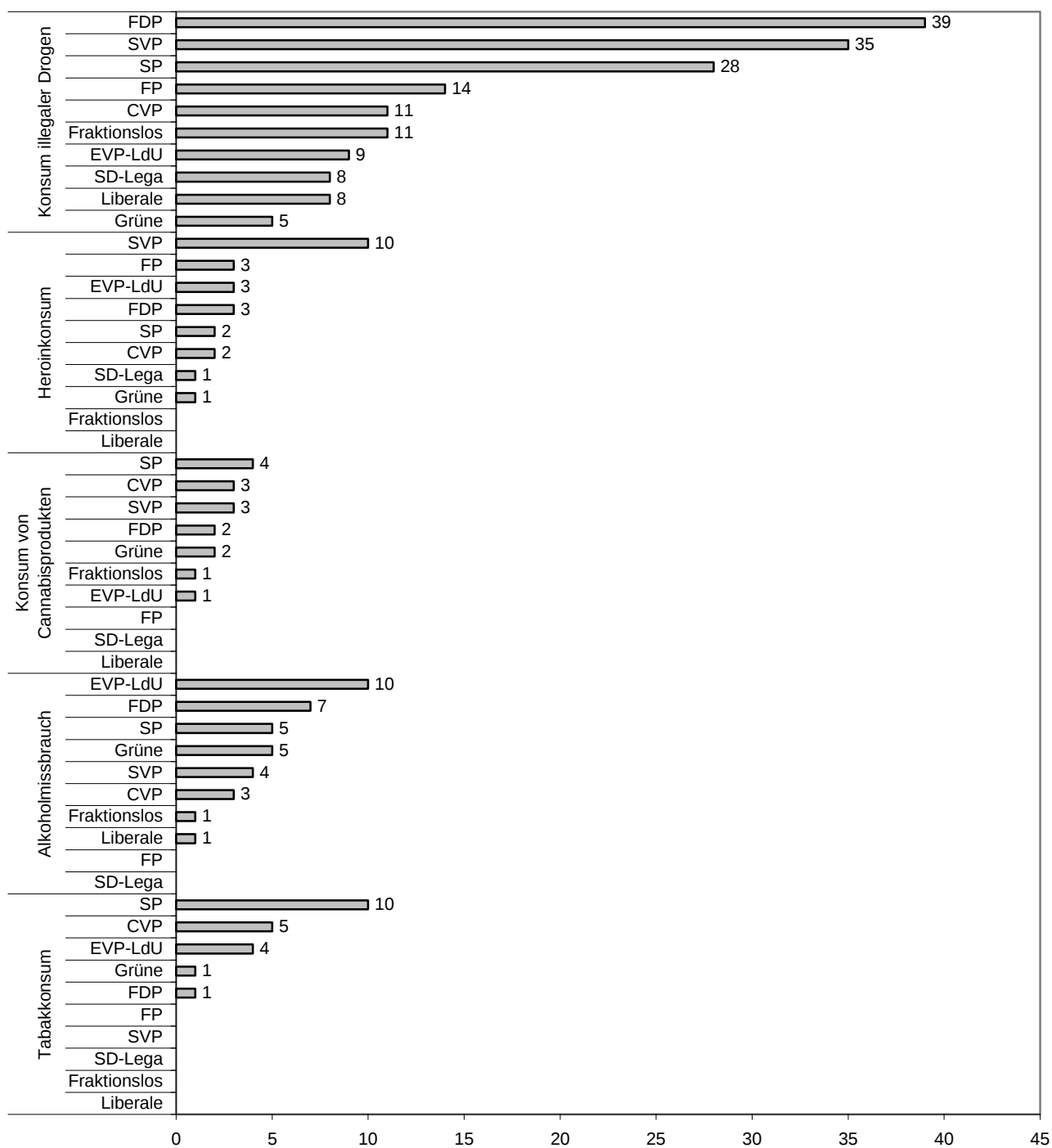
Abbildung 18: Vorstösse in den eidgenössischen Räten von Januar 1990 bis Juni 2003 nach Fraktion



In Bezug auf die einzelnen Suchtformen (Abbildung 19) fällt auf, dass sich zwar Mitglieder aus allen Fraktionen zur alles dominierenden Problematik des Konsums illegaler Drogen äusserten, dass sich aber Mitglieder der FDP und der SVP und in etwas geringerem Masse auch der SP weitaus häufiger profilierten als Angehörige der übrigen Fraktionen. Demgegenüber sind bei den Vorstössen zu spezifischen Suchtformen mehr oder weniger ausgeprägte parteipolitische Schwerpunkte auszumachen: der Konsum von Heroin weckte primär Betroffenheiten bei der SVP, der Alkoholmissbrauch wurde in erster Linie von Mitgliedern der EVP problematisiert, der Tabakkonsum vorwiegend von der SP. Lediglich beim Cannabiskonsum verteilten sich die Vorstösse relativ gleichmässig auf relativ viele Fraktionen.

Bei den Fraktionen der SVP und der FDP machten die Vorstösse zu illegalen Drogen (allgemein oder zu einzelnen Substanzen) gut drei Viertel aller suchtpolitischen Interventionen aus, bei den Fraktionen der SP und der CVP waren es nur gut die Hälfte. Verhältnismässig am stärksten mit den legalen Suchtformen beschäftigte sich die Evangelische und Unabhängige Fraktion, deren Vorstösse nur zu einem Drittel illegale Drogen betrafen. Die meisten Vorstösse mit suchtübergreifenden Themen stammten schliesslich von der sozialdemokratischen Fraktion. Sie war auch die einzige Fraktion, die dabei nicht nur substanzgebundene Suchtformen mit einbezog, sondern ausdrücklich auch nicht-substanzabhängige Suchtformen aufführte.

Abbildung 19: Vorstösse in den eidgenössischen Räten 1990 bis Juni 2003 nach Fraktion und Suchtform*



*Erläuterungen zu den Fraktionsbezeichnungen finden sich im Anhang ab S. 140.

3.5.3 Fazit

Die suchtpolitische Auseinandersetzung im Parlament war anfangs der neunziger Jahre stark dominiert durch die Problematik der "illegalen Drogen". Unter diesen Begriff wurden alle illegalen Suchtformen unabhängig vom Ausmass ihrer Problemlast und ihrer Verbreitung sowie von den Rahmenbedingungen ihres Konsums relativ undifferenziert subsummiert. Bestimmt wurde diese Dominanz durch die starke Medienpräsenz der sozialen Verelendung in den offenen Drogenszenen in Zürich (Platzspitz, Letten) und in anderen grossen Städten der Deutschschweiz. Dadurch entstand ein grosser Druck auf die Politik, das "Drogenproblem" zu lösen oder zumindest unter Kontrolle zu bekommen. Dieser Druck führte zu vielen Vorstössen aus sämtlichen Fraktionen, wobei aus den Fraktionen rechts der Mitte (FDP, SVP, Liberale, Schweizer Demokraten, Freiheitspartei) markant mehr Vorstössen zu verzeichnen waren als aus den Mitte- und Linksparteien (CVP, SP, Grüne). Nachdem diese offenen Drogenszenen Mitte der neunziger Jahre geschlossen wurden und mithin die Drogenprobleme stark an Sichtbarkeit einbüssten, verloren die "illegalen Drogen" auch an Aufmerksamkeit im Parlament. Während der Konsum von Heroin als problematischste illegale Suchtform in der ganzen Beobachtungszeit kontinuierlich und unabhängig von der Sichtbarkeit des Drogenelends Gegenstand von parlamentarischen Vorstössen vorwiegend seitens der SVP war, wurde der Cannabiskonsum erst in der Folge der Ereignisse in den offenen Drogenszenen als eigenständiges, vom Konsum von harten Drogen zu differenzierendes Problem perzipiert und vor allem von Mitgliedern der "Allianz der Vernunft" (FDP, CVP, SP) in die parlamentarische Debatte eingebracht.

Auch der Alkoholmissbrauch und der Tabakkonsum waren während der ganzen neunziger Jahre kontinuierlich Gegenstände von Vorstössen. Mehr als die Hälfte der alkoholpolitischen Vorstösse stammten aus den Fraktionen der EVP-LdU bzw. FDP, Mitglieder der SP zeichneten für die Hälfte aller tabakbezogenen Vorstösse verantwortlich. Diese legalen Drogen standen bis Mitte der neunziger Jahre eher im Schatten der Auseinandersetzungen um die illegalen Drogen. In der zweiten Hälfte der neunziger Jahre, nach der Schliessung der offenen Drogenszenen, gewannen sie aber an Bedeutung. Alle anderen Suchtformen fanden bestenfalls sporadisch Eingang in die parlamentarische Diskussion. Wenn suchtübergreifende Themen – in erster Linie von Mitgliedern der SP – aufgegriffen wurden, dann betraf das mit zwei Ausnahmen nur substanzgebundene Suchtformen. Substanzunabhängigen Suchtformen wurde vom Parlament in den neunziger Jahren kaum eine Bedeutung zugemessen.

3.6 Welcher suchtpolitische Handlungsbedarf besteht beim Bund?

Aus fachlicher Sicht kann davon ausgegangen werden, dass der staatliche suchtpolitische Handlungsbedarf umso höher ist, je grösser die Problemlast und je mehr Personen vom Problem betroffen sind. In Abbildung 20 sind alle von den Fachleuten als problematisch definierten Verhaltensweisen in einer durch die Kriterien "Problemlast" und "Anzahl Betroffene" bestimmten Matrix aufgeführt:

- Ein hoher Handlungsbedarf besteht beim Alkoholmissbrauch und beim Tabakkonsum. Beim Tabakkonsum sind bei einer im Vergleich zu andern Suchtformen lediglich mittleren Problemlast mit über einer Million stark

rauchenden Männern und Frauen weitaus am meisten Personen direkt betroffen, während beim hochriskanten Alkoholkonsum bedeutend weniger Personen (etwa 120'000) ein grosses Ausmass an Problemen und Schäden verursacht.

Abbildung 20: Suchtpolitischer Handlungsbedarf aus fachlicher Sicht

Anzahl Betroffene	Problemlast		
	hoch	mittel	tief
400'000 - > 1 Million		<i>Tabakkonsum</i>	<i>Adipositas</i>
100'000 – 270'000	<i>Alkoholmissbrauch</i>	<i>Kaufsucht</i> <i>Medikamentenmissbrauch</i> <i>Arbeitssucht</i>	<i>Cannabiskonsum</i>
20'000 – 45'000	<i>Heroinkonsum</i>	<i>Spielsucht</i>	<i>Internetsucht</i>
weniger als 10'000		<i>Kokainkonsum</i> <i>Anorexie</i> <i>Bulimie</i>	<i>Ecstasykonsum</i>

Suchtpolitischer Handlungsbedarf:



hoch



mittel



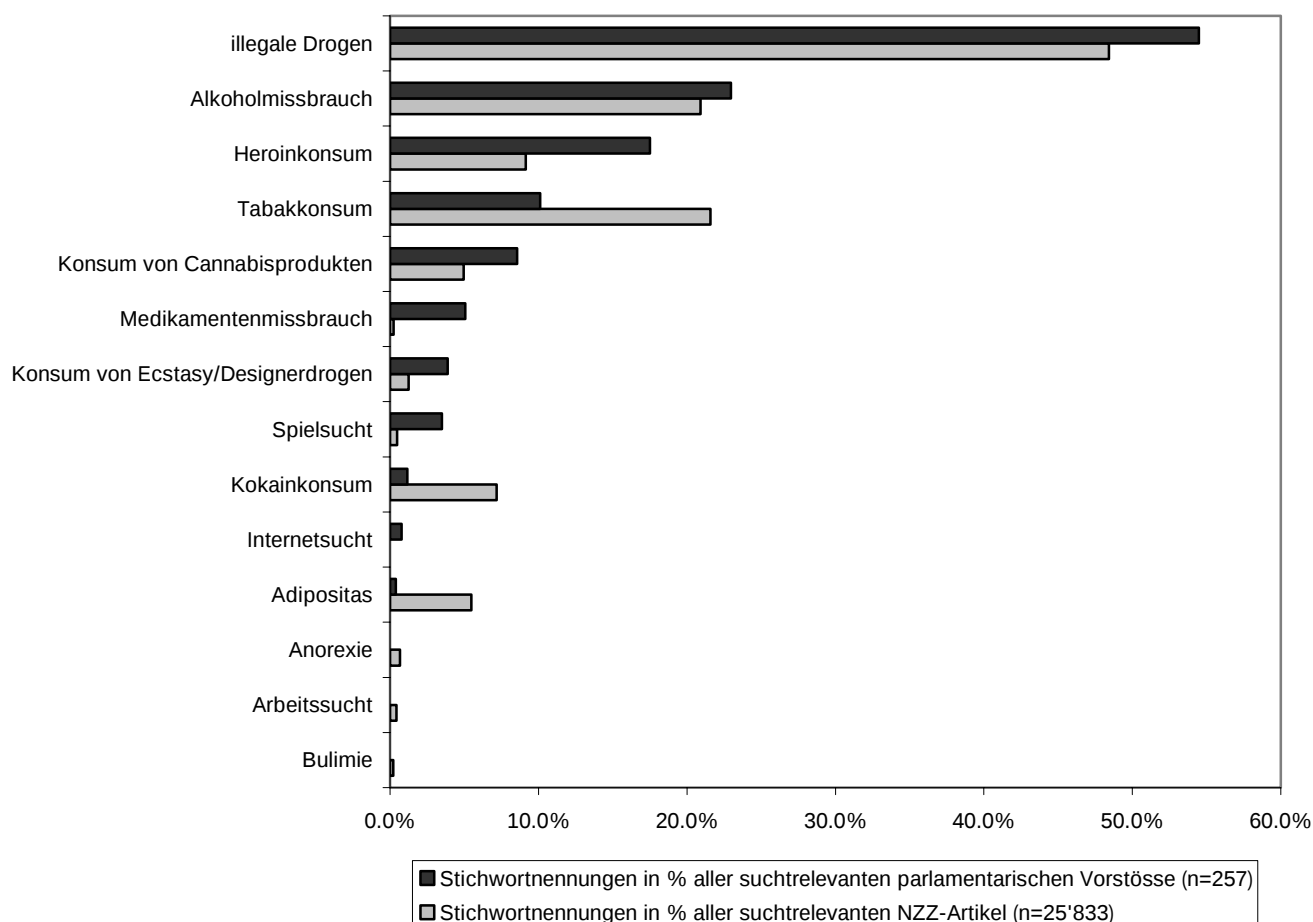
tief

- Ein mittlerer Handlungsbedarf besteht namentlich bei den illegalen Drogen Heroin und Cannabis. Sind es beim Heroinkonsum eine relativ kleine Anzahl von Betroffenen, die mit ihrem Verhalten ein grosses Ausmass an Schäden verursachen, so sind es beim Cannabis eine relativ grosse – und stark wachsende – Anzahl von Konsumenten, die – im Einzelfall eher tiefe – Risiken eingehen. Ähnlich wie bei Cannabis verhält es sich auch bei der Adipositas, bei der sich eine tiefe Problemlast mit einer grossen und stark wachsenden Anzahl von Betroffenen addiert. Ein mittelgrosser Handlungsbedarf besteht auch im Falle des Medikamentenmissbrauchs sowie der Spiel-, Kauf- und Arbeitssucht, von denen je eine substantielle Anzahl Personen (etwa 40'000 bis 270'000) mit einer mittleren Problemlast betroffen sind.
- Ein tiefer Handlungsbedarf besteht schliesslich bei den Essstörungen Anorexie und Bulimie, bei der Internetsucht sowie beim Konsum von Kokain

und Ecstasy. In all diesen Fällen sind relativ wenig Personen mit einer tiefen bis allenfalls mittleren Problemlast betroffen.

Dieser aus fachlicher Sicht indizierte suchtpolitische Handlungsbedarf steht in einem gewissen Kontrast zu den Perspektiven der Politik und der Öffentlichkeit, wurden doch Suchtprobleme in den neunziger Jahren vorwiegend als Probleme im Zusammenhang mit illegalen Drogen wahrgenommen. Dieses Thema war Gegenstand in nahezu jedem zweiten suchtbefugten parlamentarischen Vorstoss oder Zeitungsbericht (vgl. Abbildung 21). Wie bereits erwähnt, stand diese starke Dominanz der illegalen Drogen in einem engen Zusammenhang mit den offenen Drogenszenen in den Städten.

Abbildung 21: *Perzeption von Suchtproblemen durch die Medien und durch das Parlament (1993 – 2002)*



In Bezug auf die spezifische Wahrnehmung einzelner Suchtformen werden in den Medien und in der Politik vorwiegend der Alkoholmissbrauch sowie der Konsum von Tabak und Heroin sowie etwas weniger häufig der Konsum von Cannabis und Kokain thematisiert. Alle übrigen Suchtformen werden von der Öffentlichkeit und von der Politik nur marginal wahrgenommen.

Hinter den ähnlich profilierten generellen Wahrnehmungsmustern der Politik und der Öffentlichkeit manifestieren sich indes bei den einzelnen Ausprägungen in der Perzeption von Suchtproblemen nicht unerhebliche Unterschiede. Das Parlament beschäftigte sich bei den illegalen Drogen primär mit dem Heroinkonsum (18% aller Vorstösse) sowie – deutlich weniger häufig – mit dem Konsum von Cannabis (8%), während der Kokainkonsum kaum je Erwähnung fand. In den Medien wurden diese drei wichtigsten auf illegalen Drogen basierenden Suchtformen mit Nennungsraten von 9% (Heroinkonsum), 7% (Kokainkonsum) und 5% (Cannabiskonsum) mit einer ähnlich hohen Aufmerksamkeit dargestellt. Der Missbrauch von Alkohol beschäftigte die Medien und die Politik in nahezu gleichem Ausmass (je gut 20%), während der Tabakkonsum in den Medien (22%) doppelt so oft thematisiert wurde als im Parlament (10%). Dieses hat sich umgekehrt in den neunziger Jahren zwar selten, aber relativ gesehen doch deutlich häufiger als die Medien mit Medikamentenmissbrauch und mit Spielsucht beschäftigt. Arbeitssucht und Essstörungen fanden – mit Ausnahme der marginalen Beachtung von Adipositas – nie die Aufmerksamkeit des Parlamentes und nur selten einmal Eingang in die Medien.

Im Abgleich dieser Perzeptionen von Suchtproblemen durch die Öffentlichkeit und die Politik mit dem durch Evidenzen und Sachverstand objektivierten Handlungsbedarf aus fachlicher Sicht widerspiegeln sich zwei wesentliche Diskrepanzen:

- Zum einen setzen Politik und Öffentlichkeit mit ihrer starken Betonung der illegalen Drogen nicht sachgerechte Prioritäten, indem sie diesen – in erster Linie zu Lasten des Alkoholmissbrauchs und des Tabakkonsums – zuviel Gewicht beimessen. Die durch letztere verursachten Probleme und Schäden in der Gesellschaft übersteigen die unerwünschten Folgen des Drogenkonsums deutlich.
- Zum andern verfügen Politik und Öffentlichkeit über eine reduzierte Problemsicht, in der "Sucht" in einer Art unreflektiertem "common sense" lediglich wahrgenommen wird als Konsum bzw. Missbrauch von illegalen und legalen Substanzen. Mit dieser Sichtweise werden mehrere Suchtformen nicht wahrgenommen, die sowohl in Bezug auf die Anzahl betroffener Personen wie auch bei der Problemlast mit dem Konsum von illegalen Drogen zumindest gleichzusetzen sind: Medikamentenmissbrauch, Kaufsucht, Arbeitssucht, Spielsucht und Adipositas.

Mithin lässt sich festhalten, dass aus fachlicher Sicht der suchtpolitische Handlungsbedarf des Staates in erster Priorität beim Konsum der beiden legalen Substanzen Alkohol und Tabak gegeben ist. Interventionen bezüglich des Konsums der illegalen Drogen Heroin und Cannabis haben lediglich zweite Priorität. Sie stehen auf der gleichen Dringlichkeitsstufe wie andere Suchtformen mit ähnlichen Problemdimensionen: Adipositas, Medikamentenmissbrauch, Spiel-, Kauf- und Arbeitssucht. Bei allen übrigen Suchtformen ist der staatliche Handlungsbedarf von untergeordneter Priorität. Der Tatsache, dass sich die Prioritäten der Politik nicht mit jenen der Fachwelt decken, ist dadurch Rechnung zu tragen, dass beim staatlichen Handeln zwar stets das Primat der Politik gilt, dass es aber ebenso sehr Aufgabe der über das nötige Fachwissen verfügenden Verwaltung ist, in Politik und Öffentlichkeit darauf hinzuwirken, dass deren Wahrnehmungen im Einklang mit den realen Verhältnissen stehen.

4 Die gegenwärtige suchtpolitische Praxis des Bundes

Im folgenden wird die suchtpolitische Praxis des Bundes in den letzten Jahren dargestellt und beurteilt. In einem ersten Teil werden – soweit vorhanden – für jede Suchtform die wichtigsten politischen Entwicklungen, Gesetzesgrundlagen, Konzepte, Programme und deren Wirkungen aufgeführt. Die Inhalte dieser Ausführungen beruhen auf Gesprächen mit den jeweiligen Verantwortlichen beim Bund (eine Liste der Gesprächspartner befindet sich im Anhang auf S. 156), auf Analysen von Dokumenten, die von den Gesprächspartnern zur Verfügung gestellt wurden, sowie auf Angaben aus dem Internet. Die Darstellung ist möglichst umfassend, aber auf das Wesentliche beschränkt und damit nicht lückenlos. Die Auswahl der präsentierten Elemente reflektiert die Prioritäten der Gesprächspartner. In einem zweiten Teil wird die Suchtpolitik des Bundes aus Sicht von Sachverständigen beurteilt. Die Aussagen der Befragten beruhen auf einer offenen Befragung vom Herbst 2003.

4.1 Gesetzliche Grundlagen, Konzepte, Programme, Vollzug, Wirkung

Die Bundesverfassung stipuliert, dass der Bund im Rahmen seiner Zuständigkeiten Massnahmen zum Schutz der Gesundheit trifft (Art. 118), dass er den schädlichen Wirkungen des Alkoholkonsums Rechnung trägt (Art. 105) und dass er bei der Konzessionserteilung an Spielbanken die Gefahren des Glücksspiels berücksichtigt (Art. 106). Auf diesen verfassungsrechtlichen Grundlagen beruhen eine ganze Reihe von suchtpolitischen gesetzlichen Regelungen des Bundes, vorwiegend im Bereich der substanzabhängigen Suchtformen. Für Essstörungen und die meisten substanzunabhängigen Suchtformen bestehen keine gesetzlichen Regelungen, die über den allgemeinen Verfassungsauftrag des Gesundheitsschutzes hinausgehen. Die eidgenössischen Räte befanden diese Situation als unbefriedigend und beauftragten 1995 den Bundesrat mit der Überweisung einer Motion der CVP mit der Ausarbeitung eines Suchtpräventionsgesetzes. Ein vom BAG erarbeiteter Gesetzesentwurf erwies sich indes in der Vernehmlassung als politisch nicht durchsetzbar, so dass die entsprechenden Bemühungen eingestellt wurden. Eine Übersicht über die suchtrelevanten gesetzlichen Grundlagen jeder Suchtform befindet sich im Anhang ab Seite 140.

Vor diesem gesetzlichen Hintergrund hat der Bund in den letzten Jahren verschiedene spezielle Programme zur Bekämpfung des Konsums von illegalen Drogen und von Tabak sowie zur Verhütung des Alkoholmissbrauchs und der Fettleibigkeit entwickelt. Aufgrund der Alkoholgesetzgebung bestehen zudem seit vielen Jahrzehnten einschneidende angebotslenkende Massnahmen für gebranntes Wasser. Beim Konsum von Medikamenten sowie bei den Glücksspielen übt der Bund zudem eine gewisse Kontrolle zur Verhinderung von Missbrauch und Suchtentwicklungen aus. Bei allen anderen Suchtformen ist der Bund, abgesehen von unspezifischen, suchtförmübergreifenden Ansätzen, nicht direkt aktiv.

4.1.1 Konsum von illegalen Drogen

Die Drogenpolitik des Bundes hat sich seit anfangs der neunziger Jahre stark entwickelt. Die nachfolgende Rekapitulation der wichtigsten drogenpolitischen Ereignisse beruht auf der Broschüre "Die Schweizer Drogenpolitik" des BAG (2000), auf Angaben aus Kübler et al. 2003 sowie auf Informationen aus dem Internet (http://www.infoset.ch/de/themen/revision_btmg.htm; <http://www.parlament.ch/homepage/do-dossiers-az/do-betaeubungsmittelgesetz.htm>; <http://www.virus-bs.ch/dpo3/hist1990.htm>).

Am 20. Februar 1991 beschloss der Bundesrat, mit dem Massnahmenpaket Drogen (MaPaDro) die Drogenprobleme in der Schweiz zu vermindern. Im Rahmen dieses Pakets ist erstmals – wenn auch noch nicht explizit so bezeichnet – die Schadenminderung als neue Zielsetzung von drogenpolitischen Massnahmen aufgeführt. Im gleichen Jahr fand auch die erste nationale Drogenkonferenz statt.

Aufgrund einer wissenschaftlichen Expertise erliess der Bundesrat 1992 eine Verordnung für die Durchführung eines wissenschaftlich begleiteten klinischen Versuchs zur heroingestützten Behandlung für Schwersüchtige (ärztlich kontrollierte Heroinverschreibung). Der auf drei Jahre befristete Versuch begann 1994.

Im Jahre 1994 kam es in den offenen Drogenszenen verschiedener Städte zu einer massiven Zunahme von Gewalt. Entsprechende Bilder, vor allem aus Zürich (Letten) wurden von den Medien unter dem Schlagwort "Needle Park" in der ganzen Welt verbreitet. In der Folge forderten drei der vier Regierungsparteien (SP, CVP, FDP) eine Entkriminalisierung des Drogenkonsums, einen Ausbau der heroingestützten Behandlung, eine verstärkte Prävention und ein schärferes Vorgehen gegen Drogenhändler.

Im gleichen Jahr bekannte sich der Bundesrat ausdrücklich zum Vier-Säulen-Modell, d. h. zu einer Drogenpolitik, die gleichermassen auf den Pfeilern Prävention, Therapie, Schadenminderung und Repression beruhte. Zudem beauftragte er eine Kommission mit der Erarbeitung von Vorschlägen für eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes. Parallel dazu wurden auch die gesetzlichen Mittel zur Repression verstärkt: Der Tatbestand des "organisierten Verbrechens" wurde neu ins Strafgesetz aufgenommen, die Massnahmen zur Bekämpfung der Geldwäscherei wurden verschärft, die grenzüberschreitende Zusammenarbeit der Polizei wurde ausgebaut und im Ausländergesetz wurde die Ausweisung von illegal Eingereisten schärfer geregelt.

1995 wurde die offene Drogenszene in Zürich geschlossen. An der zweiten nationalen Drogenkonferenz wurden die Eckpunkte des Vier-Säulen-Modells bestätigt. Bei einer erste Auswertung von deren Umsetzung manifestierten sich erhebliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen. Namentlich zeigte sich die lateinischsprachige Schweiz gegenüber den Massnahmen zur Schadenminderung und der heroingestützten Behandlung deutlich skeptischer als die Deutschschweiz.

1997 wurden erste Ergebnisse aus der Begleitforschung der heroingestützten Behandlung publiziert. Sie zeigte auf, dass die heroingestützte Therapie machbar ist und dass Schwerabhängige, die in anderen Therapien scheitern, deutliche körperliche, psychische und soziale Verbesserungen erreichen können. 1998 wurde MaPaDro bis Ende 2002 verlängert.

Im September 1997 und im November 1998 wurden die beiden Volksinitiativen "Jugend ohne Drogen", die eine auf Abstinenz ausgerichtete Drogenpolitik forderte, bzw. "Droleg", die eine weitgehende Freigabe der Drogen verlangte, vom Volk mit je über 70% Nein-Stimmen abgelehnt. Damit wurde die Drogenpolitik des Bundes – indirekt – auch vom Volk bestätigt. Im Oktober 1998 verabschiedete das Parlament einen dringlichen Bundesbeschluss, der die heroingestützte Behandlung als neue Therapieform zulies. Dieser Beschluss wurde im Juni 1999 an der Urne mit 54% Ja-Stimmen bestätigt.

1999 eröffnete der Bundesrat die Vernehmlassung zum revidierten Betäubungsmittelgesetz und leitete dieses anschliessend den eidg. Räten zur Beschlussfassung zu. Der Gesetzesentwurf enthält u. a. die folgenden Vorhaben:

- einen neuen Zweckartikel, der die "santé publique" ins Zentrum des Gesetzes stellt
- die gesetzliche Verankerung der vier Säulen des schweizerischen Modells für den Umgang mit der Drogenproblematik
- die generelle Aufhebung der Strafbarkeit des Konsums von Cannabis und der entsprechenden Vorbereitungshandlungen
- die gesetzliche Verankerung der heroingestützten Behandlung
- die Verstärkung des Jugendschutzes
- die Verstärkung der Führungsrolle des Bundes in der Drogenpolitik.

Das revidierte Betäubungsmittelgesetz wurde vom Ständerat im Dezember 2001 angenommen. Der Nationalrat beschloss im September 2003, kurz vor den Parlamentswahlen, entgegen der Empfehlung seiner vorberatenden Kommission, nicht auf den Gesetzesentwurf einzutreten. In der Frühjahrs-session 2004 bekräftigte der Ständerat seinen Willen nach einer Gesetzesrevision, während im Anschluss daran die (nach den Wahlen neu zusammengesetzte) vorberatende Kommission des Nationalrates ihre Meinung änderte und dem Rat mit 13 gegen 12 Stimmen empfahl, auf seinem Beschluss zu beharren und nicht auf das Geschäft einzutreten. Ein entsprechender letzter Eintretensentscheid durch den Nationalrat wird voraussichtlich in der Sommersession 2004 gefällt werden.

4.1.1.1 Zuständigkeiten und konzeptuelle Grundlagen

Auf Bundesebene ist primär das BAG für die Drogenpolitik zuständig. Ihm fallen die meisten Massnahmen in den Bereichen Prävention, Schadenminderung und Therapie sowie die Koordination zu. Die repressiven Aufgaben obliegen auf Bundesebene dem Bundesamt für Polizei (fedpol). Für den Vollzug der repressiven Massnahmen sind die Kantone bzw. alle Polizeikörper der Schweiz zuständig. Eine Reihe weiterer Bundesämter ist zudem in ausgewählten Teilbereichen von der Drogenpolitik des Bundes betroffen, z. B. das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV; Therapiefinanzierung), das Bundesamt für Strassen (ASTRA; Verkehrssicherheit) oder das Staatssekretariat für Wirtschaft (seco; Gesundheit am Arbeitsplatz). Eine umfassende Koordination aller drogenpolitischen Aktivitäten auf Bundesebene findet nicht statt.

Gemäss Betäubungsmittelgesetz (Art. 15c) kommen dem Bund die folgenden drogenpolitischen Aufgaben zu:

Der Bund

- unterstützt Kantone und private Organisationen beim Vollzug des Gesetzes
- fördert die Forschung und die Ausbildung des Fachpersonals
- führt eine Dokumentations-, Informations- und Koordinationsstelle.

Der Bundesrat definiert die Ausrichtung der schweizerischen Drogenpolitik und steckt deren Rahmen ab. Umgesetzt wird diese weitgehend von den Kantonen in Zusammenarbeit mit den Gemeinden und privaten Organisationen (vgl. BAG 2000).

Übergeordnete Ziele der nationalen Drogenpolitik sind:

- die Anzahl neuer Konsumierender und Abhängiger von Drogen senken
- die Zahl jener, die den Ausstieg schaffen, erhöhen
- die gesundheitlichen Schäden und die soziale Ausgrenzung von Drogenabhängigen vermindern
- die Gesellschaft vor den Auswirkungen des Drogenproblems schützen und die Kriminalität bekämpfen.

Auf diese vier übergeordneten Ziele sind die vier Säulen oder Einsatzbereiche der Drogenpolitik des Bundes ausgerichtet. Es sind dies

- Prävention
- Therapie
- Schadenminderung
- Repression.

Quer über alle Bereiche werden vier Umsetzungsstrategien für die Massnahmen des Bundes definiert:

- Information und Dokumentation
- Förderung erprobter Modelle sowie von Innovationen
- Koordination und Harmonisierung
- Qualitätsförderung.

4.1.1.2 Programme

Der Bund führte bisher unter Federführung des BAG zwei drogenpolitische Programme durch:

- Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme 1991 – 1996 (MaPaDro I)
- Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme 1997 – 2002 (MaPaDro II)

MaPaDro I stand stark unter dem Eindruck der Drogenkrise Mitte der neunziger Jahre (offene Szenen, steigende Zahl der drogenbedingten Todesfälle, soziale Ausgrenzung und Verelendung der Drogenkonsumierenden). Im Mittelpunkt stand dementsprechend die Intervention zur Krisenbewältigung. MaPaDro II war im Wesentlichen eine Fortführung von MaPaDro I. Es war vor allem auf die

Konsolidierung der Ansätze und Ergebnisse des ersten Pakets, auf eine Verankerung des Vier-Säulen-Modells bei Bund, Kantonen und Gemeinden und auf eine Stärkung der Koordination und Zusammenarbeit ausgerichtet.

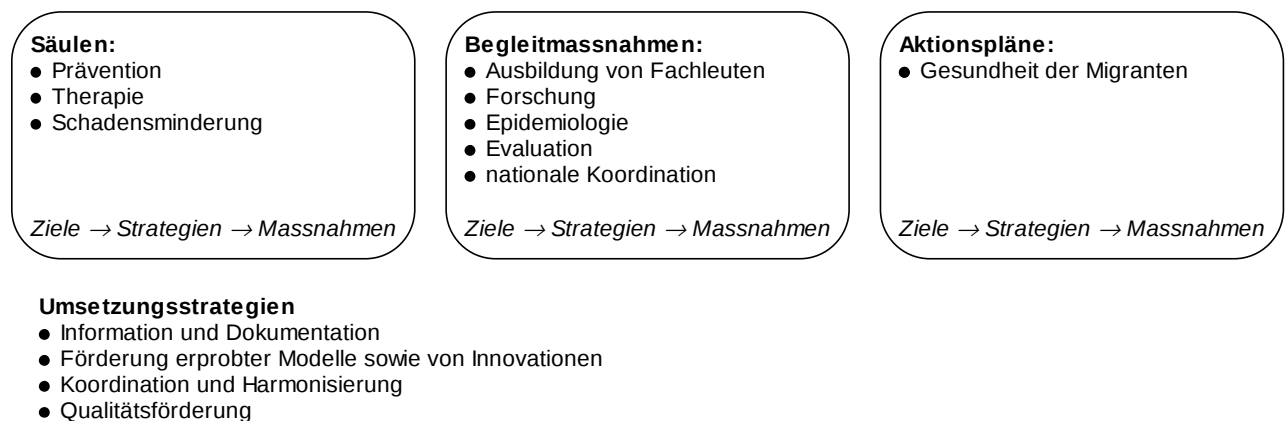
Gemäss dem Bericht zur Globalevaluation (Zobel et al. 2003b), auf den sich die nachfolgenden Ausführungen zum MaPaDro beziehen, bestand MaPaDro II aus den folgenden drei Elementen (vgl. Abbildung 22):

- die drei gesundheitsbezogenen Säulen der schweizerischen Drogenpolitik: Prävention, Therapie und Schadenminderung;
- Begleitmassnahmen: Ausbildung von Fachleuten, Forschung, Epidemiologie, Evaluation und nationale Koordination;
- ein spezieller Aktionsplan für die Gesundheit der Migranten.

Zu jedem dieser Elemente hatte das BAG jeweils spezifische Ziele, Strategien und Massnahmen ausgearbeitet.

Quer dazu kamen die bereits erwähnten Umsetzungsstrategien Information und Dokumentation, Förderung erprobter Modelle und der Innovationen, Koordination und Harmonisierung sowie Qualitätsförderung zum Einsatz.

Abbildung 22: Organisation des MaPaDro



Quelle: Zobel et al. 2003b

Die übergeordneten Ziele von MaPaDro beziehen sich auf die drei Säulen:

- Prävention: Verringerung des Einstiegs in den Drogenkonsum und Verhinderung der Entstehung einer Sucht
- Therapie: Verbesserung der Möglichkeiten für einen Ausstieg aus der Abhängigkeit
- Schadenminderung: Verbesserung der Lebensbedingungen und des Gesundheitszustands der Drogenkonsumierenden, Verminderung der Risiken und Erhaltung der sozialen Integration.

Als Ergebnisse wurden erwartet:

- eine signifikante Verringerung der Anzahl abhängiger Personen, die harte Drogen konsumieren
- eine Reduzierung der sozialen Folgen der Drogenprobleme
- eine Verminderung der schweren Gesundheitsschäden und der Beeinträchtigung der Lebensbedingungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und dem Drogenmissbrauch.

Im Rahmen von MaPaDro wurde eine unüberschaubare Vielfalt von Projekten und Programmen der Drogenarbeit initiiert bzw. unterstützt. Allein zwischen 1991 und 1999 waren es rund 300 (BAG 2000), in der Zwischenzeit dürften es noch etliche mehr sein. Es wird geschätzt, dass vom Bund dafür jährlich rund 15 Mio. Franken aufgewendet wurden (BAG 2000).

Ein Überblick über alle Projekte konnte nicht hergestellt werden. Nach mündlichen Auskünften des Evaluationsverantwortlichen gelten die folgenden Projekte und Massnahmen als inhaltlich und/oder finanziell besonders bedeutend:

- **Innovationsförderung:** Eine der grossen Stärken der schweizerischen Drogenpolitik ist die Förderung von Innovationen. Das hervorstechendste Beispiel dafür ist die heroingestützte Behandlung (HeGeBe). Die HeGeBe wird der Therapie zugeordnet. Sie richtet sich an Heroinabhängige, die mit anderen drogentherapeutischen Angeboten nicht erreicht werden können (BAG 2003a). Sie beinhaltet eine strikt reglementierte und kontrollierte Verschreibung von pharmazeutischem Heroin, eingebettet in eine umfassende psychosoziale Betreuung und ärztliche Behandlung. (Zur Entstehung der HeGeBe vgl. Kapitel 4.1.1, S.54).
Als weiteres innovationsförderndes Projekt gilt das Suchtpräventions-Forschungsprogramm für gefährdete Kinder und Jugendliche "supra-f", mit dem wirkungsvolle Modelle der Früherfassung suchtgefährdeter Kinder und Jugendlicher gefördert werden sollen (BAG 2003b; www.supra-f.ch). Dazu werden vom BAG lokale Projekte unterstützt, die sich mit sozialpädagogischen Interventionen an suchtgefährdete Jugendliche richten. Diese Projekte werden mit Begleitforschung auf ihre Wirkung hin untersucht und darauf hin analysiert, ob sie Impulse für neue Wege in der Sekundärprävention abgeben können.
- **Delegation:** Ein wichtiger organisatorischer Aspekt im Rahmen von MaPaDro ist die Delegation von Aufgaben an verschiedene Einrichtungen und Organisationen. Projekte werden in vielen Fällen nicht direkt vom BAG unterstützt, sondern durch vom BAG beauftragte Stellen wie z.B. RADIX, KOSTE oder FASD. Die Delegationen haben sich als sehr effizient erwiesen, da die beauftragten Stellen näher bei den Projekten sind und da dadurch beim BAG Ressourcen frei werden, die anderweitig genutzt werden können.
- **Koordination:** Als sehr wichtig werden die Koordinationsbemühungen des BAG bewertet. So wurden z.B. verschiedene Koordinationsforen, wie die Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS) oder die Städtische Konferenz der Beauftragten für Suchtfragen (SKBS) eingerichtet. Diese tragen wesentlich zur Wissensdistribution bei. Die Koordinations- und Dienstleistungsplattform Sucht (KDS) und der Nationale Drogenausschuss (NDA) sowie die interdisziplinäre, von fedpol geführte Arbeitsgruppe

"Zusammenarbeit zwischen Polizei und Sozialarbeit", die über neue Möglichkeiten und Formen der Zusammenarbeit im Suchtbereich informiert, sind weitere wichtige Koordinationsgremien. (Eine Liste der wichtigsten Gremien im Rahmen der Drogenpolitik befindet sich im Anhang ab S. 161).

