Gesundheitsförderung im Suchtbereich : Wegbereiter beim Bund

Autor(en): **Lehmann, Philippe / Somaini, Bertino / Frei, Rainer**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **42 (2016)**

Heft 3

PDF erstellt am: **01.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800345

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Gesundheitsförderung im Suchtbereich: Wegbereiter beim Bund

Konzepte zu Prävention und Gesundheitsförderung gab es in der Schweiz bereits vor der Ottawa-Charta. Diese brachte eine Bestätigung für eine nicht nur kurativ ausgerichtete Gesundheitspolitik, aber auch neue Anregungen, z.B. für die Integration der Gesundheitsförderung in das medizinische System. Welche Bemühungen dazu nötig waren und welche Hindernisse zu überwinden waren, lässt sich exemplarisch an der Einführung von schadensmindernden Massnahmen im Drogenbereich zeigen. Der dazu nötige Paradigmenwechsel ging von engagierten Einzelpersonen aus und wurde auf Bundesebene mit unterstützt. Dass die Gesundheitsförderung aber damals wie heute um ihren Platz kämpfen muss, zeigt das Gespräch mit zwei ehemaligen Leitern im Bundesamt für Gesundheit.

Gespräch mit Philippe Lehmann (Neuchâtel) und Bertino Somaini (Worb)
Die Fragen für das SuchtMagazin stellten Rainer Frei (RADIX, Zürich) und Marianne König (Infodrog, Bern)

Schlagwörter: Ottawa-Charta | Gesundheitsförderung | Schadensminderung | Suchtpolitik | Bundesamt |

SuchtMagazin: Die Ottawa-Charta wurde 1986 verfasst. Wir möchten für einmal statt nach vorne zurückschauen, um mit Ihnen als Zeitzeugen zu diskutieren, was sich in der Suchtpolitik und der Aidsprävention in den 30 Jahren seit Ottawa entwickelt hat und was damals war. Ungefähr zu der Zeit wurde das Aidsvirus entdeckt, etwas später kamen die offenen Drogenszenen. Welche Bezüge gab es da und in welchen Zusammenhängen befassten Sie sich mit Themen von Public Health und Ottawa-Charta?

Lehmann: Im Rahmen meiner Mitarbeit am Nationalfondsprojekt NFP1 «Prophylaxe der Herz- und Kreislauferkrankungen» an der ETH Lausanne ab 1976 stiess ich auf die Public-Health-Thematik. Es war die Zeit des Lalonde-Reports[1] zu den Determinanten der Gesundheit sowie weiterer medizinsoziologischer Studien zu Themen wie Empowerment bzw. Entmündigung der PatientInnen und von gemeinsamen Aktionen unterschiedlicher Akteure. 1986 erarbeitete ich dann am Institut für Sozial- und Präventivmedizin Lausanne die erste Evaluation der Aidsstrategie. Bei meinem Wechsel ins BAG 1988 umfasste die Sektion Prävention noch Alkohol, Tabak, Drogen und Impfkampagnen und war mit vier Teilzeitstellen eine sehr kleine Sektion, neben der Zentralstelle für Aidsfragen mit 17 Mitarbeitenden. Die Drogenproblematik wurde dann aber in meiner Arbeit vorherrschend und ich führte das MaPaDro. Nach dem Wechsel ins Projekt Nationale Gesundheitspolitik ging es um die Entwicklung des Dialogs, wozu u.a. die Gründung des Obsan, die Einrichtung nationaler Gesundheitskonferenzen und die Strategie Psychische Gesundheit gehörten.

Philippe Lehmann
Lic. rer. pol., Studium der Politologie und des Rechts an der Universität Lausanne, Arbeiten zu Stadtentwicklung und Raumplanung. 1976 Forschung zur Gemeindeprävention von Herz- und Kreislaufkrankheiten (NFP1) an der ETH Lausanne (Schwerpunkte Stadtsoziologie und Wohnungswesen). 1986 Evaluation der Aidsstrategie am Institut für Sozial- und Präventivmedizin Lausanne. 1988-2007 Bundesamt für Gesundheit: Leiter der Sektion Prävention, Entwicklung von Gesundheitspolitiken. 1990-2001 Leitung der Sektion Drogen und des Massnahmenpakets Drogen MaPaDro. 2001 Leiter des Projekts Nationale Gesundheitspolitik und des Nationalen Dialogs zur Gesundheitspolitik zwischen Bund und Kantonen. 2008-14 Professor an der Haute Ecole de Santé Vaud, Lausanne. Aktivitäten in diversen Organisationen (Stiftungsrat Selbsthilfe Schweiz, Westschweizer KonsumentInnenorganisation, Public Health Schweiz).

