



KOMMISSION FÜR SUCHTFRAGEN
FÜRSTENTUM LIECHTENSTEIN

Suchtpolitische Grundsätze

**der Regierung des
Fürstentums Liechtenstein**

Schaan, 23. März 2020

Vorwort

Das erste Drogenpolitische Grundsatzpapier der liechtensteinischen Regierung wurde im Jahr 1991 erstellt; die nächsten Drogenpolitischen Grundsätze wurden im Jahr 1997 im Rahmen einer Interpellationsbeantwortung entwickelt. Seither sind mehr als 20 Jahre vergangen. Da die Drogenpolitischen Grundsätze aus den Jahren 1991 und 1997 nicht mehr den aktuellen Erfordernissen genügen, war es an der Zeit, ein neues Grundsatzpapier zu erarbeiten. Dieses sollte neuere Entwicklungen im Drogenbereich und auch den Umgang mit nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten inkludieren. Aus diesem Grund wurden die Drogenpolitischen Grundsätze in Suchtpolitische Grundsätze umbenannt. Um Definitionen zu verankern, eine Gegenwartsanalyse vorzunehmen und Handlungsempfehlungen zu benennen, war es ausserdem notwendig, den nun vorliegenden Suchtpolitischen Grundsätzen eine neue Struktur zu geben.

Hierzu war ein breiter Meinungsbildungsprozess notwendig, in welchen vornehmlich die Kommission für Suchtfragen eingebunden war. Diese setzt sich aus Vertretern des Schulamtes, des Amtes für Gesundheit, des Amtes für Soziale Dienste, der Staatsanwaltschaft und der Landespolizei zusammen. Ferner wurde das Ministerium für Gesellschaft in die Erstellung der Suchtpolitischen Grundsätze einbezogen. Schliesslich wurden auch relevante zivilgesellschaftliche Akteure wie der Berufsverband für Psychologen Liechtenstein, die Liechtensteinische Ärztekammer und der Verein für Betreutes Wohnen mit der Bitte um Stellungnahme in den Entstehungsprozess miteinbezogen. Es sollte ein Konzept erstellt werden, welches von allen Verantwortlichen gleichermassen mitgetragen wird und aufgrund seiner breiten Akzeptanz Unterstützung bei der Umsetzung findet. Oberstes Ziel war es, ein Grundsatzpapier zu erhalten, das die Grundpfeiler der liechtensteinischen Suchtpolitik prägnant darstellt.

Die Erstellung der Suchtpolitischen Grundsätze erfolgte in Anlehnung an das „Leitbild für eine neue Suchtpolitik¹“, welches von Herrn Dr. Markus Spinatsch zuhanden des Amtes für Soziale Sicherheit im Kanton Solothurn erstellt wurde. Für die Zusage, wesentliche Inhalte und die Gliederung dieses Leitbildes übernehmen zu dürfen, möchten wir Herrn Christian Bachmann, Leiter Fachstelle Prävention, danken.

Hugo Risch
Amtsleiter und Vorsitzender
der Kommission für Suchtfragen

Dinah Peng
Suchtbeauftragte
Amt für Soziale Dienste

¹ Spinatsch, M. (2007). Leitbild für eine neue Suchtpolitik. Handlungsbedarf, Handlungsfelder und Leitsätze für eine wirkungsvolle Bekämpfung von Suchtproblemen im Kanton Solothurn. Eigenverlag, Bern.

Inhaltsverzeichnis

1.	Grundlagen und Ziele.....	1
1.1	Geschichtlicher Rückblick.....	2
1.2	Suchtstrategien der Länder Deutschland, Österreich und der Schweiz	3
1.3	Cannabisregulierung und -legalisierung in Europa, Nord- und Südamerika.....	5
1.4	Internationale Abkommen	6
1.5	Ziele der Suchtpolitischen Grundsätze	7
2.	Der suchtpolitische Handlungsbedarf.....	8
2.1	Definitionen.....	8
2.2	Suchtprobleme und deren Folgen für das Individuum	9
2.3	Gesamtgesellschaftliche Kosten von Suchtproblemen.....	9
3.	Ziele, Strategien und Massnahmen der Suchtpolitik.....	11
3.1	Ziele und Zielgruppen der Suchtpolitik	11
3.2	Strategien der Suchtpolitik.....	11
3.3	Massnahmen der Suchtpolitik	12
4.	Leitlinien für das suchtpolitische Handeln.....	13
4.1	Leitsätze.....	13
4.2	Die drei Ebenen der Suchtpolitik.....	15
5.	Handlungsfelder und Massnahmen.....	17
5.1	Alkohol.....	17
5.2	Tabak bzw. Nikotin	19
5.3	Medikamente mit psychoaktiver Wirkung.....	21
5.4	Illegale Drogen	23
5.5	Essstörungen	25
5.6	Spielsucht	27
5.7	Suchtübergreifende und suchtspezifische Aspekte	29
6.	Aufgaben und Zuständigkeiten	30
6.1	Die Aufgaben der Regierung	30
6.2	Die Aufgaben der Gemeinden.....	30
6.3	Die Aufgaben der Kommission für Suchtfragen.....	30
7.	Zusammenfassung	31