- **Dokumentation:** Mit der Unterstützung von repräsentativen Bevölkerungsumfragen und der Evaluation von MaPaDro soll sicher gestellt werden, dass die Drogenpolitik evidenz-basiert ist.

In der Globalevaluation wurden schliesslich die folgende Wirkungen festgestellt:

Das Ziel der Reduktion der Anzahl Konsumierender und Abhängiger von illegalen Drogen wurde nur teilweise erreicht. Während die epidemiologischen Daten beim Heroin auf einen Rückgang des Konsums oder zumindest auf eine Stabilisierung hindeuten, sind die Ergebnisse beim Kokain nicht eindeutig. Beim Cannabis stieg der Konsum deutlich an.

Im Bereich der Schadenminderung wurden wahrscheinlich die grössten Erfolge erzielt. Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle hat sich seit Anfang der neunziger Jahre mehr als halbiert. Es begeben sich immer mehr Personen in Behandlung, die Anzahl der Drogen injizierenden Personen ging zurück, die Zahl der HIV-Ansteckungen durch Drogeninjektion hat seit Mitte der neunziger Jahre stark abgenommen. Unverändert hoch geblieben ist hingegen die Anzahl der mit Hepatitis angesteckten Drogenkonsumenten. Wenngleich es nicht gelang, die Arbeitslosigkeit unter den Drogenabhängigen zu senken, so sind der Rückgang der Drogenkonsumierenden ohne festen Wohnsitz und/oder mit illegalem Einkommen ebenso wie die Zunahme der Sozialversicherungsbezüger doch deutliche Anzeichen dafür, dass sich auch die soziale Situation der Drogenabhängigen insgesamt verbessert hat.

Als Erfolg gilt auch, dass die Massnahmen, die mit MaPaDro gefördert wurden, in den meisten Städten und Kantonen stark bis sehr stark verankert sind (Kübler et al. 2003), obschon der angestrebte Rückhalt und die Unterstützung in einzelnen Städten und Kantonen nach wie vor unbefriedigend sind.

Die Massnahmenpakete des BAG konzentrierten sich auf die drei Säulen Prävention, Schadenminderung und Therapie. Bei der Repression obliegen dem Bund die Anordnung und allenfalls die Durchführung von polizeilichen Ermittlungen im Bereich des illegalen Drogenhandels. Darüber hinaus beschränkt sich das zuständige fedpol im Rahmen seiner Oberaufsichtsfunktion auf die Koordination und Unterstützung der Kantone. Diese Unterstützung umfasst u. a. die Führung der zentralen Drogenhändlerdatenbank DOSIS, das für die Ermittlungstätigkeiten gegen den illegalen Drogen-Grosshandel und gegen die organisierte Kriminalität genutzte Informationssystem ISOK sowie die Verbindung zur internationalen Interpol-Zentrale in Lyon.

4.1.2 Alkoholmissbrauch

Auch im Bereich des Alkoholmissbrauchs war in den neunziger Jahren eine rege gesetzgeberische Tätigkeit zu verzeichnen. 1993 wurde die "Volksinitiative für zur Verminderung der Alkoholprobleme", die ein generelles Werbeverbot für alkoholische Getränke forderte und gleichzeitig mit der "Volksinitiative zur Verminderung der Tabakprobleme" (Zwillingsinitiative) zur Abstimmung stand, an der Urne mit nahezu 75% Nein-Stimmen abgelehnt. Am 1. Juli 1999 wurde in der Schweiz ein einheitlicher Steuersatz für Spirituosen eingeführt. Damit ist

den GATT/WTO-Regeln, wonach steuerliche Diskriminierungen zwischen inländischen und ausländischen Gütern unzulässig sind, Rechnung getragen worden. Nach der neuen Besteuerung werden einheimische und eingeführte Spirituosen mit einer einheitlichen Steuer von 29 Franken pro Liter reiner Alkohol belegt. Das bedeutete eine Steuersenkung. Bei ausländischen Spirituosen hat sie zusammen mit einer Liberalisierung des Einfuhrsystems zu einer deutlichen Preisreduktion dieser Getränke geführt. Die leichte Erhöhung der Besteuerung inländischer Erzeugnisse wirkte sich dagegen kaum auf die Verkaufspreise aus. Mit der im Mai 2002 in Kraft getretenen revidierten Lebensmittelverordnung dürfen in der ganzen Schweiz keine alkoholhaltigen Getränke mehr an unter 16-Jährige verkauft werden. Im Zuge eines Massnahmenpaketes zur Erhöhung der Verkehrssicherheit wurde 2003 der zulässige Blutalkoholgrenzwerts für Fahrzeuglenker von 0.8 auf 0.5 Promille gesenkt. Gleichzeitig entschieden sich die eidgenössischen Räte auch für die Einführung von Atemluftkontrollen bei Fahrern, auch wenn kein Verdacht auf Angetrunkenheit vorliegt. Das entsprechend revidierte Strassenverkehrsgesetz tritt im Januar 2005 in Kraft. Im September 2003 bestätigte der Nationalrat den Entscheid des Ständerates, die Steuer auf alkoholischen Süssgetränken, sogenannten Alcopops, zu vervierfachen, um den Alkoholkonsum von Minderjährigen einzudämmen. Diese Alcopops-Steuer ist seit Februar 2004 in Kraft. Schliesslich haben die eidgenössischen Räte auch beschlossen, das Absinth-Verbot aus dem Lebensmittelgesetz zu streichen; der Nationalrat stimmte dieser Änderung im Herbst 2003 zu, der Ständerat im Frühjahr 2004.

Zur Zeit (Frühjahr 2004) im Gang sind die Totalrevision des Radio- und Fernsehgesetzes (RTVG) sowie eine parlamentarische Initiative von Carlo Schmid, die beide die Zulassung der bisher verbotenen Bier- und Weinwerbung in den Programmen von privaten Radio- und Fernsehstationen zur Diskussion stellen.

Programmatisch beschränkte sich die alkoholpolitische Tätigkeit des Bundes auf das 1999 gestartete Programm "Alles im Griff?" (s. u.). Zudem präsentierte die Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKA) im Jahr 2000 ihr Strategiepapier "Nationaler Alkoholaktionsplan 2000" (NAAP). Darin werden u.a. alkoholpolitische Ziele und Strategien sowie die wichtigsten Akteure und Optionen für alkoholpolitisches Handeln aufgezeigt. Da viele der im NAAP enthaltenen Massnahmen im Zuständigkeitsbereich der Kantone liegen, fördert die EKA die Entwicklung von kantonalen Alkoholaktionsplänen (KAAP).

Das BAG ist gegenwärtig dabei, ein Konzept für ein nationales Alkoholprogramm zu erarbeiten, welches analog zum aktuellen Tabakprogramm u. a. eine koordinierte Alkoholpolitik des Bundes und die Schaffung von entsprechenden gesetzlichen Grundlagen vorsieht.

4.1.2.1 Zuständigkeiten und konzeptuelle Grundlagen

Die Alkoholpolitik des Bundes beruht auf einem über hundert Jahre alten Verfassungsauftrag, laut dem die Erhältlichkeit von gebrannten Wassern eingeschränkt und die schädlichen Folgen des Alkoholkonsums bekämpft werden sollen (BV Art. 105). Diesem Auftrag kommt der Bund mit einer Palette von angebotslenkenden Instrumenten sowie Massnahmen in den Bereichen Information, Schadenminderung und Therapie nach (vgl. www.suchtundaid.s.bag.admin.ch/themen/sucht/alkohol). Auf Bundesebene ist die Eidg. Alkoholverwaltung (EAV) zuständig für die Angebotslenkung, das BAG ist verantwortlich für die meisten übrigen Interventionsbereiche. Einige weitere

Bundesämter sind eher sekundär alkoholpolitisch tätig, u. a. das Bundesamt für Landwirtschaft (BLW; Wein- und Obstbau), das ASTRA (Verkehrssicherheit) oder das seco (Gesundheit am Arbeitsplatz). Das BAG und die EAV sprechen sich regelmässig ab und arbeiten systematisch zusammen, eine umfassende, alle betreffenden Aktivitäten des Bundes integrierende und koordinierende Alkoholpolitik besteht indes bis heute nicht.

Zur Eindämmung der Erhältlichkeit von gebrannten Wassern kontrolliert und besteuert die EAV im Rahmen der Alkoholgesetzgebung die Herstellung, die Einfuhr und den Handel von destilliertem Alkohol. Der Reinertrag der EAV (etwa 200 Mio. Fr. pro Jahr) fliesst zu 90% an die AHV und an die IV, 10% – der sogenannte Alkolzehntel – gehen an die Kantone "zur Bekämpfung des Alkoholismus, des Suchtmittel-, Betäubungsmittel- und Medikamentenmissbrauchs in ihren Ursachen und Wirkungen" (BV Art. 131; Alkoholgesetz, Art. 45). Wenn gleich primär gesundheitspolitisch begründet, stehen die Kontrolle und Besteuerung von hochgradigem Alkohol auch im Dienste von fiskalischen, agrar- und gewerbepolitischen Zielen, wobei insbesondere zwischen gesundheitspolitischen und fiskalischen Zielsetzungen Antinomien bestehen.

Als flankierende Massnahme dienen Werbebeschränkungen. So erlaubt das Alkoholgesetz für Spirituosen nur produktbezogene Werbung; die Darstellung eines Lebensstils in Zusammenhang mit Alkohol ist nicht erlaubt. Verboten ist die Spirituosenwerbung u.a. in Radio und Fernsehen, in und an öffentlichen Zwecken dienenden Gebäuden oder auf Sportplätzen und an Sportveranstaltungen. Ebenso verboten ist Werbung auf Gegenständen, die mit Alkohol nichts zu tun haben (www.eav.admin.ch/d/p_kontro.htm).

Unter die Alkoholgesetzgebung fallen jedoch nur destillierte alkoholische Getränke wie Spirituosen oder Aperitifs, nicht aber die Gärprodukte Wein, Bier und Obstwein. Im Gegensatz zu Wein und Obstwein, die nicht besteuert werden, wird Bier wie z. B. auch Tabak oder Treibstoff besteuert. Diese Steuer ist indes nur fiskalisch begründet und hat deshalb keine konsumlenkende Funktion. Wie bereits erwähnt enthält die Lebensmittelverordnung zum Schutz der Jugend ein Alkoholverkaufsverbot für unter 16-Jährige, während die Promillegrenze und die Atemlufttests für Fahrzeuglenker ausschliesslich der Erhöhung der Verkehrssicherheit dienen.

Die Beeinflussung der Nachfrage nach alkoholischen Getränken durch Information und Aufklärung obliegt dem BAG. Im Rahmen dieses Auftrags führt es zusammen mit der EAV und der SFA seit 1999 eine mehrjährige Kampagne "Alles im Griff?" durch (s. u.). Der Bund steuert auch das Beratungs-, Therapie- und Rehabilitationsangebot und fördert Qualitätssysteme im stationären und ambulanten Bereich, während die Kantone für das Angebot von Therapie und Beratung zuständig sind. Im Bereich Schadenminderung werden innovative, niederschwellige Projekte in der Startphase gefördert.

4.1.2.2 Programme

1999 startete das BAG zusammen mit der EAV (und anfänglich mit der SFA) ein mehrjähriges Alkoholpräventionsprogramm "Alles im Griff?". Das Programm setzt u. a. wichtige Massnahmen im Präventionsbereich des Nationalen Alkoholaktionsplans der EKA um. Die erste Phase wurde 2002 abgeschlossen, die aktuelle zweite Phase dauert noch bis 2007.

Das Programm zielt darauf ab, risikoreiche Trinkmuster in der Schweizer Wohnbevölkerung zu reduzieren. Hauptzielgruppe sind Erwachsene mit einem riskanten Trinkverhalten, speziell solche mit episodischem Rauschtrinken. Die Strategie des Programms beruht primär auf persuasiven Massnahmen, mit denen die Zielgruppe dazu bewegt werden soll, ihr Trinkverhalten zu reflektieren, ein Problembewusstsein zu entwickeln und in der Folge eine entsprechende Verhaltensänderung zu erwägen. Das Programm wird wissenschaftlich begleitet.

Die erste Programmphase umfasste Massnahmen in sechs Teilprojekten mit jeweils eigenen Zielen und Zielgruppen (Peters 2002). Rund 70% des Budgets flossen in eine Medienkampagne zur Sensibilisierung von "episodischen Rauschtrinkenden" zwischen 20 und 30 Jahren. Im Teilprojekt Partneraktivitäten wurden gratis Plakate und Werbematerialien an Präventionsfachstellen und Alkoholberatungen abgegeben. Ärzten wurde eine Fortbildung für Kurzinterventionen, mit denen sie Patienten und Patientinnen auf den Alkoholkonsum ansprechen sollen, angeboten. Im Internet wurden auf spielerische Weise Präventionsbotschaften und Informationen an Surfer vermittelt. Gemeinden wurden angeregt, eine lokale Alkoholpolitik zu beschliessen und umzusetzen. Mit dem Teilprojekt "Helpline" wurde über die Telefonnummer 143 ein sachgerechtes, anonymes Gespräch zu Alkoholproblemen angeboten.

In der zweiten Programmphase werden die Projekte der ersten Phase im Wesentlichen weitergeführt (BAG, ohne Jahr). Das Projekt Helpline wurde eingestellt, dafür wurde vermehrt Wert gelegt auf eine geplante, integrierte Öffentlichkeitsarbeit, auf den Wissenstransfer und auf die Verankerung bei den Partnern (Bund, Gemeinden, Organisationen usw.).

Für die drei Teilprojekte Kampagne, Partneraktivitäten und Internet standen in den Jahren 1999 bis 2004 insgesamt rund 19 Mio. Fr. zur Verfügung (<http://www.suchtunddaids.bag.admin.ch/themen/sucht/alkohol/kampagne/00380/index.html>).

Repräsentative Befragungen der SFA in den Jahren 1998, 2000 und 2002 im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitforschung des Programms ergaben eine Abnahme des gewohnheitsmässigen und des episodischen Risikokonsums (Gmel, Müller 2003). Der Rückgang betraf vor allem Frauen. In der Hauptzielgruppe der Kampagne, bei den 15- bis 24-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, zeigte sich bei beiden Geschlechtern ein Rückgang des Risikokonsums und insbesondere des episodischen Risikokonsums. Dieser Rückgang betraf indes vor allem die Romandie, während in der Deutschschweiz kaum Veränderungen zu verzeichnen waren und im Tessin gar ein Anstieg des Risikokonsums ermittelt wurde. Die Evaluation des Programms zeigte auf, dass gut die Hälfte der Ärzte, die an einer Fortbildung im Rahmen des Programms teilgenommen hatten, nachher häufiger intervenierten, wenn sie bei einem Patienten Verdacht auf risikoreiches Trinken hegten (Peters 2002). Schliesslich hatten auch 10 von 17 am Programm teilnehmenden Gemeinden kommunale Alkoholpolitiken verabschiedet, in vier weiteren Gemeinden waren zum Zeitpunkt der Evaluation entsprechende Arbeiten im Gang.

4.1.3 Tabakkonsum

Der Tabakkonsum unterliegt einer ganzen Reihe von gesetzlichen Vorgaben und Einschränkungen. So verpflichtet die Tabakverordnung die Tabakproduzenten dazu, auf den Packungen von Raucherwaren Warnungen über die

gesundheitsschädigende Wirkung von Tabak sowie Angaben über den Nikotin- und Teergehalt von Zigaretten anzubringen. Verboten sind u. a. Hinweise auf eine Verminderung der für die Gesundheit schädlichen Wirkung des Rauchens sowie Tabakwerbung, die sich speziell an Jugendliche unter 18 Jahren richtet. Das Bundesgesetz über Radio und Fernsehen verbietet Werbung für Alkohol und Tabak in diesen Medien. Im Juni 2000 wurde im Kanton Genf ein Gesetz erlassen, das Tabakwerbung an öffentlichen Orten untersagt. Das Bundesgericht bestätigte 2002 die Verfassungsmässigkeit dieses Gesetzes. Ein grundsätzliches Werbeverbot für Alkohol- und Tabakwerbung, wie es die Zwillingsinitiative vorsah, wurde 1993 vom Volk mit fast 75% Nein-Stimmen abgelehnt. Im Nationalrat wurde 2003 eine parlamentarische Initiative für ein Tabakwerbeverbot mit 92 zu 85 Stimmen ebenfalls abgelehnt.

Der Verkauf von Tabakprodukten wird in der Schweiz seit vielen Jahren besteuert. Die Steuereinnahmen sind rein fiskalischer Natur und kommen der AHV zugute. Im Jahr 2003 wurden das Tabaksteuergesetz und die dazugehörige Verordnung (Tabaksteuerverordnung) letztmals revidiert. Beschlossen wurde eine Erhöhung der Tabaksteuer und die Einrichtung eines Tabakpräventionsfonds. Der Fonds wird nicht aus den Steuererträgen, sondern aus einer zusätzlichen Abgabe der Hersteller und Importeure von Zigaretten gespeist. Die Höhe der Abgabe beträgt derzeit 0.13 Rappen je Zigarette. 2.5% der Einnahmen gehen an die Zollverwaltung zur Deckung ihres Vollzugsaufwandes.

Zur Zeit hängig ist die Revision der Verordnung über Tabak und Tabakerzeugnisse (Tabakverordnung). Zur Diskussion stehen unter anderem verstärkte Gesundheitshinweise auf den Zigarettenpackungen und ein Verbot von Begriffen wie "mild" und "light" auf den Verpackungen.

Im August 1995 beauftragte der Bundesrat das BAG, ein "Massnahmenpaket zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums" durchzuführen. Dieses Paket wurde 1999 abgeschlossen. Seit 2001 ist ebenfalls im Auftrag des Bundesrates das "Nationale Programm zur Tabakprävention" in Gang. Im Rahmen dieses Programms ist u. a. auch vorgesehen, eine nationale Tabakpolitik zu entwickeln.

4.1.3.1 Zuständigkeiten und konzeptuelle Grundlagen

In rechtlicher Hinsicht gelten Tabakwaren in der Schweiz als Lebensmittel. Auf Bundesebene beschäftigen sich mehrere Stellen mit Tabakfragen. So ist das BAG zuständig für die generelle Tabakprävention, das seco sorgt sich um präventive Aspekte im Bereich Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, die Oberzolldirektion beschäftigt sich mit der Besteuerung und mit dem Eintreiben der Tabakabgabe, dem Bundesamt für Landwirtschaft obliegt die Erhaltung der Tabakproduktion in der Schweiz. Eine umfassende Tabakpolitik, in der alle diese Tätigkeiten koordiniert und Zielkonflikte geklärt werden, besteht nicht.

Das BAG nimmt als Stelle für die strategische Leitung der Tabakprävention in der Schweiz die folgenden Aufgaben und Funktionen wahr:

- Ausarbeitung und Leitung der nationalen Tabakpräventionsstrategie
- Koordination der Tabakprävention in ihrer Gesamtheit und Mobilisierung der zur Präventionsförderung notwendigen Kräfte (Organisationen, Entscheidungsträger usw.)

- Delegation operationeller Aufgaben an die geeigneten Präventionspartner mit Leistungsmandaten
- Beobachtung der internationalen Lage und Herleitung von Konzepten und Massnahmen für die Schweiz
- Sicherstellung von wissenschaftlichen Grundlagen, die für eine rationelle Beschlussfassung unerlässlich sind, wenn nötig unter Veranlassung von Forschungsprojekten, um den schweizerischen Bedürfnissen und Besonderheiten Rechnung zu tragen
- Ausarbeitung oder Mitwirkung an der Ausarbeitung von Gesetzen, die präventionsfreundliche Rahmenbedingungen schaffen
- Durchführung von nationalen Informationskampagnen zu spezifischen Themen.

4.1.3.2 Programme und konzeptuelle Grundlagen

Wie bereits erwähnt wurde in den Jahren 1996 – 1999 das "Massnahmenpaket zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums" durchgeführt. Seit 2001 ist das "Nationale Programm zur Tabakprävention 2001-2005" im Gang.

Das "Massnahmenpaket zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums 1996-1999" konzentrierte sich gemäss Evaluationsbericht (Bolliger-Salzman et al. 2000) auf die Bereiche

- Primärprävention
- Passivrauchen
- Tabakentwöhnung.

In diesen drei Bereichen wurden Projekte anderer Anbieter gefördert, initiiert oder aber vom BAG selbst durchgeführt. Dabei sollte der Grundsatz der Subsidiarität beachtet werden. Auch sollte die Zusammenarbeit zwischen Privaten, Kantonen und dem Bund verstärkt werden. Für das Massnahmenpaket Tabak standen jeweils 2.5 Mio. Fr. pro Jahr zur Verfügung. Mit diesen Mitteln wurden mehr als zwei Dutzend Interventionsprojekte und rund ein halbes Dutzend Forschungsprojekte unterstützt. Den Hauptteil beanspruchte die Primärprävention (durchschnittlich knapp die Hälfte der jeweiligen Jahresbudgets), gefolgt von der Tabakentwöhnung (über 20 %) und dem Bereich Passivrauchen (knapp 20 %). Die übrigen Mittel wurden für die Finanzierung der Forschungsprojekte, für die Globalevaluation und für andere Aufgaben verwendet.

Als Hauptziel wurde anfänglich die Senkung der Prävalenz des Tabakkonsums in der Schweiz auf einen europäischen Spitzenrang (d.h. eine Senkung des Rauchendenanteils von derzeit über 30 % auf unter 30 % der Wohnbevölkerung) aufgeführt. Dieses Ziel wurde schon sehr bald als mit den verfügbaren Mitteln nicht realisierbar erkannt und aufgegeben. Als Ziel beibehalten wurde hingegen die zielbezogene Schwerpunktsetzung bei der Projektförderung im Gegensatz zu einem Giesskannenprinzip.

Als zweites wichtiges Ziel wurde die Sichtbarkeit des Massnahmenpakets und des BAG genannt. Auch dieses Ziel wurde im Laufe der Zeit revidiert, auch aufgrund von Daten aus der ersten Phase der Globalevaluation. Angestrebt

wurde schliesslich nur noch, dass das Programm innerhalb der Tabakpräventionskreise bekannt ist.

Ein weiteres Ziel war schliesslich, jede Art sozialer Diskriminierung von Rauchenden zu vermeiden. Diesem Grundsatz sind sämtliche vom Massnahmenpaket geförderten Projekte nachgekommen.

Mit diesem revidierten Zielkatalog wurde das Programm nach dem Abschluss im Jahr 2000 evaluiert (Bolliger-Salzmann et al. 2000). Die Evaluatoren stellten in ihrem Bericht fest, dass bereits die Lancierung des Pakets als positives Zeichen gewertet wurde, weil es als Ausdruck des politischen Willens verstanden wurde, in diesem präventiv wichtigen Bereich energischer tätig zu werden. Das Massnahmenpaket war nur in der engeren Fachwelt, nicht aber in der breiten Bevölkerung einigermaßen bekannt. Bekannt waren einzelne (v.a. die nationalen und grossen) Projekte, die denn auch als nützlich und wichtig angesehen wurden. Die meisten dieser Projekte existierten allerdings schon vorher. Die Berichterstattung über das Massnahmenpaket Tabak in den Printmedien hatte zugenommen. Während der Laufzeit wurden in der Schweiz sieben zusätzliche Stellen im Bereich Tabakprävention geschaffen, die zumindest zum Teil dem Massnahmenpaket zuzuschreiben sind. Mit der Unterstützung von Forschungsprojekten hatte das BAG ein klares Signal gesetzt, die eher als schmal bezeichnete epidemiologische Datenbasis zu verbreitern. Die Zusammenarbeit der Fachstellen der Tabakprävention wurde quantitativ und qualitativ ausgeweitet, wobei allerdings der Einfluss des Massnahmenpakets Tabak auf diese Verbesserung insgesamt als gering eingestuft wurde. Eher kritisch eingeschätzt wurde auch die Zusammenarbeit zwischen dem BAG und den Fachstellen der Tabakprävention. Dies hatte nach Ansicht der Evaluatoren vor allem mit ungenügender Information seitens des BAG zu tun. Das Massnahmenpaket Tabak als solches hatte nur bei den Forschungsprojekten, nicht aber bei den Interventionsprojekten eine identitätsstiftende Wirkung: so scheiterte bei diesen der Versuch, ein gemeinsames Logo des Pakets zu verwenden. Identitätsstiftend für die Beteiligten wirkten hingegen gemeinsame Projekte, wie z.B. der Tag des Nichtrauchens. Mit dem Programm konnte das Präventionsangebot ausgeweitet werden. Innovationen standen dabei nicht im Vordergrund, viel mehr wurden vor allem bekannte grosse Projekte gefördert.

Die Prävalenz des Rauchens hat seit der Lancierung des Massnahmenpakets Tabak nicht abgenommen. Der Anteil der Rauchenden in der Schweiz ist gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zwischen 1992 und 1997 sogar um über 3% angestiegen. Die Zunahme war bei den Jugendlichen besonders hoch.

Das "Nationale Programm zur Tabakprävention 2001-2005" hat die Interventionsbereiche seines Vorgängers präzisiert, indem es die drei Handlungsfelder

- den Einstieg verhindern
- den Ausstieg erreichen
- vor Passivrauch schützen

als Hauptansatzpunkte festlegte.

Dem zur Seite gestellt wurden die folgenden zwölf Ziele, die i.d.R. bei allen drei Handlungsfeldern ansetzen:

1. Die Jugendlichen haben soziale Kompetenzen erworben, die es ihnen gestatten, auf den Griff zur Zigarette zu verzichten.
2. Das Umfeld, in dem die Jugendlichen aufwachsen, motiviert sie zum Nichtrauchen.
3. Nichtrauchende haben jederzeit und überall die Möglichkeit, rauchfreie Luft zu atmen.
4. Die Rauchenden sind motiviert, mit dem Rauchen aufzuhören, und es werden ihnen geeignete Entwöhnungshilfen zur Verfügung gestellt.
5. Die Bevölkerung kennt die Tragweite des Tabakproblems für die öffentliche Gesundheit.
6. Im Laufe der nächsten fünf Jahre wird eine nationale Tabakpolitik entwickelt.
7. Die Werbung und Promotion der Tabakindustrie richten sich ausschliesslich an Konsumierende.
8. Die Besteuerung der Tabakprodukte in der Schweiz wird erhöht.
9. Für Minderjährige sind Tabakprodukte nicht erhältlich.
10. Die Deklaration der Tabakprodukte informiert Konsumierende sachlich und neutral.
11. Die Schweiz beteiligt sich an der Ausarbeitung der WHO-Rahmenkonvention für die Bekämpfung des Tabakkonsums und ratifiziert dieses Abkommen.
12. Der Erwerb und die Weitergabe von Erkenntnissen und Erfahrungen sind gewährleistet.

Im Gegensatz zum ersten Massnahmenpaket ist das Programm 2001-2005 nicht primär auf Interventionen bei den Betroffenen, sondern auf Verhältnisprävention ausgerichtet. Im Vordergrund steht die Verstärkung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere bezüglich Besteuerung, Werbebeschränkung, Produktdeklaration und Zugänglichkeit. Das BAG konzentriert sich dabei mit Vorschlägen für verfassungskonforme gesetzliche Massnahmen, mit der Förderung der internationalen Integration und der Entwicklung wichtiger Arbeitsinstrumente in erster Linie auf die Entwicklung einer auf die Gesundheitserhaltung ausgerichteten Tabakpolitik. In den übrigen Zielbereichen hat das BAG hauptsächlich die Aufgabe, die Aktivitäten zwischen den Partnerorganisationen zu koordinieren und die Durchführung von Projekten zu delegieren (BAG 2002).

Für das nationale Programm zur Tabakprävention standen in den Jahren 2001 bis 2003 je etwa 5 – 7 Mio. Fr. zur Verfügung. Für die Jahre 2004 und 2005 wurden die Budgets des Programms im Rahmen des Entlastungsprogramms des Bundes auf 1.75 Mio. Fr. bzw. 1.2 Mio. Fr. reduziert. Diese Kürzungen wurden u. a. auch mit der Schaffung des Tabakpräventionsfonds begründet, aus dem in den beiden verbleibenden Programmjahren sowie in der weiteren Zukunft erhebliche Mittel für die Tabakprävention bereitgestellt werden.

4.1.4 Medikamentenmissbrauch

Zuständig für die Bekämpfung des Medikamentenmissbrauchs sind das BAG sowie das Schweizerische Heilmittelinstitut Swissmedic. Letztere ist generell für die Heilmittelsicherheit in der Schweiz zuständig. Zu ihren Aufgaben gehört es, dafür zu sorgen, dass Arzneimittel richtig eingesetzt werden und dass Wissenslücken bei Ärzten und Patienten gefüllt werden. Sie kontrolliert die Werbung für Arzneimittel und sammelt Daten über Nebenwirkungen (inkl. Abhängigkeitserzeugung) oder über die Abgabe von Benzodiazepinen (z. B. Valium). In diesem Zusammenhang hat die Swissmedic auch einen suchtpräventiven Informationsauftrag. Für alle übrigen Aspekte des Medikamentenmissbrauchs ist das BAG zuständig, wobei dieses abgesehen von der Finanzierung einer epidemiologischen Studie zum Medikamentenmissbrauch (Maffli, Bahner 2000) bisher keine entsprechenden Aktivitäten entwickelt hat. Ein eigentliches Programm zur Bekämpfung der Medikamentenabhängigkeit stand nie zur Diskussion.

4.1.5 Essstörungen

Das Lebensmittelgesetz legt fest, dass Nahrungsmittel bei ihrem üblichen Gebrauch die Gesundheit nicht gefährden dürfen (Art. 13). Es überträgt dem Bund einen Informationsauftrag, namentlich in den Bereichen der Gesundheitsvorsorge und des Gesundheitsschutzes, und es ermöglicht die finanzielle Unterstützung von Öffentlichkeitsarbeit und Forschung (Art. 12).

Auf dieser Grundlage führt das BAG verschiedene Projekte zur Förderung einer gesunden Ernährung, vor allem in Bezug auf Übergewicht und Adipositas. Zu Anorexie und Bulimie bestehen keine spezifischen, über die allgemeine Förderung gesunder Ernährung hinausgehende Programme oder Projekte auf Bundesebene.

Als Antwort auf die Motion Grossenbacher aus dem Jahr 1994, die eine verstärkte Information über ein gesundes Ernährungsverhalten forderte, formulierte die Eidgenössische Ernährungskommission (EEK) 1995 ein Grundlagenpapier mit Empfehlungen für eine gesunde Ernährung. Davon ausgehend verfasste die EEK zusammen mit dem BAG im Jahr 2002 den Aktionsplan "Ernährung und Gesundheit: Eine Ernährungspolicy für die Schweiz". Darin werden die ernährungspolitischen Ziele und Strategien des Bundes für die Jahre 2001 bis 2010 dargelegt. Der Bericht orientiert sich am Aktionsplan Ernährung der WHO und beruht auf den Erkenntnissen des 4. Schweizer Ernährungsberichts. Einige der formulierten Ziele beziehen sich direkt oder indirekt auf die Reduktion von Übergewicht. Es sind dies:

- Die Fettaufnahme soll von derzeit 38% der Gesamtenergie auf weniger als 35% gesenkt werden
- Die Zahl der Übergewichtigen soll nicht mehr weiter ansteigen und die Zahl der Adipösen und der übergewichtigen Kinder soll abnehmen
- Die Kenntnisse über die Bedeutung des Früchte- und Gemüsekonsums für eine gesunde Ernährung soll messbar verbessert werden
- Der Gemüse- und Früchtekonsum in der Schweiz soll bis zum Jahr 2005 insgesamt und insbesondere bei Bevölkerungsgruppen mit unerwünschtem Ernährungsverhalten, messbar gesteigert werden

- Das Wissen über gesunde und nachhaltige Ernährung und das Ernährungsverhalten von Schulkindern soll verbessert werden
- Bis 2005 soll der Fünfte Schweizer Ernährungsbericht über die Entwicklung des Ernährungszustandes und der ernährungsabhängigen Krankheiten in der Schweiz erscheinen.

Im Jahr 2002 startet das BAG gemeinsam mit der Gesundheitsförderung Schweiz das aus dem Aktionsplan abgeleitete Programm "Suisse Balance", welches gesundheitsförderliches Ernährungs- und Bewegungsverhalten propagiert. Das Programm verfolgt zwei übergeordnete Ziele:

- Bis 2010 hat sich der Anteil der in der Schweiz lebenden Menschen mit einem gesunden Körpergewicht markant vergrössert
- Bis 2010 sind die strukturellen Voraussetzungen geschaffen, die eine nachhaltige Entwicklung zur Erhaltung eines gesunden Körpergewichts gewährleisten.

Als wichtigste Zielgruppen werden Kinder und Jugendliche genannt. Die handlungsbezogenen Ziele und Projekte des Programms Suisse Balance sind auf den folgenden vier Handlungsebenen angesiedelt:

- Öffentlichkeitsinformation und Bewusstseinsbildung: Die Hauptbotschaften haben die in der Schweiz lebende Bevölkerung und die spezifischen Zielgruppen erreicht. Massnahmen zur Förderung des gesunden Körpergewichts haben bei allen wichtigen politischen Instanzen Relevanz.
- Gemeinschaften erreichen: Gemeindeorientierte Modelle zur Förderung eines gesunden Körpergewichts sind partizipativ entwickelt.
- Zielgruppe Kinder und Jugendliche erreichen: In der Zielgruppe "Kinder und Jugendliche und deren verschiedene Lebenswelten" haben sich durch die gezielte Förderung innovativer Projekte, die Ernährung und Bewegung kombinieren, Modelle für erfolgreiche Interventionen entwickelt.
- Intervention Arbeitswelt: Gemeinsam mit einer Gruppe mit erhöhtem Risiko sind in deren Arbeitswelt gesundheitsförderliche Massnahmen für Ernährung und Bewegung zur Verhaltens- und Verhältnisänderung entwickelt.

Für 2005 ist eine Evaluation geplant, die über den Stand und die Ergebnisse des Programms Auskunft geben soll. Auch eine Prozessevaluation ist vorgesehen.

Für die Jahre 2002 bis 2004 stellen das BAG und die Gesundheitsförderung Schweiz insgesamt rund 2.9 Mio. Fr. für das Programm Suisse Balance zur Verfügung.

Neben dem Programm Suisse Balance sind im Präventionsprogrammen "Bildung und Gesundheit. Netzwerk Schweiz" des BAG und im Aktionsplan "Umwelt und Gesundheit" des BAG und des BUWAL Elemente enthalten, die mehr oder weniger direkt im Zusammenhang mit Essstörungen stehen.

4.1.6 Spielsucht

Während vieler Jahrzehnte waren in der Schweiz Glücksspiele mit grösseren Geldeinsätzen verboten. Im Jahr 1993 stimmten Volk und Stände mit 72.5% Ja-Stimmen dem Bundesbeschluss über die Aufhebung des Spielbankenverbots zu. Nach Art. 106 BV ist für die Errichtung und den Betrieb von Spielbanken eine Konzession des Bundes erforderlich, wobei er u. a. die Gefahren des Glücksspiels berücksichtigt. Die Regelung von Geschicklichkeitsspielautomaten obliegt den Kantonen. Das Spielbankengesetz von 1998 verpflichtet die Betreiber, in einem Sozialkonzept darzulegen, mit welchen Massnahmen die Spielbank den sozial schädlichen Auswirkungen des Spiels vorbeugen oder diese beheben will. Des weiteren sind die Spielbanken gehalten, Spieler die überschuldet sind, ihren finanziellen Verpflichtungen nicht nachkommen oder Spieleinsätze riskieren, die in keinem Verhältnis zu ihrem Einkommen und ihrem Vermögen stehen, vom Spielbetrieb auszusperrern. Die Spielsperren werden in einem allen Spielbanken zugänglichen Register eingetragen. Die Spielbankenabgabe an den Bund ist rein fiskalischer Natur, sie fliesst vollumfänglich in die AHV und in die IV.

Die spielsuchtspezifische Aufgabe des Bundes besteht in der Kontrolle der Einhaltung der Sozialkonzepte der Spielbanken. Dafür zuständig ist die Eidgenössische Spielbankenkommission (ESBK).

Bis im Sommer 2003 wurden über 5'000 Spielsperren erlassen. Eine Evaluation der Wirkung des Spielbankengesetzes in Bezug auf die Spielsucht ist nicht vorgesehen. Zur Zeit wird im Auftrag der ESBK und des Bundesamtes für Justiz eine Spielsuchtstudie erarbeitet, die Aufschluss über Spielgewohnheiten, Ursachen, Präventionsmöglichkeiten und Auswirkungen der Spielsucht geben soll. Diese Studie könnte als Grundlage für eine Ausdehnung der bisherigen Tätigkeiten des Bundes im Bereich Spielsucht über die reine Kontrollfunktion hinaus dienen.

Die Spielsuchtpolitik des Bundes deckt bisher nur die Spielbanken ab. Ausserhalb der Spielbanken z.B. im Bereich der Onlinegames, der Lotterien oder der Slotmaschinen besteht auf Bundesebene eine Regulierungslücke. Dem soll mit der Revision des Lotteriegesetzes, die zur Zeit im Gange ist, entgegengewirkt werden.

4.1.7 Suchtübergreifende Ansätze

4.1.7.1 Prävention

Im Rahmen von MaPaDro und später unabhängig davon wurden verschiedene Präventionsprojekte entwickelt oder unterstützt, die Strategien und Massnahmen enthalten, welche nicht nur präventiv hinsichtlich des Konsums illegaler Drogen, sondern auch hinsichtlich anderer Suchtformen wirken sollen. Es sind dies insbesondere Projekte zur Stärkung von Schutzfaktoren, die die Entstehung von Suchtproblemen verhindern sollen. Dazu gehören etwa die Förderung sozialer und emotionaler Bindungen oder bestimmter Werthaltungen (BAG 2003b). Hauptzielgruppe dieser Präventionsprojekte sind Kinder und Jugendliche bzw. Personen in deren Umfeld wie z.B. Lehrer oder Leiter von Sport- und Jugendverbänden.