Bertino Somaini
Dr. med., Studium der Medizin an der Universität Zürich. 1974/75 Weiterbildung in Tropenmedizin an der Mahidol University Bangkok. 1977-81 Stadtarzt in Zürich unterbrochen durch eine Weiterbildung in Epidemiologie (Master of Public Health in Berkeley 1979/80). 1981-93 Bundesamt für Gesundheit: Leitung der Sektion Meldewesen für Infektionen dann der Prävention; ab 1987 Vizedirektor. 1993-2000 Abteilungsleiter beim Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Zürich (Thema Verhaltensforschung). 2000-07 Leitung der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. 2007 Gründung des eigenen Beratungsunternehmens Public Health Promotion

Somaini: In meiner Zeit als Stadtarzt Ende der 1970er Jahre in Zürich kam ich auch in Kontakt mit Problemen im medizinisch-sozialen Bereich: Drogen, Prostitution, Totschlag. Dort habe ich die Realität kennengelernt und musste mich auch mit gesetzlichen

Grundlagen auseinandersetzen. Während meiner Weiterbildung in Epidemiologie in Berkeley – in der Schweiz gab es damals noch keine Public-Health-Ausbildung – traf ich während einer Projektarbeit in der Schwulenszene in San Francisco zum ersten Mal auf Hepatitis B. Als ich 1981 im BAG die Sektion Meldewesen für Infektionen zu leiten begann, traf die erste Meldung von HIV/Aids ein.

Mit den zunehmenden Problemen um HIV/Aids wurden auch mehr Mitarbeitende eingestellt, die Drogenprobleme führten zur Gründung der Sektion Prävention. In meiner Zeit als Vizedirektor des BAG gab es wegen meiner Public-Health-Sicht manchmal Differenzen mit der Politik. Mit Public-Health-Fragen befasste ich mich auch beim Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Zürich und bei der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz.

SuchtMagazin: Wann sind Sie zum ersten Mal der Ottawa-Charta begegnet?

Lehmann: Für mich gab es vor Ottawa bereits eine Schweizer Geschichte. Bereits 1982 existierte ein Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung der Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin, als Vorbereitung für die Ausarbeitung des 1. Präventionsgesetzes, das aber 1984 abgelehnt wurde. 1986 entstand ein weiteres Konzept. D.h., es gab damals – sieben Monate vor der Ottawa-Charta – bereits eine Vorlage für die schweizerische Gesundheitspolitik mit Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung. Dort waren Themen der Ottawa-Charta enthalten wie Gesundheitsdeterminanten, Entwicklung einer Gesundheitspolitik, Berücksichtigung der Gesundheitsthematik in allen Politikbereichen – dem späteren «Health in all policies» –, Kombination von Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung und gezielter Prävention, neben edukativen, auf das Individuum gerichteten Ansätzen auch die Förderung eines gesundheitsförderlichen Umfeldes. Wir besassen also bereits einen Referenzrahmen für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitspolitik, um die bisherige rein kurative Ausrichtung etwas auszuweiten. Von der Ottawa-Charta haben wir über parallele Schienen erfahren und waren sehr froh darüber, denn es deckte sich zum grossen Teil mit dem, was wir in der Schweiz bereits erarbeitet hatten. Es war also nichts Neues, sondern eine Bestätigung für uns. Was in der Ottawa-Charta steht, ist immer noch richtig und der Ansatz «Health in all policies» immer noch wichtig. Die Revolution war für mich 10 Jahre davor der Lalonde-Bericht aus Kanada, wo Public Health und Gesundheitsförderung bereits zum Regierungsprogramm gehörten.

Somaini: Ich habe die Charta wohl 1987 zum ersten Mal gelesen und gefunden, dass wir in der Aidsprävention bereits verschiedene dieser theoretischen Grundsätze in die Praxis umzusetzen versuchten. Was das Neue für mich war und mich interessierte, war der letzte Teil, d.h. das Einbringen von Gesundheitsförderung in das medizinische System. Das wurde dann in meiner Arbeit auch ein Schwerpunkt und ich habe mich stark dafür eingesetzt – oft erfolglos. Ein Beispiel sind die HIV-Tests, die seit 1985 zur Verfügung standen. Die Frage war, wer sie bezahlen sollte. Das BSV, das damals noch für die Krankenversicherungen zuständig war, wollte zuerst solche Tests nicht bezahlen, sondern nur die Behandlung der ausgebrochenen Krankheit. Am Schluss gab es dann den Kompromiss, dass eine HIV-Ansteckung als Krankheit definiert wurde, auch bevor jemand Aids-Symptome zeigte. Das war die einzige Möglichkeit, das ins System einzubringen. Ähnliche Diskussionen gab es immer wieder, auch im Drogenbereich, wo die Finanzierung über die Krankenversicherung nicht geregelt war – abgesehen davon, dass das Krankenversicherungs-Obligatorium erst später kam. Da gab es immer Diskussionen, ob Drogenkonsum eine Krankheit sei und wer die Beratungen und Therapien bezahlen sollte.