Das BAG gibt jährlich etwa 10 Mio. Fr. für Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen im Jugendbereich aus (BAG 2003b). Ein Grossteil davon ist ausschliesslich oder unter anderem auf die Suchtprävention ausgerichtet. Beispiele für solche Projekte sind "voilà", ein Projekt zur Verankerung von Suchtprävention in Jugendverbänden, oder "LaOla", welches Suchtprävention und Gesundheitsförderung im Sport unterstützen will.

4.1.7.2 Psychische Gesundheit

Im Rahmen des Projektes "Nationale Gesundheitspolitik Schweiz" wurde eine Strategie für eine Gesamtpolitik "psychische Gesundheit" ausgearbeitet. Das Strategiepapier ist zur Zeit in der Vernehmlassung. Es bestehen jedoch noch keine konkreten Pläne für die Umsetzung der Strategie.

Abhängigkeit gilt nach der Klassifikation der WHO als psychische Krankheit. Suchtprobleme sind ein Teilaspekt der psychischen Gesundheit. Der Schutz, die Förderung, die Erhaltung und die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit wirkt sich deshalb auch positiv auf die Entwicklung von Suchtproblemen aus. Sehr deutlich wird der Zusammenhang bei der Prävention, wie sie im vorherigen Abschnitt beschrieben wurde.

4.1.7.3 Therapie

Im Bereich der stationären Suchttherapie besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen der Alkohol- und der Drogenpolitik. Diese ist historisch begründet, bestanden doch bereits vor der Formulierung der jeweiligen Programme auf Bundesebene viele Institutionen, die für Abhängige beider Substanzen zuständig waren. Beispiele für die Zusammenarbeit sind das leistungsbezogene Finanzierungssystem im Suchtbereich (FiSu) oder das Projekt QuaTheDA, welches einheitliche Qualitätsnormen für stationäre Therapiezentren einführt.

4.1.7.4 Das Monitoring-Netzwerk der Suchtberatung und -therapie in der Schweiz

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) leitet bis heute fünf statistische Erhebungen im Bereich der Suchtberatung und -therapie. Die Daten werden im Rahmen der nationalen Methadonstatistik, der heroingestützten Behandlung (HeGeBe), der Statistik der stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit in der Schweiz (SAKRAM/CIRSA), des Forschungsverbunds stationäre Suchttherapie (FOS) und der Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (SAMBAD) erhoben. Diese Erhebungen werden unter der Verantwortung der SFA und des ISF im Auftrag des BAG erstellt.

Das BAG hat beschlossen, die fünf erwähnten Teilerhebungen zu harmonisieren und zu einer einheitlichen nationalen Suchthilfestatistik zusammenführen: zur Statistik Act-Info (addiction care and therapy information). Diese startete am 1.1.2004 und trat somit ihre erste Betriebsphase an. Act-Info wird im Auftrag des BAG vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (ISPM), der SFA und dem ISF geführt.

4.1.7.5 Epidemiologie

Epidemiologische Erhebungen über den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten in der Schweiz wie z. B. die Schweizerische Gesundheitsbefragung des BFS oder die Schülerbefragung der SFA decken oft mehrere suchtrelevante Bereiche ab. Im Vordergrund stehen dabei Fragen zur Epidemiologie der substanzabhängigen Suchtformen und zu Essstörungen.

4.2 Beurteilung der bisherigen Suchtpolitik aus der Sicht von Sachverständigen

Die nachstehende Beurteilung der bisherigen Suchtpolitik des Bundes beruht auf erfahrungsbezogenen Meinungsäusserungen von suchtpolitisch tätigen Sachverständigen in der Schweiz. Zur Ermittlung dieser Meinungen wurde im Herbst 2003 eine schriftliche offene Befragung über die bisherige Suchtpolitik sowie über die Erwartungen an die zukünftige Suchtpolitik des Bundes durchgeführt. Zur Teilnahme an der Befragung eingeladen wurden 126 vom BAG ausgewählte Sachverständige von Kantonen, Städten, Bund, Wissenschaft, Fachstellen und Verbänden sowie Einzelpersonen (vgl. die Liste der Befragten im Anhang ab S. 164). Sie wurden als Fachpersonen und nicht als Repräsentanten von Institutionen oder Gremien angesprochen und zu ihrer persönlichen Meinung befragt. Die Auswahl hatte keinen Repräsentativitätsanspruch, sie sollte aber Gewähr bieten, dass sich die wichtigsten suchtpolitisch relevanten Institutionen der Schweiz Gehör verschaffen konnten und dass eine möglichst breite Palette der vorhandenen Meinungsvielfalt zur Geltung kommen konnte. Besonders beachtet wurde, dass von jeder der in Kap. 3.2 als möglicherweise suchtpolitisch relevant bezeichneten 14 Suchtformen Sachverständige zur Teilnahme eingeladen wurden. Als Instrument diente ein Fragebogen mit sechs offenen Fragen (vgl. Anhang S. 169) in Deutsch und Französisch, der auf dem Internet heruntergeladen und zur Auswertung per E-Mail eingesandt werden konnte. Nach einmaliger Anmahnung durch das BAG hatten bis Ende Oktober 2003 67 (bzw. 53%) der angeschriebenen Personen den ausgefüllten Fragebogen eingesandt.

An einer vom BAG organisierten Tagung im Januar 2004, an der ein grosser Teil der Befragten präsent war, wurden erste Ergebnisse der Befragung sowie weitere Hintergrundthemen vorgestellt. Anschliessend wurde in Workshops vertieft über bisherige Erfahrungen sowie über Erwartungen an die neue Suchtpolitik des Bundes diskutiert (vgl. Programm und Fragestellungen der Tagung vom 21. 1. 2004 auf S. 171).

Die nachfolgend dargestellten Meinungen der Sachverständigen beruhen auf den Antworten zur Befragung sowie auf den Ergebnisprotokollen der Workshops der Tagung. Das Erkenntnisinteresse richtete sich bei beiden Veranstaltungen auf die Vielfalt der Meinungen. Dies hatte zur Folge, dass sich die Befragten zu sehr unterschiedlichen Aspekten der sehr offen gehaltenen Fragen äusserten und dass viele Sachverhalte widersprüchlich beurteilt wurden. Dem wird in der nachfolgenden Analyse weitgehend Rechnung getragen. Die Methode der offenen Befragung sowie die nicht gegebene Repräsentativität der Befragten lassen keine quantitative Schlüsse zu.

Obschon sich die Befragung und die Tagung ausdrücklich auf die Suchtpolitik in einem umfassenden Sinn (substanzabhängige und substanzunabhängige Formen sowie Essstörungen) bezog, standen bei den Antworten vieler Befragten die Erfahrungen im Bereich der illegalen Drogen deutlich im Vordergrund. Bei vielen Antworten war dieser enge Bezug explizit ersichtlich, bei andern ergab er sich implizit aus dem Gesagten. In einigen wenigen Fällen war nicht eindeutig erkennbar, auf welche Sachverhalte oder Politikbereiche sich die Äusserungen bezogen, so dass die Antworten nicht in die Auswertungen einfließen konnten.

4.2.1 Suchtpolitik generell

Für viele fehlt es der Suchtpolitik des Bundes an Kohärenz und an Glaubwürdigkeit. Manche Befragte monieren, dass der Bund keine Suchtpolitik im umfassenden Sinne des Wortes hat, sondern lediglich einzelne Bereichspolitiken, namentlich in den Bereichen illegale Drogen, Alkohol und Tabak, und dass diese Bereichspolitiken untereinander ungenügend koordiniert sind. Es fehlt an einer Vision und an einem umfassenden konzeptionellen Rahmen der Suchtpolitik des Bundes, in dem klar und verbindlich zum Ausdruck kommt, welche suchtpolitischen Ziele er aus welchen Beweggründen mit welchen Mitteln und Strategien erreichen will. Diese Defizite werden von einigen u. a. darauf zurückgeführt, dass der Bund über keinen umfassenden gesetzlichen Rahmen für die Suchtpolitik verfügt, wie dies ursprünglich mit dem Suchthilfegesetz geplant war.

Die Drogenpolitik wird als stark dominierendes Element der Suchtpolitik wahrgenommen, während die Massnahmen im Bereich der legalen Suchtmittel – vor allem bezüglich des Missbrauchs von Alkohol und Medikamenten – als ungenügend und ineffizient beurteilt werden. Verschiedene weisen darauf hin, dass der Bund im Bereich der Essstörungen und der nichtsubstanzgebundenen Suchtformen – mit Ausnahme der Spielsucht – praktisch nicht in Erscheinung tritt. Beklagt wird auch, dass die bestehenden gesetzlichen Regelungen im Bereich der substanzgebundenen Suchtformen nicht dem Schadenspotenzial für die öffentliche Gesundheit entspricht, sind doch die volksgesundheitlich schädlichsten Suchtformen nur mässig (Tabak) bis mittel stark (Alkohol) reguliert, während bei den volksgesundheitlich weniger kostspieligen illegalen Drogen flächendeckend Prohibition herrscht. Ebenso wird darauf hingewiesen, dass auch die suchtpolitischen Mittelaufwendungen disproportional sind, d. h. dass namentlich für die Bekämpfung des Konsums der illegalen Drogen zuviel und für die Bewältigung der Probleme der legalen Substanzen zuwenig Mittel eingesetzt werden. Moniert wird auch, dass die Suchtpolitik in der letzten Zeit stark in Richtung einer einseitigen Medizinalisierung läuft und dabei sozialpolitische, psychologische und therapeutische Aspekte vernachlässigt werden.

Die fehlende politische und konzeptuelle suchtpolitische Kohärenz wieder spiegelt sich auch auf der Ebene der Entwicklung und vor allem des Vollzugs der Massnahmen. Die Zuständigkeiten für die verschiedenen Suchtformen (und z. B. im Falle von Alkohol sogar bei einer einzelnen Suchtform) sind auf mehrere Departemente, Ämter und Sektionen verteilt, die zum Teil unterschiedliche Ansätze vertreten. Unter diesen Umständen entstehen immer wieder Interessenkonflikte und Doppelspurigkeiten, die der Effizienz und der Wirksamkeit der getroffenen Massnahmen abträglich sind.

Beim BAG werden lange bürokratische Wege, unklare Zuständigkeiten und allzu häufige Personalwechsel beklagt, durch den die Kommunikation und die Kontinuität der Zusammenarbeit zwischen dem BAG und den Kantonen beeinträchtigt werden. Vertreter der Städte vermissen die direkte Kommunikation mit dem BAG und müssen sich zu oft durch die Medien auf dem Laufenden halten. Generell wird bemängelt, dass das BAG suchtpolitisch zuwenig führt und die Öffentlichkeitsarbeit vernachlässigt.

Bezüglich der vom BAG geplanten und unterstützten Massnahmen wird bemängelt, dass die strategische Ausrichtung ungenügend ist. Verschiedene Projekte wurden zu kurzfristig angelegt, die Einsicht, dass es manchmal länger dauert, bis ein Projekt implementationsreif sei, ist zuwenig vorhanden, dem Kriterium der Nachhaltigkeit wird zuwenig nachgelebt.

Den suchtpolitischen Fachkreisen im allgemeinen und dem BAG im besonderen wird eine hohe Fachkompetenz attestiert. Positiv vermerkt wird, dass die konzeptuellen Grundlagen und die Massnahmen des BAG in der Regel auf dem aktuellen Wissensstand basieren und fakten- und sachbezogen (evidence based) sind. Die wissenschaftlichen Grundlagenarbeiten und die Evaluations-tätigkeiten werden von vielen geschätzt, einige verweisen indes auch dies-bezüglich auf Mängel. Beklagt wird insbesondere die ungenügende Wirkungs-forschung in den Bereichen Prävention, Behandlung und Repression sowie ein Übermass an Grundlagenforschung im Therapiebereich der illegalen Drogen. Auch weisen mehrere auf die unbefriedigende Situation bei den Informations-systemen (Sambad bzw. Act-info) hin, die nicht in der Lage sind, alle be-nötigten Informationen zeitgerecht bereitzustellen. Eine wesentliche For-schungslücke besteht bei der Frage, wie wissenschaftliche Ergebnisse in die Praxis umgesetzt werden können (Transferforschung). Viele vermissen ein aktuelles, umfassendes und aussagekräftiges Monitoring von suchtpolitisch relevanten Indikatoren.

4.2.2 Drogenpolitik

Das Vier-Säulen-Modell des Bundes als Handlungsgrundlage für die staat-lichen Interventionen im Bereich der illegalen Drogen wird von vielen sehr positiv beurteilt. Der pragmatische Ansatz wird als fortschrittlich, innovativ, und wegweisend bezeichnet und als wertvoller Beitrag zur Versachlichung der Drogendiskussion sehr geschätzt. Auch die grosse internationale Aufmerk-samkeit, die dem Vier-Säulen-Modell zukommt, wird von vielen Fachleuten als Bestätigung für dessen Angemessenheit und Relevanz betont. Grosse Be-deutung wird auch dem vom BAG in langjähriger beharrlicher Arbeit erreichten drogenpolitischen Konsens beigemessen, der den verschiedenen Mass-nahmen eine hohe Legitimität verleiht. Viele zeigen sich indes sehr besorgt darüber, dass dieser Konsens bei einem allfälligen Scheitern der einstweilen festgefahrenen Revision des Betäubungsmittelgesetzes zerbrechen könnte. In diesem Zusammenhang wird verschiedentlich darauf hingewiesen, dass die drogenpolitischen Botschaften und Massnahmen in der Schweiz ohne die mit der Gesetzesrevision angestrebte Verankerung des Vier-Säulen-Modells und ohne Entkriminalisierung des Cannabiskonsums eine ungenügende gesetzliche Abstützung hätten. Es wird befürchtet, dass unter diesen Umständen bei der Entwicklung und beim Vollzug von drogenpolitischen Massnahmen stärker als bisher auf deren politische Verträglichkeit geachtet wird. Dies könnte nach An-sicht von einigen Fachleuten dazu führen, dass die Drogenpolitik anstelle des bisherigen pragmatischen, innovativen und experimentellen Vorgehens ver-

mehrt von Reaktionen auf Notlagen und von einem wenig Wirkung verheissenden Ausbau der Repression geprägt sein wird. Solche Tendenzen laufen den fachlichen Erfahrungen und Überzeugungen zuwider und unterlaufen die bisherige bewährte Vier-Säulen-Politik.

Im Gegensatz zur breiten Akzeptanz des Vier-Säulen-Modells als drogenpolitische Handlungsgrundlage bestehen in Bezug auf die innere Kohärenz des Modells und die Ausgestaltung der einzelnen Säulen erhebliche Divergenzen unter den Fachleuten. Für einige sind die vier Säulen sehr gut aufeinander abgestimmt und miteinander vernetzt, andere bezeichnen die Kohärenz als mangelhaft und die Koordination zwischen den einzelnen Säulen als ungenügend. Viele sind der Ansicht, dass bei der Allokation von Ressourcen die Prävention unterversorgt sei und dass zuviel Mittel in die Therapie und in die Repression fliessen. Demgegenüber vertreten andere die Meinung, dass die aktuelle Mittelzuweisung an die vier Bereiche Prävention, Therapie, Schadenminderung und Repression angemessen und ausgeglichen sei, einzelne wünschen eine Umverteilung der Mittel zugunsten von Prävention und Repression. Ebenfalls umstritten ist die Mittelzuteilung im therapeutischen Bereich. Während für einige der aktuelle Mitteleinsatz adäquat ist, sind andere der Meinung, dass insbesondere seit der Anpassung der IV-Praxis im Bereich der stationären Suchthilfe durch das BSV zuwenig Mittel für die stationären Therapien verfügbar sind und dass dies das ohnehin unbefriedigende Ungleichgewicht zwischen den Therapiezielen "Substitution" und "Ausstieg" noch verstärken würde. In Bezug auf die Ausgestaltung von Programmen und Massnahmen vermerkten verschiedene, dass die Säule "Schadenminderung" bei der harten Droge Heroin weit besser entwickelt ist als bei den von der Öffentlichkeit als weniger bedrohlich wahrgenommenen anderen illegalen Drogen wie Kokain, Cannabis oder Designerdrogen. Lobend erwähnt wurden demgegenüber namentlich das Präventionsprogramm im Früherfassungsbereich "supraf", die Massnahmen für die heroingestützte Behandlung (HeGeBe), für die Sicherung der Qualität der Therapien im Drogen- und Alkoholbereich (QuaTheDA) sowie die Koordinations- und Dienstleistungsplattform Sucht (KDS).

Die Konzeptualisierung der föderalistischen Arbeits- und Kompetenzaufteilung - übergeordnete Aufgaben wie Konzeptentwicklung, Initiierung neuer Ansätze, Anstossfinanzierung, Bereitstellung von wissenschaftlichen Grundlagen und Koordination der Massnahmen zentral beim Bund, Vollzug der Massnahmen dezentral bei den Kantonen, Gemeinden und Privaten - wird von vielen als sinnvoll und zweckmässig beurteilt. Lobend erwähnt wird namentlich, dass die Vier-Säulen-Politik von den Kantonen gut umgesetzt werden kann und dass diese vom Bund die nötigen Informationen und Unterstützung zur politischen Steuerung im Drogenbereich erhalten. Von einigen wird positiv vermerkt, dass es dank den Bemühungen des Bundes gelungen ist, im Bereich der Vier-Säulen-Politik ein gemeinsames Vokabular zu etablieren. Andere weisen indes darauf hin, dass viele im Alltag benutzte Begriffe unklar sind und uneinheitlich verwendet werden.

Von vielen beklagt wird die grosse Heterogenität im Massnahmenvollzug zwischen den Kantonen und den Landesteilen. Nicht alle Kantone tragen die Vorgaben des Bundes in genügendem Masse mit, sie verfolgen in verschiedenen Belangen sehr unterschiedliche Ansätze und sind untereinander schlecht koordiniert (z. B. die Methadonsubstitution). Diese Koordinationsmängel werden teilweise auch dem BAG angelastet, von dem eine aktivere

Präsenz und Führung (z. B. durch die Erarbeitung von Richtlinien u. a.) zur Stärkung der Kohärenz und der Vernetzung zwischen den Kantonen vermisst wird. Das BAG kann auch nicht allen Erwartungen bezüglich Qualitätskontrolle und Projektentwicklung entsprechen. So sind einige der Meinung, dass das BAG im Sinne des Subsidiaritätsprinzips zu ausgewählten Themen selbst Projekte initiieren soll, wenn kein ausreichendes Angebot vor Ort besteht, während andere finden, dass der Bund nicht selbst Projekte entwickeln sollte, sondern sich auf seine Koordinations- und Qualitätssicherungsaufgaben zu beschränken habe. Moniert wird auch, dass sich der Bund bei der Entscheidungsfindung zu wenig um den Einbezug der Betroffenen bemüht. Positiver beurteilt wird das bestehende Modell der Projektfinanzierung, dank dem auch lokale Initiativen und Netzwerke unterstützt werden können. Von einigen wird ein umfassendes strukturiertes Finanzierungskonzept des Bundes vermisst, das die Finanzierung und die Finanzierungsmodalitäten sowohl zwischen den vier Säulen als auch zwischen Bund, Kantonen, Gemeinden und Privaten langfristig regeln würde.

Neben der für einige ungenügenden Koordination und Führung beim Massnahmenvollzug wird dem BAG auch eine ungenügende Öffentlichkeits- und Sensibilisierungsarbeit angelastet. Das BAG war jeweils nur bei nationalen Abstimmungen zu Drogenfragen als meinungsbildende Fachautorität sichtbar. Auch wurde oft zu wenig berücksichtigt, dass in der Schweiz in Suchtfragen ein ausgesprochener Wertepluralismus herrscht, dem in der öffentlichen Kommunikation Rechnung getragen werden sollte. Einige vertraten die Meinung, dass das Fehlen einer kontinuierlichen drogenpolitischen Öffentlichkeitsarbeit durch das BAG der heute herrschenden drogenpolitischen Polarisierung in der Gesellschaft Vorschub geleistet habe. Dadurch, dass es dem BAG nicht gelungen sei, der Bevölkerung die Massnahmen und Erfolge der Drogenpolitik klar genug vor Augen zu führen, trage das Amt auch eine Mitverantwortung für die oben erwähnte Verzögerung bei der Revision des Betäubungsmittelgesetzes.

Viele der Befragten sind der Ansicht, dass die schweizerische Drogenpolitik der letzten Jahre insgesamt erfolgreich war und dass dies zu einer Entschärfung der Virulenz der Probleme führte. Konkret angeführt wurden die Ergebnisse der drogenpolitischen Volksabstimmungen auf Bundesebene (Ablehnung der Initiativen "Jugend ohne Drogen" und "Droleg", Annahme des Bundesbeschlusses über die ärztliche Verschreibung von Heroin), die als Bestätigung der Vier-Säulen-Politik angesehen werden, ferner die Schliessung der offenen Szenen, die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Abhängigen sowie ein Rückgang der Beschaffungskriminalität. Kritischer beurteilt wird die Repression, die als zu teuer und wenig erfolgreich bezeichnet wird.

4.2.3 Übrige Suchtformen

Die Suchtpolitik des Bundes im Bereich der legalen Substanzen Alkohol und Tabak wird von einigen der wenigen Befragten, die sich überhaupt dazu äusserten, als träge, wenig innovativ und wenig erfolgreich beurteilt. Namentlich bemängelt wird, dass der Bund spät oder gar nicht auf neue Entwicklungen und Problemlagen reagiere. Einige sind auch der Meinung, dass sich der Bund im Konflikt zwischen den wirtschaftlichen Interessen der Alkohol- und Tabakindustrie und den gesundheitspolitischen Imperativen zu wenig nachhaltig für die Volksgesundheit einsetze, andere vermerkten diesbezüglich für die jüngste Zeit eine lobenswerte Verstärkung der gesundheitspolitischen Interessenwahrung des Bundes gegenüber der Tabakindustrie.

Einzelne sind auch der Ansicht, dass der Bund im Konflikt zwischen den suchtpolitischen und den fiskalpolitischen Zielen bei der Alkoholbesteuerung die Erzielung möglichst hoher Steuererträge höher gewichtet als die gesundheitspolitisch angestrebte Senkung der Suchtprobleme. Sie verweisen auch darauf hin, dass sich bei der ins Auge gefassten zukünftigen Besteuerung des Cannabis die gleichen Zielkonflikte stellen werden und sie befürchten, dass auch dies die Verfolgung der suchtpolitischen Zielsetzungen beeinträchtigen könnte.

Die neue Tabakpolitik des Bundes wird als mustergültig und für andere Suchtbereiche wegweisend bezeichnet. Die Aufstockung des Budgets und das neue Programm zur Tabakprävention 2001-2005 werden als grosser Fortschritt gewertet.

Spezifisch zur Alkoholpolitik äusserten sich nur wenige der Befragten. Lobend erwähnt wurden die kantonalen Alkoholaktionspläne (KAAP), die von den Kantonen als wertvolle Unterstützung und als sehr anregend empfunden werden.

Auch zur Spielsucht liegen nur vereinzelte Kommentare vor. Bemängelt wird dabei namentlich das Fehlen einer konkreten Strategie und von Vorgaben, ob und wie sich die Kantone spielsuchtpolitisch engagieren sollen.

4.3 Fazit

Die Fülle der weiter oben präsentierten suchtpolitischen Regelungen und Projekte darf nicht über jene Unausgewogenheit hinwegtäuschen, die von vielen befragten Sachverständigen beklagt wird. Der Bund beschäftigt sich an erster Stelle mit dem Kampf gegen Produktion, Handel und Konsum von illegalen Drogen. Im Bereich der legalen Drogen Alkohol und Tabak sind die Anstrengungen des Bundes zwar ebenfalls bemerkenswert, aber deutlich bescheidener. Noch diskreter sind die Massnahmen im Bereich der Essstörungen. Bei der Bekämpfung der Spielsucht und des Medikamentenmissbrauchs beschränkt sich der Bund auf angebotslenkende und –kontrollierende Massnahmen, bei allen übrigen Suchtformen sind weder Massnahmen noch Zuständigkeiten auszumachen. In diesem Muster reflektieren sich die Wahrnehmungen und Prioritäten von Suchtproblemen in der Öffentlichkeit und deren Artikulation in der Politik, nicht aber jene der Fachwelt, die eine klare Priorisierung der durch den Konsum von Alkohol und Tabak verursachten Probleme verlangen würde. Aus dieser fachlichen Perspektive fallen insbesondere auch das Politikdefizit bei der Arbeits- und Kaufsucht sowie die dem Ausmass der Probleme ebenfalls nicht gerecht werdenden minimalen Massnahmen bei der Spielsucht und beim Medikamentenmissbrauch auf.

Die Darstellung der verschiedenen Gesetzesgrundlagen und Massnahmen reflektiert auch die von den Sachverständigen monierten Inkohärenzen der eidgenössischen Suchtpolitik. Diese manifestieren sich auf praktisch allen Handlungsebenen von den Rechtsgrundlagen über die verschiedenen Programme bis hin zum Vollzug. Dabei zeigt sich allerdings deutlich, dass Inkohärenzen in einem wesentlichen Mass ein konstituierendes Element aller helvetischen Politikleistungen sind und als solche nur sehr bedingt beeinflussbar sind. Dies gilt namentlich für den Rechtsrahmen bzw. die von vielen beklagte, fachlich nicht zu rechtfertigende Trennung in legale und illegale Substanzen, und die oft mühevoll koordinierte und Homogenisierung des föderalistischen Vollzugs in den Kantonen. Trotz dieser schwierigen Rahmenbedingungen bleibt

freilich der Eindruck, dass das BAG seine Führungsaufgabe zuwenig prägnant und nachhaltig wahrnimmt und dass es die trotz allem bestehenden Handlungsspielräume nicht immer optimal ausschöpft.

Methodisch ist die suchtpolitische Massnahmenpalette sehr breit. In den drei grossen Handlungsfeldern (illegale Drogen, Alkohol, Tabak) wird gleichzeitig und mit mehreren unterschiedlichen Instrumenten sowohl auf die Nachfrage als auch auf das Angebot eingewirkt, Anreize und Verbote spielen eine ebenso wichtige Rolle wie persuasive Massnahmen. Gerade im Bereich der illegalen Drogen war der Bund etwa mit der Einführung der Schadenminderung als neue Zielsetzung, mit der heroingestützten Behandlung als zusätzliche therapeutische Massnahme oder mit dem Vorschlag des Opportunitätsprinzips (Möglichkeit, strafrechtlich verbotenes Verhalten unter bestimmten, im Gesetz näher bezeichneten Voraussetzungen straflos zu lassen) beim Cannabishandel und -anbau im Revisionsvorschlag des Betäubungsmittelgesetzes politisch sehr pragmatisch und methodisch innovativ. Diese Innovationsbereitschaft kontrastiert indes mit der bisher nur wenig evaluierten Wirksamkeit der Suchtpolitiken oder der Programme. Die vorliegenden, nur punktuell aussagekräftigen Evaluationsergebnisse über die Drogen-, Alkohol- und Tabakprogramme hinterlassen einen eher durchgezogenen Eindruck. Dort wo Wirkungen nachgewiesen werden konnten, fehlen Angaben über die Nachhaltigkeit und allfällige unerwünschte Nebeneffekte. Es fällt zudem auf, dass sich die Evaluationsbemühungen vorwiegend auf persuasive Massnahmen und andere Beeinflussungen des individuellen Suchtverhaltens konzentrieren, während den verschiedenen angebotslenkenden Massnahmen und in der Drogenpolitik insbesondere der Repression kaum Beachtung geschenkt wird.

Die vielen Detailkritiken der Sachverständigen am Bund und namentlich am BAG dürfen indes nicht darüber hinwegtäuschen, dass das Engagement und die Unterstützungsleistungen durch den Bund von der Fachwelt sehr geschätzt werden und dass den zuständigen Kadern und Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern durchwegs eine hohe Fachkompetenz und ein grosser Leistungswille attestiert werden. Wenn auch kaum je angesprochen, ist es doch den meisten einsichtig, dass manches, was in der Befragung etwas pauschal "dem Bund" angelastet wird, in der Tat Ausdruck der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist, auf die der Bund nur beschränkt Einfluss hat. In grundlegenden fachlichen Fragen wie etwa dem Vier-Säulen-Modell oder der Forderung nach einer stärkeren Betonung von Prävention und Angebotslenkung besteht ein breiter Konsens zwischen den Sachverständigen und den Repräsentanten des Bundes. Dieser Konsens von oft unausgesprochenen Selbstverständlichkeiten bildet eine sehr wertvolle kulturelle Plattform, ohne die vieles des bis heute Erreichten nicht möglich gewesen wäre und auf die auch alle zukünftigen Vorhaben aufbauen können.

5 Anforderungen an eine neue Suchtpolitik des Bundes

Wie die vorangehende Beurteilung der bisherigen Suchtpolitik des Bundes (vgl. Kap. 4.2) beruhen auch die nachfolgenden Anforderungen an eine neue Suchtpolitik auf erfahrungsbezogenen Anregungen und Erwartungen von suchtpolitisch tätigen Sachverständigen. Diese werden ergänzt durch eine Auswertung von Erfahrungen mit integrativen Suchtpolitiken aus andern Ländern (vgl. Kap. 5.2).

5.1 Anregungen und Erwartungen der Sachverständigen

Die Meinungen der Sachverständigen zu einer neuen Suchtpolitik des Bundes wurden im Rahmen der oben bereits vorgestellten, im Herbst 2003 durchgeführten schriftlichen offenen Befragung (vgl. Kap. 4.2) ermittelt und mit weiteren Hinweisen aus den Protokollen der vom BAG organisierten Tagung vom Januar 2004 ergänzt.

Die in der Einleitung zum Kap. 4.2 aufgeführten Relativierungen und Vorbehalte bezüglich der Aussagekraft und der Repräsentativität der Umfrageantworten gelten auch hier: die Anforderungen sind teilweise widersprüchlich, das Erkenntnisinteresse richtete sich primär auf die qualitative Vielfalt von Vorschlägen und Meinungen und nicht auf eine quantitative Gewichtung einzelner Äusserungen, zudem erhalten auch hier – bedingt durch die spezifische Zusammensetzung des Befragtenkreises – die drogenbezogenen Erfahrungen mehr Resonanz als die aus der Arbeit mit andern Suchtformen gewonnenen Erkenntnisse.

5.1.1 Integrale oder fragmentierte Suchtpolitik?

Nahezu alle Befragten würden es begrüßen, wenn der Bund anstelle seiner bisher stark fragmentierten Suchtpolitik in Zukunft einen integralen Ansatz verfolgen würde. Viele versprechen sich davon einen sach- bzw. problemadäquateren Umgang mit Suchtproblemen. Im Einzelnen wird darauf verwiesen, dass sich die verschiedenen Abhängigkeitsformen in wesentlichen personalen Grundzügen - Motivationen, Leiden, traumatische Biographien und neurobiologische Prozesse - kaum unterscheiden. Auch die verfolgten Präventions- und Therapieansätze unterscheiden sich nicht grundsätzlich. Die Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Suchtmitteln lässt sich aus fachlicher Sicht nicht rechtfertigen. Im Hinblick auf das suchtpolitische Ziel, ein gesellschaftliches Umfeld zu schaffen, in dem gefährdete Menschen leben können, ohne in eine Abhängigkeit zu geraten, müssen namentlich bei der Primärprävention die zu engen Grenzen der fragmentierten Ansätze überwunden bzw. durch einen globalen Ansatz ergänzt werden. Ebenso wichtig ist dies vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Mehrfachabhängigkeiten stark verbreitet sind und dass auch Übergänge von einer Suchtform in eine andere immer häufiger beobachtet werden. Zudem haben Beratungs- und Behandlungssuchende – in diesem Zusammenhang speziell erwähnt werden Migrantinnen und Migranten – in der unübersichtlichen Vielfalt der fragmentierten Angebote Orientierungsschwierigkeiten, die sich auf ihre Behandlungsbereitschaft demotivierend auswirken. Diesen Phänomenen kann mit einer fragmentierten Arbeitsweise nicht

adäquat begegnet werden. Verschiedene weisen denn auch darauf hin, dass sich suchtspezifische bzw. suchtübergreifende Ansätze in der präventiven und therapeutischen Praxis bereits vielfach bewährt haben. Schliesslich wird von einer integralen Suchtpolitik des Bundes auch erwartet, dass sie so auf die Öffentlichkeit einwirken kann, dass diese Sucht verstärkt als gesamtgesellschaftliches Problem wahrnimmt, von dem ein grosser Teil der Bevölkerung direkt oder indirekt betroffen ist. Dies würde dazu beitragen, dass sich auch die politische Aufmerksamkeit verstärkt über den Rahmen der illegalen Drogen hinaus auf alle relevanten Suchtformen ausrichten würde.

Neben einer verbesserten Sach- und Problemadäquanz versprechen sich viele von einem integralen Ansatz auch eine Verbesserung der Kohärenz und eine erhöhte Effizienz und Nachhaltigkeit des suchtpolitischen Handelns. Effizienzsteigerungen verspricht man sich insbesondere von einer Verbesserung der Koordination, von einer Elimination von Doppelspurigkeiten und von einer gezielten Nutzung von Synergien in allen suchtpolitisch relevanten Handlungsfeldern. Mehr Kohärenz könnte erzielt werden, wenn alle suchtpolitisch relevanten Ziele, Botschaften und Massnahmen besser aufeinander abgestimmt wären.

Für eine unveränderte Weiterführung der bisherigen fragmentierten Suchtpolitik plädieren nur wenige. Viele hingegen äussern Skepsis und verweisen auf die Grenzen und Risiken einer integrativen Neuausrichtung. Im Vordergrund der geäusserten Bedenken stehen politische Erwägungen. So wird darauf verwiesen, dass die bestehende gesetzliche Trennung zwischen legalen und illegalen Substanzen keine Gleichbehandlung im Rahmen einer integralen Suchtpolitik ermöglicht und dass die Trennung in legale und illegale Substanzen sowohl in der Gesellschaft wie auch in der Politik sehr stark verankert ist, so dass eine Änderung der gesetzlichen Grundlagen politisch nicht durchsetzbar ist. Auch wird mit dem Hinweis auf die Erfahrungen mit den Zwillingsinitiativen befürchtet, dass integrative legislatorische Bestrebungen zu einer Allianz der Gegner (Tabakindustrie, Alkoholproduzenten, Gastgewerbe, Hanfgegner usw.) führen könnte. Dies würde nicht nur zu einem gesetzgeberischen Misserfolg führen, sondern hätte möglicherweise auch zur Folge, dass bisher Erreichtes aufs Spiel gesetzt würde. Mögliche Widerstände gegen integrative Bestrebungen werden aber nicht nur in Politik und Gesellschaft, sondern auch bei suchtspezifischen Akteuren auf allen Ebenen (Bund, Kantone, Städte/Gemeinden, Private) geortet, insbesondere dort, wo althergebrachte Besitzstände, Positionen und Vorteile im institutionellen Gefüge in Frage gestellt würden und allenfalls Ressourcen umzuverteilen wären.

Aber auch aus fachlicher Sicht werden Bedenken gegen einen integrativen Ansatz geäussert. So wird darauf verwiesen, dass sich die verschiedenen Suchtformen z. B. in Bezug auf die soziodemographische Zusammensetzung der Populationen, auf den unterschiedlichen Verlauf von Abhängigkeitsmustern oder auf spezifische Behandlungsfolgenwirkungen erheblich unterscheiden und demzufolge suchtspezifische Massnahmen und Einrichtungen unabdingbar sind. Auch wird befürchtet, dass ein integrativer Ansatz zu einer Verwässerung der Angebotsprofile und zu einem Verlust von bestehendem Know-how führen könnte. Da zudem der aktuelle epidemiologische und behandlungsspezifische Wissensstand zwischen den einzelnen Suchtformen stark variiert, sind suchtspezifische Vorgehensweisen unabdingbar, da sonst in den sehr gut erforschten Bereichen mit einer Angleichung der Ansprüche nach unten und mit entsprechenden Wissensverlusten zu rechnen ist. Schliesslich

wird auch darauf verwiesen, dass die heutige fragmentierte Suchtpolitik sehr innovationsfreudig ist und dass bei einem integralen Ansatz die Offenheit für Experimente leiden könnte.

5.1.2 Integrationsoptionen

Es besteht ein weitgehender fachlich und pragmatisch begründeter Konsens darüber, dass eine wirkungsvolle Suchtpolitik sowohl integrale als auch suchtspezifische Elemente enthalten muss. Die Vielfalt der eingebrachten Anregungen und Vorschläge über die Ausgestaltung einer solchen Integration lässt sich in fünf verschiedenen, weitgehend komplementären Optionen zusammenfassen.

1. Als kleinstmöglicher programmatischer Integrationsschritt wird – unter Beibehaltung der bisherigen fragmentierten Vorgehensweise – eine verbesserte Abstimmung und Koordination der verschiedenen suchtpolitischen Massnahmen, Projekte und weiteren Aktivitäten vorgeschlagen. Damit könnten Doppelspurigkeiten eliminiert, Synergien besser genutzt und Wirkungen verbessert werden.
2. Eine zweite Option beschränkt sich darauf, die bestehende Fragmentierung lediglich bei der Finanzierung der verschiedenen Suchtpolitiken zu überwinden. Vorgeschlagen wird, alle an suchtpolitische Zwecke gebundenen Abgaben (z. B. Alkoholzehntel, Tabakabgabe) besser zu koordinieren bzw. in einen "nationalen Suchtfonds" zusammenzulegen und daraus ein Globalbudget für die Suchtpolitik zu speisen.
3. Deutlich weiter reicht der Vorschlag, innerhalb des bestehenden fragmentierten Rahmens je nach Anforderungen suchtspezifische und suchtungsspezifische Ansätze nebeneinander zu entwickeln und zu verfolgen. Es wird darauf verwiesen, dass eine solche Praxis in der Prävention bereits vielfach erprobt wurde und sich als erfolgreich erwies. Umstritten ist die Frage, ob sich die integrativen Ansätze auf die Prävention beschränken sollten oder aber ob solche auch in der Sekundärprävention und allenfalls für die andern Säulen des Modells zu entwickeln wären. Einige sehen in ausgewählten thematischen Bereichen ein Integrationspotenzial. Genannt werden in diesem Zusammenhang etwa der Jugendschutz, Sucht im Alter, Mehrfachabhängigkeiten oder Suchtverlagerungen.
4. Von vielen befürwortet wird der Vorschlag, ein "Leitbild Suchtpolitik" zu entwickeln, in dem die wesentlichen Grundsätze der schweizerischen Suchtpolitik wie z. B. Grundwerte und Definitionen, Zweck, Ziele, Zielgruppen, Strategien oder die zu berücksichtigenden Suchtformen festgehalten werden. Verschiedene schlagen vor, dieses Leitbild konzeptuell auf das bewährte Vier-Säulen-Modell der Drogenpolitik des Bundes abzustützen bzw. dieses auf alle anderen Suchtformen auszuweiten. Dieses Leitbild würde dann einen konzeptuellen Rahmen abgeben, in dem einerseits Massnahmen für das gesamte Suchthilfesystem verankert werden könnten, während andererseits wie bisher suchtformspezifische Programme mit ihren je spezifischen Zielen und Strategien zu verfolgen wären, soweit sie mit dem Leitbild kompatibel sind.
5. Einige schlagen schliesslich vor, die integralen Bestrebungen nicht nur auf der konzeptuellen, sondern ebenso sehr auf der legalen Ebene zu verankern. Die einen regen an, alle relevanten Regelungen in einem um-

fassenden Suchtgesetz zu bündeln, andere würden ein allgemeines Suchtgesetz (Rahmengesetz) bevorzugen, das durch suchtförmenspezifische Einzelgesetze zu ergänzen wäre.

Von vielen gewünscht wird schliesslich ein professioneller Politik- und Programmaufbau und eine effiziente Führung. Es braucht ein klares Programm, das auf einer Analyse des Handlungsbedarfs beruht, auf die expliziten Prioritäten des Bundes ausgerichtet ist und wirksame und nachhaltige Massnahmen enthält. Für die Umsetzung bedarf es einer griffigen Qualitätskontrolle, alle Programme und Projekte müssen auf ihre Wirksamkeit und Nachhaltigkeit hin evaluiert werden. Grundlagen der Politik sollen einheitliche Begriffe und Definitionen sowie die Prinzipien des Public Health sein. Die Programme sollen allen Beteiligten klare Leitlinien aufzeigen, aber auch für neue Entwicklungen offen bleiben. Die einzelnen Massnahmen und Projekte sollen auf Zahlen und Fakten beruhen (evidence based) und ein optimales, wissenschaftlich belegtes Kosten-Nutzen-Verhältnis anstreben. Mit Nachdruck wird schliesslich ein Monitoring gewünscht, mit dem einerseits die Problementwicklungen kontinuierlich beobachtet und andererseits der Massnahmenvollzug konsequent überwacht werden können. Verschiedentlich vorgeschlagen wird in diesem Zusammenhang die Schaffung eines von einer breiten Trägerschaft (Bund, Kantone, Experten) gestützten "Centre d'excellence" oder "Think Tank" (wie z. B. das EMCDDA), das auf der Basis des Monitorings eine regelmässige Bedarfsermittlung, Steuerung und Evaluation der Suchtpolitik vornimmt.

5.1.3 Gegenstände, Ziele und Zielgruppen einer neuen Suchtpolitik

Für einige Vertreter der Drogenpolitik steht die Kontinuität, d. h. die Weiterführung der in den bisherigen drogenpolitischen Massnahmenpaketen bewährten Arbeitsweise, im Vordergrund. Der Einbezug weiterer Suchtförmens wird von einzelnen explizit abgelehnt, von andern nur dann als wünschenswert erachtet, wenn die Gesamtkonzeption und die bisherigen Errungenschaften der Vier-Säulen-Politik nicht in Frage gestellt werden. Viele sind indes der Meinung, dass sich eine integrale Suchtpolitik in jedem Falle mit den Problemen des Konsums von illegalen Drogen, Alkohol und Tabak beschäftigen sollte. Für einige gehören auch der Missbrauch von Medikamenten sowie die Spielsucht dazu, andere möchten den Kreis weiterziehen und auch Essstörungen und weitere substanzunabhängige Suchtförmens miteinbeziehen. Für einzelne müssten schliesslich auch weitere Handlungs- und Problemfelder, die in einem mehr oder weniger engen Bezug zur Suchtproblematik stehen, Gegenstand einer integralen Suchtpolitik sein, wie z. B. Gesundheitsförderung, Gewalt, Suizid, psychische Erkrankungen, Sexualität und AIDS.

In Bezug auf die generellen Ziele der Suchtpolitik besteht ein nicht weiter thematisierter Konsens, dass es in erster Linie darum geht, die Entstehung von *Abhängigkeiten* zu verhindern und bei bestehender Abhängigkeit den Ausstieg zu fördern oder allenfalls deren Folgeschäden zu mindern. In diesem Zusammenhang wird explizit gefordert, dass die Zielsetzung der Schadenminderung auch beim Alkohol zur Geltung kommen sollte. Mehrere sind zudem der Ansicht, dass sich die suchtpolitischen Anstrengungen in Zukunft vermehrt auch den Problemen des *Missbrauchs* bzw. des nicht abhängigen, aber riskanten oder problematischen Verhaltens zuwenden sollte.

Bezüglich der Zielgruppen wird generell gewünscht, dass alle bisherigen Zielgruppen weiterhin angesprochen werden sollten und dass alle Massnahmen

gender-, schicht-, alters- und ethnieferecht auszugestalten sind. In der Prävention sollte den Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mehr Beachtung geschenkt werden. Bei der Früherkennung besteht ein Bedarf nach neuen Angeboten insbesondere für noch nicht abhängige Konsumenten von Ecstasy, Kokain und Cannabis sowie für Adipositas bei Kindern. Auch für Erwachsene und insbesondere für ältere Personen sollten geeignete Angebote entwickelt werden, da unter diesen eine zunehmende Anzahl von Problemfällen zu verzeichnen seien. Dies gilt einerseits für die legalen Suchtmittel (Alkohol und Medikamente), andererseits aber z. B. auch für Heroin, dessen erste Konsumgeneration heute an der Schwelle des AHV-Alters steht. Defizite werden schliesslich bei der Beratung für Polytoxikomane und bei der Behandlung für Kokainsüchtige ausgemacht, da die bisherige Drogenbehandlung zu stark auf Opiate ausgerichtet sei.

Schliesslich wird auch von mehreren Befragten gewünscht, dass die Prävention zulasten der Repression ausgebaut wird, dass sich der Fokus der Präventionstätigkeit vermehrt vom individuellen Verhalten auf die Strukturen und Rahmenbedingungen verlagern sollte (Verhältnisprävention) und dass dabei den Entstehungsbedingungen von Abhängigkeiten besondere Aufmerksamkeit zukommen sollte.

5.1.4 Wege zu einer neuen Suchtpolitik

Die widersprüchlichen Gesetzesgrundlagen und die gesellschaftliche Wahrnehmung von Sucht werden von vielen als Haupthindernisse auf dem Weg zu einer integrierten Suchtpolitik bezeichnet. Die Überwindung der Unterscheidung von legalen und illegalen Drogen wird als entscheidende Voraussetzung für eine funktionsfähige integrale Suchtpolitik bezeichnet. Während einige der Meinung sind, dass keine weiteren Anstrengungen hin zum integralen Ansatz gemacht werden sollten, solange diese Trennung besteht, schlagen andere ein Vorgehen in kleinen Schritten zur Überwindung der Trennung vor. Im wesentlichen werden drei verschiedene Vorgehensstrategien skizziert:

1. Eine erste Variante sieht vor, dass zunächst die Ausbildung der Fachleute und die Prävention suchtübergreifend gestaltet werden. Dadurch könnte ein solides Fundament gelegt werden, auf dem dann auch in den Bereichen Therapie und Schadensbegrenzung integrative Massnahmen entwickelt werden könnten.
2. Ein zweiter Vorschlag zielt darauf ab, zunächst spezifische Projekte für aus verschiedenen Suchtformen zusammengefasste Zielgruppen mit gleichen oder ähnlichen Problemlagen zu entwickeln. Als Beispiele aufgeführt werden einerseits eine Gruppe "harte Drogen" mit den Suchtmitteln Heroin, Kokain und Amphetamine, andererseits eine Gruppe "weiche Drogen", die die Probleme mit den Substanzen Alkohol, Tabak, Cannabis und synthetische Drogen umfasst. Von diesen Aggregaten aus könnten dann in einem zweiten Schritt umfassendere, gruppenüberschreitende Ansätze erprobt werden.
3. Eine weitere Strategievariante sieht vor, suchtübergreifende oder suchtspezifische Massnahmen für bestimmte Zielgruppen oder Settings wie z. B. Frauen oder Migrantinnen/Migranten zu entwickeln.

Allen diesen Vorschlägen gemeinsam ist die Forderung nach einer übergeordneten suchtpolitischen Strategie und einem pragmatischen schrittweisen Vorgehen. Das Fernziel einer integrierten Suchtpolitik wird von allen grundsätzlich geteilt, aber diese soll auf dem Bestehenden aufbauen und dieses nicht gefährden. Vielfach vorgeschlagen wird, das Vier-Säulen-Modell auf die andern Suchtformen zu übertragen und auch die integrierte Suchtpolitik darauf abzustützen. Gleichzeitig sind sich die meisten aber darin einig, dass auch eine vollständig integrierte Suchtpolitik suchtförmenspezifische Elemente enthalten wird. Viele weisen darauf hin, dass ein solcher schrittweiser Integrationsprozess nur möglich ist, wenn der Bund gegenüber den Betroffenen und der Öffentlichkeit eine klare Kommunikation betreibt und aktiv in die öffentliche Meinungsbildung eingreift. Auch sollte die Botschaft, dass nicht nur die illegalen Drogen, sondern ebenso sehr Alkohol und Tabak für die Betroffenen und für die Gesellschaft eine Belastung darstellen, konsequenter kommuniziert werden. Die Beurteilung des Stellenwerts des Kostenspararguments bei der Forderung nach einer verstärkten Integration schliesslich ist kontrovers. Für die einen ist die Verknüpfung von Integration und Kosten sparen grundsätzlich inakzeptabel. Andere sind der Meinung, dass gerade der Hinweis auf mögliche Spareffekte dem politisch ohnehin schwierigen Unterfangen einer Integration durchaus förderlich sein könnte.

5.1.5 Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen suchtpolitischen Akteuren

Wie in Kap. 4.2 bereits ausgeführt, gibt die gegenwärtige Ausgestaltung und Pflege der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren in der nationalen Suchtpolitik Anlass zu einiger Kritik und demzufolge auch zur Artikulation von Wünschen und Erwartungen. Das Grundprinzip, dass der Bund die Umsetzung seiner Suchtpolitik an diejenigen Akteure delegiert, die über Netzwerke und Know-how verfügen, soll in den Augen vieler beibehalten werden. Hingegen wird gefordert, dass die bestehenden Unklarheiten bei der Aufteilung der Aufgaben und Kompetenzen zwischen den Akteuren geklärt und umfassend kommuniziert werden. Im Zusammenhang mit FiSu wird gewünscht, dass dem Grundsatz "wer zahlt befiehlt" nachgelebt wird.

Eine ganze Reihe von Erwartungen richtet sich explizit an das BAG. Von diesem wird in der Suchtpolitik eine höhere Sichtbarkeit und eine aktivere Führung sowohl innerhalb der Bundesverwaltung wie auch gegenüber den Kantonen, Gemeinden, Städten und Privaten erwartet. Einige fordern ein aktives und gezieltes politisches Lobbying in Parlament und Öffentlichkeit, andere wünschen sich eine gut sichtbare nationale Galionsfigur ("Mister/Miss Sucht"). Die suchtpolitische Kommunikation sollte kohärent, frühzeitig und mit allen Partnern direkt und nicht über die Medien erfolgen. Die bestehenden Gremien und Institutionen sollten vermehrt nach dem "bottom-up-Prinzip" in die Entwicklungsarbeiten und in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Besonders stark ist der Wunsch nach einer aktiveren vertikalen Koordination zwischen Bund, Kantonen, Gemeinden und Privaten sowie horizontal je innerhalb der Bundesstellen, Kantone, Gemeinden, Gremien und Privaten. In diesem Zusammenhang wird auch angeregt, dass der Bund alle Informationen über die Arbeiten an der Basis sowie über geplante und laufende Projekte in den Kantonen zentral sammelt und allen Interessierten zugänglich macht. Ferner wird gewünscht, dass die interdisziplinäre und die suchtförmübergreifende Zusam-

menarbeit, der Erfahrungsaustausch und die Arbeit in Netzwerken vom BAG gezielter und stärker als bisher gefördert werden sollten.

Auch die Zusammenarbeit zwischen den bestehenden Gremien (NDA, SKBS, KKBS, usw.) bedarf nach der Ansicht vieler einer Intensivierung, wobei die Vorstellungen über das "wie" und das "wie oft" kontrovers sind: Die einen schlagen die Schaffung neuer Koordinationsgremien, regelmässige Fachkonferenzen und eine gemeinsame Definition von Jahres- und Legislaturzielen vor, die an einer jährlichen Delegiertenkonferenz zu überprüfen wären. Andere sind der Ansicht, dass keine neuen Gremien geschaffen werden sollten, sondern dass die bestehenden allfälligen neuen Gegebenheiten anzupassen wären. Einige fordern schliesslich eine grundlegende Überprüfung der Gremien und ihres Netzwerkes mit den Zielen, die gebotene Transparenz zu schaffen und die Aufgaben effizienter und wirkungsvoller zu erfüllen. Dabei sollte angestrebt werden, in die bisher ausschliesslich von Fachleuten besetzten Gremien vermehrt auch Politikerinnen und Politiker einzubeziehen und so der Arbeit mehr politisches Gewicht zu geben. Auch der Wunsch nach mehr nationalen Veranstaltungen wird nicht von allen gleichermassen geteilt. Für einige hat sich die Praxis der letzten Jahre bewährt und sollte unverändert weitergeführt werden, andere sind der Ansicht, dass es angesichts der als wenig erfolgreich bezeichneten bisherigen Zusammenkünfte (z. B. Nasuko) nicht mehr als eine nationale Tagung pro Jahr geben sollte.

5.2 Integrationsbestrebungen in anderen Ländern

Das Institut universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne (IUMSP) hat 2003 im Auftrag des BAG die Suchtpolitiken von 16 europäischen Ländern, der EU, der USA sowie von Kanada und Australien analysiert. Ziel der Untersuchung war u. a. die Beantwortung der folgenden drei Fragen:

- Welche dieser Staaten verfolgen eine integrierte Suchtpolitik?
- Wie wird diese Integration begründet?
- Wie werden die integralen Ansätze mit den bestehenden sektoralen Politiken koordiniert?

Gegenstand der Untersuchung waren die jeweiligen nationalen Politiken, Programme, Strategien oder Aktionspläne in den Bereichen der illegalen Drogen und/oder der Abhängigkeit (addiction). Analysiert wurden ausschliesslich drogenpolitische Planungsdokumente. Die Ergebnisse sind mithin eher drogenlastig. Zu beachten ist auch, dass Planungsdokumente erfahrungsgemäss nicht in jedem Fall die gelebte Realität wiedergeben. Nachfolgend werden für die vorliegende Arbeit wichtige Ergebnisse aus dieser Studie zusammengefasst. Für eine umfassende Berichterstattung vgl. Zobel et al. 2003a.

5.2.1 Strategien zur Integration

Die Autoren der Untersuchung halten fest, dass alle einbezogenen Länder über ein substanzspezifisches Programm für illegale Drogen und die meisten über sektorale Programme zu Alkohol und Tabak verfügen. In allen Fällen haben diese sektoralen suchtspezifischen Programme gegenüber allfälligen integrativen Elementen weiterhin ein sehr starkes Gewicht. Alle zwanzig einbezogenen

Länder artikulieren in ihren Planungsunterlagen die Absicht, diese sektoralen Massnahmen untereinander zu verknüpfen oder zu integrieren. Bei dreizehn Ländern schlägt sich diese Absicht in der drogenpolitischen Planung indes nicht oder nur marginal nieder, bei sieben Ländern kann von einem expliziten Integrationsansatz gesprochen werden. Die Integrationsbemühungen haben indes bis jetzt in keinem Fall zu einer umfassenden Suchtpolitik, d. h. zu einer vollständigen Integration aller suchtpolitischen Massnahmen auf der konzeptuellen, strategischen und operationellen Ebene geführt.

Bei den beobachteten Integrationsansätzen lassen sich vier verschiedene Strategien unterscheiden:

- Konzentration auf die illegalen Drogen, bestenfalls ergänzt durch Ansätze zur Ausweitung auf andere Suchtformen auf der operationellen Ebene im Bereich der Prävention (13 Länder, dazu müsste auch die Schweiz gezählt werden).
- Ausweitung der drogenpolitischen Massnahmen auf andere Suchtformen, ohne dass diese mit den bestehenden separaten Programmen für Alkohol, Tabak oder andere Abhängigkeiten verknüpft werden. Es bestehen somit weiterhin je parallele, nicht miteinander verbundene oder abgestimmte Sektoralprogramme, wobei gewisse Zielgruppen in den Bereichen Alkohol und Tabak sowohl von den jeweiligen Sektoralprogrammen wie auch vom Drogenprogramm angesprochen werden. (Deutschland, Frankreich, England, Belgien).
- Integration von Konzepten, Strategien und manchmal auch von Programmen für die Suchtformen illegale Drogen, Alkohol und allenfalls weitere Suchtformen. In diese Integrationsstrategie nicht einbezogen ist die Tabakpolitik, die weiterhin mit separaten Sektoralprogrammen verfolgt wird. (Norwegen, Kanada).
- Entwicklung eines umfassenden konzeptuellen und strategischen Rahmens für alle Suchtformen, bei denen der Staat interveniert. Dieser Rahmen enthält ein Bündel von Ansätzen, Zielen und Methoden, auf die sich alle suchtspezifischen Programme und Projekte zu beziehen haben. Das bisher einzige Land, das eine solche Strategie verfolgt (Australien), beschränkt sich auf die Integration der substanzabhängigen Suchtformen. Die für alle suchtspezifischen Programme verbindlichen gemeinsamen Elemente sind sehr allgemein gehalten.

Die Autoren verweisen auf die grossen konzeptuellen Heterogenitäten unter den untersuchten Ländern. Es bestehen keine einheitlichen Definitionen darüber, was Sucht oder Suchtprobleme sind, wo der Staat in welcher Form intervenieren soll oder welche Ziele bei welchen Zielgruppen mit welchen Ansätzen verfolgt werden. Jedes Land hat seine historischen und kulturellen Besonderheiten, auf denen auch alle allfälligen Integrationsstrategien beruhen.

5.2.2 Motive zur Integration

Angesichts der grossen Heterogenität unter den verschiedenen untersuchten Ländern ist es kaum erstaunlich, dass auch sehr unterschiedliche Motive bestehen, die ein Land zur Weiterführung einer fragmentierten Suchtpolitik oder aber zur Integration der verschiedenen Sektoralpolitiken veranlassen können. Trotz dieser grossen Vielfalt verweisen die Autoren auf einige zentrale länder-

übergreifende Faktoren, die für das Verständnis der jeweils verfolgten Strategie von Bedeutung sind.

Anlass, den fragmentierten Ansatz weiterzuführen, gibt vor allem der Verweis auf die Besonderheiten jeder einzelnen Suchtform und auf die Innovationsfreundlichkeit der fragmentierten Vorgehensweise:

- *Besonderheit:* Jede Suchtform hat ihre eigenen Charakteristiken und steht in einem spezifischen Kontext. Dazu gehören ihr legaler Status, ihre chemischen oder sozialen Merkmale, die soziodemographischen Merkmale der Betroffenen, die Konsum- bzw. Verhaltensmuster, die verursachte Problemlast, wirtschaftliche Interessen z. B. der Hersteller, die politische und die öffentliche Wahrnehmung usw. Diese Besonderheiten erfordern jeweils spezifische Konzepte, Strategien und Massnahmen.
- *Innovationsfreundlichkeit:* Der fragmentierte Ansatz bietet eine gute Möglichkeit, neue Konzepte, Strategien und Massnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu testen und zu vergleichen. Damit besteht gewissermassen eine kompetitive Laborsituation, durch die bewährte Elemente von einer Sektoralpolitik auf eine andere übertragen werden können.

Der angestrebte Übergang von einer fragmentierten zu einer integralen Suchtpolitik wird mit möglichen Verbesserungen in der Kohärenz und in der Adäquanz der einzelnen Massnahmen sowie mit Effizienzgewinnen (Synergien, Kostenreduktionen) begründet:

- *Kohärenz:* Der bestehende fragmentierte Ansatz ist historisch gewachsen und hat zu einer Vielzahl von nicht aufeinander abgestimmten Konzepten, Strategien und Massnahmen geführt. Die fehlende Abstimmung und die teilweise bestehenden Widersprüche zwischen den verschiedenen Sektoralpolitiken behindern ein kohärentes und damit auch glaubwürdiges suchtpolitisches Vorgehen.
- *Adäquanz:* In den letzten Jahren sind der Konsum von psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Tabak, Cannabis) bei Kindern und Jugendlichen und die Polytoxikomanie stark angewachsen. Die Produktion und der Konsum von psychotropen Substanzen wurde stark diversifiziert (Alkopops, Party-Drogen, Medikamente). Das Wissen über Suchtprobleme ist gestiegen. Vor diesem Hintergrund erscheint ein globalerer Ansatz in der Suchtpolitik angebracht.
- *Synergien:* Jüngere neurobiologische Forschungen haben Mechanismen nachgewiesen, die allen Suchtformen gemeinsam sind. Auch werden bestimmte Interventionsformen (z.B. Substitutionstherapien, Primär- und Sekundärprävention) vermehrt transversal in mehreren suchtspezifischen Programmen angewandt. Es ist deshalb wünschenswert, dass das bestehende Wissen über Massnahmen und Projekte breiter zugänglich ist und zwischen den bisher getrennt arbeitenden Suchtzweigen besser ausgetauscht werden kann.
- *Kosten:* Eine integralere Planung der suchtpolitischen Interventionen kann dazu beitragen, die damit verbundenen Kosten zu senken, ohne deren Qualität und Wirkung zu beeinträchtigen.

Die Untersuchung zeigt somit auf, dass es gute Gründe sowohl für eine Fortführung einer fragmentierten Suchtpolitik wie auch für eine verstärkte Integration der verschiedenen Politiken und Programme gibt. Die verfolgten Integrati-

onsstrategien beruhen auf den jeweiligen nationalen Besonderheiten und differieren stark untereinander. Insbesondere auf der operativen Ebene wird man sich auch in Zukunft stark auf suchtspezifische Ansätze abstützen.

5.3 Lehren für die Schweiz

Ein Königsweg oder ein Vorbild zur Integration der Suchtpolitiken, an dem sich die Schweiz orientieren könnte, existieren nicht. Die Autoren kommen deshalb aufgrund ihrer Analyse der Handlungsmotive zum Schluss, dass ein den Schweizer Verhältnissen angepasster Weg zu suchen ist, der sowohl die Vorteile des fragmentierten Ansatzes – Berücksichtigung der spezifischen Eigenheiten jeder Suchtform, Innovationsfreundlichkeit – als auch des integralen Ansatzes – Verbesserung von Kohärenz und Adäquanz, Nutzung von Synergien und Einsparung von Kosten – vereint. Um ein gewisses Niveau an Kohärenz und Adäquanz zu erlangen, braucht es aus der Sicht der Autoren auf jeden Fall einen konzeptuellen Rahmen. Ob dieser Rahmen eine Suchtpolitik definiert, die mit einem einzigen, alle Suchtformen umfassenden Programm auskommt oder ob es nach wie vor suchtfornenspezifische Programme gibt, hängt ihres Erachtens von den organisatorischen Gegebenheiten, aber auch von der Gewichtung der Faktoren "Kohärenz" und "Spezifität" ab.

5.4 Fazit

Die Absicht des BAG, die verschiedenen sektoralen Suchtpolitiken des Bundes besser abzustimmen und zu integrieren, wird von den meisten Sachverständigen begrüsst und unterstützt. Das Vorhaben deckt sich auch mit ähnlichen Tendenzen in anderen Ländern, von denen einzelne bereits erste entsprechende Erfahrungen gesammelt haben. Ein Vergleich dieser Erfahrungen mit den Erwartungen der Sachverständigen an die zukünftige Suchtpolitik der Schweiz ergibt eine hohe grundsätzliche Übereinstimmung in den wesentlichen Integrationsdimensionen. Die in andern Ländern vorgebrachten Gründe für eine Beibehaltung einer fragmentierten Suchtpolitik – die je unterschiedlichen Besonderheiten der einzelnen Suchtformen und die hohe Innovationsfreundlichkeit einer fragmentierten Vorgehensweise – decken sich über weite Strecken mit den Befürchtungen und Risiken, auf die die Sachverständigen im Falle von Integrationsschritten hinweisen. Umgekehrt stimmen die Erwartungen, die viele Sachverständige an eine verstärkte suchtpolitische Integration richten, in weiten Teilen mit den Motiven überein, die auch andere Länder zur Überwindung ihrer fragmentierten Suchtpolitik veranlassten: eine Verbesserung der Kohärenz und damit der Glaubwürdigkeit, ein adäquaterer Umgang mit polyvalenten Problemlagen und mehr Effizienz beim Programmvollzug. Auch in Bezug auf die Frage, welche Vorgehensweisen bei integrativen Vorhaben sinnvollerweise zu verfolgen sind, deckt sich die Vielfalt der Anregungen der Sachverständigen im Wesentlichen mit den praktizierten Modellen im Ausland: verstärkte Koordinationsbestrebungen, Ausweitung bestehender Sektoralpolitiken im operativen Bereich, umfassende Integration auf konzeptueller und strategischer Ebene. Auch besteht eine weitgehende Einigkeit darüber, dass suchtpolitische

spezifische Sektoralprogramme in jeder integralen Suchtpolitik unabhängig vom angestrebten Integrationsgrad ein starkes Gewicht beibehalten werden.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen der Planungswirklichkeit im Ausland und dem Erwartungshorizont in der Schweiz besteht hingegen in der Frage der Intensität und der Reichweite von integrativen Massnahmen, reichen doch die Anregungen und Wünsche der Schweizer Fachleute weit über das hinaus, was sich bis heute in anderen Ländern umgesetzt wurde. Dies ist indes kaum überraschend, ist doch davon auszugehen, dass längst nicht alle in einer Umfrage unverbindlich geäusserten Wünsche und Erwartungen den in Planungen zur Geltung kommenden Kriterien der Sinnhaftigkeit und Machbarkeit entsprechen können. So ist etwa die Vorstellung, den Integrationsanspruch gleich mit einer fundamentalen Revision und Neugestaltung der Suchtpolitik einzulösen, weit von der von vielen geteilten Einschätzung entfernt, dass die Integrationsbestrebungen in erster Linie darauf zu konzentrieren sind, Bestehendes zu verknüpfen und zu bündeln und dass Innovationen eher als Ergänzung denn als Substitution des Bestehenden zum Zuge kommen.

6 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Aus den in den vorgehenden Kapiteln dargestellten Befunden lässt sich schliessen, dass eine verstärkte Integration der suchtpolitischen Anstrengungen des Bundes aus drei wesentlichen Gründen wünschbar und sinnvoll ist:

- Die bisherige Suchtpolitik leidet unter einem erheblichen Ausmass an Inkohärenzen. Die aktuellen staatlichen Regulierungen und Programme, die sich im wesentlichen primär auf die illegalen Drogen sowie sekundär auf Alkohol und Tabak beschränken, entsprechen zwar der öffentlichen und politischen Perzeption von Suchtproblemen, die es einzudämmen und zu verhindern gilt. Sie stehen jedoch in einem substanziellen Widerspruch zum aus fachlicher Sicht angezeigten Handlungsbedarf. Diese Sichtweise fordert nicht nur andere Prioritäten – Alkohol und Tabak an erster Stelle –, sie umfasst auch eine ganze Palette von weiteren Suchtformen, bei denen ein zumindest ebenso grosser Handlungsbedarf besteht wie bei den illegalen Drogen. Ebenso inkohärent ist auch die Tatsache, dass Produktion, Handel und Konsum von so unterschiedlichen Substanzen wie Heroin, Kokain, Cannabis oder Ecstasy gleichermassen illegal sind, während dies im Falle von Alkohol und Tabak, deren Missbrauch der Gesellschaft erheblich mehr Kosten verursachen, nicht der Fall ist. Im Bereich der legalen Substanzen besteht schliesslich auch ein Ungleichgewicht zwischen der zu wenig ausgebauten Verhältnisprävention und der zu stark betonten Verhaltensprävention. Mit einer integrativen Strategie könnte diesen Inkohärenzen entgegengewirkt werden.
- Die bisherige fragmentierte Suchtpolitik weist verschiedene Effizienz- und Wirksamkeitsdefizite auf. Insbesondere im föderalistischen Vollzug bestehen Doppelspurigkeiten, die mit einem integrativen Ansatz und namentlich mit einer darin eingebetteten besseren Koordination reduziert werden könnten. Die vorliegenden Wirksamkeitsnachweise in den Bereichen der Drogen-, Alkohol- und Tabakpolitik hinterlassen einen eher gemischten Eindruck. Die Wirksamkeit der bisher kaum evaluierten Repression bei den illegalen Drogen wird von vielen Fachleuten in Frage gestellt. Untersuchungen zum Kosten-Nutzen-Verhältnis von einzelnen Massnahmen liegen bis heute keine vor, es ist indes davon auszugehen, dass dieses namentlich im Bereich der illegalen Drogen eher ungünstig ist.
- Unter der aktuellen fragmentierten Suchtpolitik bestehen Versorgungslücken. So gibt es z. B. kaum geeignete Präventions- und Therapieangebote für Suchtverlagerungen und Mehrfachabhängigkeiten, namentlich für die Kombination des Missbrauchs von Alkohol und Tabak mit anderen Suchtformen. Ebenso fehlt ein Gefäss für suchtspezifische oder suchtübergreifende Massnahmen sowie für mehreren oder allen Suchtpolitiken gleichermassen zu Diensten stehende Unterstützungsangebote wie z. B. Monitoring, Forschung oder Weiterbildung. All diesen Defiziten kann mit einer integrierten Suchtpolitik begegnet werden.

Die dokumentierten Erfahrungen aus andern Ländern wie auch die komplexen Verhältnisse in der Gestaltung und im Vollzug von Politiken in der Schweiz zeigen indes deutlich auf, dass eine integrierte Suchtpolitik auf dem Bestehenden aufbauen muss, dass sie nur punktuell und in kleinen Schritten erfolgen kann. Auch stellt sich nicht die polare Frage "integrale oder fragmentierte Sucht-

politik“, sondern es geht vielmehr darum, wo wieviel Integration in welchem Zeithorizont sinnvoll und möglich ist. Die verschiedentlich geforderte Integration auf Gesetzesstufe z. B. im Rahmen eines umfassenden Suchtgesetzes ist wohl auf absehbare Zeit politisch kaum realisierbar. Realistischer sind – im Rahmen einer Mehrjahresperspektive - integrationsorientierte Teilrevisionen der bestehenden Gesetze sowie eine gezielte Einflussnahme auf alle weiteren Gesetzesvorhaben, bei denen sich suchtspezifische Bezüge ergeben. Die Veränderung bestehender und die Beeinflussung neu zu schaffender Gesetze sind indes langwierig und schwierig, die Erfolgchancen sind sehr unsicher. Eine Neuorientierung der Suchtpolitik muss deshalb primär darauf abzielen, bestehende Spielräume innerhalb des aktuellen Gesetzesrahmens zu erkennen und optimal zu nutzen.

Unter diesen Voraussetzungen erscheint es aus heutiger Sicht nicht sinnvoll, verschiedene Varianten oder Modelle einer integralen Suchtpolitik zur Diskussion zu stellen, da sich angesichts der begrenzten Handlungsspielräume ohnehin nur pragmatische, situativ angepasste Einzelelemente einer integralen Suchtpolitik umsetzen lassen. Die nachfolgenden Empfehlungen tragen diesen Überlegungen Rechnung. Sie markieren fünf verschiedene, miteinander verknüpfte und teilweise einander bedingende Handlungsfelder, in denen die angestrebte Integration der Suchtpolitiken vorangetrieben werden kann.

Empfehlung 1:

Das BAG sollte ein nationales suchtpolitisches Leitbild erarbeiten.

Im Hinblick auf die angestrebte Verbesserung der Kohärenz ist die Erarbeitung eines suchtpolitischen Leitbildes, das die gemeinsamen Elemente aller Suchtformen enthält, unabdingbar. Dieses Leitbild hat die Funktion, einen Rahmen und eine Orientierung für alle zukünftigen suchtpolitischen Massnahmen abzugeben.

Wesentliche Inhalte des Leitbildes sind:

- Einheitliche Definitionen: Begriffe wie z. B. Sucht, Therapie, Schadensbegrenzung, Missbrauch, Politik, Programm, Massnahme etc. müssen klar, verbindlich und kohärent definiert werden.
- Prinzipien und Grundsätze: Jede Suchtpolitik muss bedarfsorientiert und evidenzbasiert sein. Der Bedarf wird primär durch politische Vorgaben und sekundär durch fachliche Anforderungen definiert. Wirksamkeit, Nachhaltigkeit und ein optimales Kosten-Nutzen-Verhältnis (value for money) sind die wichtigsten Kriterien, an denen sich das suchtpolitische Handeln orientieren muss.
- Gegenstand und Prioritäten der Suchtpolitik: Mit welchen Suchtformen will sich der Bund aufgrund welcher politischen und fachlichen Kriterien in welchem Ausmass beschäftigen, mit welchen nicht?
- Ziele der Suchtpolitik: Welche Ziele will die nationale Suchtpolitik verfolgen: Bestärkung von Abstinenz, Verhindern oder Reduzieren von problema-

tischen bzw. missbräuchlichen Verhaltensweisen, Schadenminderung bei Abhängigen, Ausstieg aus der Abhängigkeit in Abstinenz oder in kontrollierte Verhaltensformen, andere?

- Zielgruppen der Suchtpolitik: Welchen Stellenwert haben verhaltensbezogene Zielgruppen wie z. B. Abstinente, Normalkonsumierende, Missbrauchende oder Abhängige, inwiefern sollen z. B. auch soziale Räume wie Schulen und Betriebe oder sozi-demographische Zielgruppen mit besonderen Risiken und Problemlagen wie Jugendliche, Frauen, ältere Personen oder Migrantinnen und Migranten angesprochen werden?
- Strategien und strategische Prioritäten der Suchtpolitik: Welche Möglichkeiten zur Lenkung von Angebot und Nachfrage bzw. zur Beeinflussung von Verhalten und Verhältnissen bestehen, wie sollen sie genutzt werden?
- Instrumente der Suchtpolitik: Für die Umsetzung der Strategien stehen grundsätzlich die Optionen Anreize, Verbote und Information/Überzeugung zur Disposition. Wie sollen diese eingesetzt werden, welcher Stellenwert kommt der Repression als Mittel zur Durchsetzung von Verboten zu?
- Stabilität und Flexibilität: Suchtprobleme sind in ihren Grundparametern wie Problemlast und Anzahl Betroffene relativ stabil, die Strukturen des Handlungsbedarfs verändern sich nur langsam. Dem muss insbesondere die Verhaltensprävention mit Beharrlichkeit und mit der Ausgestaltung von langfristig wirksamen Programmen Rechnung tragen. Andererseits braucht eine integrale Suchtpolitik auch Freiräume für ad hoc Massnahmen und Reaktionen auf neue Phänomene sowie auf sich verändernde politische Prioritäten. Dieses Verhältnis zwischen Stabilität und Flexibilität sollte im Leitbild realitätsgerecht reflektiert werden.
- Klärung von Aufgaben und Zuständigkeiten: Das Schwergewicht aller suchtpolitischen Anstrengungen liegt bei den Kantonen, diese sind gehalten, ihre Politiken, Programme und Projekte ebenfalls in den Rahmen des Leitbildes zu stellen. Das BAG muss die nationale Suchtpolitik inhaltlich und organisatorisch anführen und mit Anregungen und Anreizen fördern. Seine wichtigste Aufgabe ist die Koordination des Zusammenwirkens zwischen Bund, Kantonen, Städten/Gemeinden und Privaten.

Das Leitbild sollte in der Bundesverwaltung verwaltungsanweisend sein. Es sollte in einem breiten partizipatorischen Verfahren mit allen wesentlichen Partnern erarbeitet, von allen verabschiedet und in der Folge auch konzeptuell mitgetragen und faktisch gelebt werden.

Das Leitbild wird in Konzeptform gefasst und dem Bundesrat zur Zustimmung unterbreitet. Eine eigentliche gesetzliche Grundlage in Form eines allgemeinen Suchtgesetzes ist wünschbar und langfristig auch anzustreben, angesichts der aktuellen politischen Verhältnisse aber in absehbarer Zeit kaum realisierbar.

Empfehlung 2:

Das BAG sollte in allen politikrelevanten Bereichen kohärente Sektoralpolitiken und Programme entwickeln.

Das operative Schwergewicht der zukünftigen Suchtpolitik wird weiterhin auf eigenständigen Sektoralprogrammen liegen. Deshalb werden für alle im Leitbild als politikrelevant bezeichnete Suchtformen spezifische Sektoralpolitiken benötigt. Diese müssen den im Leitbild aufgeführten Anforderungen entsprechen.

Die aktuellen suchtspezifischen Sektoren im BAG – Alkohol, Tabak, illegale Drogen – werden wohl auch in Zukunft den Kern der nationalen Suchtpolitik bilden. Je nach Inhalt des Leitbildes werden weitere Suchtpolitiken aus dem Bereich des mittleren Handlungsbedarfs wie z. B. Adipositas, Spielsucht, Medikamentenmissbrauch etc. dazu kommen. Die Ausscheidung solcher Sektoren sollte nicht allein nach dem Legalitätsstatus des entsprechenden Suchtverhaltens geschehen. So sollte z. B. bei den illegalen Drogen aufgrund der sehr unterschiedlichen Problemlast differenziert werden zwischen Cannabis/Ecstasy einerseits und Heroin/Kokain andererseits. Das BAG ist gehalten, für eine leitbildkonforme Abstimmung und Koordination dieser Sektoralpolitiken zu sorgen.

Ergänzend zu diesen Sektoralpolitiken sollten auch zwei Querschnittspolitiken entwickelt werden, die alle nicht sektorspezifischen Handlungsaspekte umfassen. Die eine umfasst alle suchtspezifischen und suchtübergreifenden Massnahmen wie z. B. Angebote zu Mehrfachabhängigkeiten oder Suchtverlagerungen, suchtspezifische oder polyvalente Massnahmen in Gesundheitsförderung, Prävention und Therapie, suchtübergreifende zielgruppenspezifische Interventionen wie z. B. Jugendschutz, Sucht im Alter, spezielle Angebote für Migrantinnen und Migranten etc. In diesem Rahmen gehört auch die Beschäftigung mit der ungelösten Frage einer angemessenen Finanzierung der Suchttherapien. Die zweite Querschnittspolitik umfasst alle Unterstützungsangebote des BAG, wie z. B. Forschung, Evaluation, Ausbildung, Weiterbildung, Qualitätskontrolle, die Förderung der interdisziplinären und der suchtförmübergreifenden Zusammenarbeit, den Erfahrungsaustausch und die Arbeit in Netzwerken.

Auch diese Sektoral- und Querschnittspolitiken müssen mit den Anforderungen des Leitbildes kompatibel sein, in Abstimmung mit den Partnern erarbeitet und in Form von Konzepten festgelegt werden. Wünschbar, aber aus Opportunitätsgründen nicht prioritär wäre auch hier, dass die Sektoralpolitiken auf einer je eigenen gesetzlichen Grundlage beruhen. Damit könnte z. B. bewirkt werden, dass bei den Betäubungsmitteln je nach Problemlast zwischen verschiedenen Drogentypen differenziert werden kann, dass die Alkoholgesetzgebung sich nicht mehr nur auf die gebrannten Wasser bezieht und dass der Tabakkonsum nicht mehr länger über die Lebensmittelgesetzgebung geregelt wird.