SuchtMagazin: Flächendeckende Drogenberatung und Drogentherapien gab es damals noch nicht?

Lehmann: Doch, es gab bereits seit 1975 Drogenberatungsstellen in fast allen Städten. Mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes von 1975 wurde bestätigt, dass die Kantone dafür zuständig waren. Die Drogenberatung war allerdings noch abstinenzorientiert, auch wenn es bereits Methadonbehandlungen durch Beratungsstellen und Ärzte gab, die auch evaluiert wurden. Es gab einen Sockel.

Somaini: Das sehe ich nicht ganz so: Es gab einen Sockel, der v.a. auf privaten Initiativen praktizierender Ärzte beruhte. Diese hatten gewisse Freiheiten, während die Beratungsstellen von Gemeinden und Kantonen unterstützt und daher weniger frei waren.

Lehmann: Ja, vom Bund aus gab es nichts. Es gab nur im Artikel 15c des damaligen Betäubungsmittelgesetzes die Vorgabe, dass der Bund die Kantone unterstützen kann. Die Kantone waren also für die Beratungsstellen zuständig.

Somaini: Ja, aber die Fachleute, die etwas Neues ausprobierten, waren selten in den Beratungsstellen zu finden, weil diese immer politisch angegriffen wurden. Sondern es waren einzelne Ärzte, die sagten: «Ich gebe Methadon ab.» Oder: «Ich gebe Spritzen ab.»

Lehmann: Die Spritzenabgabe war ein enormer Schritt. Es war die grosse Debatte Ende der 1980er-/Anfang der 1990er-Jahre: Man hilft den Leuten, Drogen zu konsumieren!

Somaini: 1985 war die Spritzenabgabe nicht möglich. Ich hielt damals bei den Drogenfachleuten in Olten einen Vortrag mit dem Thema «Spritzenabgabe zur Aidsprävention». Die Begeisterung war zwischen Null und Minus bei den meisten Fachleuten. Was soll man dann machen? Über das Fachsystem sind viele Sachen nicht möglich.

SuchtMagazin: Weshalb diese Ablehnung? Weil vermutet wurde, dass es politisch keine Chance hatte?

Lehmann: Nein, das war nicht eine Frage der politischen Durchsetzbarkeit, sondern eine Frage der Haltung in der Politik und der Fachwelt: Man war gegen Abhängigkeit und deswegen gegen den Konsum und musste alles tun, damit die Leute mit Konsumieren aufhörten. Auch viele Fachleute waren dieser Meinung. Ein Wandel kam nur langsam im VSD, dem Verband Deutschschweizer Drogenfachleute, die anfingen zu verstehen, dass durch eine Spritzenabgabe das Risiko reduziert werden kann. Im Rahmen der Evaluation der Aidsstrategie hatten wir die ersten Kontakte mit dem «Fixerstübli» in Bern, wo wir 1986/87 unsere Arbeitssitzungen abhielten. Das war das erste Angebot in der Schweiz, wo einerseits sterile Spritzen abgegeben wurden und anderseits ein sauberer Raum zur Verfügung gestellt wurde, wo in Ruhe konsumiert werden konnte. Es war die Revolution! Das Fixerstübli war die Initiative von einzelnen, etwas revolutionär eingestellten Fachleuten, die eine andere Schiene fahren wollten, als das damals noch abstinenzorientierte Contact Netz. Zürich, Basel, St. Gallen und Luzern sind danach dem Beispiel gefolgt.