Die geplanten oder bereits laufenden Politikformulierungen in den Bereichen Alkohol, Tabak und illegale Drogen sollten untereinander abgestimmt werden. Aus den bei diesen Arbeiten gemachten Erfahrungen könnten u. U. wichtige Impulse für die Erarbeitung des Leitbildes gewonnen werden.

Die bestehenden sektorspezifischen ausserparlamentarischen Kommissionen (Alkohol, Tabak, illegale Drogen) sollten beibehalten und in den entsprechenden Sektoralpolitiken verankert werden.

Empfehlung 3:

Die angebotslenkenden Massnahmen sollten verstärkt werden.

Angebotslenkende Massnahmen wie Steuern und Abgaben, Werbe- oder Verkaufsverbote gelten gemeinhin als wirksamer als die Beeinflussung der Nachfrage. Das diesbezüglich zur Verfügung stehende Instrumentarium ist noch längst nicht ausgeschöpft. Der Bund sollte die entsprechenden Anstrengungen verstärken und das vorhandene Synergiepotenzial besser nutzen.

Konkret können die folgenden Optionen verfolgt werden:

- Einführung von gesundheitspolitisch begründeten neuen Lenkungsabgaben für Wein und Cannabis (nach erfolgter Entkriminalisierung). Die Einnahmen werden zur Bewältigung der durch den Missbrauch erfolgten gesellschaftlichen Schäden verwendet.
- Die gegenwärtig rein fiskalisch begründeten Steuern auf Tabak und Bier sollten neu wie jene für die gebrannten Wasser mit einer gesundheitspolitischen Zielsetzung versehen werden.
- Die Mittel, die dem Bund aufgrund von suchtbbezogenen Steuern und Abgaben zufließen (Alkohol, Tabak, Steuereinnahmen aus den Spielbankkonzessionen, eingezogene Drogengelder) sollten nach dem Beispiel des Alkoholzehntels vermehrt den Kantonen zufließen, die die Hauptlast der durch Suchtprobleme verursachten Kosten tragen.

Die EAV verfügt über grosse Fachkenntnisse in der Kontrolle der Produktion von Rohstoffen und Suchtmitteln und sie betreibt insbesondere auch einen effizienten, flächendeckenden Kontrollapparat. Ihr Wissen und Können sollte im Sinne des Leitbildes allen sektoralen Suchtpolitiken zugute kommen. Sie sollte deshalb zu einem nationalen Kompetenzzentrum für angebotssteuernde Massnahmen werden und für alle entsprechenden Massnahmen (Gesetzgebung, Produktionskontrollen, Einholen von Steuern und Abgaben) zuständig sein. Die Vergabe der eingeholten Mittel sowie die Kontrolle über deren zweckmässige, effiziente und wirkungsvolle Verwendung sollte vom BAG als zuständigem Fachamt im Rahmen des Leitbildes wahrgenommen werden.

Angebotslenkende Massnahmen bedürfen meist einer gesetzlichen Regelung. Sie sind politisch schwer durchsetzbar. Umso wichtiger ist es, dass sie auf einer kohärenten, langfristig angelegten Strategie beruhen und kompetent geführt werden. Es braucht sorgfältige Abklärungen mit viel Hintergrundwissen, Geduld, viel politisches Gespür und einen Sinn für das Machbare.

Damit diese Empfehlungen zum Tragen kommen können, müssen zwei Rahmenbedingungen erfüllt sein: Zum einen sollte das BAG seine Führungs- und Koordinationstätigkeit verstärken und verstetigen, zum andern sollte die

Professionalität von Gestaltung und Vollzug der Programme verbessert werden.

Empfehlung 4:

Das BAG sollte in der nationalen Suchtpolitik inhaltlich und organisatorisch aktiver führen.

Eine nationale integrale Suchtpolitik kann nur vom BAG initialisiert und umgesetzt werden. Dies bedingt, dass das Amt einen Willen zur aktiven Führung und Gestaltung der Suchtpolitik artikuliert und diesen auch deutlicher als bisher als Daueraufgabe wahrnimmt.

- Das BAG sollte namentlich dafür sorgen, dass gemäss Leitbild bei allen handlungsrelevanten Suchtformen auf Bundesebene eine Sektoralpolitik entwickelt wird. Die Strukturen im BAG müssen auf eine optimale Wirkung dieser Sektoralpolitiken ausgerichtet sein.
- Es sollte auch eine strategisch ausgerichtete nachhaltige Öffentlichkeitsarbeit entwickeln. Auf der gesetzlichen Grundlage eines generellen Informationsauftrags zum Gesundheitsschutz sollte das Amt kohärent und glaubwürdig darauf hinwirken, dass sich die Kluft zwischen fachlicher und gesellschaftlicher Wahrnehmung von Sucht verkleinert. Dies bedeutet einerseits, dass die Aufmerksamkeit von Öffentlichkeit und Politik vermehrt den aus fachlicher Sicht besonders interventionsbedürftigen Problemen zuwenden sollte. Andererseits gilt es aber auch, der Fachwelt die Realitäten der öffentlichen und politischen Meinung näher zu bringen und sie dazu zu bewegen, diesen in ihrer Praxis vermehrt Rechnung zu tragen. Die Kantone sollten verstärkt in die suchtbezogene Öffentlichkeitsarbeit eingebunden werden.
- Bestehende Gremien und Organisationen sollten überprüft und auf die Anforderungen des Leitbildes ausgerichtet werden, Doppelspurigkeiten sollten eliminiert, Strukturen und Abläufe vereinfacht werden. Zur Stärkung von Akzeptanz und Effizienz einer integralen Suchtpolitik wäre es sinnvoll, wenn das BAG in seiner Führungstätigkeit von einem neu zu schaffenden Organ, in dem die wesentlichen operativen suchtpolitischen Kräfte des Landes (Repräsentanten der Verwaltungen von Bund, Kantonen und Gemeinden sowie von privaten Organisationen) vertreten sind, fachlich begleitet und beraten würde.
- Die horizontale und vertikale Koordination zwischen den Hauptstützen der einzelnen Sektoralpolitiken sollte deutlich verstärkt und verbessert werden. Die horizontale Koordination betrifft auf Bundesebene sowohl das BAG intern (zwischen den einzelnen Sektionen der Abteilung Sucht und Aids, zwischen der Sektion Grundlagen und Forschung und dem Kompetenzzentrum für Evaluation, zwischen der Abteilung Sucht und Aids und den Zuständigen für Essstörungen und Medikamentenmissbrauch) wie auch zwischen dem BAG und der EAV, dem fedpol, der ESBK, der OZD, dem seco und Swissmedic. Zusätzlich und besonders wichtig ist die Förderung

der horizontalen Koordination und Abstimmung zwischen den einzelnen Kantonen und Städten. Die vertikale Koordination muss vor allem darauf ausgerichtet werden, die Programme und Einzelmassnahmen von Kantonen, Städten/Gemeinden und Privaten auf ihre Leitbildkonformität zu prüfen und aufeinander abzustimmen. Dieser Koordinationsauftrag ist ausserordentlich vielfältig und anspruchsvoll. Er muss professionell und dauerhaft geführt werden. Dazu bedarf es geeigneter Personen, Strukturen, Kompetenzen und Mittel.

- Angesichts von zunehmend knapper werdenden Mitteln sollte das BAG mit Nachdruck auf einen optimalen Ressourceneinsatz achten. Das verfügbare Geld sollte dort eingesetzt werden, wo der Bedarf am grössten ist und so, dass eine optimale Wirkung erzielt werden kann. Dabei darf nicht vergessen werden, dass eine wirkungsvolle Suchtpolitik nicht nur von einer überzeugenden Vision, adäquat gestalteten und umgesetzten Programmen und von kompetenter Begleitforschung, sondern ebenso sehr von einer professionellen Führung und einem effizienten Management abhängen. Auch dafür müssen die nötigen Mittel und Rahmenbedingungen bereitgestellt werden.

Empfehlung 5:

Die Professionalität von Gestaltung und Vollzug der Suchtpolitiken sollte ausgebaut werden.

Eine zeitgemässe Suchtpolitik muss formal den übergeordneten Kriterien der Wirksamkeit und eines optimalen Kosten-Nutzen-Verhältnisses entsprechen. Um diesen Anforderungen zu genügen, bedarf es auf allen Handlungsebenen (Politik, Programm, Projekt) einer professionellen, evidenzbasierten Arbeitsweise.

Evidenzbasiertes Arbeiten äussert sich in einer Kultur, in der sich Entscheiden und Handeln an datengestützten Sachverhalten orientieren und in der Rechenschaft über die erbrachten Leistungen und die erzielten Wirkungen abgelegt wird. Voraussetzung dazu ist eine möglichst umfassende Transparenz über Probleme, Wirkungen, Kosten und Finanzierung von Programmen.

Evidenzbasiertes Arbeiten beruht auf entsprechenden Instrumenten wie Monitoring und Evaluation, mit denen umfassend und dauerhaft Informationen als Entscheidungs- und Steuerungsgrundlagen für die Gestaltung und Rechenschaftsablage einer Politik bereitgestellt werden. Wie die Sachverständigenbefragung ergab, gehört es zu den grossen Verdiensten der BAG, in den letzten Jahren mit einer tatkräftigen Unterstützung von Forschung und Evaluation, Ausbildung und Qualitätssicherung die Professionalität der Suchtarbeit, insbesondere im Bereich der illegalen Drogen, vorangetrieben haben. Diese Ansätze sollten weitergeführt und in verschiedener Hinsicht ausgebaut werden.

Am dringlichsten benötigt wird ein Monitoring über die Problementwicklung (Epidemiologie) für alle im Leitbild als politikrelevant bezeichneten Suchtbereiche. Das Monitoring dient als Grundlage für die Identifikation des Handlungs-

bedarfs (welche Ziele für welche Zielgruppen bei welchen Suchtformen) und als Beobachtungsinstrument für globale, langfristige Trends und Wirkungen. Als Bewertungsgrundlage für die nationalen Messergebnisse dienen u. a. internationale Benchmarks, wie sie z. B. vom EMCDDA publiziert werden.

Die Evaluationen sollten auf allen Handlungsebenen (Politiken, Programme, Projekte) Informationen über die Wirksamkeit, über die Nachhaltigkeit und über die Kosten sowie über das Kosten-Nutzen-Verhältnis (value for money) bereitstellen. In Zukunft sollte der Akzent verstärkt auf die Evaluation von angebotslenkenden und repressiven Massnahmen gelegt werden.

Die Gestaltung der Politikinhalte und das Management von Programmen und Projekten sollten systematisiert werden. Für jede Suchtform sollte zunächst eine mit dem Leitbild kompatible Politik (policy) mit generellen Zielen und Strategien formuliert werden. Auf deren Grundlage werden dann Daueraufgaben definiert und zeitlich begrenzte Programme entwickelt. Daneben benötigt jede Sektoralpolitik genügend Freiräume und Flexibilität für Experimente und Innovationen. Programme orientieren sich am empirisch und politisch definierten Handlungsbedarf. Sie bestehen aus einem oder mehreren Projekten, die alle mit messbaren und realistischen Wirkungszielen einen spezifischen Beitrag zu den Programmzielen leisten und auch darauf hin evaluiert werden.

Die Evaluationen sollten auch vermehrt als Grundlage einer Lernkultur konzipiert und genutzt werden. Diese Lernkultur – horizontal zwischen Städten/Gemeinden und Kantonen, vertikal zwischen diesen und dem Bund und vor allem auch grenzüberschreitend international – sollte vom BAG systematisiert und gefördert werden.

Eine evidenzbasierte Arbeitsweise nutzt für die Programm- und Projektgestaltung vorhandenes Wissen. Wichtige Wissenslücken werden mit Forschungsaufträgen gefüllt. Besondere Beachtung gilt dabei der Transferforschung (Untersuchungen der Frage "was wirkt?") und einem engen Austausch zwischen beratender Forschung und anwendender Praxis.

Für Monitoring, Evaluation und Forschung steht in der Schweiz ein sehr kompetentes und vielfältiges Netzwerk zur Verfügung. Dazu gehören u. a. das Kompetenzzentrum für Evaluation und die Sektion Grundlagen und Forschung im BAG, das BFS, die SFA, das ISF, verschiedene Universitätsinstitute und private Beratungsbüros. Dieses Netzwerk sollte weiterhin gepflegt und genutzt werden. Zu überprüfen wäre ein allfälliger Einbezug des neu geschaffenen Gesundheitsobservatoriums. Die internationale Zusammenarbeit sollte gefördert und ausgebaut werden.

Diese Empfehlungen sind als Wegweiser für den Aufbau einer integralen Suchtpolitik gedacht. Das Ausmass ihrer Verwirklichung hängt in wesentlichem Masse ab vom politischen Willen der Betroffenen (Bund, Kantone, Gemeinden/Städte) und von der Bereitschaft, die dafür benötigten Mittel bereitzustellen. Wie bereits erwähnt, kann der angestrebte Integrationsprozess nur in kleinen, situationsgerechten Schritten vorangetrieben werden. Jeder einzelne Schritt kann aber einen spürbaren Beitrag zur angestrebten besseren Kohärenz, zur Erhöhung von Effizienz und Wirksamkeit und zur Verminderung von Angebotslücken leisten.

7 Anhänge

7.1 Epidemiologische Daten und Quellen

7.1.1 Berechnungsgrundlagen, Datenkontrolle

Als Berechnungsgrundlage für die Umrechnung der in Erhebungen ermittelten Prozentwerte auf die Anzahl betroffener Personen dienten die ESPOP Zahlen (Wohnbevölkerung am Jahresende) des Bundesamtes für Statistik für das jeweilige Erhebungsjahr.

Die aufgeführten Daten aus den Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (SGB) der Jahre 1992 und 1997 stammen in der Regel nicht direkt vom Bundesamt für Statistik, sondern wurden Sekundärquellen entnommen. Diese Daten sowie die darauf basierenden Berechnungen in diesem Anhang wurden freundlicherweise vom Bundesamt für Statistik geprüft und mit den Daten der Gesundheitsbefragung 2002 ergänzt. Dabei wurden teilweise Fehler in den zitierten Sekundärquellen bemerkt, die gemäss Angaben des BFS für die nachfolgenden Tabellen korrigiert wurden.

7.1.2 Alkoholmissbrauch

*Tabelle 19: Häufigkeit des Alkoholkonsums nach Geschlecht, 1975 bis 2002
(in %)*

	selten oder nie	mindestens 1-mal wöchentlich	mindestens 1-mal täglich
Männer			
1975	24	36	40
1981	23	38	39
1987	34	41	25
1992	27	43	30
1997	30	45	25
2002	31	47	22
Frauen			
1975	52	31	17
1981	50	35	15
1987	63	29	8
1992	56	32	12
1997	59	31	10
2002	57	33	10
Alle			
1975	38	34	28
1981	36	37	27
1987	48	37	15
1992	42	38	20
1997	45	38	17
2002	45	39	16

Quellen: Gmel et al. (2001a); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 20: Risikoreicher Alkoholkonsum bei über 14-Jährigen in der Schweiz nach Geschlecht und Sprachregion 1997 und 2002 (in %)

		abstinent		geringes Risiko		mittleres Risiko		hohes Risiko	
		1997	2002	1997	2002	1997	2002	1997	2002
<i>Frauen</i>	<i>Total</i>	26.5	31.0	68.8	64.6	3.7	3.3	1.1	1.1
	Deutsch	25.3	27.9	70.8	68.3	3.0	2.9	0.9	0.9
	Französisch	26.8	36.4	67.2	58.3	4.9	3.9	1.1	1.5
	Italienisch	42.6	50.1	49.8	41.1	6.7	6.3	0.9	2.6*
<i>Männer</i>	<i>Total</i>	11.6	14.6	80.9	78.3	4.1	4.2	3.4	3.0
	Deutsch	11.2	13.2	82.6	80.8	3.5	3.7	2.7	2.3
	Französisch	11.5	17.6	78.0	72.6	5.8	5.1	4.7	4.7
	Italienisch	17.9	22.2	69.8	65.2	5.8	7.7	7.3	5.0

* eingeschränkte statistische Zuverlässigkeit (n<30)

Quellen: Gmel et al. (2001a); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Trinkmuster:

Geringes Risiko: Konsum von

- Männer: bis 40 g reinem Alkohol pro Tag
- Frauen: bis 20 g reinem Alkohol pro Tag

Mittleres Risiko: Konsum von

- Männer: 40 bis 60 g reinem Alkohol pro Tag
- Frauen: 20 bis 40 g reinem Alkohol pro Tag

Hohes Risiko: Konsum von

- Männer: über 60 g reinem Alkohol pro Tag
- Frauen: über 40 g reinem Alkohol pro Tag

Tabelle 21: Anteil Personen mit risikoreichem Alkoholkonsum* nach Geschlecht und Alter, Vergleich 1992/93, 1997 und 2002 (in % der Konsumierenden)

	1992/93	1997	2002
Frauen			
15-24	2.8	3.3	2.5**
25-34	5.3	5.0	2.9**
35-44	8.9	6.4	4.0**
45-54	13.0	6.8	4.7**
55-64	9.7	7.8	7.7**
65-74	12.9	6.4	5.7**
Männer			
15-24	7.2	5.0	4.2**
25-34	7.8	7.9	5.2**
35-44	14.2	8.9	7.2
45-54	17.2	10.6	7.8
55-64	14.6	9.0	10.1
65-74	12.7	9.4	9.9

** eingeschränkte statistische Zuverlässigkeit (n<30)

Quellen: Gmel et al. (2001a); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

*risikoreicher Alkoholkonsum:

- Frauen: über 20g reinen Alkohol pro Tag
- Männer: über 40 g reinen Alkohol pro Tag

Im Zuge der allgemeinen Abnahme des Alkoholkonsums (zwischen 1992/93 und 1997) glichen sich die Trinkmuster in den drei Sprachregionen einander an; in der italienischen Schweiz, dem Landesteil mit den historisch stärksten Anteilen an Abstinente(n), aber auch der grössten Anzahl risikoreich Trinkender, erhöhten sich die Anteile an abstinent Lebenden weniger stark als in den anderen beiden Sprachregionen; umgekehrt ging der Anteil an risikoreich Konsumierenden im Tessin am stärksten zurück.

Quelle: Gmel et al. (2001a)

Tabelle 22: Anteil Personen mit problematischem Alkoholkonsum in der Schweiz nach Alter und Geschlecht 1997 (in % der Schweizer Wohnbevölkerung)

	problematischer Alkoholkonsum*	
	Frauen	Männer
15 – 24 Jahre	4.2	22.4
25 – 34 Jahre	2.3	17.7
35 – 44 Jahre	2.2	10.6
45 – 54 Jahre	1.8	11.9
55 – 64 Jahre	1.3	9.3
65 – 74 Jahre	0.6	5.2
75 Jahre und älter	0.6	2.4
Total	2.0	12.8

*Indikator auf der Basis von 7 Fragen zu alkoholbedingten Problemen; dabei werden sowohl Probleme mit chronischem als auch mit sporadisch exzessivem Alkoholkonsum berücksichtigt.

Quellen: Gmel et al. (2001a); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 23: Anteil der 16- bis 20-jährigen Mädchen und Jungen in der Schweiz, die mindestens wöchentlich Alkohol konsumieren, 1993 und 2002 (in %)

	1993	2002
Mädchen	28%	42%
Jungen	56%	67%

Quelle: Narring et al. (2003)

Tabelle 24: Anteil der Schülerinnen und Schüler in der Schweiz, die mindestens einmal wöchentlich Alkohol konsumieren, nach Alter, Geschlecht und Untersuchungsjahr; 1986 bis 2002 (in %)

	1986	1994	1998	2002
11-/12-jährige (5. Klasse)	11.2	4.4	3.3	2.9
Jungen	14.1	6.4	5.6	4.4
Mädchen	7.0	2.3	0.9	1.4
13-/14-jährige (7. Klasse)	12.1	7.5	8.4	10.6
Jungen	17.3	9.2	10.4	14.4
Mädchen	5.5	5.8	6.3	7.0
15-/16-jährige (9. Klasse)	16.7	23.5	23.0	33.2
Jungen	24.3	31.8	29.3	40.5
Mädchen	10.3	16.0	16.8	25.8
Total	13.4	12.8	10.9	15.6
Jungen	18.5	16.7	14.2	19.8
Mädchen	7.9	8.9	7.6	11.4

Quelle: Schmid et al. (2003)

Tabelle 25: Anteil der 15-/16-jährigen Schülerinnen und Schüler in der Schweiz, die mindestens einmal wöchentlich spezifische alkoholische Getränke konsumieren nach Geschlecht und Untersuchungsjahr, 1986 bis 2002 (in %)

	1986	1994	1998	2002
Bier				
Jungen	15.9	27.7	22.0	32.9
Mädchen	3.8	10.2	8.3	10.1
Alcopops				
Jungen	k. A.	k. A.	13.2	21.5
Mädchen	k. A.	k. A.	10.8	19.8
Spirituosen				
Jungen	7.5	7.4	10.1	11.9
Mädchen	1.4	3.2	3.9	4.3
Wein				
Jungen	8.6	6.6	4.7	6.5
Mädchen	5.1	3.1	2.3	3.9
Aperitif				
Jungen	7.7	7.2	k. A.	8.2
Mädchen	4.1	5.9	k. A.	3.2
Cocktail				
Jungen	k. A.	k. A.	k. A.	11.5
Mädchen	k. A.	k. A.	k. A.	8.1
Champagner				
Jungen	k. A.	k. A.	k. A.	5.6
Mädchen	k. A.	k. A.	k. A.	3.4

Quelle: Schmid et al. (2003)

Tabelle 26: Rauscherfahrung von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz nach Geschlecht und Alter, 1990 und 1998 (in %)

	War schon einmal stark betrunken	
	1990 (11- bis 16-Jährige)	1998 (12- bis 15-Jährige)
Jungen	13.7	21.7
Mädchen	6.9	16.7
11-12 Jahre	2.8	7.9
13-14 Jahre	6.6	17.4
15-16 Jahre	18.7	34.8
insgesamt	10.2	19.2

Quelle: Efionayi-Mäder et al. (1993); Delgrande et al. (1999)

Tabelle 27: Häufigkeit von Rauschzuständen bei Schülerinnen und Schülern in der Schweiz 1994 und 1998 (in %)

	War schon einmal stark betrunken	
	1994 (11- bis 16-Jährige)	1998 (12- bis 15-Jährige)
einmal	10	10
2-3 mal	6	5
4-10 mal	2	2
mehr als 10 mal	2	2
insgesamt	20	19

Quellen: Efionayi-Mäder et al. (1996); Delgrande et al. (2000)

Tabelle 28: Anteil der Schweizer Schülerinnen und Schüler, die schon mindestens zweimal betrunken waren, nach Geschlecht und Untersuchungsjahr bis 2002 (in %)

	1986	1994	1998	2002
11-/12-jährige (5. Klasse)				
Jungen	3.5	4.5	1.6	2.8
Mädchen	1.0	0.9	0.5	0.6
13-/14-jährige (7. Klasse)				
Jungen	6.4	6.9	7.9	10.1
Mädchen	3.3	4.2	6.0	5.6
15-/16-jährige (9. Klasse)				
Jungen	19.4	33.5	34.5	41.9
Mädchen	12.6	19.6	22.0	25.4

Quelle: Schmid et al. (2003)

Tabelle 29: Pro-Kopf-Verbrauch von alkoholischen Getränken der über 15-jährigen Wohnbevölkerung in der Schweiz 1986 bis 2001

Jahr	Liter reiner Alkohol
1986-1990 (Mittelwert)	13.1
1991-1995 (Mittelwert)	12.0
1996-2000 (Mittelwert)	11.2
1996	11.3
1997	11.2
1998	11.1
1999	11.1
2000	11.2
2001	11.0

Quellen: EAV (2001); EAV (2002)

7.1.3 Tabakkonsum

Tabelle 30: Anteile der Rauchenden, nie Rauchenden und ehemals Rauchenden in der Schweiz nach Geschlecht, 1992/93, 1997 und 2002 (in %)

	SGB	Rauchende	ehemals Rauchende	nie Rauchende
Männer	1992/93	36.5	25.9	37.6
	1997	39.1	23.3	37.6
	2002	36.0	23.8	40.2
Frauen	1992/93	24.1	16.1	59.8
	1997	27.8	15.5	56.8
	2002	25.5	16.1	58.4
Alle	1992/93	30.1	20.8	49.2
	1997	33.2	19.2	47.6
	2002	30.6	19.8	49.6

Quellen: Gmel et al. (2001c); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 31: Anteile an aktuell Rauchenden in der Schweiz nach Alter und Geschlecht, 1992/93, 1997 und 2002 (in %)

		SGB			Differenz 2002/1992
		1992/1993	1997	2002	
Altersgruppe					
Männer	15-19	28.7	41.6	34.9	+ 6.2
	20-24	41.8	51.5	47.4	+ 5.6
	25-29	44.5	46.3	45.2	+ 0.7
	30-34	41.1	44.3	40.3	- 0.8
	35-39	42.3	43.8	41.5	- 0.8
	40-49	42.0	43.9	38.9	- 3.1
	50-59	33.4	34.2	35.9	+ 2.5
	60-74	28.2	27.6	26.3	- 1.9
	75+	18.9	19.9	15.1	- 3.8
	Total	36.5	39.1	36.0	- 0.5
Frauen	15-19	18.3	38.5	33.2	+14.9
	20-24	32.5	42.3	37.0	+ 4.5
	25-29	34.4	33.6	31.1	- 3.3
	30-34	33.4	37.5	29.2	- 4.2
	35-39	32.7	35.5	31.8	- 0.9
	40-49	27.5	33.8	33.0	+ 5.5
	50-59	21.3	25.1	25.3	+ 4.0
	60-74	12.9	13.7	14.1	+ 1.3
	75+	4.6	6.6	6.1	+ 1.5
	Total	24.1	27.8	25.5	+ 1.4

Quellen: Gmel et al. (2001c); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 32: *Raucheranteile in der 14- bis 65-jährigen Wohnbevölkerung 2001/02 nach Sprachregion, Geschlecht, Alter und Schulabschluss (in %)*

	tägliche Raucher	nicht-tägliche Raucher	Ex-Raucher	Niemals- Raucher
Total	23	9	19	49
Sprachregion				
Deutschschweiz	22	10	19	49
Französische Schweiz	26	8	19	47
Italienische Schweiz	28	5	19	48
Geschlecht				
Männer	26	11	21	42
Frauen	21	8	16	55
Alter Männer				
14-19	17	13	3	67
20-24	31	15	6	48
25-34	33	12	14	41
35-44	28	10	21	41
45-54	22	10	30	38
55-65	20	8	39	33
Alter Frauen				
14-19	15	12	3	70
20-24	26	13	7	54
25-34	21	10	12	57
35-44	24	7	21	48
45-54	23	6	22	49
55-65	16	4	20	60
Höchste abgeschl. Schule				
Obligatorische Schule	31	5	15	49
Berufsschule/-lehre	27	8	21	44
Höhere Schulbildung	20	10	22	48

Quelle: Keller et al. (2003)

Tabelle 33: *Rauchende in der Schweiz nach Konsummenge*, 1992/93, 1997 und 2002 (in %)*

Anzahl Zigaretten*	nicht täglich	1-9 Zigaretten täglich	10-19 Zigaretten täglich	20 und mehr Zigaretten täglich
Männer				
1992/93	4.8	6.4	9.2	16.2
1997	6.5	7.8	9.3	15.4
2002	7.9	7.4	8.4	12.3
Frauen				
1992/93	1.9	6.7	8.0	7.5
1997	3.6	7.9	7.4	8.8
2002	3.8	7.4	7.3	6.9
Alle				
1992/93	3.3	6.5	8.6	11.7
1997	5.0	7.9	8.3	12.0
2002	5.8	7.4	7.8	9.5

*Umrechnung von anderen Tabakwaren in Zigaretten

Quellen: Gmel et al. (2001c); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 34: *Rauchhäufigkeit bei 11- bis 16-jährigen Schüler und Schülerinnen in der Schweiz nach Geschlecht 1990 (in %)*

	gar nicht	ab und zu	jede Woche	jeden Tag
Jungen	85.2	9.4	2.3	3.1
Mädchen	91.4	5.8	1.5	1.3
insgesamt	88.3	7.6	1.9	2.2

Quelle: Abbet, Efionayi (1993)

Tabelle 35: Anteil der Schülerinnen und Schüler in der Schweiz, die mindestens wöchentlich rauchen nach Geschlecht und Alter, 1986 bis 2002 (in %)

	1986	1994	1998	2002
11-/12-jährige				
Jungen	2.8	2.2	1.7	1.8
Mädchen	1.2	0.5	0.6	1.1
13-/14-jährige				
Jungen	4.8	6.6	8.5	9.1
Mädchen	7.8	7.5	11.6	7.9
15-/16-jährige				
Jungen	21.7	22.1	31.1	26.5
Mädchen	25.7	25.4	29.8	25.0

Quelle: Schmid et al. (2003)

Tabelle 36: Anteil der Schülerinnen und Schüler in der Schweiz, die mindestens täglich rauchen, nach Geschlecht und Alter, 1986 bis 2002 (in %)

	1986	1994	1998	2002
11-/12-jährige				
Jungen	1.4	0.9	0.7	1.2
Mädchen	1.2	k. A.	0.1	0.6
13-/14-jährige				
Jungen	3.3	3.6	5.0	6.3
Mädchen	5.0	4.3	5.1	3.8
15-/16-jährige				
Jungen	17.6	16.0	22.9	19.2
Mädchen	19.3	17.1	21.2	17.9

Quelle: Schmid et al. (2003)

Tabelle 37: Zigarettenabsatz in der Schweiz 1994 - 2002

	Mio. Stück	Veränderung zum Vorjahr
1994	15'592	
1995	15'507	- 0.5 %
1996	15'243	- 1.7 %
1997	14'873	- 2.4 %
1998	15'157	+ 1.9%
1999	14'612	- 3.6 %
2000	14'527	- 0.6 %
2001	14'214	- 2.2 %
2002	14'198	- 0.1 %

Quelle: Vereinigung der Schweizerischen Zigarettenindustrie (2003)

7.1.4 Medikamentenmissbrauch

Die SFA führte 1996 eine Studie zum Medikamentenmissbrauch in der Schweiz durch. Eine Hochschätzung der Ergebnisse ergab, dass 1996 mindestens 3% der erwachsenen Schweizer Bevölkerung Medikamente in abhängiger oder missbräuchlicher Weise konsumierten. Frauen sind wesentlich häufiger davon betroffen als Männer. Es muss von einem Verhältnis von mindestens einem Mann zu zwei Frauen ausgegangen werden.

Quelle: Maffli/Bahner (1999)

Tabelle 38: Anteil der täglich Schlaf-, Schmerz- oder Beruhigungsmittel Einnehmenden in der Schweiz nach Geschlecht, 1992/93, 1997 und 2002 (in %)

	Schlafmittel	Beruhigungsmittel	Schmerzmittel
Frauen			
1992/93	4.0	3.4	4.5
1997	4.3	3.5	5.2
2002	3.2	3.0	5.1
Männer			
1992/93	1.7	1.9	3.9
1997	1.8	1.6	2.9
2002	1.3	1.8	3.4
Total			
1992/93	2.9	2.7	4.2
1997	3.1	2.6	4.1
2002	2.3	2.4	4.3

Quellen: Gmel et al. (2001b); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 39: Anteil der täglich Schmerz-, Schlaf- oder Beruhigungsmittel Einnehmenden in der Schweiz nach Alter und Geschlecht 1997 und 2002 (in %)

Alter	Frauen		Männer	
	1997	2002	1997	2002
15-19	2.1	2.9*	3.3	2.2*
20-24	4.9	4.5*	3.2	1.8*
25-29	3.7	3.8*	2.4	2.6*
30-34	5.3	4.6	3.5	3.8*
35-39	3.9	5.1	5.7	5.5
40-44	6.4	6.2	4.9	4.4
45-49	7.5	8.1	4.0	3.3
50-54	11.0	9.8	4.2	7.3
55-59	10.2	10.4	5.0	6.2
60-64	12.3	11.8	6.1	8.6
65-69	15.6	11.5	5.6	6.9
70-74	22.1	18.2	8.2	10.3
75+	28.7	22.6	19.8	14.3

* eingeschränkte statistische Zuverlässigkeit (n<30)

Quellen: Gmel et al. (2001b); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 40: Anteil der Schweizer Wohnbevölkerung, deren täglicher Konsum von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln vom Arzt verschrieben ist, Vergleich 1997 und 2002 (in % der Personen, die täglich Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmittel einnehmen)

Medikamentenart	tägliche Einnahme vom Arzt verschrieben	
	1997	2002
Schlafmittel	94.8	94.0
Beruhigungsmittel	92.7	94.2
Schmerzmittel	86.6	83.8

Quellen: Gmel et al. (2001b); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 41: Anteil der täglich Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln Einnehmenden in der Schweiz nach Sprachregion und Geschlecht, 1997 und 2002 (in %)

Sprachregion	Männer		Frauen	
	1997	2002	1997	2002
Deutsch	4.5	4.3	8.5	7.5
Französisch	8.0	9.2	14.1	13.5
Italienisch	6.3	6.8	14.4	11.5
Total	5.4	5.5	10.2	9.1

Quellen: Gmel et al. (2001b); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 42: Medikamentenkonsum bei bestimmten Beschwerden bei Schweizer Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht, 1986, 1994 und 1998 (in %)

Beschwerde/Geschlecht	1986	1994	1998
Kopfschmerzen	11.9	10.7	8.1
Mädchen	14.6	12.2	9.7
Jungen	9.4	9.2	6.5
Bauchschmerzen	7.7	6.3	4.1
Mädchen	10.4	8.7	6.4
Jungen	5.0	3.9	1.8
Nervosität	4.1	3.2	1.4
Mädchen	4.1	3.2	1.2
Jungen	4.1	3.3	1.6
Schlaflosigkeit	2.9	3.8	2.5
Mädchen	4.1	3.7	3.4
Jungen	1.7	3.9	1.6

Quelle: SFA (2003)

Tabelle 43: Mehrfacher Medikamentenkonsum bei bestimmten Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern in den letzten 30 Tagen nach Alter, 1986, 1994 und 1998 (in %)

Beschwerde/Alter	1986	1994	1998
Kopfschmerzen			
11-Jährige in der 5. Klasse	9.4	9.4	6.9
13-Jährige in der 7. Klasse	15.3	11.9	7.5
15-Jährige in der 9. Klasse	11.1	10.9	9.8
Bauchschmerzen			
11-Jährige in der 5. Klasse	7.3	6.3	2.6
13-Jährige in der 7. Klasse	7.9	6.9	3.4
15-Jährige in der 9. Klasse	7.9	5.6	6.2
Nervosität			
11-Jährige in der 5. Klasse	4.0	4.3	1.5
13-Jährige in der 7. Klasse	4.9	3.1	1.4
15-Jährige in der 9. Klasse	3.3	2.4	1.3
Schlaflosigkeit			
11-Jährige in der 5. Klasse	2.9	6.1	4.0
13-Jährige in der 7. Klasse	3.2	3.1	1.8
15-Jährige in der 9. Klasse	2.6	2.2	1.6

Quelle: SFA (2003)

7.1.5 Heroinkonsum

Tabelle 44: Drogenbedingte Todesfälle in der Schweiz 1991 bis 2002

	Drogenbedingte Todesfälle
1991	405
1992	419
1993	353
1994	399
1995	361
1996	312
1997	241
1998	210
1999	181
2000	205
2001	197
2002	167

Quelle: *Betäubungsmittelstatistik des Bundesamtes für Polizei*

Tabelle 45: Schätzung der Anzahl Heroinabhängigen in der Schweiz anhand der Statistiken der Methadonbehandlung, der drogenbedingten Todesfälle und der Verzeigungen wegen Heroinkonsums für 1994, 1998 und 2002.

	Minimalschätzung	Maximalschätzung
1994	24000	34500
1998	21500	29000
2002	18500	25500

Quelle: *Angaben BAG*

Tabelle 46: Heroinkonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 nach Geschlecht (in %)

	1992/93	1997	2002
Frauen	0.7	0.7	(0.5)*
Männer	1.9	1.4	1.3
insgesamt	1.3	1.0	0.9

* eingeschränkte statistische Zuverlässigkeit an (n<30)

Quelle: SFA (1999); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 47: Heroinkonsum während der letzten 12 Monate von 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 (in %)

	Konsum in den letzten 12 Monaten			davon wöchentlich konsumierend		
	1992/93	1997	2002	1992/93	1997	2002
Frauen	0.2	0.1	0.1*	63.8	47.9	46.7*
Männer	0.3	0.0	0.2*	53.5	0.0	100*
insgesamt	0.2	0.1	0.1*	58.1	39.41	91.5*

* eingeschränkte statistische Zuverlässigkeit (n<30)

Quellen: SFA (1999); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 48: Heroin-, Opium- und Morphinumkonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern des 9. Schuljahrs nach Geschlecht, 1986, 1994, 1998 und 2002 (in %)

	1986	1994	1998	2002
Mädchen	0.5	0.6	0.6	0.6
Jungen	1.1	1.6	0.7	1.7
Alle	0.7	1.0	0.6	1.1

Quelle: Schmid et al. (2003)

7.1.6 Kokainkonsum

Tabelle 49: Kokainkonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 nach Geschlecht (in %)

	1992/93	1997	2002
Frauen	1.8	2.2	1.9
Männer	3.5	4.3	4.0
insgesamt	2.7	3.3	2.9

Quellen: SFA (1999); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 50: Aktueller Kokainkonsum von 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 (in %)

	Konsum in den letzten 12 Monaten			davon wöchentlich konsumierend		
	1992/93	1997	2002	1992/93	1997	2002
Frauen	0.4	0.2	0.1*	21.9	7.4	13.8*
Männer	0.5	0.5	0.4*	10.5	0.0	0.0*
Alle	0.4	0.4	0.3*	15.2	2.3	3.9*

* eingeschränkte statistische Zuverlässigkeit (n<30)

Quellen: SFA (1999); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 51: Kokainkonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern des 9. Schuljahrs nach Geschlecht, Vergleich 1986, 1994, 1998 und 2002 (in %)

	1986	1994	1998	2002
Mädchen	1.2	0.7	0.9	1.7
Jungen	1.4	1.1	1.9	3.4
Alle	1.3	0.9	1.4	2.5

Quelle: Schmid et al. (2003)

7.1.7 Cannabiskonsum

Tabelle 52: Cannabiskonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 nach Geschlecht (in %)

	1992/93	1997	2002
Frauen	11.1	19.9	21.1
Männer	21.5	33.4	34.1
insgesamt	16.3	26.7	27.7

Quellen: SFA (1999); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 53: Cannabiskonsum: Lebenszeitprävalenz der 15- bis 74-Jährigen in der Schweiz nach Geschlecht, Alter, Sprachregion und Bildungsgrad im Jahr 2000 (in %)

	Männer	Frauen
Alter		
15 – 19	46.2	41.5
20 – 24	68.3	49.5
25 – 44	44.8	28.2
45 – 59	16.5	15.7
60+	6.3	4.2
Sprachregion		
Deutsche Schweiz	31.6	24.0
Französische Schweiz	38.9	22.5
Italienische Schweiz	28.4	15.0
Bildungsgrad*		
tief	26.1	10.9
mittel	33.4	24.7
hoch	34.4	25.3

* tief: obligatorische Schulbildung; mittel: Berufsschule, Seminar/Matura; hoch: Fachhochschule, Universität

Quelle: Müller et al. (2001)

Tabelle 54: Aktueller Cannabiskonsum von 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 (in %)

	Aktueller Konsum			davon wöchentlich konsumierend (in den letzten 12 Monaten)		
	1992/93	1997	2002	1992/93	1997	2002
Frauen	2.8	4.5	4.5	30.8	31.0	41.5
Männer	7.5	9.5	10.4	38.7	47.7	54.7
Alle	5.1	7.0	7.5	36.5	42.3	50.8

Quellen: SFA (1999); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 55: Cannabiskonsum: Konsumhäufigkeit in den letzten 12 Monaten nach Altersgruppen 2000 (in %)

Alter	täglich, auch mehrmals	einmal wöchentlich oder mehr, nicht täglich	ein bis dreimal im Monat	weniger als einmal im Monat	nie
15 – 19	6.5	5.0	8.4	12.1	68.0
20 – 24	5.4	6.4	6.4	16.7	65.1
25 – 44	1.7	1.3	2.1	5.9	88.9
45 – 59	0.0	0.0	1.9	1.9	96.3

Quelle: Müller et al. (2001)

Tabelle 56: Aktueller Cannabiskonsum von 15- bis 64-Jährigen in der Schweiz 2002 nach Alter (in %)

	aktuell konsumierend	davon		
		wöchentlich oder häufiger	1 bis 3 mal pro Monat	weniger als 1 mal pro Monat
15-24	12.0	55.9	21.6	22.5
25-34	6.3	44.6	19.4	36.0
35-44	3.3	40.7	21.5	37.8
45-54	1.8	32.8*	14.7*	52.5*
55-64	0.2*	35.2*	11.0*	53.7*
Total	4.6	48.0	20.3	31.7

* eingeschränkte statistische Zuverlässigkeit (n<30)

Quelle: Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 57: Aktueller Cannabiskonsum der 16- bis 20-Jährigen in der Schweiz 2002 nach Geschlecht (in %)

	abstinent	1 bis 2 mal pro Monat	3 bis 9 mal pro Monat	häufiger, aber nicht täglich	täglich
Mädchen	72.1	12.9	5.1	4.7	3.8
Jungen	58.4	12.4	6.3	8.7	12.7

Quelle: Narring et al. (2003)

Tabelle 58: Cannabiskonsum: Lebenszeitprävalenz, einmaliger und mehrmaliger Konsum bei 15-16-jährigen Schülerinnen und Schülern in der Schweiz nach Geschlecht, 1986 bis 2002 (in %)

	1986	1990	1994	1998	2002
Lebenszeit- prävalenz					
Mädchen	10.6	4.9	21.4	29.5	39.1
Jungen	12.3	14.6	27.0	40.6	49.9
einmal					
Mädchen	3.4	0.8	7.0	6.4	6.9
Jungen	3.8	3.7	6.9	11.2	10.3
mehrmals					
Mädchen	7.2	4.1	14.4	23.1	32.2
Jungen	8.5	10.9	20.1	29.4	39.6

Quelle: Schmid et al. (2003)

Tabelle 59: Cannabiskonsum: 12-Monatsprävalenz, einmaliger und mehrmaliger Konsum in den letzten 12 Monaten bei 15-16-jährigen Schülerinnen und Schülern in der Schweiz nach Geschlecht, 1998 und 2002 (in %)

	1998	2002
12-Monatsprävalenz		
Mädchen	27.9	34.1
Jungen	38.5	41.7
einmal		
Mädchen	5.8	5.5
Jungen	10.1	6.8
mehrmals		
Mädchen	22.1	28.6
Jungen	28.4	34.9

Quelle: Schmid et al. (2003)

7.1.8 Ecstasykonsum

20% bis 50% der regelmässigen Besucher und Besucherinnen von Techno-Partys konsumieren Ecstasy.

Quelle: Gmel (1997b)

Tabelle 60: Ecstasykonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz 1997 und 2002 nach Geschlecht (in %)

	1997	2002
Frauen	1.5	1.5
Männer	2.8	2.9
Alle	2.2	2.2

Quellen: SFA (1999); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 61: Aktueller Ecstasykonsum von 15- bis 39-Jährigen in der Schweiz nach Geschlecht 1997 und 2002 (in %)

	Aktueller Konsum		davon wöchentlich konsumierend	
	1997	2002	1997	2002
Frauen	0.2	0.1*	0.0	50.4*
Männer	0.5	0.2*	25.5	0.0*
Alle	0.4	0.2	18.7	32.5

* eingeschränkte statistische Zuverlässigkeit (n<30)

Quellen: SFA (1999); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 62: Ecstasykonsum: Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern des 9. Schuljahrs nach Geschlecht, 1994, 1998 und 2002 (in %)

	1994	1998	2002
Mädchen	2.1	1.1	3.8
Jungen	1.4	2.6	2.7
Alle	1.8	1.9	3.3

Quelle: Schmid et al. (2003)

7.1.9 Anorexie

0.5% bis 1.0% der weiblichen Adoleszenten leiden an einer Anorexia nervosa. Für männliche Jugendliche liegt die Prävalenzrate bei ca. einem Zehntel derjenigen junger Frauen.

In den letzten Jahrzehnten nahm die Prävalenzrate vor allem bei den 15- bis 19-jährigen Mädchen zu.

Quelle: Buddeberg-Fischer et al. (1998)

7.1.10 Bulimie

1% bis 3% der weiblichen Adoleszenten leiden an einer Bulimia nervosa. Für männliche Jugendliche liegt die Prävalenzrate bei ca. einem Zehntel derjenigen junger Frauen.

In den letzten Jahren nahm die Inzidenzrate für Bulimia nervosa vor allem in grösseren Städten und in der Bevölkerungsgruppe der 20- bis 24-jährigen zu.

Quelle: Buddeberg-Fischer et al. (1998)

7.1.11 Adipositas

Tabelle 63: Anteil übergewichtiger und adipöser Personen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 nach Alter und Geschlecht (in %)

Alter	Frauen			Männer		
	1992/93	1997	2002	1992/93	1997	2002
15-34	9.6	13.7	14.3	22.6	23.4	26.6
35-49	19.5	24.4	26.0	43.1	45.2	48.9
50-64	32.6	40.4	38.5	56.0	59.8	59.3
65+	38.2	43.2	45.6	50.0	53.9	58.1
Total	21.8	28.2	29.3	39.2	42.2	45.5

Quellen: Bisig (1996); Bisig (2000b); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

Tabelle 64: Anteil normalgewichtiger, übergewichtiger und adipöser Personen in der Schweiz 1992/93, 1997 und 2002 (in %)

	normalgewichtig inkl. untergewichtig (BMI<25)	übergewichtig (BMI 25-29)	adipös (BMI 30+)
1992/93	69.7	24.9	5.4
1997	65.1	28.1	6.8
2002	62.9	29.4	7.7

Quellen: Bisig (1996); Bisig (2000b); Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung

7.1.12 Spielsucht

Spielsucht ist epidemiologisch noch relativ wenig erforscht. Die durch Studien gefundenen Werte zur Prävalenz von pathologischem Spielverhalten variieren auch innerhalb einzelner Länder erheblich:

Australien:	0.25% - 1.73%
Kanada:	1.2%
Grossbritannien:	1% - 4%
Spanien:	1% - 3%
USA:	0.1% - 3.4%

Quelle: Bühringer/Dilek (2000)

In der Schweiz sind 0,79% der über 17-Jährigen spielsüchtig. Weitere 2,18% sind gefährdet.

Der Anteil der Männer, der unter 29-Jährigen, der Angestellten, der Vollzeitbeschäftigten und der Alleinstehenden ist unter den Spielsüchtigen und unter den Gefährdeten signifikant höher als unter den nicht spielsüchtigen.

Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Angebot an Spielmöglichkeiten und der Anzahl von Spielsüchtigen. Mit der geplanten Erweiterung des Spielangebots im Rahmen des neuen Spielbankengesetzes ist in der Schweiz mit einer Zunahme bei der Zahl der Spielsüchtigen zu rechnen.

Quelle: Osiek et al. (1999)

7.1.13 Arbeitssucht

Jede dritte Person, die mehr als 48 Stunden pro Woche arbeitet, bezeichnete sich 1998 in Grossbritannien als arbeitssüchtig. Dies entspricht etwa 3% aller Erwerbstätigen.

Besonders betroffen sind selbständig Erwerbende, Manager und Handwerker. Es sind keine Geschlechterunterschiede festzustellen.

Quelle: Compton-Edwards (1999)

Es ist anzunehmen, dass etwa jede/r siebte Erwerbstätige gefährdet ist, arbeitssüchtig zu werden.

Quelle: Schneemann (2000)

Erwerbstätige in der Schweiz 1998 (Jahresmitte, Inlandkonzept) gemäss Bundesamt für Statistik: 3'858'000

7.1.14 Kaufsucht

Alle im Kapitel zur Epidemiologie der Kaufsucht gemachten Angaben entstammen einer noch unveröffentlichten im Jahr 2003 von der Hochschule für Sozialarbeit Bern in Zusammenarbeit mit dem GfS-Forschungsinstitut durchgeführten Befragung.

*Tabelle 65: Anteil Kaufsüchtige und Kaufsuchtgefährdete 2003 in der Schweiz
(in %)*

Alter	kaufsüchtig	Tendenz zu unkontrolliertem Kaufen
18 – 24 Jahre	5	33
18 – 84 Jahre	17	47

Quelle: noch unveröffentlichte Studie der Hochschule für Sozialarbeit Bern

7.1.15 Internetsucht

2.3% aller gelegentlichen und regelmässigen Nutzer und Nutzerinnen des Internets in der Schweiz sind onlinesüchtig, 3.7% sind gefährdet. Süchtige verbringen durchschnittlich 5 Stunden pro Tag oder 35 Stunden pro Woche und Gefährdete 2.8 Stunden pro Tag oder 20 Stunden pro Woche auf dem Netz.

Während Süchtige täglich online sind, loggen sich Gefährdete im Durchschnitt während 6.5 Tagen pro Woche ein. Von den Süchtigen sind 69% unter 20 Jahren, 69% männlich und 62% leben ohne festen Partner.

Quelle: Eidenbenz (2001)

Tabelle 66: Internet-Nutzung in der Schweiz (in % der Wohnbevölkerung ab 14 Jahren)

	Internetnutzung in den letzten 6 Monaten	Internetnutzung mehrmals pro Woche	Internetnutzung gestern
Sommerhalbjahr 1999	34.0	19.3	13.6
Winterhalbjahr 1999/2000	40.6	26.4	18.8
Sommerhalbjahr 2000	47.1	32.6	23.3
Winterhalbjahr 2000/2001	52.1	37.4	28.2
Sommerhalbjahr 2001	55.1	39.5	30.1
Winterhalbjahr 2001/2002	56.8	42.2	32.8
Sommerhalbjahr 2002	61.4	45.1	35.6

Quelle: WEMF – AG für Werbemedienforschung (2003)

7.2 Zeitungsanalyse

7.2.1 Methodische Angaben

Tabelle 67: Untersuchte Medien

	Deutsch	Französisch
Titel	Neue Zürcher Zeitung (NZZ)	Le Matin 24 heures La Tribune de Genève
Untersuchungsperiode	1993 – 2002	1998 – 2002
Archiv im Internet	http://nzz.gbi.de/NZZ.ein	http://www.archipresse.ch/

Gezählt wurde jeweils die Anzahl Artikel je Suchtform, in denen einer oder mehrere der in Tabelle 68 aufgeführten Suchbegriffe vorkam. Jeder Artikel wurde pro erwähnte Suchtform einmal gezählt. Dies bedeutet, dass das Total aller Artikel kleiner ist als die Summe aller aufgeführten Artikel pro Suchtform.

Tabelle 68: *Liste der verwendeten Suchbegriffe nach Suchtform und Sprache*

Suchtform	Deutsch	Französisch
Missbrauch illegaler Drogen	Droge	drogue, toxicomane, toxicomanie
Alkoholmissbrauch	Alkohol	alcool
Nikotinabhängigkeit	Tabak, Zigarette, Raucher, Nikotin	tabac, cigarette, fumeur, nicotine
Heroinkonsum	Heroin	héroïne
Kokainkonsum	Kokain	cocaïne
Cannabiskonsum	Haschisch, Cannabis, Marihuana, kiffen	cannabis, haschich, hachich, marijuana
Ecstasykonsum	Ecstasy	ecstasy
Medikamentenmissbrauch	Tablettensucht, Tablettenmissbrauch, Medikamentensucht, Medikamentenmissbrauch, tablettenabhängig, medikamentenabhängig	abus de médicaments, dépendance médicamenteuse
Anorexie	Magersucht, magersüchtig, Anorexie, Anorexia nervosa, anorektisch	anorexie, anorexia nervosa, anorexique
Bulimie	Bulimie, bulimisch, Ess-Brechsucht/-süchtig	boulimie, boulimique
Adipositas	Adipositas, Fettsucht/-süchtig, Übergewicht	obésité, obèse, surcharge pondérale
Spielsucht	Spielsucht/-süchtig, Glücksspielsucht/-süchtig	jeu compulsif, jeu excessif, dépendance au jeu, jeu pathologique, jouer compulsivement, jouer excessivement, jouer pathologiquement
Internetsucht	Internetsucht/-süchtig/-abhängig, Onlinesucht/-süchtig/-abhängig	dépendance/dépendant d'Internet
Arbeitssucht	Arbeitssucht/-süchtig, Workaholic	épuisement professionnel, épuisement au travail, workaholic
Kaufsucht	Kaufsucht/-süchtig	manie d'achat

Die Suchabfragen wurden jeweils so formuliert, dass auch Wörtern mit Erweiterungen gefunden wurden (z. B. übergewicht* findet auch übergewichtig, übergewichtige usw.).

Gross- und Kleinschreibung wird in den Suchmaschinen nicht unterschieden.

Aufgrund von Plausibilitätstests wurden Artikelgruppen, die nichts mit dem Thema der Untersuchung zu tun haben und die Resultate wesentlich verfälschen, ausgeschlossen (z. B. Artikel mit dem Begriff Drogerie in der Recherche zu Drogen oder Artikel zum Theater Boulimie in Lausanne). Es konnte jedoch nicht jeder einzelne Artikel auf seinen Inhalt überprüft werden.

7.2.2 Detailergebnisse

Tabelle 69: Anzahl Artikel in den untersuchten Deutschschweizer Medien nach Suchtform und Halbjahr, 1993 bis 2002

	1. Halbjahr 1993	2. Halbjahr 1993	1. Halbjahr 1994	2. Halbjahr 1994	1. Halbjahr 1995	2. Halbjahr 1995	1. Halbjahr 1996	2. Halbjahr 1996	1. Halbjahr 1997	2. Halbjahr 1997	1. Halbjahr 1998	2. Halbjahr 1998	1. Halbjahr 1999	2. Halbjahr 1999	1. Halbjahr 2000	2. Halbjahr 2000	1. Halbjahr 2001	2. Halbjahr 2001	1. Halbjahr 2002	2. Halbjahr 2002	Total
Konsum illegaler Drogen	816	759	800	967	906	661	656	655	538	607	518	584	499	504	469	597	579	494	516	522	12'647
Alkoholmissbrauch	306	306	194	273	282	277	274	278	235	271	273	246	218	251	301	296	286	297	286	253	5'403
Nikotinabhängigkeit	271	288	247	241	257	280	257	309	290	311	263	242	259	293	262	333	313	270	303	286	5'575
Medikamentenmissbrauch	4	7	3	6	4	5	4	1	2	2	0	0	2	4	5	3	3	2	4	3	64
Heroinkonsum	129	105	107	166	183	105	109	175	92	133	111	147	170	88	79	96	103	87	91	86	2'362
Kokainkonsum	102	75	88	98	98	82	95	106	97	84	91	104	85	75	70	116	110	87	100	94	1'857
Cannabiskonsum	62	38	75	54	57	47	58	56	62	59	75	60	65	64	80	71	86	71	71	70	1'281
Ecstasykonsum	2	5	6	16	20	14	31	26	19	19	13	15	13	16	21	17	15	22	18	15	323
Anorexie	6	4	7	6	4	14	11	6	13	6	9	13	4	11	12	10	11	4	17	7	175
Bulimie	4	1	1	2	0	3	3	3	4	5	2	3	2	3	4	4	4	3	4	2	57
Adipositas	62	67	67	64	76	78	73	65	70	59	83	87	75	61	68	73	82	81	77	69	1'437
Spielsucht	26	3	4	7	9	6	1	2	0	0	3	10	2	9	8	8	12	2	5	7	124
Internetsucht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	2	0	8
Arbeitssucht	7	4	4	4	3	2	7	3	4	6	3	13	4	8	8	9	7	2	5	10	113
Kaufsucht	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3

Tabelle 70: Anzahl Artikel in den untersuchten Westschweizer Medien nach Suchtform und Halbjahr, 1998 bis 2002

	1. Halbjahr 1998	2. Halbjahr 1998	1. Halbjahr 1999	2. Halbjahr 1999	1. Halbjahr 2000	2. Halbjahr 2000	1. Halbjahr 2001	2. Halbjahr 2001	1. Halbjahr 2002	2. Halbjahr 2002	Total
Konsum illegaler Drogen	532	478	538	436	550	491	508	520	595	608	5256
Alkoholmissbrauch	394	447	425	450	510	436	434	454	578	550	4678
Nikotinabhängigkeit	461	493	480	477	550	534	590	456	516	507	5064
Medikamentenmissbrauch	3	7	6	7	3	2	3	0	2	7	40
Heroinkonsum	207	241	232	170	239	252	250	284	266	213	2354
Kokainkonsum	96	103	114	70	101	104	90	139	180	125	1122
Cannabiskonsum	64	69	71	47	89	87	80	119	145	134	905
Ecstasykonsum	17	18	27	12	28	24	19	30	25	25	225
Anorexie	19	27	19	9	24	27	24	16	23	28	216
Bulimie	7	6	7	4	5	3	6	7	10	11	66
Adipositas	35	42	42	33	47	30	48	36	52	78	443
Spielsucht	2	1	3	9	6	10	10	7	4	15	67
Internetsucht	0	0	3	3	3	2	2	0	1	3	17
Arbeitssucht	5	1	2	1	3	9	4	4	6	3	38
Kaufsucht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

7.3 Analyse der Vorstösse im Parlament

7.3.1 Methodische Angaben

Ausgezählt wurden alle suchtbefugten Vorstösse mit einer sozialpolitischen Ausrichtung, die im Zeitraum von Januar 1990 bis Juni 2003 eingereicht wurden. Nicht einbezogen wurden demzufolge insbesondere wirtschafts- und finanzpolitische Vorstösse mit suchtpolitischen Bezügen wie z. B. der Zigarettenmuggel oder die Geldwäscherei. Erfasst wurden alle Vorstösse in der Geschäftsdatenbank des Schweizer Parlaments (http://www.parlament.ch/afs/forms/d/d_urh_form1.htm), in deren Text – ohne Antwort des Bundesrates – eine oder mehrere Suchtformen gemäss untenstehender Liste erwähnt wurden. Eine Liste mit allen erfassten Vorstössen befindet sich anschliessend in Kap. 0.

Tabelle 71: Liste der verwendeten Suchbegriffe

Suchtform	Suchbegriffe
Missbrauch illegaler Drogen	Droge, Rauschgift, Betäubungsmittel
Alkoholmissbrauch	Alkohol
Nikotinabhängigkeit	Tabak, Nikotin, Zigaretten
Heroinkonsum	Heroin, Methadon
Kokainkonsum	Kokain
Cannabiskonsum	Cannabis, Hanf, Haschisch
Ecstasykonsum	Ecstasy, Amphetamin, Designerdroge
Medikamentenmissbrauch	Medikament
Anorexie	Anorexie, Magersucht
Bulimie	Bulimie, Ess-Brech-Sucht, Essstörung
Adipositas	Adipositas, Fettsucht, Übergewicht
Spielsucht	Spielsucht, Spielbanken
Internetsucht	Internetsucht, internetsüchtig
Arbeitssucht	Arbeitssucht, arbeitssüchtig
Kaufsucht	Kaufsucht, kaufsüchtig

Die Suchabfragen wurden jeweils so formuliert, dass auch Wörtern mit Erweiterungen gefunden wurden (z. B. **übergewicht*** findet auch **übergewichtig**, **übergewichtige** usw.).

Gross- und Kleinschreibung wird in den Suchmaschinen nicht unterschieden.

Jeder Vorstoss wurde nur einmal gezählt.

Vorstösse, die sich zu mehreren Suchtformen äussern, wurden den drei Sammelkategorien "Illegale Drogen", "substanzgebundene Suchtformen" und "Sucht allgemein" wie folgt zugeordnet:

Illegale Drogen: mehrere illegalen Substanzen (z. B. Heroin und Cannabis)

substanzgebundene Suchtformen: mehrere legale und illegale substanzgebundene Suchtformen (z. B. Alkohol und Heroin)

Sucht allgemein: mehrere substanzgebundene und substanzunabhängige Suchtformen

Wurde in einem Vorstoss der Begriff Drogen ohne genauere Spezifikationen verwendet, wurde der Vorstoss der Kategorie "illegale Drogen" zugerechnet.

Für die Fraktionen wurden die folgenden Abkürzungen verwendet:

Tabelle 72: Fraktionen der eidgenössischen Räte, Abkürzungen

Abkürzung	Bezeichnung
CVP	Christlichdemokratische Fraktion
EVP-EDU	Evangelische und Unabhängige Fraktion (früher LdU/EVP-Fraktion)
FDP	Freisinnig-demokratische Fraktion
FP	Fraktion der Freiheits-Partei der Schweiz
Grüne	Grüne Fraktion
Liberale	Liberale Fraktion
SD-Lega	Fraktion der Schweizer Demokraten und der Lega dei ticinesi
SP	Sozialdemokratische Fraktion
SVP	Fraktion der Schweizerischen Volkspartei

7.3.2 Liste der suchtpolitischen Vorstösse 1990 bis Sommer 2003

Abkürzungen der Vorstossformen:

SI	Standesinitiative
pl	Parlamentarische Initiative
M	Motion
P	Postulat
I	Interpellation
EA	Einfache Anfrage

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
90.313	Drogenmissbrauch. Nationale Präventionskampagne	Konsum illegaler Drogen	M	NR	6.2.1990	Rychen Albrecht	SVP
90.344	Koordinierte Drogenpolitik	Konsum illegaler Drogen	M	NR	8.2.1990	Zwingli Walter	FDP
90.411	Koordinierte Drogenpolitik	Konsum illegaler Drogen	M	NR	13.3.1990	Bühler Robert	FDP
90.491	Besetzung einer Liegenschaft des Bundes	Konsum illegaler Drogen	I	NR	23.3.1990	Aubry Geneviève	FDP
90.504	"Anti-Drogen"-Attachés in Schweizer Botschaften	Konsum illegaler Drogen	M	NR	23.3.1990	Ziegler Jean	SP
90.579	Statistische Angaben zum Drogenkonsum	Konsum illegaler Drogen	I	NR	20.6.1990	Nabholz Lili	FDP
90.597	Neuer Rebbaubeschluss	Alkoholmissbrauch	P	NR	21.6.1990	Zwygart Otto	EVP-LdU
90.619	Solidarität in der Bekämpfung des Drogenelends	Konsum illegaler Drogen	I	NR	21.6.1990	Neukomm Alfred	SP
90.752	Massnahmen zur Lösung des Drogenproblems	Konsum illegaler Drogen	M	NR	1.10.1990	Scherrer Jürg	FP
90.805	Strassenverkehrsgesetz. Fahren nach Drogenkonsum	Konsum illegaler Drogen	I	NR	3.10.1990	Loeb François	FDP
90.902	Betäubungsmittelgesetz. Vollzug	Konsum illegaler Drogen	P	NR	28.11.1990	Aubry Geneviève	FDP
90.952	In Thailand inhaftierte Schweizer	Konsum illegaler Drogen	P	NR	13.12.1990	Ziegler Jean	SP
90.960	Schutz der Jugend vor Tabakmissbrauch	Tabakkonsum	P	NR	13.12.1990	Zwygart Otto	EVP-LdU
90.982	Schweizerisches Institut für Alkohol- und Drogenprävention	substanzegebundene Suchtformen	M	NR	14.12.1990	Neukomm Alfred	SP
90.985	Aktion "Rote Nase"	Alkoholmissbrauch	I	NR	14.12.1990	Houmard Marc-André	FDP
90.1084	Drogensituation in der Nähe des Bundeshauses	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	14.6.1990	Loeb François	FDP
90.1105	Schweiz mit höchster Todesrate von Drogenabhängigen	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	21.6.1990	Spälti Peter	FDP
90.1165	Zusatzfragen zur Interpol	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	4.10.1990	Ruf Markus	EVP-LdU

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
90.1202	Massnahmen gegen das organisierte Verbrechen	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	13.12.1990	Spälti Peter	FDP
91.1010	Wahl von Frau Dr. F. Haller in die Betäubungsmittelkommission	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	23.1.1991	Thür Hanspeter	Grüne
91.1113	Rolle von Schweizer Parlamentariern bei Geldwäschereigeschäften	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	12.12.1991	Zisyadis Josef	Fraktionslos
91.3030	Suchtpräventionsgesetz	substanzgebundene Suchtformen	P	NR	24.1.1991	Neukomm Alfred	SP
91.3042	Berücksichtigung der internationalen Entwicklung im Drogenbereich	Konsum illegaler Drogen	I	NR	4.3.1991	SP	SP
91.3173	Zulassung eines umstrittenen Produktes	Tabakkonsum	I	NR	10.6.1991	Züger Arthur	SP
91.3192	Aerztlich kontrollierte Abgabe von Heroin an Süchtige	Heroinkonsum	M	NR	19.6.1991	Günter Paul	SP
91.3239	Keine Zulassung für das Tabaksuchtmittel "Snus"	Tabakkonsum	P	NR	20.6.1991	Hess Peter	CVP
91.3320	Schaffung einer Drogenpolizei des Bundes	Konsum illegaler Drogen	M	SR	26.9.1991	Iten Andreas	FDP
91.3325	Alkoholpromille-Grenzwert	Alkoholmissbrauch	M	SR	3.9.1991	Weber Monika	EVP-LdU
91.3350	Versuche mit kontrollierter Heroinabgabe	Heroinkonsum	I	NR	3.10.1991	Fierz Lukas	Grüne
91.3380	Internationale Uebereinkommen über Betäubungsmittel. Stellung der Schweiz	Konsum illegaler Drogen	M	NR	25.11.1991	Spielmann Jean	Fraktionslos
91.3408	Offene Grenzen	Konsum illegaler Drogen	I	NR	11.12.1991	Steinemann Walter	FP
91.3421	Medikamentenwerbung am Fernsehen	Medikamenten-missbrauch	I	NR	12.12.1991	Zwygart Otto	EVP-LdU
92.312	Legalisierung des Drogenkonsums und Betäubungsmittelmonopol	Konsum illegaler Drogen	SI	.	7.12.1992	Solothurn	.
92.401	Revision von Artikel 19a Ziffer 1 Betäubungsmittelgesetz	Konsum illegaler Drogen	pl	NR	30.1.1992	Tschäppät Alexander	SP
92.441	Revision des Betäubungsmittelgesetzes	Konsum illegaler Drogen	pl	NR	9.10.1992	Grüne	Grüne
92.452	Bekämpfung des Drogenkonsums. Verfassungsgrundlage	Konsum illegaler Drogen	pl	NR	18.12.1992	Bischof Hardi	SD-Lega
92.1021	Aerztlich kontrollierte Drogenabgabe an Suchtkranke	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	19.3.1992	Brügger Cyrill	SP
92.1044	Spezialpräparate zur Drogenherstellung	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	9.6.1992	Steffen Hans	FP
92.1048	Drogenhandel unter dem Deckmantel des Asyls	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	12.6.1992	Steinemann Walter	FP
92.1059	Versuchsweise Abgabe von Heroin. Expertisen	Heroinkonsum	EA	NR	17.6.1992	Fehr Lisbeth	SVP
92.1060	Internationales Kolloquium über illegale Drogen	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	17.6.1992	Aubry Geneviève	FDP

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
92.1077	Sofortige pragmatische Sondermassnahmen des Bundes bei straffällig gewordenen Asylbewerbern	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	26.8.1992	Bircher Peter	CVP
92.1104	Verzicht auf Ratifikation des UNO-Drogenabkommens 1988	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	7.10.1992	Rechsteiner Paul	SP
92.3036	Armee-Einsatz zur Betreuung Süchtiger	Konsum illegaler Drogen	P	NR	31.1.1992	Wiederkehr Roland	EVP-LdU
92.3060	Krise im Straf- und Massnahmenvollzug	Konsum illegaler Drogen	P	SR	3.3.1992	Gadient Ulrich	SVP
92.3100	Kampf gegen die Drogen	Konsum illegaler Drogen	I	NR	17.3.1992	Cavadini Adriano	FDP
92.3102	Systematische Atemluftkontrollen (Alkohol am Steuer)	Alkoholmissbrauch	M	NR	18.3.1992	Gonseth Ruth	Grüne
92.3116	Revision des Betäubungsmittelgesetzes	Konsum illegaler Drogen	M	SR	18.3.1992	Onken Thomas	SP
92.3127	Drogensituation und -politik des Bundesrates	Konsum illegaler Drogen	I	SR	19.3.1992	Weber Monika	EVP-LdU
92.3132	Kampf gegen Drogenhandel und Waffenschlebereien. Internationale Zusammenarbeit	Konsum illegaler Drogen	M	NR	20.3.1992	Keller Rudolf	FP
92.3162	Legislaturplanung 91-95: Ziel 47 (Drogenpolitik)	Konsum illegaler Drogen	M	NR	1.6.1992	SD-Lega	SD-Lega
92.3164	Pilotversuch mit Drogenabhängigen	Konsum illegaler Drogen	I	NR	1.6.1992	Sandoz Suzette	Liberale
92.3189	Zunahme von Asylbewerbern im Drogenbereich	Konsum illegaler Drogen	M	NR	3.6.1992	Bischof Hardi	SD-Lega
92.3222	Neues Drogenkonzept	Konsum illegaler Drogen	P	NR	12.6.1992	Fehr Lisbeth	SVP
92.3227	Freie Drogenabgabe (in beschränktem Umfang)	Heroinkonsum	I	NR	15.6.1992	Steinemann Walter	FP
92.3233	Drogen am Steuer	Konsum illegaler Drogen	I	NR	16.6.1992	Friderici Charles	Liberale
92.3250	Gesetzliche Grundlagen für verdeckte Drogenfahndung	Konsum illegaler Drogen	M	SR	17.6.1992	Danioth Hans	CVP
92.3255	Straffällig gewordene Asylbewerber	Konsum illegaler Drogen	M	NR	18.6.1992	Bortoluzzi Toni	SVP
92.3256	Rasche Ausweisung straffälliger Asylbewerber	Konsum illegaler Drogen	I	NR	18.6.1992	Bortoluzzi Toni	SVP
92.3265	CH-Drogenkonzept	Konsum illegaler Drogen	M	SR	18.6.1992	Mornioli Giorgio	SD-Lega
92.3386	Patientenrechte bei der Fürsorgerischen Freiheitsentziehung (Art. 397a ZGB)	Konsum illegaler Drogen	M	NR	23.9.1992	Caspar-Hutter Elisabeth	SP
92.3455	Alkoholverwaltung. Neue Aufgaben	Alkoholmissbrauch	I	NR	30.11.1992	Camponovo Geo	FDP
92.3496	Ausrichtung der AIDS-Forschung	substanzgebundene Suchtformen	I	NR	8.12.1992	Jöri Werner	SP
92.3553	Sicherstellung der IV-Renten für Suchtkranke	substanzgebundene Suchtformen	P	SR	17.12.1992	Frick Bruno	CVP
92.3586	Besteuerung der Spirituosen	Alkoholmissbrauch	P	NR	18.12.1992	Müller Reinhard	SVP
92.3590	Szenarien bei Aufgabe der Drogenprohibition	Konsum illegaler Drogen	P	NR	18.12.1992	Rechsteiner Paul	SP

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
93.437	Schweizerische Stiftung für Werbung und Sponsoring in den Bereichen Gesundheit, Sport und Kultur	Tabakkonsum	pl	NR	1.6.1993	Wick Hugo	CVP
93.454	Drogenpolitik	Konsum illegaler Drogen	pl	NR	14.12.1993	Hubacher Helmut	SP
93.1032	Drogendatenbank DOSIS	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	28.4.1993	Rechsteiner Paul	SP
93.1042	Drogentourismus in den SBB-Zügen	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	14.6.1993	Aubry Geneviève	FDP
93.1088	Drogentourismus in SBB-Zügen	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	30.11.1993	Aubry Geneviève	FDP
93.1092	Bundesgelder an Verband der Elternvereinigungen drogenabhängiger Jugendlicher	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	2.12.1993	Fehr Lisbeth	SVP
93.3012	Landesverweisung für Ausländer	Konsum illegaler Drogen	M	NR	30.10.1992	Kommission für Rechtsfragen	.
93.3025	Landesverweisung für Ausländer	Konsum illegaler Drogen	M	NR	18.1.1993	Kommission für Rechtsfragen	.
93.3026	Förderung von Prävention und Gesundheitserziehung	Tabakkonsum	M	SR	19.1.1993		.
93.3120	Revision des Asylgesetzes	Konsum illegaler Drogen	M	SR	17.3.1993	Weber Monika	EVP-LdU
93.3183	Revision des Asylgesetzes	Konsum illegaler Drogen	M	NR	19.3.1993	Meier Samuel	EVP-LdU
93.3240	Massnahmen gegen Gefährdung der Gesundheit	substanzgebundene Suchtformen	P	NR	3.5.1993	Kommission für Rechtsfragen	.
93.3275	Drogenmafia. Dringliche Massnahmen	Konsum illegaler Drogen	I	NR	4.6.1993	Bircher Peter	CVP
93.3370	Selbsthilfedorf für ausstiegswillige Drogenabhängige (Sieber)	Konsum illegaler Drogen	M	NR	18.6.1993	Sieber Ernst	EVP-LdU
93.3410	Bekämpfung des Drogenhandels in Genf-Cointrin	Konsum illegaler Drogen	P	NR	22.9.1993	Ziegler Jean	SP
93.3420	Betäubungsmittelgesetz. Ausweisung von ausländischen Straftätern	Konsum illegaler Drogen	M	NR	27.9.1993	Liberale	Liberale
93.3446	Drogenkonsum in den Rekrutenschulen	Konsum illegaler Drogen	I	NR	4.10.1993	Iten Joseph	CVP
93.3454	Beziehungen Schweiz-Türkei	Konsum illegaler Drogen	I	NR	4.10.1993	Zisyadis Josef	Fraktionslos
93.3469	Stärkung der inneren Sicherheit	Konsum illegaler Drogen	I	NR	6.10.1993	Schwab Heinz	SVP
93.3549	Medikamentenabhängigkeit	Medikamenten-missbrauch	I	NR	30.11.1993	Bischof Hardi	SD-Lega
93.3600	Gewährleistung des Rechtsstaates	Konsum illegaler Drogen	I	NR	13.12.1993	Allenspach Heinz	FDP
93.3629	Privatisierung Strafvollzug	Konsum illegaler Drogen	I	NR	15.12.1993	Bortoluzzi Toni	SVP
93.3651	Bewussteres und gesünderes Konsum- und Ernährungsverhalten	substanzgebundene Suchtformen	P	NR	16.12.1993	Wyss William	SVP
93.3658	Heroinversuche und Krankenkassen	Heroinkonsum	I	NR	16.12.1993	Steinemann Walter	FP
93.3673	Suchtpräventionsgesetz: Ein Gesetz für die Förderung der Gesundheit	substanzgebundene Suchtformen	M	NR	17.12.1993	Grossenbacher Ruth	CVP
93.3675	Art. 32 ter BV. Aufhebung	Alkoholmissbrauch	M	NR	17.12.1993	Rohrbasser Bernard	SVP
94.423	Betäubungsmittelgesetz. Ergänzung	Konsum illegaler Drogen	pl	NR	6.10.1994	Heberlein Trix	FDP

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
94.424	Ergänzung von Art. 397a ZGB. Erlass eines neuen Art. 310a ZGB. (Kinderschutzmassnahmen)	substanzgebundene Suchtformen	pl	NR	6.10.1994	Fehr Lisbeth	SVP
94.437	Revision des Betäubungsmittelgesetzes	Konsum illegaler Drogen	pl	NR	15.12.1994	Tschäppät Alexander	SP
94.1017	"Behandlung" von Drogensüchtigen durch Methadon-Abgabe	Heroinkonsum	EA	NR	10.3.1994	Schweingruber Alain	FDP
94.1021	Versuche mit Drogenabgabe an Süchtige	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	14.3.1994	Kern Armin	FP
94.1030	Verteilung von sterilen Spritzen in der Strafanstalt Hindelbank	Konsum illegaler Drogen	EA	SR	16.3.1994	Mornioli Giorgio	SD-Lega
94.1031	Verantwortlichkeiten bei der Abgabe von Heroin-Zigaretten	Heroinkonsum	EA	SR	16.3.1994	Mornioli Giorgio	SD-Lega
94.1068	Drogenmissbrauch und Invalidenversicherung	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	7.6.1994	Steinemann Walter	FP
94.1071	Schwedisches Modell	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	9.6.1994	Philipona Jean-Nicolas	FDP
94.1072	Konflikt zwischen Aidsprävention und Drogenbekämpfung	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	14.6.1994	Fehr Lisbeth	SVP
94.1084	Anonymisierung der kontrollierten Drogenabgabe	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	16.6.1994	Vetterli Werner	SVP
94.1118	Modedrogen in der Schweiz. Prävention, Bekämpfung, Entzug	Ecstasykonsum, Konsum von Designerdrogen	EA	NR	29.9.1994	Steinemann Walter	FP
94.1119	Drogen: Wissenschaftliche Studien und Expertenwesen	Konsum illegaler Drogen	EA	SR	29.9.1994	Mornioli Giorgio	SD-Lega
94.1129	Spielbanken. Auflösung der Expertenkommission	Spielsucht	EA	NR	5.10.1994	Aguet Pierre	SP
94.1134	Stellungnahme eines Beamten gegen einen Parlamentsbeschluss	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	6.10.1994	Aubry Geneviève	FDP
94.1135	Allgemeine Drogenabgabe zur Senkung der Drogenkriminalität	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	6.10.1994	Fehr Lisbeth	SVP
94.1137	Telefonterror gegen Geldspielgegner	Spielsucht	EA	NR	6.10.1994	Grendelmeier Verena	EVP-LdU
94.1142	Mehrwertsteuer-Befreiung von Brockenstuben	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	30.11.1994	Scherrer Werner	Fraktionslos
94.1161	Konferenz der "European Cities on Drug Policy" in Genf	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	14.12.1994	Bortoluzzi Toni	SVP
94.1162	Zweifelhafte Inseratenkampagne zur AIDS-Prävention	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	14.12.1994	Fehr Lisbeth	SVP
94.1179	Spielwarengewerbe. Verwaltungsschikanen	Alkoholmissbrauch	EA	NR	16.12.1994	Zisyadis Josef	Fraktionslos
94.3038	Abgabe heroinhaltiger Zigaretten. Verantwortung	Heroinkonsum	I	NR	28.2.1994	Aubry Geneviève	FDP
94.3103	Spritzenabgabe in Hindelbank. Legalität	Konsum illegaler Drogen	I	NR	15.3.1994	Aubry Geneviève	FDP
94.3158	Ausstiegswillige Drogenabhängige. Unterstützung	Konsum illegaler Drogen	I	NR	18.3.1994	Sieber Ernst	EVP-LdU