Somaini: Ärzte mit Praxis hatten ja die Möglichkeit, Neues auszuprobieren. Einzelne gaben Spritzen ab, was sich herumgesprochen hat. Von der ärztlichen Bewilligung her konnten sie auch Methadon abgeben. Auch das Fixerstübli – das ist eine etwas andere Perspektive: Solche Sachen waren möglich, weil sich auch ein Arzt dafür eingesetzt hat. Damit war eine gewisse Reputation da, ein medizinisch überwachtes Setting, das zu grösserer Akzeptanz führte. Damals waren es Ärzte wie André Seidenberg in Zürich und Robert Hämmig in Bern, die der Zeit immer voraus waren und viel in Bewegung brachten. Diese Entwicklungen führten aber auch dazu, dass im Kanton Zürich, wo immer mehr Spritzen abgegeben wurden, dies vom Kantonsarzt auch für Ärzte verboten wurde. Das Verbot hatte intensivere Diskussionen zur Folge und einen Druck, auch andere Dinge auszuprobieren. Als der Platzspitz

kam, wurde die Aids-Hilfe Schweiz aktiv: Frau Silvia Moser, die Mitgründerin der Aids-Hilfe ging dann jeweils dorthin, mit Säcken voll von Spritzen zum Verteilen. Anschliessend erstellte Prof. Peter Grob, der über ein Hepatitis-B-Projekt mit der Problematik in Berührung gekommen war, ein Rahmenkonzept für Hepatitis- und HIV-Prävention im Drogenbereich. Die Spritzenabgabe war darin ein zentrales Element und daraus entstand dann die ganze Unterstützung auf dem Platzspitz, ein ganzer «medizinischer Betrieb» mit Ärzten und Pflegepersonal. Diese Initiativen kamen vielleicht nicht ursprünglich von den Ärzten, aber dass das Ganze akzeptabler wurde, hat mit einigen motivierten Ärzten zu tun. Die Politiker hatten dann etwas grössere Schwierigkeiten, das zu stoppen. Nötig war aber die Unterstützung der Stadt Zürich durch Frau Emilie Lieberherr.

SuchtMagazin: Gab es da auch Unterschiede zwischen der Deutschschweiz und der Romandie?

Lehmann: Ja, klar. Und immer noch. Ziemlich schnell kam die Frage: Was tun wir mit dieser Akzeptanz des Drogenkonsums? Mit der Idee, dass Gesundheit nicht nur Abstinenz bedeutet, sondern dass man auch Drogen konsumieren und dabei etwas gesünder werden kann. Das war für mich der grosse Schritt: Es gibt nicht einfach nur 0% oder 100%. Sondern es gibt einen Spielraum für Verbesserungen. Auch wenn das Ziel bleibt, von Drogen nicht mehr abhängig und lebensgefährdet zu sein, kann man auch daran arbeiten, die Risiken zu verkleinern, solange man noch Drogen konsumiert. Schadensminderung war der Begriff, der in dieser Zeit aufkam. Es hiess: Der grösste Schaden ist nicht die Droge, sondern das Leben mit der Droge. Geld zu beschaffen für den Drogenkauf, offen Drogen zu kaufen und in unsauberen Verhältnissen zu konsumieren, das ist das Gefährliche, während die Substanz selber vielleicht nicht so gefährlich ist. Dazu begann man sich weltweit Gedanken zu machen, in Australien, den Niederlanden, Grossbritannien und z.T. Amerika. Es kam zur Gründung der International Harm Reduction Association IHRA, heute Harm Reduction International HRI. Wir erfuhren in der Schweiz von der Bewegung und hatten Kontakte z.B. zu Liverpool, wo es nicht nur Angebote zum sauberen Drogenkonsum und eine Spritzenabgabe gab, sondern wo auch schon Heroin medizinisch abgegeben wurde. 1990 fand dort die erste Konferenz der Harm-Reduction-Bewegung statt. Von Schweizer Seite her beauftragten wir die Psychiaterin Annie Minno aus Genf mit einer Literaturanalyse zum Thema. Sie ging mit einer Delegation nach Liverpool und entdeckte dort auch die Möglichkeit der Schadensminderung durch Heroinabgabe. Sie schrieb dann ein Buch mit dem klaren Fazit: Ich habe lieber konsumierende Drogenabhängige als tote Drogenabhängige. Minno setzte sich für Schadensminderungsangebote und kontrollierte Substanzabgabe in Genf ein. In der Romandie war das eine Revolution. In der Deutschschweiz gab es schon Pioniere wie Robert Hämmig oder André Seidenberg, die sofort politisch handeln wollten. Minno hat eher versucht, den Fachleuten in der Drogenberatung die Abkehr von der Abstinenzorientierung und die Ideen der Schadensminderung verständlich zu machen. Es war extrem schwierig, die anderen Kantone der Romandie von diesem Ansatz zu überzeugen.

SuchtMagazin: Die Durchsetzung der Spritzenabgabe war aber nur mit dem Argument der Eindämmung von Aids möglich? Ohne Aids hätte sich die Suchtpolitik anders entwickelt.