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
94.3171	Prioritäten der Alkoholpolitik	Alkoholmissbrauch	P	NR	6.5.1994	Geschäftsprüfungskommission .	
94.3202	Drogenfreie Gefängnisse in Schweden	Konsum illegaler Drogen	I	NR	7.6.1994	Aubry Geneviève	FDP
94.3214	Erfolgskontrolle des Methadonprogramms	Konsum illegaler Drogen	P	NR	9.6.1994	Schweingruber Alain	FDP
94.3276	Tabak- und Alkoholmissbrauch. Prävention	substanzgebundene Suchtformen	I	NR	17.6.1994	Sieber Ernst	EVP-LdU
94.3277	Drogenpolitik. Jährlicher Bericht	Konsum illegaler Drogen	P	NR	17.6.1994	Steinemann Walter	FP
94.3327	Drogenproblem. Weiteres Vorgehen	Konsum illegaler Drogen	I	NR	19.9.1994	LdU/EVP-Fraktion	EVP-LdU
94.3328	Volksinitiative "Jugend ohne Drogen"	Konsum illegaler Drogen	I	NR	19.9.1994	Aubry Geneviève	FDP
94.3335	Zunahme von Asylbewerbern im Drogenbereich	Konsum illegaler Drogen	M	NR	19.9.1994	Bischof Hardi	SD-Lega
94.3337	Schliessung der offenen Drogenszene	Konsum illegaler Drogen	M	NR	20.9.1994	Maspoli Flavio	Fraktionslos
94.3341	Sofortmassnahmen in der Drogenpolitik	Konsum illegaler Drogen	I	NR	20.9.1994	Wick Hugo	CVP
94.3342	Fragen zur Drogenpolitik	Konsum illegaler Drogen	I	NR	20.9.1994	Rechsteiner Paul	SP
94.3343	Auflösung der Drogenhölle Letten	Konsum illegaler Drogen	I	NR	20.9.1994	Scherrer Werner	Fraktionslos
94.3344	Drogenproblematik. Unverzügliches Handeln	Konsum illegaler Drogen	I	SR	20.9.1994	Weber Monika	EVP-LdU
94.3347	Sofortmassnahmen in der Drogenpolitik	Konsum illegaler Drogen	I	NR	20.9.1994	Mühlemann Ernst	FDP
94.3350	Drogenpolitik des Bundes	Konsum illegaler Drogen	I	NR	20.9.1994	Grüne	Grüne
94.3354	Drogenpolitik des Bundesrates	Konsum illegaler Drogen	I	NR	20.9.1994	Weyeneth Hermann	SVP
94.3357	Betrunkenheit am Steuer. Massnahmen	Alkoholmissbrauch	P	NR	21.9.1994	Leuba Jean-François	Liberales
94.3365	Drogensituation in Zürich. Bundesvollzug	Konsum illegaler Drogen	M	NR	22.9.1994	Schweingruber Alain	FDP
94.3389	Alkoholkonsum und Jugendschutz	Alkoholmissbrauch	I	NR	3.10.1994	Gonseth Ruth	Grüne
94.3397	Verbot der "PKK" und der "Tamil Tigers" in der Schweiz	Konsum illegaler Drogen	M	NR	4.10.1994	Moser René	FP
94.3423	Drogenpolitik. Ombudspersonen in den Schulen	Konsum illegaler Drogen	M	NR	6.10.1994	Comby Bernard	FDP
94.3434	Studie zur Langzeitentwicklung von Drogentherapie	Konsum illegaler Drogen	P	NR	6.10.1994	Fehr Lisbeth	FDP
94.3466	Ursachen der Drogenabhängigkeit	Konsum illegaler Drogen	I	NR	7.10.1994	Schmied Walter	SVP
94.3467	Alkohol und andere Drogen. Forschungsprojekte	substanzgebundene Suchtformen	M	NR	7.10.1994	Schmied Walter	SVP
94.3486	Abbruch bzw. Neuausrichtung der Stop-AIDS-Kampagne	Konsum illegaler Drogen	M	NR	28.11.1994	Keller Rudolf	FP
94.3499	Mehrwertsteuer-Befreiung von Brockenstuben	Konsum illegaler Drogen	I	NR	29.11.1994	Scherrer Werner	Fraktionslos
94.3547	Pädagogische Rekrutenprüfungen. Bericht	Konsum illegaler Drogen	I	NR	15.12.1994	Aubry Geneviève	FDP

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
94.3577	Mehrwertsteuer-Befreiung von gemeinnützigen Brockenstuben	Konsum illegaler Drogen	M	NR	16.12.1994	Scherrer Werner	Fraktionslos
94.3579	Schweizerisches Drogenkonzept	Konsum illegaler Drogen	M	SR	16.12.1994	Morniroli Giorgio	SD-Lega
95.1014	Erweiterung des Versuchsplanes zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln	Konsum illegaler Drogen	EA	SR	2.2.1995	Onken Thomas	SP
95.1109	Heroinversuche. Indikationen	Heroinkonsum	EA	NR	26.9.1995	Jenni Peter	FP
95.1111	Ecstasy. Neue Beurteilung der Situation	Ecstasykonsum, Konsum von Designerdrogen	EA	NR	26.9.1995	Steinemann Walter	FP
95.1115	Auslaufen der Heroinversuche ab Ende 1996	Heroinkonsum	EA	NR	28.9.1995	Schenk Simon	SVP
95.1118	Bewilligte Versuche mit Ecstasy	Ecstasykonsum, Konsum von Designerdrogen	EA	NR	3.10.1995	Sandoz Suzette	Liberale
95.1122	Heroinversuche. Qualifikation des Personals	Heroinkonsum	EA	NR	5.10.1995	Fehr Lisbeth	SVP
95.1126	Kampfrinker-Abzeichen für Rekruten	Alkoholmissbrauch	EA	NR	5.10.1995	Zwygart Otto	EVP-LdU
95.1128	Verschärfung der Drogensituation. Zusammenhang mit der Heroinabgabe	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	5.10.1995	Fehr Lisbeth	SVP
95.1135	Widersprüche zwischen der Betäubungsmittelkonvention der UNO von 1988 und den Volksinitiativen zum Drogenproblem	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	5.12.1995	Sandoz Suzette	Liberale
95.1136	Widerspruch zwischen Drogenpolitik des Bundesrates und Betäubungsmittelkonvention der UNO	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	5.12.1995	Sandoz Suzette	Liberale
95.1141	Methamphetamin. Zwischenhandel über die Schweiz	Ecstasykonsum, Konsum von Designerdrogen	EA	NR	12.12.1995	Zisyadis Josef	Fraktionslos
95.3026	Heroinabgabe in Gefängnissen. Kantonale Anfragen	Heroinkonsum	I	NR	30.1.1995	Schweingruber Alain	FDP
95.3038	Datenerfassungssystem über Medikamente	Medikamenten-missbrauch	M	NR	1.2.1995	Bischof Hardi	SD-Lega
95.3077	Drogenpolitik. Revision der Gesetzgebung	Konsum illegaler Drogen	P	SR	14.2.1995	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit	.
95.3103	Direkte Zustellung der AHV-Renten	Konsum illegaler Drogen	I	NR	8.3.1995	Hubacher Helmut	SP
95.3156	Unterbreitung des Wiener Abkommens (1988)	Konsum illegaler Drogen	M	NR	23.3.1995	Bortoluzzi Toni	SVP
95.3157	Erteilung des Führerausweises. Nachweis der Suchtunabhängigkeit	Konsum illegaler Drogen	M	NR	23.3.1995	Bortoluzzi Toni	SVP
95.3172	Medikamentenmissbrauch und Medikamentenwerbung am Fernsehen	Medikamenten-missbrauch	I	NR	24.3.1995	Gonseth Ruth	Grüne
95.3238	Ausweitung und Auswertung der Drogenversuche	Heroinkonsum	I	SR	7.6.1995	Cottier Anton	CVP
95.3250	Konsum von legalen und illegalen Drogen bei Schulkindern	substanzgebundene Suchtformen	I	SR	9.6.1995	Bieri Peter	CVP

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
95.3273	Tessiner Südgrenze und Drogenszene in Zürich	Konsum illegaler Drogen	I	NR	19.6.1995	Fritschi Oscar	FDP
95.3292	Drogeninitiativen. Volksabstimmungen	Konsum illegaler Drogen	I	NR	21.6.1995	Aubry Geneviève	FDP
95.3321	Alkoholprävention bei Jugendlichen	Alkoholmissbrauch	M	NR	22.6.1995	Gonseth Ruth	Grüne
95.3324	Kontrollierte Drogenabgabe. Versuche	Konsum illegaler Drogen	I	NR	23.6.1995	Schmied Walter	SVP
95.3395	Ecstasy: Gefahr für unsere Jugend	Ecstasykonsum, Konsum von Designerdrogen	I	NR	28.9.1995	Frainier Hubert	CVP
95.3542	Verzicht der SBB auf Tabakwerbung	Tabakkonsum	I	NR	6.10.1995	Meier Samuel	EVP-LdU
95.3545	Drogenkonsum in der Armee	substanzgebundene Suchtformen	I	NR	6.10.1995	Schmied Walter	SVP
96.1040	Visumspflicht zur Drogenhandelbekämpfung	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	5.6.1996	Schenk Simon	SVP
96.1041	Kosten für psychosoziale Betreuung bei Heroiversuchen	Heroinkonsum	EA	NR	5.6.1996	Fehr Lisbeth	SVP
96.1055	Haschischkonsum von Fahrzeuglenkern	Konsum von Cannabisprodukten	EA	NR	19.6.1996	Bortoluzzi Toni	SVP
96.1076	Drogendatenbank DOSIS	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	19.9.1996	Rechsteiner Paul	SP
96.1084	Chemisch-medizinische Massnahmen gegen Sexualtäter	substanzgebundene Suchtformen	EA	NR	26.9.1996	Reimann Maximilian	SVP
96.3044	Verbot von Rohypnol	Medikamenten-missbrauch	P	NR	6.3.1996	Zisyadis Josef	Fraktionslos
96.3064	Auswertung der Drogenabgabe	Konsum illegaler Drogen	I	NR	13.3.1996	Schenk Simon	SVP
96.3125	Tatbestand des "Anfixens"	Konsum illegaler Drogen	I	NR	21.3.1996	Steffen Hans	FP
96.3227	Ecstasy-Konsum. Konsequenzen	Ecstasykonsum, Konsum von Designerdrogen	I	NR	4.6.1996	Steinemann Walter	FP
96.3265	Neue Optionen für Spielcasinos	Konsum illegaler Drogen	I	NR	13.6.1996	Aguet Pierre	SP
96.3270	Ausweitung der Arbeitsbewilligung für ausländische Tänzerinnen	Alkoholmissbrauch	M	NR	13.6.1996	Vermot-Mangold Ruth-Gaby	SP
96.3414	Föderalistische Zusammenarbeit im Bundesstaat	Konsum illegaler Drogen	P	NR	19.9.1996	von Allmen Hansueli	SP
96.3425	Therapie für Drogensüchtigen. Die Praxis des BSV widerspricht den Ausführungen des BAG	Konsum illegaler Drogen	I	SR	25.9.1996	Béguin Thierry	FDP
96.3484	Zwangsmassnahmen. Vollzug	Konsum illegaler Drogen	I	NR	3.10.1996	Bäumlin Ursula	SP
96.3485	Werbebeschränkung für Mischgetränke mit geringem Alkoholgehalt	Alkoholmissbrauch	P	NR	3.10.1996	Meier Samuel	EVP-LdU
96.3493	Verbot des Verkaufs von Tabakwaren an Jugendliche	Tabakkonsum	P	NR	3.10.1996	Zwygart Otto	EVP-LdU
96.3664	Hanfkräut. Strafrechtliche Abgrenzung der Pflanzen zur Betäubungsmittelgewinnung	Konsum von Cannabisprodukten	M	NR	13.12.1996	Baumann J. Alexander	SVP
97.302	Betäubungsmittelgesetz. Cannabisprodukte	Konsum von Cannabisprodukten	SI	.	22.10.1997	Basel-Landschaft	.

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
97.426	Einführung einer Sozialkostensteuer auf Alkoholika	Alkoholmissbrauch	pl	NR	20.6.1997	Gonseth Ruth	Grüne
97.438	Revision des BetmG betreffend Hanfkonsum und -handel	Konsum von Cannabisprodukten	pl	NR	8.10.1997	Vermot-Mangold Ruth-Gaby	SP
97.447	Revision des Arbeitsgesetzes	Alkoholmissbrauch	pl	NR	18.11.1997	Kommission für Wirtschaft und . Abgaben	
97.1078	Eidg. Kommission für Tabakfragen	Tabakkonsum	EA	NR	11.6.1997	Philipona Jean-Nicolas	FDP
97.1087	Staatliche Drogenverharmlosungs-Kampagne mit Steuergeldern	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	16.6.1997	Fehr Hans	SVP
97.1096	Jugend ohne Drogen. Aktivitäten des BAG	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	17.6.1997	Bortoluzzi Toni	SVP
97.3036	Vorkampagne des Bundesamtes für Gesundheit mit öffentlichen Geldern	Konsum illegaler Drogen	I	NR	3.3.1997	Leuba Jean-François	Liberale
97.3092	Alkohol und Drogen. Forschungsprojekt	substanzgebundene Suchtformen	I	NR	12.3.1997	Schmied Walter	SVP
97.3093	Kampagne "Drogen, nüchtern betrachtet"	substanzgebundene Suchtformen	I	NR	12.3.1997	Blaser Emmanuella	SVP
97.3104	Drogen. Entzug unter Narkose	Konsum illegaler Drogen	I	NR	17.3.1997	Schenk Simon	SP
97.3105	Missratene Luxusausschaffung von abgewiesenen Asylbewerbern	Konsum illegaler Drogen	I	NR	22.9.1997	Keller Rudolf	FP
97.3171	Kriminaltourismus und das organisierte Verbrechen. Massnahmen an der Landesgrenze	Konsum illegaler Drogen	P	NR	21.3.1997	Bircher Peter	CVP
97.3268	Warnhinweise auf gesamter Tabakwerbung	Tabakkonsum	I	NR	5.6.1997	Hollenstein Pia	Grüne
97.3295	Bewachung des Bundeshauses durch das Festungswachtkorps	substanzgebundene Suchtformen	P	NR	16.6.1997	Keller Rudolf	FP
97.3307	Verkehrskontrollen. Drogenschnelltests	Konsum illegaler Drogen	I	NR	18.6.1997	Schenk Simon	SVP
97.3311	Alkohol süss verpackt	Alkoholmissbrauch	P	NR	18.6.1997	Fässler Hildegard	SP
97.3312	Hanflegalisierung	Konsum von Cannabisprodukten	M	NR	18.6.1997	Baumann Ruedi	Grüne
97.3513	Arbeitsbedingungen für die Grenzwächter	Konsum illegaler Drogen	I	NR	9.10.1997	Ziegler Jean	SP
97.3515	Telefondienst für Drogenkonsumenten	Konsum illegaler Drogen	M	NR	10.10.1997	Schmied Walter	SVP
97.3565	Invalidenversicherung und öffentliche Hilfe für Drogensüchtige. Harmonisierung	Konsum illegaler Drogen	P	SR	3.12.1997	Rochat Eric	Liberale
97.3580	Heime für Suchtkranke. Schliessung?	substanzgebundene Suchtformen	I	NR	10.12.1997	Maury Pasquier Liliane	SP
97.3610	Kindsmisshandlung und Öffentlichkeitsarbeit	substanzgebundene Suchtformen	M	NR	17.12.1997	Vermot-Mangold Ruth-Gaby	SP
98.300	Gesetzliche Neuregelung von Cannabisprodukten	Konsum von Cannabisprodukten	SI	.	21.1.1998	Zürich	.
98.428	Risikostoff-Artikel in der Bundesverfassung	substanzgebundene Suchtformen	pl	NR	26.6.1998	Zwygart Otto	EVP-LdU

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
98.450	Beschlagnahmte Drogengelder für die Suchtrehabilitation	Konsum illegaler Drogen	pl	NR	17.12.1998	Gross Jost	SP
98.1167	Schnapsverbilligung	Alkoholmissbrauch	EA	NR	9.10.1998	von Felten Margrith	Grüne
98.1199	Alkoholverkauf an Jugendliche. Nichteinhaltung von gesetzlichen Vorschriften	Alkoholmissbrauch	EA	NR	17.12.1998	Zwygart Otto	EVP-LdU
98.3070	Dringliche Massnahmen gegen Missstände im Asylbereich	Konsum illegaler Drogen	M	NR	3.3.1998	Loretan Willy	FDP
98.3148	Schweizer Skipisten. Schwere Verletzungen und Todesfälle	Alkoholmissbrauch	I	NR	20.3.1998	Günter Paul	SP
98.3196	Ausländerpolitik vor dem Bankrott	Konsum illegaler Drogen	I	NR	29.4.1998	Steinemann Walter	FP
98.3252	Suchtrehabilitation	substanzgebundene Suchtformen	M	NR	11.6.1998	Gross Jost	SP
98.3280	Blutalkoholgehalt. Sanktionen	Alkoholmissbrauch	I	NR	23.6.1998	Cavadini Adriano	FDP
98.3333	Arbeitsmarktliche Massnahmen für stellenlose Schulabgänger	Konsum illegaler Drogen	I	NR	26.6.1998	Weber Agnes	SP
98.3347	Einsetzung einer Wertekommission	Heroinkonsum	M	NR	26.6.1998	Zwygart Otto	EVP-LdU
98.3351	Bekämpfung des Tabakkonsums	Tabakkonsum	M	NR	26.6.1998	Grobet Christian	SP
98.3450	Effizienzsteigerung des Grenzwachtkorps	Konsum illegaler Drogen	M	NR	7.10.1998	Freund Jakob	SVP
98.3455	Schaffung der Rechtsgrundlage zur Internierung krimineller und renitenter Asylbewerber	Konsum illegaler Drogen	M	NR	7.10.1998	Keller Rudolf	FP
98.3479	Invalidität und Eingliederung bei Drogen- bzw. Suchtmittelabhängigen	substanzgebundene Suchtformen	I	NR	8.10.1998	Zwygart Otto	EVP-LdU
98.3596	Unzulässiges Patronat	Konsum illegaler Drogen	I	NR	16.12.1998	Frey Claude	FDP
98.3598	Kampf gegen den übermässigen Tabak- und Alkoholkonsum	substanzgebundene Suchtformen	I	NR	16.12.1998	Tschopp Peter	FDP
98.3608	Methadonabgabe. Praxis	Heroinkonsum	I	NR	16.12.1998	Schenk Simon	SVP
98.3632	Bewilligungspflicht für Hanfanbau	Konsum von Cannabisprodukten	M	NR	17.12.1998	Bortoluzzi Toni	SVP
98.3636	Therapeutische Erfolgskontrolle bei der Heroinabgabe	Heroinkonsum	I	NR	17.12.1998	Fehr Lisbeth	SVP
99.1003	Bundesamt für Polizeiwesen. Neue Datenbankprojekte	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	1.3.1999	von Felten Margrith	Grüne
99.1019	Erfolgreiche stationäre Drogentherapie	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	10.3.1999	Schenk Simon	SVP
99.1021	Konfiszierte Drogengelder	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	15.3.1999	Fehr Lisbeth	SVP
99.1026	Suchtmittel als Medikamente	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	17.3.1999	Frey Claude	FDP
99.1027	Internet. Drogenprävention	substanzgebundene Suchtformen	EA	NR	17.3.1999	Frey Claude	FDP
99.1031	Versuche für die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Expertenbericht	Heroinkonsum	EA	NR	18.3.1999	Bortoluzzi Toni	SVP
99.1152	Verschulden von Verkehrsunfällen	Alkoholmissbrauch	EA	NR	6.10.1999	Weber Agnes	SP

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
99.3050	Verwendung konfiszierter Drogengelder	Konsum illegaler Drogen	M	NR	8.3.1999	Heim Alex	CVP
99.3127	Drogen gehören auf die Dopingmittel-Liste	Konsum illegaler Drogen	M	NR	19.3.1999	Baumann J. Alexander	SVP
99.3128	Unverantwortliche Entscheide der Asylrekurskommission	Konsum illegaler Drogen	I	NR	19.3.1999	Fehr Hans	SVP
99.3175	Gefährdung der Sicherheit durch Personen aus Krisen- und Kriegsgebieten	Konsum illegaler Drogen	I	NR	21.4.1999	Widrig Hans Werner	CVP
99.3246	Wer will die Therapieinstitutionen für Drogenabhängige schliessen?	Konsum illegaler Drogen	I	SR	9.6.1999	Rochat Eric	Liberale
99.3338	Gesetzliche Grundlagen zur Internierung krimineller Asylsuchender	Konsum illegaler Drogen	M	NR	18.6.1999	Freund Jakob	SVP
99.3382	Gegen Leistungskürzungen der IV im Bereich der Suchttherapie	substanzgebundene Suchtformen	M	NR	18.6.1999	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit	.
99.3406	Selbstkontrolle des Blutalkoholgehalts	Alkoholmissbrauch	P	NR	31.8.1999	Pelli Fulvio	FDP
99.3410	Telefonüberwachung. Senkung der Kosten	Konsum illegaler Drogen	P	NR	31.8.1999	Heim Alex	CVP
99.3428	Auskünfte zu verdeckten Ermittlungen	Konsum illegaler Drogen	I	NR	2.9.1999	von Felten Margrith	Grüne
99.3519	Extremistische ausländische Organisationen in der Schweiz	Konsum illegaler Drogen	M	NR	7.10.1999	Freund Jakob	SVP
99.3534	Verkehrsunfall mit tödlichem Ausgang. Rechtliche Ahndung	substanzgebundene Suchtformen	P	NR	8.10.1999	Wiederkehr Roland	EVP-LdU
99.3535	Lenken eines Fahrzeuges unter Drogeneinfluss und actio libera in causa	substanzgebundene Suchtformen	P	NR	8.10.1999	Wiederkehr Roland	EVP-LdU
99.3621	Cannabisanbau	Konsum von Cannabisprodukten	M	NR	21.12.1999	Simoneschi Chiara	CVP
99.3657	Cannabisanbau	Konsum von Cannabisprodukten	M	NR	22.12.1999	Lombardi Filippo	CVP
00.1001	Hanfsamen-Paranoia im Bundesamt für Gesundheit?	Konsum von Cannabisprodukten	EA	NR	6.3.2000	Chiffelle Pierre	SP
00.1009	Gefährdung der ärztlichen Betreuungspflicht	substanzgebundene Suchtformen	EA	NR	13.3.2000	Guisan Yves	FDP
00.1028	Synthetischer Hanf	Konsum von Cannabisprodukten	EA	NR	20.3.2000	Garbani Valérie	SP
00.1068	Drogentests bei Lehrlingen	substanzgebundene Suchtformen	EA	NR	21.6.2000	Zisyadis Josef	Fraktionslos
00.1070	Spielbankengesetz. Prävention und Behandlung der Spielsucht	Spielsucht	EA	NR	22.6.2000	Menétrey-Savary Anne	SP
00.1073	Schweiz als Heroinexportland?	Heroinkonsum	EA	NR	22.6.2000	Bortoluzzi Toni	SVP
00.1074	Periodische Überprüfung der Therapieverläufe bei ärztlicher Verschreibung von Heroin	Heroinkonsum	EA	NR	22.6.2000	Schenk Simon	SP

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
00.1092	WHO-Rahmenkonvention für die Bekämpfung des Tabakkonsums. Position der Schweiz	Tabakkonsum	EA	NR	2.10.2000	Widrig Hans Werner	CVP
00.432	Tabak. Bekämpfung der tödlichen Folgen	Tabakkonsum	pl	NR	23.6.2000	Grobet Christian	SP
00.451	Obligatorische Krankenversicherung. Verantwortlichkeit des Parlamentes für die Ausgestaltung des Grundleistungskatalogs	Heroinkonsum	pl	NR	5.10.2000	Stahl Jürg	SVP
00.462	Revision des RTVG	Alkoholmissbrauch	pl	SR	14.12.2000	Schmid-Sutter Carlo	CVP
00.1141	Antirauchkampagne bei Jugendlichen	Tabakkonsum	EA	NR	14.12.2000	Widmer Hans	SP
00.3435	Verbot der Tabakwerbung	Tabakkonsum	M	NR	20.9.2000	Tillmanns Pierre	SP
00.3455	Die zweifelhaften Methoden der Tabakindustrie	Tabakkonsum	I	NR	25.9.2000	Menétrey-Savary Anne	SP
00.3459	Heroinabgabe. Keine Pflichtleistung der Krankenversicherungen	Heroinkonsum	M	NR	26.9.2000	Heim Alex	CVP
00.3478	Heroinabgabe. Langzeitschäden	Heroinkonsum	I	NR	2.10.2000	Waber Christian	EVP-EDU
00.3482	Kostenwahrheit bei der ärztlichen Abgabe von Heroin	Heroinkonsum	M	NR	2.10.2000	Waber Christian	EVP-EDU
00.3533	Nationale Anlaufstelle für Drogenabhängige	Konsum illegaler Drogen	I	NR	5.10.2000	Schmied Walter	SVP
00.3601	Abgeltung von Kosten durch die Kantone für die Übernahme der Strafverfolgung durch den Bund	Konsum illegaler Drogen	M	NR	7.11.2000	Finanzkommission	.
00.3695	Aufhebung der Passkontrollen	Konsum illegaler Drogen	I	NR	14.12.2000	Hess Bernhard	Fraktionslos
00.3700	Schweizerische Tabakpolitik und WHO-Rahmenkonvention	Tabakkonsum	I	NR	14.12.2000	Widrig Hans Werner	CVP
00.3718	Einschränkung der Casinobesuche	Spelsucht	M	NR	14.12.2000	Neiryneck Jacques	CVP
00.3737	Erhöhung der Steuern auf Spirituosen	Alkoholmissbrauch	P	NR	15.12.2000	Studer Heiner	EVP-EDU
01.1007	Alkoholische Getränke. Durchsetzung des Verbots des Verkaufs an Jugendliche	Alkoholmissbrauch	EA	NR	19.3.2001	Studer Heiner	EVP-EDU
01.1031	Alkohol- und Tabakwerbeverbot im Radio und Fernsehen	substanzgebundene Suchtformen	EA	NR	7.5.2001	Vermot-Mangold Ruth-Gaby	SP
01.1105	Suizide und Suizidversuche. Zahlen	substanzgebundene Suchtformen	EA	NR	3.10.2001	Gross Andreas	SP
01.1116	Unzulässige Weinwerbung am Fernsehen	Alkoholmissbrauch	EA	NR	5.10.2001	Studer Heiner	EVP-EDU
01.3076	Gleichstellung von Frau und Mann. Finanzierung von Projekten	Konsum illegaler Drogen	M	NR	14.3.2001	Menétrey-Savary Anne-Catherine	SP
01.3083	Liberalisierung im Betäubungsmittelbereich und Uno-Beitritt	Konsum illegaler Drogen	I	NR	15.3.2001	Schenk Simon	SVP
01.3116	Erhaltung des Feldobstbaus	Alkoholmissbrauch	M	NR	21.3.2001	Eberhard Toni	CVP

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
01.3129	Finanzierung der Institutionen für Suchtabhängige	Sucht allgemein	I	NR	22.3.2001	Menétrey-Savary Anne-Catherine	SP
01.3253	Werbeliberalisierung im RTVG	Alkoholmissbrauch	M	NR	9.5.2001	Giezendanner Ulrich	SVP
01.3325	Entkriminalisierung des Cannabiskonsums	Konsum von Cannabisprodukten	I	NR	20.6.2001	Vaudroz René	FDP
01.3341	Folgen einer allfälligen Cannabis-Freigabe	Konsum von Cannabisprodukten	I	NR	20.6.2001	Donzé Walter	EVP-EDU
01.3351	Bekämpfung des Tabakkonsums und Finanzierung des Gesundheitswesens	Tabakkonsum	I	NR	21.6.2001	Robbiani Meinrado	CVP
01.3356	Offene Fragen bei der Heroinabgabe. Chronifizierung und Mehrfachabhängigkeit	Heroinkonsum	I	NR	21.6.2001	Schenk Simon	SVP
01.3752	HIV/Aids. Arbeiten in der Schweiz	Konsum illegaler Drogen	I	SR	13.12.2001	Forster-Vannini Erika	FDP
02.403	Neuorganisation des Strategischen Nachrichtendienstes und Schaffung einer parlamentarischen Kontrollinstanz	Konsum illegaler Drogen	pl	NR	4.3.2002	Lalive d'Epinay Maya	FDP
02.466	Verbot der Tabakwerbung	Tabakkonsum	pl	NR	9.12.2002	Grobet Christian	SP
02.475	Aufhebung des Absinthverbots im Gesetz	Alkoholmissbrauch	pl	SR	13.12.2002	Cornu Jean-Claude	FDP
02.1004	Swisscom als Hanfförderin?	Konsum von Cannabisprodukten	EA	NR	6.3.2002	Glasson Jean-Paul	FDP
02.1060	Geldspiele an der Expo.02	Spielsucht	EA	NR	3.6.2002	Neiryneck Jacques	CVP
02.1079	Verschreibung von Ritalin	Medikamenten-missbrauch	EA	NR	19.6.2002	Guisan Yves	FDP
02.1121	Massiver Anstieg des Konsums von Alcopops	Alkoholmissbrauch	EA	NR	3.10.2002	Fässler Hildegard	SP
02.1144	Schulen ans Netz	Internetsucht	EA	NR	11.12.2002	Vermot-Mangold Ruth-Gaby	SP
02.3014	Uno-Beitritt. Schrittweiser Ausstieg aus den Droge	Konsum von Cannabisprodukten	M	NR	4.3.2002	Hess Bernhard	Fraktionslos
02.3126	Arbeitsbedingungen der Chauffeure	substanzegebundene Suchtformen	M	NR	21.3.2002	Rechsteiner Paul	SP
02.3135	Förderung der Ernährungsinformation, -erziehung und Ausbildung	Adipositas	M	NR	21.3.2002	Gutzwiller Felix	FDP
02.3166	Casino Genf. Fragwürdige Erstellung der Konzession	Spielsucht	I	NR	22.3.2002	Grobet Christian	SP
02.3196	Spielsucht. Prävention und Behandlung	Spielsucht	M	NR	17.4.2002	Menétrey-Savary Anne-Catherine	SP
02.3199	Vollzug der Wegweisung von Asylsuchenden in afrikanische Staaten	Konsum illegaler Drogen	I	NR	17.4.2002	Fehr Hans	SVP
02.3238	Cannabishandel. Grenzkontrollen	Konsum von Cannabisprodukten	I	NR	6.6.2002	Simoneschi Chiara	CVP
02.3247	Zigarettenverkauf an Jugendliche. Einschränkungen	Tabakkonsum	P	NR	13.6.2002	Berberat Didier	SP

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
02.3265	Asylsuchende. Effizienter Wegweisungsvollzug	Konsum illegaler Drogen	I	NR	19.6.2002	Heberlein Trix	FDP
02.3271	Zunahme der Asylgesuche von Personen aus afrikanischen Staaten	Konsum illegaler Drogen	I	NR	19.6.2002	Heim Alex	CVP
02.3275	Asylsuchende. Effizienter Wegweisungsvollzug	Konsum illegaler Drogen	I	SR	19.6.2002	Cornu Jean-Claude	FDP
02.3327	Verschärfung der Ausländer- und Asylgesetze in der EU	Konsum illegaler Drogen	I	NR	20.6.2002	Hess Bernhard	Fraktionslos
02.3352	'Vision Zero'. Neue Repressionsmassnahmen gegenüber dem motorisierten Individualverkehr	Alkoholmissbrauch	I	NR	21.6.2002	Gysin Hans Rudolf	FDP
02.3355	Bericht über die erhöhte Arbeitsbelastung und die sozialen Auswirkungen der neuen Agrarpolitik	Alkoholmissbrauch	P	NR	21.6.2002	Bugnon André	SVP
02.3360	Finanzierung der stationären Suchttherapie	substanzgebundene Suchtformen	I	NR	21.6.2002	Studer Heiner	EVP-EDU
02.3379	Schutz vor Passivrauchen	Tabakkonsum	P	NR	9.7.2002	Kommission für Wirtschaft und . Abgaben	
02.3502	Aufhebung des Alkoholausschankverbotes auf Nebenanlagen von Autobahnen	Alkoholmissbrauch	M	NR	30.9.2002	Triponez Pierre	FDP
02.3661	Werbeverbot für Alkohol und Tabak. Haltung der Post	substanzgebundene Suchtformen	I	NR	28.11.2002	Tillmanns Pierre	SP
02.3727	Privatisierte Gewalt als Ursache von Konflikten und Staatszerfall	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	12.12.2002	Hess Walter	CVP
02.3732	Aufhebung des Rückschiebungsverbotes bei schweren Drogendelikten	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	12.12.2002	Heberlein Trix	FDP
02.3775	Gesundheitsschutz für Kinder und Jugendliche	Medikamenten-missbrauch	I	NR	13.12.2002	Bortoluzzi Toni	SVP
02.3776	Alkoholsteuererhöhung und Erheben einer Sondersteuer auf Alcopops	Alkoholmissbrauch	I	NR	13.12.2002	Studer Heiner	EVP-EDU
02.3784	Verbot von Tabakwerbung auch in der Schweiz	Tabakkonsum	M	NR	13.12.2002	Wyss Ursula	SP
03.1027	Rauchfreie Bahnhöfe	Tabakkonsum	EA	NR	21.3.2003	Aeschbacher Ruedi	EVP-EDU
03.1063	Die Schweiz und die WHO-Tabakkontroll-Konvention	Tabakkonsum	EA	NR	13.6.2003	Wyss Ursula	SP
03.1078	Moratorium bei der strafrechtlichen Verfolgung von Hanfläden	Konsum von Cannabisprodukten	EA	NR	18.6.2003	Wyss Ursula	SP
03.1098	Drogenanbau in Afghanistan	Konsum illegaler Drogen	EA	NR	20.6.2003	Gross Andreas	SP
03.3036	Aufhebung der vorläufigen Aufnahme von afghanischen Flüchtlingen	Konsum illegaler Drogen	I	NR	5.3.2003	Garbani Valérie	SP
03.3040	Drogenanalyse in der Schweiz	Konsum illegaler Drogen	P	NR	10.3.2003	Zisyadis Josef	Fraktionslos

NR	TITEL	SUCHTFORM	FORM	RAT	DATUM	PERSON	FRAKTION
03.3048	Toxikomanie. Kosten für Gesundheits- und Sozialwesen und die Wirtschaft	Konsum illegaler Drogen	I	NR	12.3.2003	Vaudroz René	FDP
03.3138	Tactilo-Spielautomaten. Moratorium	Spielsucht	I	SR	20.3.2003	Lauri Hans	SVP
03.3141	Qualifikation von Tactilo-Spielautomaten	Spielsucht	M	NR	21.3.2003	Gysin Hans Rudolf	FDP
03.3165	Erhöhung der Steuern auf Spirituosen	Alkoholmissbrauch	P	NR	21.3.2003	Studer Heiner	EVP-EDU
03.3320	Missstand bei der Jugend	substanzgebundene Suchtformen	M	NR	18.6.2003	Schmied Walter	CVP
03.3352	Verkehrsregelnverordnung. Änderung	Alkoholmissbrauch	M	NR	19.6.2003	Simoneschi Chiara	CVP
03.3357	Aushebung. Keine Schnüfflerei	Konsum von Cannabisprodukten	M	NR	19.6.2003	Teuscher Franziska	Grüne
03.3404	Drogenabhängigkeit. Neue Massnahmen und Gesetz	Sucht allgemein	M	NR	20.6.2003	Menétrey-Savary Anne-Catherine	Grüne

7.4 Liste der Auskunftspersonen

- Barth Anne-Rose, BAG, Sektion Alkohol, Bern
- Bodenschatz Caroline, Swissmedic, Bern
- Buschan Christian R., fedpol, Bern
- Calmonte Roland, BFS, Sektion Gesundheit, Neuchâtel
- Hošek Martin, BAG, Sektion Drogen, Bern
- Hubschmid Priska, BAG, Heilmittelrecht, Bern
- Jann Markus, BAG, Sektion Drogen, Bern
- Levy Anne, BAG, Facheinheit Sucht und Aids, Bern
- Lüthy Jürg, BAG, Fachstelle Ernährung, Bern
- Maag Verena, BAG, Sektion Grundlagen und Forschung, Bern
- Rihs-Middel Margret, BAG, Sektion Grundlagen und Forschung, Bern
- Saraceni Maria Chiara, BAG, Sektion Grundlagen und Forschung, Bern
- Schmundt Manuela, BAG, Sektion Drogen, Bern
- Soum Frédéric, Eidgenössische Spielbankenkommission (ESBK), Bern
- Vallat Philippe, BAG, Sektion Tabak, Bern
- Vuillème Patrick, BAG, Sektion Tabak, Bern
- Zobel Frank, IUMSP / UEPP, Lausanne

7.5 Gesetzliche Grundlagen

7.5.1 Alkoholmissbrauch

Bundesgesetz vom 21. Juni 1932 über die gebrannten Wasser (Alkoholgesetz), z.B. Art. 43a

Verordnung zum alkohol- und zum Hausbrennereigesetz vom 12. Mai 1999 (Alkoholverordnung, AlkV)

Verordnung vom 5. Juni 1989 über die Übernahme gebrannter Wasser durch die Alkoholverwaltung

Verordnung vom 29. Januar 1998 über die Verkaufspreise der Alkoholverwaltung für gebrannte Wasser

Bundesbeschluss vom 25. Juni 1908 betreffend Verwendung des Alkoholzehntels

Bundesgesetz vom 9. Oktober 1992 über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz, LMG)

Lebensmittelverordnung vom 1. März 1995 (LMV)

Bundesgesetz über Radio und Fernsehen (RTVG) vom 21. Juni 1991, Art. 18: Werbung

Radio- und Fernsehverordnung (RTVV) vom 16. März 1992, Art. 14 Werbung

Bundesgesetz über den Strassenverkehr vom 19. Dezember 1958 (Strassenverkehrsgesetz, SVG)

7.5.2 Nikotinabhängigkeit

Bundesgesetz vom 21. März 1969 über die Tabakbesteuerung

Verordnung vom 15. Dezember 1969 über die Tabakbesteuerung (Tabaksteuerverordnung)

Bundesgesetz über Radio und Fernsehen (RTVG) vom 21. Juni 1991, Art. 18: Werbung

Radio- und Fernsehverordnung (RTVV) vom 16. März 1992, Art. 14 Werbung

Bundesgesetz vom 9. Oktober 1992 über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz, LMG)

Verordnung vom 1. März 1995 über Tabak und Tabakerzeugnisse (Tabakverordnung, TabV)

Verordnung 3 vom 18. August 1993 zum Arbeitsgesetz (Gesundheitsvorsorge, ArGV 3), Art. 19: Nichtraucherchutz

7.5.3 Medikamentenmissbrauch

Bundesgesetz vom 3. Oktober 1951 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG)

Verordnung vom 29. Mai 1996 über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelverordnung, BetmV)

Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000 über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG)

Verordnung vom 17. Oktober 2001 über die Arzneimittel (Arzneimittelverordnung, VAM)

Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts vom 9. November 2001 über die Anforderungen an die Zulassung von Arzneimitteln (Arzneimittel-Zulassungsverordnung, AMZV)

Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts vom 9. November 2001 über die vereinfachte Zulassung und die Meldepflicht von Arzneimitteln (VAZV)

Verordnung vom 17. Oktober 2001 über die Arzneimittelwerbung (Arzneimittel-Werbeverordnung, AWV)

7.5.4 Konsum illegaler Drogen

Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG) vom 3. Oktober 1951

Verordnung über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelverordnung, BetmV) vom 29. Mai 1996

Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelverordnung Swissmedic, BetmV-Swissmedic) vom 12. Dezember 1996

Verordnung über die Vorläuferchemikalien und andere Chemikalien, die zur Herstellung von Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen verwendet werden (Vorläuferverordnung, VorIV) vom 29. Mai 1996

Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die Vorläuferchemikalien und andere Chemikalien, die zur Herstellung von Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen verwendet werden (Vorläuferverordnung Swissmedic, VorIV-Swissmedic) vom 8. November 1996

Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999

Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995 [Anhang 1, 8 (Methadonbehandlung)]

7.5.5 Essstörungen

Bundesgesetz vom 9. Oktober 1992 über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (Lebensmittelgesetz, LMG). Artikel 12: Information der Öffentlichkeit

7.5.6 Spielsucht

Bundesgesetz über Glücksspiele und Spielbanken (Spielbankengesetz, SBG)
vom 18. Dezember 1998

Verordnung über Glücksspiele und Spielbanken (Spielbankenverordnung,
VSBG) vom 23. Februar 2000

7.5.7 Arbeitssucht

Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz)
vom 13. März 1964

Verordnung zum Arbeitsgesetz über die Herabsetzung der wöchentlichen
Höchstarbeitszeit für einzelne Gruppen von Betrieben und Arbeitnehmern vom
26. November 1975

Verordnung 1 zum Arbeitsgesetz (ArGV 1) vom 10. Mai 2000

Verordnung 2 zum Arbeitsgesetz (ArGV 2) (Sonderbestimmungen für be-
stimmte Gruppen von Betrieben oder Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen)
vom 10. Mai 2000

7.6 Gremien im Rahmen der Drogenpolitik

DSSV Drogenplattform des Schweizerischen Städteverbandes	Mitglieder der Drogenplattform sind Exekutivpolitiker/innen (Polizei-, Sozial- und Gesundheitsdirektion) aus 23 Städten. Die Drogenplattform dient der Artikulation von suchtpolitischen Positionen der Städte und dem Informationsaustausch unter den Städten sowie zwischen diesen und den zuständigen Stellen beim Bund (BAG, fedpol). Es finden pro Jahr ein bis zwei Sitzungen statt, welche vom Schweizerischen Städteverband in Zusammenarbeit mit dem BAG organisiert werden.
EKDF Eidgenössische Kommission für Drogenfragen	Die EKDF besteht aus 14 ad personam gewählten Expertinnen und Experten. Das Sekretariat wird durch die KDS des BAG geführt. Aufgabe der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF) ist die Beratung des Bundesrates und insbesondere des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) in Drogenfragen. Neben der Stellungnahme zu aktuellen politischen Geschäften hat die EKDF verschiedene Berichte verfasst.
IDAD Interdepartementale Arbeitsgruppe Drogen	Überdepartementale Planung und Koordination der Massnahmen im Kompetenzbereich des Bundes. Das Sekretariat wird durch die beim BAG angesiedelte Stelle der KDS geführt
KDS Koordinations- und Dienstleistungsplattform Sucht	Die KDS besteht aus einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin und einer administrativen Assistentin beim BAG, sowie einem wissenschaftlichen Mitarbeiter beim Bundesamt für Polizei. Die KDS wurde 1996 vom Bundesrat eingesetzt mit dem Ziel, die Vier-Säulen-Politik des Bundes in der ganzen Schweiz zu verankern. Aufgabe der KDS ist die Koordination der Drogen- und Suchtarbeit mit den Kantonen und Städten sowie innerhalb der Bundesverwaltung.

KKBS Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen	Mitglieder der Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen sind 23 Kantone. Nebst dem Informationsaustausch befasst sich die KKBS mit aktuellen suchtpolitischen Themen und verfasst wo nötig Stellungnahmen und gibt Empfehlungen ab. Das Ziel ist, unter Berücksichtigung der kantonalen Eigenheiten, eine einheitliche schweizerische Suchtpolitik zu führen. Pro Jahr finden vier ordentliche Sitzung sowie ein Seminar zu einem aktuellen suchtpolitischen Thema statt.
NAS Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik	Die NAS wurde 1996 gegründet und umfasst über 30 nationale und überregionale Organisationen aus allen Sprachregionen der Schweiz. Sie leistet einen Beitrag zu einer kohärenten und auf ethischen Grundsätzen abgestützten Politik im Drogenbereich, welche die Rechte des Individuums ebenso wie gesellschaftliche Bedürfnisse respektiert, Hilfe und Verständnis vor Strafe und Stigmatisierung stellt und auf sachorientierten Überlegungen zur individuellen und öffentlichen Gesundheit basiert. Die NAS arbeitet mit an der Ausgestaltung der Vier-Säulen-Politik des Bundes (Prävention – Therapie – Schadensminderung – Repression). Pro juventute ist seit 1996 Vollmitglied der Nationalen Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (NAS) und betreut deren Sekretariat.
NDA Nationaler Drogenausschuss	Mitglieder des Nationalen Drogenausschusses sind je sechs Vertreterinnen und Vertreter • aus den Kantonen (EDK, SODK, SDK, KKJPD, KKBS), • aus den Städten (SSV, SKBS), • aus der Bundesverwaltung (fedpol, BJ, GS EDI, BSV, BAG) • sowie die Mitarbeitenden der Koordinations- und Dienstleistungsplattform Sucht. Ziel des NDA ist die Koordination und der Austausch im Bereich Suchtpolitik zwischen den Ebenen Bund, Kantone und Städte. Es finden ein bis zwei Sitzungen pro Jahr statt. Das Sekretariat des NDA wird durch die KDS geführt.

SKBS
Städtische Konferenz
der Beauftragten für
Suchtfragen

Mitglieder der Städtischen Konferenz der Beauftragten für Suchtfragen sind 26 Städte, die durch ihre Suchtbeauftragten sowie Polizistinnen und Polizisten vertreten sind.

Die Ziele der SKBS sind der Informationsaustausch, die Behandlung von und Stellungnahmen zu suchtpolitischen Themen mit dem Ziel einer einheitlichen schweizerischen Suchtpolitik.

Schwerpunktthema der SKBS ist die Zusammenarbeit zwischen sozialen, gesundheitlichen und polizeilichen Stellen auf kommunaler Ebene im Bereich Suchtfragen und Drogenpolitik. Pro Jahr finden zwei ordentliche Sitzungen sowie ein Seminar zu einem aktuellen suchtpolitischen Thema statt.

ZuPo
Arbeitsgruppe
"Zusammenarbeit
zwischen Polizei und
Sozialarbeit"

Mitglieder der Arbeitsgruppe ZuPo sind das Bundesamt für Polizei (fedpol), das Bundesamt für Gesundheit (BAG), der Verband Schweizerischer Polizeibeamtinnen und –beamten (VSPB) sowie die Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD).

Ziel ist ein direkter fachlicher Austausch zwischen der Polizei und dem Sozial- und Gesundheitsbereich sowie das Entwickeln von gemeinsamen Strategien.

Es finden vier Sitzungen pro Jahr statt. Zusätzlich organisiert die ZuPo jedes Jahr zwei Seminare (je eines auf französisch und auf deutsch) für Polizeibeamte und –innen und Mitarbeitende sozialer Institutionen.

Quellen: <http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/drogen/unterebenen/-00455/index.html?language=de&schriftgrad=>; sowie *Unterseiten*
http://www.fedpol.ch/d/themen/kds/i_index.htm; sowie *Unterseiten*

7.7 Befragung der Sachverständigen

7.7.1 Liste der Befragten

7.7.1.1 Kantone

Baierlé Jean-Luc, Service de la Santé, Jura, Delémont
Bamert Herbert, Gesundheitsdepartement, St. Gallen
Barman Jean-Daniel, Ligue valaisanne contre les toxicomanies, Valais, Sion
Beglinger Jakob, Kantonales Sozialamt, Glarus
Bendel Heidi, Gesundheits- und Sozialdepartement, Luzern
Burtscher Armin, Beratungsstelle für Suchtfragen, Nidwalden, Stans
Caluori Damian, Beratungsstelle für Suchtfragen, Kanton Appenzell Ausser-
rhoden, Bühler
Cotting Marcel, Centre de prévention et de traitement de la toxicomanie,
Neuchâtel, La Chaux-de-Fonds
del Curto Petra, Service du médecin cantonal, Fribourg
Emmenegger Rita, Gesundheitsdirektion, Zug
Eugster Norbert, Kantonales Sozialamt, Appenzell Innerrhoden, Appenzell
Gianinazzi Andrea, Dipartimento della sanità e della socialità, Sezione Sanitaria,
Ticino, Bellinzona
Huggenberger Monika, Amt für Gemeinden und soziale Sicherheit AGS,
Solothurn
Krieg Georges, Volkswirtschafts- u. Sanitätsdirektion, Baselland, Liestal
Levrat Bertrand, Direction générale de l'action sociale, Genève
Meyer Klaus, Fachstelle für Suchtfragen, Basel-Stadt, Basel
Muggli Alfred, Kantonales Gesundheitsamt, Thurgau, Frauenfeld
Pfleger Anton, Kantonales Sozialamt, Obwalden, Sarnen
Raab Heinz, Allgemeinmedizin, Uri, Altdorf
Rodel Altin Karin, Amt für Gesundheit und Soziales, Schwyz
Schätti Kurt, Suchtprävention und Drogenberatung, Schaffhausen
Schlagenhauf Robert, Kantonales Sozialamt, Graubünden, Chur
Siegrist Jürg, Gesundheitsdepartement des Kantons Aargau, Aarau
Stoppa Attilio, Gesundheitsdirektion, Zürich
Toriel Eric, Service des Hospices Cantonaux, Vaud, Lausanne
Trachsel Ursula, Kantonales Sozialamt, Bern

7.7.1.2 Städte

Abate Fabio, Municipio di Locarno, Locarno
Aeberhard Maria, Sozialdienst, Zug
Bürge Josef, Stadtammann, Baden
Cotting Marcel, Directeur du CPTT, La Chaux-de-Fonds
Deuel Claudio, Délégation à la Jeunesse, Genève
Eberli Mark, Stadt Bülach, Bülach
Fleischlin Markus, Sicherheitsdirektion, Luzern
Froidevaux Denis, Direction de Police, Montreux
Gstöhl Heidi, Verwaltung der Sozialen Dienste, St. Gallen
Herzig Michael, Sozialdepartement der Stadt Zürich, Zürich
Hurni Ralph, Stadtpolizei, St. Gallen
Jean-Richard Judith, Statdrätin, Aarau
Joss Hans, Soziale Dienste Chur, Chur
Kaiser Regine, Fürsorgeamt der Stadt Biel, Biel
Kleiner Gaston, Stadtpolizei, Zürich
Leber Lukas, Perspektive, Solothurn
Lüthi Heinz, Gemeinde Lyss, Lyss
Meyer Klaus, Fachstelle für Suchtfragen, Basel
Meystre Philippe, Direction de la sécurité sociale et de l'environnement, Lausanne
Misteli Eric, Suchthilfe Region Olten, Olten
Müller Regula, Direktion für Soziale Sicherheit der Stadt Bern, Bern
Schädeli Lars, Departement Soziales, Winterthur
Schmidlin Alois, Stadtrat Sozialreferat Schaffhausen, Schaffhausen
Thorner Christa, Regionales Verband für Suchtberatung und Suchtprävention, Frauenfeld
Uehlinger Claude, Unité Spécialisée en Toxicomanie UST, Fribourg
Weber Philipp, Koordinationsstelle für Suchtfragen, Thun
Zaugg Werner, Gemeindeverwaltung, Worb

7.7.1.3 Bund

Abelin Theodor, EKTP, Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Bern
Allemann Markus, BAG, Kampagnen und Marketing, Bern
Barth Anne-Rose, BAG, Sektion Alkohol, Bern
Bodenschatz Caroline, Swissmedic, Bern

Bracher Rolf, Bundesamt für Justiz, Glücksspielsucht, Bern
Buschan Christian, Bundesamt für Polizei, Interne Kommunikation, Bern
Casabianca Antoine, EKTP, Dipartimento della sanità e della socialità, Divisione della salute, Bellinzona
Cattacin Sandro, EKDF, Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population, Neuchâtel
Erard Lucien, Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV), Bern
Hanselmann Verena, BAG, Migration und Gesundheit, Bern
Huber Jakob, EWS-CFD, Contact Netz, Bern
Hubschmid Priska, BAG, Heilmittelrecht, Bern
Lévy Anne, BAG, Facheinheit Sucht u. Aids, Bern
Lüthy Jürg, Bundesamt für Gesundheit (BAG), Fachstelle Ernährung, Bern
Martinelli Pietro, Eidgenössische Kommission für Tabakprävention (EKTP), Ponte Capriasca
Meier Sandra, BAG, Medien und Kommunikation, Bern
Meili Bernhard, BAG, Gesundheitsförderung und Prävention, Bern
Meyer Thomas, EKA, Forelclinik, Ellikon an der Thur
Müller Richard, EKA, Schweiz. Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne
Reber Chappuis Elisabeth, Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (EKA), Centre le Torry, Fribourg
Rihs Margret, BAG, Sektion Grundlagen u. Forschung, Bern
Schmundt Manuela, BAG, Sektion Drogen, Bern
Soum Frédéric, Eidgenössische Spielbankenkommission (ESBK), Bern
Staub Roger, BAG, Sektion Aids, Bern
Vallat Philippe, BAG, Sektion Tabak, Bern
van der Linde François, Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF), Kantonaler Präventivmediziner, St. Gallen
Ziegler Geneviève, EKDF, Lausanne

7.7.1.4 Wissenschaft, Fachstellen

Baschung Brigitte, Krebsliga Schweiz, Bern
Broers Barbara, Swiss society of addiction medicine (SSAM), Genève
Brönnimann Fritz, Contact Bern; Fachbereich Beratung, Bildung, Prisma, Bern
Buddeberg Barbara, Psychosoziale Medizin, Universitätsspital Zürich
Isenschmid Bettina, Expertennetzwerk Essstörungen, Psychiatrische Poliklinik, Inselspital, Bern
Ivars Udris, Institut für Arbeitspsychologie, ETH Zürich

Küchler Felix, Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung, Bern
Linder Régine, Fachstelle für Schadenminderung (FASD), Fribourg
Maffli Etienne, SFA (Medikamente), Lausanne
Nägeli Dominique, Arbeitsgemeinschaft Essstörungen, Zürich
Rehm Jürgen, Institut für Suchtforschung (ISF), Zürich
Reubi Ingrid, Privatklinik Wyss AG, Ambulante u. stationäre Krisenintervention, stationäre Psychotherapie, Münchenbuchsee
Simmel Ueli, Koordinationsstelle stationäre Suchteinrichtungen (KOSTE), Bern
Staub Athos, Arbeitsgemeinschaft risikoarmer Umgang mit Drogen (ARUD), Zürich
Ulich Eberhard, Inst. für Arbeitsforschung und Organisationsberatung, Zürich
Wiesli Reto, Fachstelle für Gesundheitspolitik, Bern
Zobel Frank, IUMSP / UEPP, Lausanne

7.7.1.5 Verbände

Barraud Rosemary, Association Boulimie Anorexie, Lausanne
Biedermann Antonia, Verband Elternvereinigungen drogenabhängiger Jugendlicher (VEV DAJ), Bolligen
Dombrowski Daniela, Nationale Arbeitsgemeinschaft Sucht (NAS), Zürich
El Fehri Verena, Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz, Bern
Erni Bruno, Fachverband Sucht, Luzern
Häfeli Jürg, Careplay, Kompetenzzentrum für Spielsuchtprävention, Luzern
Hurter Jürg, pro aere, Zürich
Michel Jean-Dominique, Pro Mente Sana, Genève
Pythoud Nicolas, Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxomanes GREAT, Yverdon-les-Bains
Rutmann Ruth, Aids-Hilfe Schweiz, Zürich
Stämpfli Barbara, Associazione per lo studio e l'informazione sulle dipendenze (ASID), Agra
von Grünigen Heinrich, Schweizerische Adipositasstiftung, Zürich
Zosso Corinne, Lungenliga Schweiz, Bern

7.7.1.6 Einzelpersonen

Batzli Stefan, cR Kommunikation AG, Bern (allgemein)
Besson Jacques, Centre Saint-Martin, Lausanne (allgemein)
Canziani Andreas, Zürich (Glücksspielsucht)
Cassis Ignazio, Medico cantonale, Bellinzona (allgemein)

Eidenbenz Franz, Sozialpsychologische Beratungsstelle, Offene Tür Zürich
(Internetsucht)

Ernst Marie-Louise, Atelier für Organisationsberatung, Kaufdorf (Gender)

Felix Gutzwiller, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich
(allgemein)

Gmür Mario, Zürich (allgemein)

Haemmerli Patrick, Service pédopsychiatrie du Canton de Fribourg (Pédo-
psychiatrie)

Hefti Kraus Christine, Stiftung Berner Gesundheit, Bern (Medikamenten-
abhängigkeit)

Ladewig Dieter, Psychiatrische Universitätsklinik Basel (allgemein)

Porchet Pierre-Alain, Drop-in Neuchâtel (allgemein)

Sani Annamaria, Casino di Lugano (Glücksspielsucht)

Uchtenhagen Ambros, Institut für Suchtforschung, Zürich (allgemein)

Weil Barbara, Generalsekretariat FMH, Abt. Prävention, Bern (Prävention)

Wyssling Heinz, Zürich (Arbeitssucht)

7.7.2 Fragebogen

Der folgende Fragebogen und der anschliessende erläuternde Text wurden zusammen mit der Liste der eingeladenen Personen (siehe Kapitel 7.7.1) sowie mit technischen Hinweisen auf dem Internet bereitgestellt. Der Link auf die entsprechende Seite wurde den eingeladenen Personen per Post zugestellt.

Fragen:

1. Wie beurteilen Sie die bisherige Suchtpolitik des Bundes (konzeptuelle Grundlagen, Massnahmen, Vollzug)? Wo liegen die Stärken und Erfolge, gibt es Schwachstellen oder Lücken?
2. Die aktuelle Suchtpolitik des Bundes ist betont fragmentiert: für jede Suchtform (illegale Drogen, Alkohol, Tabak, Spielsucht etc.) bestehen separate Konzepte, Instrumente und Massnahmen. Sind Sie der Ansicht, dass diese fragmentierte Form beibehalten werden sollte oder aber dass der Bund einer integralen Suchtpolitik bedarf, die alle Suchtformen einschliesst? Wie könnte eine solche integrale Suchtpolitik allenfalls aussehen?
3. Welche Erwartungen haben Sie an eine neue Suchtpolitik, insbesondere bezüglich der anzustrebenden Ziele und Zielgruppen?
4. Wie sollte das Zusammenwirken der verschiedenen suchtpolitisch tätigen Akteure des Bundes, der Kantone, der Städte und Gemeinden und der Nichtregierungsorganisationen Ihrer Ansicht nach gestaltet werden?
5. Haben Sie konkrete Vorschläge für Massnahmen im Rahmen des zu erarbeitenden Massnahmenpaketes Sucht (MaPaSu)?
6. Gibt es aus Ihrer Sicht weitere Aspekte, die für die Konzeption einer neuen Suchtpolitik des Bundes von Bedeutung sind?

Name:

Institution:

Telefon:

E-Mail:

Ort und Datum:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Bitte den ausgefüllten Fragebogen mit "Datei-Speichern unter ..." auf Ihrer Festplatte abspeichern und als Anhang eines E-Mails bis spätestens am 10. Oktober 2003 zurücksenden an: ms@m-spinatsch.ch

Erläuterungen im Internet:**Neues Massnahmenpaket Sucht des Bundes****Erläuterungen zur Konsultation "Vorbereitung des Massnahmenpakets Sucht 2005 – 2009"**

Da die Verarbeitungskapazitäten für die Konsultation begrenzt sind, können wir nur eine beschränkte Anzahl von Betroffenen einbeziehen (ca. 100 Personen). Die Auswahl wurde so getroffen, dass alle relevanten Stellen des Bundes, der Kantone und der Städte sowie wichtige nichtstaatliche Akteure berücksichtigt werden und dass gleichzeitig die Interessen aller möglicherweise interventionsrelevanten Suchtformen (Alkohol, Tabak, illegale Drogen, Spielsucht, Essstörungen, Arbeitssucht etc.) repräsentiert sind.

Gegenstand der Konsultation sind alle bundespolitisch relevanten Suchtformen, das heisst alle Süchte (Alkohol, Tabak, illegale Drogen, Spielsucht, Essstörungen, Arbeitssucht etc.), bei denen eine Stelle des Bundes – allein oder im Zusammenwirken mit andern – tätig ist oder Ihrer Ansicht nach tätig sein sollte. Die angesprochenen Tätigkeiten des Bundes umfassen eigene Programme ebenso wie die (Mit-)Finanzierung von Aktivitäten Dritter.

Wir bitten Sie, sich je nach Ihren Kenntnissen und Interessen nur zu einzelnen oder aber zu mehreren Suchtformen zu äussern. Insbesondere die Vertreter der Kantone werden gebeten, alle für ihren Kanton relevanten Erfahrungen und Anliegen einzubringen.

Es können nur Antworten von Repräsentanten berücksichtigt werden, die auf der Liste der eingeladenen Personen aufgeführt sind. Wir gehen davon aus, dass diese auch ihnen bekannte Erfahrungen und Anliegen von Personen oder Institutionen aufführen, die nicht in die Konsultation einbezogen werden können.

Die Antworten sollten möglichst knapp und prägnant gehalten werden.

Für weitere Auskünfte stehen Ihnen Herr Markus Jann, Leiter der Sektion Drogen des BAG, Tel. 031 323 87 14, E-Mail: markus.jann@bag.admin.ch, sowie der Auftragnehmer, Herr Dr. Markus Spinatsch, Tel. 031 312 13 24, E-Mail: ms@m-spinatsch.ch, gerne zur Verfügung.

Bern, den 20. August 2003

7.8 Programm und Fragestellungen der Tagung vom 21. 1. 2004

Programm

Moderation	M. Jann, Leiter der Sektion Drogen des BAG
Eröffnung	Prof. Thomas Zeltner, Direktor des BAG
Präsentation des Vorhabens	Dr. Chung-Yol Lee, Leiter der Facheinheit Sucht und AIDS des BAG
Ergebnisse der Sachverständigenkonsultation	Dr. Markus Spinatsch, Beratung für Politik und Verwaltung, Bern
Ergebnisse der international vergleichenden Studie über nationale Suchtpolitiken	Frank Zobel, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne
Zwischenergebnisse aus den Arbeiten am Bericht "psychoaktiv.ch" der EKDF	Dr. François van der Linde, Präsident der Eidg. Kommission für Drogenfragen (EKDF)
Stellungnahme aus der Sicht von Forschung und Wissenschaft	Prof. Jacques Besson, Universität Lausanne
Stellungnahme aus der Sicht der Politik	Anne Catherine Menétrey, Nationalrätin Grüne Partei
Stellungnahme aus der Sicht der Kantone	Jean-Daniel Barman, Präsident der Kantonalen Konferenz der Beauftragten für Suchtfragen (KKBS)
Stellungnahme aus der Sicht der Städte	Michael Herzig, Präsident der Konferenz der städtischen beauftragten für Suchtfragen (SKBS)
Gruppendiskussionen	
Schlusswort	Dr. Chung-Yol Lee, Leiter der Facheinheit Sucht und AIDS des BAG

Fragen der Gruppendiskussionen

- Wie beurteilen Sie die bisherige Suchtpolitik des Bundes?
- Soll die zukünftige Suchtpolitik des Bundes wie bisher fragmentiert bleiben oder soll der Bund in Zukunft eine ganzheitlich integrierte Suchtpolitik verfolgen?
- Haben Sie konkrete Vorschläge für das neue Massnahmenpaket 2005 – 2009?

7.9 Literaturverzeichnis

- Abbet Jean-Pierre, Efionayi-Mäder Denise (1993): Jugendliche und ihre Gesundheit. Ergebnisse einer vergleichenden Studie über Alltag und Gesundheit 11- bis 16jähriger SchülerInnen in der Schweiz. Lausanne.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2000): Die Schweizer Drogenpolitik. Bern.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2002): Nationales Programm zur Tabakprävention 2001-2005. Bern.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2003a): Heroingestützte Behandlung (HeGeBe).
<http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/drogen/unterebenen/00615/index.html>
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (2003b): Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen. Ziele, Strategien, Programme und Projekte. Bern.
- BAG – Bundesamt für Gesundheit (ohne Jahr): Alkoholprogramm "Alles im Griff?". Phase II: 2003 bis 2007. Grobkonzept. Unveröffentlichtes Papier.
- Bergman, Max; Cattacin, Sandro; Lucas, Barbara; Wernli, Boris (1998): Drogenpolitik in der Risikogesellschaft: Die Meinung der schweizerischen Bevölkerung zur Drogenpolitik in den 90er Jahren, in: Longchamp, Claude; Cattacin, Sandro; Wisler, Dominique; Lehmann, Philippe Hrsg. (1998): Pragmatismus statt Polarisierung. Die Entwicklung von Einstellungen und Verhaltensweisen zur Drogenpolitik der Schweiz in den 90er Jahren – mit einer Analyse der Volksabstimmung über "Jugend ohne Drogen". Schriftenreihe der Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik, No. 59. Muri, S. 30-76.
- bfu – Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung (2003a): Akzeptanz von Verkehrssicherheitsmassnahmen 2002.
http://www.bfu.ch/forschung/statistik/statistik_2003/BFU_03_D_53.pdf
- bfu – Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung (2003b): Fragen und Resultate von repräsentativen bfu-Meinungsumfragen. Ausgabe 2002.
<http://www.bfu.ch/forschung/projekte/meinungsumfrage.pdf>
- Bisig, Brigitte (1996): Gesundheitszustand. In: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern; Schweizerisches Institut für das Gesundheitswesen (Hrsg.): Die Gesundheit im Kanton Bern. Interkantonale Kooperation bei der Auswertung der Daten der 1. Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Bern, Lausanne, S. 33-40.
- Bisig Brigitte (2000a): Körperliche Gesundheit. In: Bundesamt für Statistik (Hrsg.): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997. Neuchâtel, S. 11-20.
- Bisig Brigitte (2000b): Körperliche Gesundheit. In: Weiss, Walter (Hrsg.): Zweiter Berner Gesundheitsbericht. Bern, S. 8-18.

-
- Bolliger-Salzmänn, Heinz; Cloetta, Bernhard; Bähler, Gisela; Müller, Franziska; Hofmann, Claudia (2000): Das Massnahmenpaket Tabak 1996-1999 des Bundesamtes für Gesundheit. Schlussbericht über die Ergebnisse der Globalevaluation. Bern.
- Buddeberg-Fischer, Barbara; Gnam, Gabriela; Klaghofer, Richard; Buddeberg, Claus (1998): Störung des Essverhaltens bei Jugendlichen als Risiko für die Entwicklung einer Anorexie oder Bulimie. In: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.): Vierter Schweizerischer Ernährungsbericht. Bern, S. 392-411.
- Bühringer, Gerhard; Türk, Dilek (2000): Geldspielautomaten. Freizeitvergnügen oder Krankheitsverursacher? Ergebnisse empirischer Studien von 1984-1997. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Compton-Edwards, Melissa (1999): Living to work? IPD survey report 8. London.
- Coopzeitung (2002): Soll Tabak- und Alkoholwerbung verboten werden? Coopzeitung Nr. 44 – 2003.
- Coopzeitung (2003a): Soll die Polizei Alkoholkontrollen ohne Anlas vornehmen dürfen? Coopzeitung Nr. 33 vom 13. August 2003, S. 5.
- Coopzeitung (2003b): Wie soll der Alkoholmissbrauch bekämpft werden? Coopzeitung Nr. 39 vom 24. September 2003, S. 5.
- Das Schweizerische Parlament (2003): Dossier – Revision des Betäubungsmittelgesetzes. Version vom 25.09.2003.
<http://www.parlament.ch/homepage/do-dossiers-az/do-betäubungsmittelgesetz.htm>
- Delgrande, Marina; Kuntsche, Emmanuel N.; Schmid, Holger (1999). Befragung zum Gesundheitsverhalten von 12- bis 15-jährigen SchülerInnen. Deskriptive Statistik der 1998 erhobenen Gesamtschweizer Daten. Lausanne.
- EAV – Eidgenössische Alkoholverwaltung (2001): Alkoholverbrauch 1880 – 2000. Bern.
- EAV – Eidgenössische Alkoholverwaltung (2002): Der Verbrauch alkoholischer Getränke pro Kopf der Bevölkerung in der Schweiz. Bern.
- EAV – Eidgenössische Alkoholverwaltung (2003): Statistische Informationen 2003. Bern.
- Efionayi-Mäder, Denise; François, Yves; Schmid, Holger (1995): Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum bei 11- bis 16-jährigen Schülern und Schülerinnen in der Schweiz. Lausanne.
- Eidenbenz, Franz (2001): Phänomen Internet-Sucht. Studie zu konstruktivem versus problematischem Internetgebrauch. Offene Tür Zürich in Kooperation mit der Humboldt Universität Berlin.
<http://www.offenetuer-zh.ch/Studie%20Internet-Sucht.html>
-

-
- EKA – Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen (2002): Nationaler Alkoholaktionsplan 2000. Überarbeitete Version vom Mai 2002. Bern.
- El Fehri, Verena; Caretti, Brigitte.(1997): Entwicklung der Raucherzahlen in der Schweiz – Einstellungen der Bevölkerung zur Tabakprävention. In: Weber, W.; Rajower I.; Kleihues P. (Hrsg.) (1997): Lungenkrebs. Fakten und Handlungsbedarf. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und der Schweizerischen Krebsliga. Bern, S. 27 31.
- Fahrenkrug, Hermann (1996): Macht und Einfluss in der nationalen schweizerischen Drogenpolitik. Europäische Drogenpolitik im Vergleich – Projekt COST A6. SFA-Forschungsbericht No. 28. Lausanne.
- Frei Andreas (1998): Kostenanalyse des Tabakkonsums in der Schweiz: Epidemiologie, direkte Kosten. HealthEcon Basel.
- Gervasoni, Jean-Pierre; Zobel, Frank; Kellerhans, Christophe; Dubois-Arber, Françoise; Spencer, Brenda; Jeannin, André; Benninghoff, Fabienne; Paccaud, Fred (2000): Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Dritter zusammenfassender Bericht 1997 – 1999. IUMSP, Lausanne.
- GfS-Forschungsinstitut (2002): Wirtschaftsskepsis bestimmt die heutigen Sorgen. Schlussbericht zum "Sorgenbarometer 2002" für das Bulletin der CS. Bern.
- Gmel, Gerhard (1997a): Abhängigkeit. In: SFA – Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme: Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996. Lausanne, S. 49-57.
- Gmel, Gerhard (1997b): Konsum – Illegale Drogen. In: SFA – Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme: Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994-1996. Lausanne, S. 36-48.
- Gmel, Gerhard; Müller, Richard; Fahrenkrug, Hermann (2001a): Alkoholkonsum in der Schweiz. Ein Synthesebericht zum Alkoholkonsum und dessen Entwicklung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992/93 und 1997. Lausanne.
- Gmel, Gerhard; Müller, Richard; Fahrenkrug, Hermann (2001b): Der Gebrauch von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln in der Schweiz. Ein Synthesebericht zum Gebrauch von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln in der Schweiz und deren Entwicklung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992/93 und 1997. Lausanne.
- Gmel, Gerhard; Müller, Richard; Fahrenkrug, Hermann (2001c): Tabakkonsum in der Schweiz. Ein Synthesebericht zum Tabakkonsum und dessen Entwicklung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992/93 und 1997. Lausanne.

-
- Gmel, Gerhard; Müller, Richard (2003): Risikoreicher Alkoholkonsum in der Schweiz im Wandel? Das Alkoholprogramm "Alles im Griff?" Vergleich der Baselinebefragung 1998, der Nachbefragung 2000 und der Nachbefragung 2002. Lausanne.
- Infosuisse – Schweizerische Gesellschaft für politische und wirtschaftliche Forschung (Hrsg.) (1996): Schweizerinnen und Schweizer im Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung und Reglementierung. Untersucht am Beispiel Genussmittel, insbesondere Tabak. Zürich.
- Jeanrenaud, Claude et al. (2003): Die sozialen Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz. Zusammenfassung des Forschungsberichts. Neuenburg.
- Keller, Roger; Krebs, Hans; Hornung, Rainer (2003): Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum (Tabakmonitoring). Zusammenfassung des Berichts 2001/02. Zürich.
- Krebs, Hans; Keller, Roger; Hornung Rainer (2004): Tabak: Einstellungen zu Werbung, Preiserhöhungen und Verkaufseinschränkungen (Zusammenfassung). Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum. Zürich.
- Kübler, Daniel; Neuenschwander, Peter; Hirschi, Christian; Rüegg, Erwin; Frey, Kathrin; Radaelli, Arianna; Stamm, Sibylle; Widmer, Thomas (2003): Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung. Zürcher Politik- und Evaluationsstudien No. 1. Zürich.
- Lee, Chung-Yol; Glantz, Stanton A. (2001): The Tobacco Industry's Successful Efforts to Control Tobacco Policy Making in Switzerland. San Francisco. <http://repositories.cdlib.org/ctcre/tcpmi/Swiss2001/>
- Maffli, Etienne; Bahner, Ute (1999): Gebrauch von Medikamenten mit Abhängigkeitspotenzial in der Schweiz. SFA-Forschungsbericht Nr. 33. Lausanne.
- Müller; Richard; Fahrenkrug, Hermann; Müller, S. (2001): Cannabis auf der Schwelle zum legalen Rauschmittel – Was die Schweizer und Schweizerinnen vom Cannabiskonsum halten. <http://www.sfa-ispa.ch/Actions/de/Cannabisbefragung1.PDF>
- Narring, Françoise; Tschumper, Annemarie; Inderwildi, Bonivento, Laura; Jeannin, André; Addor, Véronique; Büttikofer, Andrea; Suris, Joan-Carles; Diserens, Chantal; Alsaker, Françoise; Michaud, Pierre-André (2003): Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002: Swiss Multicenter Adolescent Study on Health 2002. Lausanne, Bern, Bellinzona.
- Osiek, Christian; Bondolfi, Guido; Ferrero, François (1999): Étude de prévalence du jeu pathologique en Suisse. Studie im Auftrag von La Romande des Jeux SA und La Loterie Romande. Lausanne.

-
- Peters, Matthias (2002): Das Alkoholprogramm 1999-2002 "Alles im Griff?". Kurzbericht der Evaluation. Arbeitsgemeinschaft Globalevaluation Alkoholprogramm 1999-2002. Hergiswil.
- Schmid, Holger; Delgrande Jordan, Marina; Kuntsche, Emmanuel N.; Kuendig, Hervé; Messerli, Jeanine (2003): Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Lausanne.
- Schneemann, Lioba (2000): Von Kopf bis Fuss auf Arbeit eingestellt. In: Der Bund, 14.11.2000, S. 9.
- SFA – Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (1999): Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen. Lausanne.
- SFA – Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2002): Aktuelle SFA-Befragung: Die Mehrheit der Schweizer Bevölkerung will die 0,5-Promillegrenze im Strassenverkehr.
http://www.sfa-ispa.ch/ServicePresse/allemand/Presse2002/art09_1.htm
- SFA – Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2003): Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen 2003. CD-ROM, Lausanne.
- SFA – Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (o.J.): Eine Weinsteuer ist sinnvoll und notwendig.
<http://www.sfa-ispa.ch/Politique/allemand/Wein.htm>
- Spinatsch, Markus; Hofer, Silvia (2001): Schwerpunkte für die kantonale Suchtprävention 2002 bis 2005. Problemmonitoring und Empfehlungen für die Schwerpunktsetzung für die wirkungsorientierte Suchtpräventionspolitik. Bericht zuhanden der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
<http://www.m-spinatsch.ch/d/DetailsPublikationen/GEF-PM.html>
- Suisse Balance. Die Ernährungsbewegung vom Bundesamt für Gesundheit und von Gesundheitsförderung Schweiz. Strategiepapier. Ohne Jahr. Bern.
<http://download.quer.ch/suissebalance/dt/pdfs/Strategiepapier.pdf>
- Vereinigung der Schweizerischen Zigarettenindustrie (2003): Verkäufe und Exporte von Zigaretten in der Schweiz.
<http://www.swiss-cigarette.ch/de/tabac/ventes.htm>
- Vitale S. et al. (1998): Le coût sociale de la consommation de tabac en Suisse. Neuenburg.
- WEMF – AG für Werbemedienforschung (2003): Studien. MA Net. Mehr als 60% der Schweizer sind online.
<http://www.wemf.ch/d/studien/manet.shtml>
- Zobel, Frank; Ramstein, Tatjana; Arnaud, Sophie (2003a): Les interventions publiques nationales en matière d'abus de substances et de dépendances : une revue internationale. Version draft du 18 novembre 2003. IUMSP, Lausanne.

Zobel, Frank; Thomas, Ralph; Arnaud, Sophie; de Preux, Elisabeth; Ramstein, Tatjana; Spencer, Brenda; Jeannin, André; Dubois-Arber, Françoise (2003b): Globalevaluation des Massnahmenpakets des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro): Vierter zusammenfassender Bericht 1999-2002. IUMSP, Lausanne.