Lehmann: Ja, es wäre ganz anders geworden. Aids und Hepatitis gaben den Anstoss.

Somaini: Hepatitis spielte eine etwas kleinere Rolle. Es gab viele Ideen, von verschiedenen Personen, und unser Job war es dann zu schauen, was ermöglicht werden konnte. Einige Kantone waren recht offen, die anderen aber sehr restriktiv. Wie kann man also in der Schweiz etwas ermöglichen? Im Betäubungsmittelgesetz gab es eine gesetzliche Variante: Der Bund kann im Rahmen einer Forschung gewisse Sachen ausprobieren. Diesen Artikel haben wir genommen und sagten: Wir unterstützen jetzt die ganzen Platzspitz-Präventionsaktivitäten als Forschungsprojekt mit Peter Grob zusammen. Die Gruppe Zipp-Aids erhielt vom BAG den Auftrag zur Evaluation der Spritzenabgabe. Das führte dann zu einer grösseren Akzeptanz. Die Stadt Zürich war ja progressiv, der Kanton dagegen sehr repressiv, wobei zu sagen ist, dass das BAG im Prinzip mit den Kantonen verhandelt, nicht mit einer Stadt. In der Aids- und Drogenpolitik hat sich das plötzlich etwas aufgelöst, da es die Städte sind, die eigentlich unter diesen Problemen leiden. Der Beitrag des Bundes war, etwas Innovatives zu ermöglichen, damit es nicht nur bei einzelnen kleinen Methadonprojekten oder Initiativen von einzelnen Ärzten blieb. Es gab für mich damals noch ein «politisches» Schlüsselerlebnis. Die Umsetzung der Drogenpolitik lief ja über Bundesrätin Dreifuss, aber die Initiale war schon von Bundesrat Cotti gekommen. Um genug Zeit für eine Sitzung mit ihm zu haben, wurde diese auf fünf bis sieben Uhr morgens angesetzt. Es gelang uns, ihn auf den Platzspitz mitzunehmen. Er sah die Misere, war stark beeindruckt und dann überzeugt, dass man etwas machen musste. Davon konnte er dann auch die anderen Bundesräte überzeugen.

Lehmann: BR Cotti hat auch die erste Vernehmlassung für eine Verordnung für eine Studie zur Heroinabgabe lanciert.

SuchtMagazin: Wurde da auch die Ottawa-Charta zur Begründung und Legitimation beigezogen?

Lehmann: Nein, direkt nicht, das war aber eine unterstützende Referenz. Wir haben immer mit harten Fakten, mit Infektionen, mit Drogentodesfällen, mit Krankheit, mit Gewalt, mit Kriminalität usw. und mit Kosten argumentiert, waren uns aber dieser breiten Perspektive doch bewusst. Um noch auf ein anderes Thema zurückzukommen: Wir streiten uns hier etwas über die Beziehung des Bundes zu Kantonen und Städten. Wie gesagt, erlaubte das Betäubungsmittelgesetz dem Bund, die Kantone zu unterstützen, und meine Hauptaufgabe war, den Kontakt mit den Kantonen zu pflegen sowie mit den Gesundheitsämtern, Drogenberatungs- und Präventionsstellen der Kantone, aber auch der Städte. Ich gründete eine kleine Plattform mit den Verantwortlichen von GDK, SODK, Städteverband und EDK zur Stärkung der Kooperation in der Drogenpolitik zwischen Bund, Kantonen und Städten. Das war der Anfang der Plattformarbeit. Dabei gab es mehr oder weniger offene Kantone, das war personenabhängig.

Somaini: Weil die Schweiz ein kleines Land ist, können einzelne Personen viel bewirken, im Guten und im Schlechten.

Lehmann: Ja. Aber wir hatten gute Allierte, die schnell für solche Schadensminderungsmassnahmen offen waren: der St. Galler Präventivmediziner und Präsident der Eidg. Drogenkommission François van der Linde, Ambros Uchtenhagen aus Zürich mit seinem grossen Renommee, die Regierungsräte Tschudi und Schild aus Basel. Auch die Eidg. Kommission für Drogenfragen war schnell ziemlich offen und nahm bereits im Drogenbericht von 1984 eine klare Haltung ein, zugunsten der Schadensminderung und zur Unterstützung der Drogenkonsumierenden für ein gesünderes Leben. Und das war noch vor den grossen Aidsproblemen.

Somaini: Niklaus Meienberg hat einmal an einem Vortrag gesagt, wir seien in einem Dilemma zwischen der Macht der Argumente und den Argumenten der Macht. Wir müssen mit Argumenten überzeugen und werden mit Argumenten der Macht konfrontiert. Diese Unterscheidung zwischen überzeugenden und Machtargumenten hat mir bei politischen Diskussionen geholfen. Je nachdem muss man andere Strategien fahren. Das Problem

ist natürlich, dass bei Meetings diejenigen kommen, die bereits interessiert sind und die mit Argumenten überzeugt werden können. Die anderen kommen schon gar nicht. Wenn es einen interessierten Drogendelegierten hat, der für ein Anliegen ist, heisst das noch lange nicht, dass es in seinem Kanton klappen wird. Da kommen dann die anderen Argumente.

Lehmann: Ich war sehr häufig in Sitzungen der Fachverbände im Drogenbereich in den drei Sprachregionen, um mit den Leuten vom Terrain zu diskutieren und zu sehen, wie man ihnen in den unterschiedlichen Situationen und politischen Gegebenheiten bei der Weiterarbeit helfen konnte. Dabei war die Frage, wie weit das BAG in der Politik den Lead übernehmen sollte und wie weit es gezwungen war, die kantonale Hoheit zu respektieren. Wie weit kann man thematisch und allgemein in der Gesundheitspolitik pushen? Im Appenberg-Seminar des BAG von 1989 mit rund zehn Kaderleuten des Amtes ging es darum, etwas von den separaten Tunnelblicken wegzukommen, um vom BAG ausgehend mehr allgemeine Gesundheitspolitik zu machen. Eine Grundlage des Seminars war die Ottawa-Charta. Wie können wir eine breite, allgemeine Gesundheitspolitik machen, statt uns auf spezifische Bereiche in unserem jeweiligen Zuständigkeitsbereich zu fokussieren. Bei Krebs, Herz- und Kreislaufkrankheiten etc. hatten wir bspw. zu der Zeit keine Zuständigkeit. Nur im Lebensmittelgesetz gab es ganz am Rand den Hinweis, dass der Bund die KonsumentInnen über Ernährung informieren kann. Wie konnte man zuerst in der Leitung des BAG, dann beim EDI und anderen Ämtern auf eine solche allgemeine Gesundheitspolitik einwirken? Das war zu der Zeit nicht möglich.

Somaini: An solchen Treffen hat man nicht viele Gegner. Die Realität ist dann aber eben anders und ist heute noch immer so. Natürlich hatte die Ottawa-Charta einen gewissen Einfluss auf die Fachleute. Aber wenn man nach den Budgets fragt, so gibt es kein Budget für Gesundheitsförderung. Im Jahr 2016 haben wir noch immer separate Budgets für Drogen, für Tabak, für Alkohol. D.h. es ist immer noch segmentiert. Das ist dann die Realität: Man kann sehr breit denken, aber am Schluss sind die Facheinheiten dann trotzdem aufgrund des Budgets organisiert. Es wurden Neuorganisationen im BAG versucht, woraus eine Abteilung entstand, die dann aber wieder umorganisiert wurde. Man hat also bei Bund und Kantonen relativ wenig Finanzen für die allgemeine Gesundheitsförderung zur Verfügung. Da kommt es darauf an, ob man zufällig zwei gleichdenkende Chefs hat, dann wird automatisch mehr zusammengearbeitet und der Geldpool gibt Möglichkeiten für gemeinsame Projekte her. Das war z.B. bei Drogen und Aids der Fall, wo zwei Sektionen zusammenarbeiteten, bis dann die Drogenproblematik hochschwappte und die Aufmerksamkeit der zuständigen Sektion wieder voll absorbierte.

Lehmann: Ein weiteres Beispiel: Es gab im BAG einen Beauftragten für Aids und Schule und im Drogenpaket gab es die Idee von Suchtprävention und Schule. Wir haben uns dann ziemlich schnell getroffen – Aids, Drogen, Tabak und Alkohol – zusammen mit dem Präventionsverantwortlichen der Erziehungsdirektorenkonferenz. Das Geld der verschiedenen Bereiche wurde zusammengepoolt, um daraus ein Projekt «Schule und Gesundheit» zu machen. Das war der Ursprung des späteren Netzwerks «Gesundheitsfördernde Schulen» von Radix. Es war die Idee der Konzentration der Kräfte auf ein Setting und nicht auf ein Thema. Das entsprach dem Punkt «Creating of a supporting environment» in der Ottawa-Charta. Die Idee war, mit den Aktivisten der Schulen und der NGOs gemeinsam etwas zu machen. Heute gibt es rund 2'000 Schulen, die mitmachen. Das war für mich eine andere Haltung im BAG, als die üblichen Tunnels, obwohl es diese parallel dazu immer noch gibt.

Somaini: Es genügen Leute von zwei Fachstellen, die sagen, wir machen etwas zusammen. Der Punkt ist ja, dass es immer noch schwierig ist, ein Budget für Gesundheitsförderung zu

erhalten, weil die Politik dahinter Aktivitäten vermutet, die wenig mit Prävention zu tun haben. Wir sind auch nicht gut in der Kommunikation, warum solche Anliegen wichtig und nötig sind. Die meisten Ansätze scheitern dann auch wieder, weil eine längerfristige Finanzierung fehlt. Für die Umsetzung von etwas Übergreifendem oder Gemeinsamem fehlen jeweils die Finanzen, obwohl es in den einzelnen «Tunnels» eigentlich genug Geld hat. Wenn es drauf ankommt, ist das System stärker als die Idee und es geht dann um das Bewahren der eigenen Einheit.

SuchtMagazin: Um nochmals etwas auf das Thema Sucht zurückzukommen: die aktuelle Situation, die aktuelle Suchtpolitik oder auch ein Blick in die Zukunft. Wie beurteilen Sie das aus Ihrer langjährigen Erfahrung? Wo sind die Herausforderungen für die Zukunft?

Somaini: Aus der Vergangenheit haben wir gelernt, dass der Erfolg bei solchen komplexen Anliegen nur durch gemeinsame Besprechungen und Koordination zwischen den Beteiligten zustande kommt. Wir begannen damals bspw., mit dem Bundesamt für Justiz, mit der Polizei zusammenzuarbeiten. Das ist eigentlich der Weg, den man gehen muss, damit man einen Konsens erreichen kann. Nicht nur zwischen den Drogenfachleuten, sondern auch mit den anderen Institutionen, die von der Drogenproblematik betroffen sind. Gemeinsam zu klären, was wir oder die «anderen» mit der Drogenpolitik wollen, was das Ziel ist. Z.B. das Thema Harm Reduction da ist die Frage: Wie schädigend ist der Konsum für das Individuum und wie schädigend für die Gesellschaft? Dieses Spannungsfeld konnten wir damals ausdiskutieren und es gab die Einsicht, dass mit einem anderen Ansatz auch die Kriminalität gesenkt werden kann. Solche Sachen sollte man vielleicht auch wieder versuchen, statt zu viele Kräfte in der individuellen Repression einzusetzen.

SuchtMagazin: Viel hat sich nicht mehr bewegt in den letzten Jahren?

Lehmann: Es läuft, die Fachleute arbeiten gut, sie werden auch von den Behörden gut unterstützt, auf städtischer, kantonaler und Bundesebene. Das funktioniert. Probleme liegen in der Reintegration, bei der Lebensqualität, der Isolation der Abhängigen. Aber man lebt damit. Dann gibt es die neuen Entwicklungen, das Thema Cannabis und Cannabisgesetzgebung: Das ist etwas eine Grauzone und niemand will sich hervortun. Es ist damit keine Lebensgefahr verbunden, die Druck machen würde, im Unterschied zur HeGeBe früher. Es ist nur ein «Nice to Have», wenn ein paar hundert Leute in der Apotheke Cannabis kaufen könnten. Was ändert dies in der Lebenssituation dieser Leute: mehr Sicherheit, keine Bussen mehr, aber sonst...

SuchtMagazin: Von der neuen Suchtkommission aus gab es kürzlich eine Veranstaltung zu Cannabis. Die Frage war, ob man einen Anlauf nehmen sollte, um Cannabis zu entkriminalisieren. Von den Fachleuten her gab es ein Ja, wenn auch nicht mit sehr viel Engagement. Die Politiker warnten, dass wenn im Parlament – so wie es jetzt zusammengesetzt ist – die Diskussion losginge, der Schuss hinten hinausgehen und eine noch rigidere Lösung kommen könnte.

Lehmann: Ja, denn das Verbot ist für viele Leute identitätsbildend... Wenn sich z.B. heute gewisse Teile der Polizei für eine Entkriminalisierung einsetzen, ist dies v.a. ein Eingeständnis der Ohnmacht der Polizei: Sie kann den Deal nicht stoppen. Aber darüber hinaus gibt es keine eigentliche sozialpolitische Aussage als Grundlage für eine Drogenpolitik: Was ist akzeptabel, was nicht, muss man Leute behandeln und beraten oder nicht, in ihren Kompetenzen stützen? Ich komme hier zurück auf die Charta-Themen der Kompetenzförderung, der Information, der Umfeldarbeit. Ich würde hier auch von Polizeiseite etwas mehr in Richtung Gesundheitsförderung erwarten, oder weitergehend: Lebensqualitätsförderung, Integrationsförderung, Lebenschancen usw.

Somaini: Der Punkt war immer der: Wo muss man eingreifen? Welches Problem ist ein Problem? Da muss auch zwischen individuellem und gesellschaftlichem oder Public-Health-Problem unterschieden werden. Bei gesellschaftlichen Problemen ist zu fragen: Wo ist der Staat gefordert? Es gibt viele gesellschaftliche Probleme, wo der Staat nichts macht. Die Problematik mit Substanzen ist primär ein individuelles Problem – da ist der Jugendschutz wichtig. Aber sonst?

Lehmann: Ich möchte vergleichen: Es gibt heute pro Jahr etwa 200 Drogentodesfälle in der Schweiz, 1'000 Suizide, 250 Verkehrstodesfälle, 9'000 Tabaktodesfälle. Wo handelt man? Will man wirklich etwas für die Frühintervention bei Suiziden tun? In der Suchtarbeit gäbe es dafür ein Arbeitsmodell: Die von Bernhard Meili entwickelte gezielte, sekundäre Prävention[2] ist auf die Suizidprävention übertragbar. Was tut man für die Tabakprävention? Im Parlament wird das Tabakproduktegesetz diskutiert, aber es werden fast keine Werbeverbote gemacht, da die Tabakindustrie dagegen ist. Das Drogenproblem ist dagegen etwas ein Randproblem, aber es wird hier seriös gearbeitet, mit guten Qualitätskriterien und Arbeitsinstrumenten.

Somaini: Es kommt sehr darauf an, wie wir die Rolle des Staates und die staatlichen Aufgaben sehen. Wo muss der Staat handeln. Wenn wir die Beispiele anschauen, wird eigentlich klar: Der Staat wird dann aktiv, wenn eine Drittgefährdung vorliegt. Das vergessen wir immer wieder. Warum regeln wir den Verkehr? Wenn einer vom Jungfraujoch mit dem Velo herunterfahren will, soll er das machen, auf eigenes Risiko. Aber wenn es zu einer Drittgefährdung – z.B. Alkohol und Autofahren – kommt, greift der Staat ein. Bei Problemen muss man aus staatlicher Sicht darauf fokussieren. Das gute Beispiel ist Tabak. Wir wussten seit Jahrzehnten, dass das Rauchen schädlich ist. Der Staat griff erst ein, als die Daten zum Passivrauchen auf dem Tisch lagen. Da ging es darum, Dritte zu schützen. Warum möchten wir, dass der Herr Müller nicht mehr raucht? Wenn er allein in seinem Wohnzimmer raucht, soll er das doch. Da gibt es aber das Dilemma, die Grauzone, z.B. wenn die Allgemeinheit für die Kosten dieses Verhaltens aufkommen muss. Im Drogenbereich war bei HIV/Aids relativ gut vermittelbar: Es kommt zu einer Drittgefährdung, durch Infektion oder Kriminalität. Darum gab es auch diese Akzeptanz in der Bevölkerung. Es gab relativ wenig Widerstand, weil die Massnahmen gut kommuniziert werden konnten. Heute muss man sich fragen, wie kommuniziert man etwas, das wirklich nötig ist, oder ist es einfach ein weiteres «Nice to Have».

Lehmann: Ja, ich bin damit ganz einverstanden, es geht um die Drittgefährdung.

Somaini: Wir lernen eigentlich viel zu wenig von Misserfolgen. Alles wird beschönigt. Lernen aus Misserfolgen wird als wichtig angeschaut, aber man schafft den Raum nicht, um darüber zu diskutieren.●

Endnoten

1 Der kanadische Sozial- und Gesundheitsminister verwendete zum ersten Mal den Begriff der Gesundheitsförderung. Der Lalonde-Bericht von 1974 «A new Perspective on the Health of Canadians» befasste sich mit Umwelt- und Verhaltensfaktoren als Determinanten der Gesundheit. Der Bericht wurde von der WHO aufgegriffen und beeinflusste die weitere Entwicklung von Public Health.

2 Vgl. supra-f, Interventions- und Forschungsprogramm des Bundesamts für Gesundheit BAG zur Suchtprävention bei gefährdeten Jugendlichen (www.infodrog.ch/supra-f.html).