1. Grundlagen und Ziele

Die Suchtpolitik eines Landes ist stark von gesellschaftlichen und kulturellen Entwicklungen abhängig, weshalb von Zeit zu Zeit konzeptionelle und rechtliche Anpassungen vorgenommen werden müssen. So ist man heute mit einem starken Anstieg stimulierender Freizeitdrogen und sich schnell ändernden Neuen Psychoaktiven Substanzen konfrontiert, die u.a. über das Internet bezogen werden können. Auch stehen in der heutigen Zeit zunehmend Probleme im Vordergrund, die auf einen exzessiven Gebrauch neuer digitaler Medien zurückzuführen sind (Internet, Smartphone) oder die mit einem suchthaften Essverhalten zu tun haben. Derweil hat der Cannabiskonsum im deutschsprachigen Raum weiter zugenommen, so dass der Ruf nach einer Entkriminalisierung immer lauter wird².

Um solchen neuen Herausforderungen kompetent entgegen treten zu können, ist der Staat gefordert, die Situation im eigenen Land regelmässig zu überprüfen und seine Suchtpolitik den neuen Begebenheiten anzupassen. Hierbei sollte er sich auf pragmatische Lösungen stützen, die der Komplexität des Phänomens Sucht Rechnung tragen. Dies ist nur durch eine enge Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche zu leisten, die auf Suchtproblematiken fokussiert sind, wie Medizin, Psychologie, Pädagogik, Kriminologie, Soziologie oder Ökonomie.

Die Aufgaben des Staates liegen vor allem in der Verringerung von Suchtproblemen (durch Prävention, flankierende gesetzliche Massnahmen u.a.), dem Schutz der Allgemeinheit vor den Folgen eines riskanten Substanzkonsums (z.B. Verhängung eines Fahrverbotes) sowie in der Bereitstellung von Ausstiegshilfen und der Eindämmung von Schäden bei chronisch missbräuchlichem Konsum (z.B. Substitutionsprogramm).

² Für Deutschland und Österreich: EMCDDA. „Country Drug Reports“, unter: http://www.emcdda.europa.eu/countries_en (abgerufen am 24.09.2019). Für die Schweiz: Sucht Schweiz. „Häufigkeiten des Cannabis Konsums“, unter: <https://zahlen-fakten.suchtschweiz.ch/de/cannabis/konsum.html> (abgerufen am 24.09.2019).

1.1 Geschichtlicher Rückblick

Frühere Drogenkonzepte in Liechtenstein gehen auf die Jahre 1991 und 1997 zurück. Sie betonen die Selbstverantwortung eines jeden Menschen und die Notwendigkeit einer Entkriminalisierung des Drogenkonsums. Hinter dem ersten Punkt, dem Prinzip der Selbstverantwortung, steht der Gedanke, dass der Konsum von Substanzen im Wesentlichen eine Selbstgefährdung und eher nicht eine Gefährdung der Mitmenschen darstellt. Hinter dem zweiten Punkt, der Entkriminalisierung des Drogenkonsums, steht die Erkenntnis, dass sich sozial- und gesundheitspolitische Massnahmen oftmals als wirksamer erweisen als die rein strafrechtliche Verfolgung von Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten³. Aus diesem Grund wurden in Liechtenstein verschiedene Alternativen zur Bestrafung drogenkonsumierender Personen entwickelt.

Seit der Verabschiedung der Drogenpolitischen Grundsätze im Jahr 1997 wurden in Liechtenstein eine Vielzahl an suchtpolitischen Massnahmen umgesetzt. So wurde 1998 die einjährige Suchtpräventionskampagne „Mut zur Erziehung“ durchgeführt. Im selben Jahr nahm Liechtenstein am INTERREG-II-Programm „Grenzüberschreitende Sucht- und Drogenprävention“ teil. Im Sinne der Tertiärprävention wurden die ersten Richtlinien der Methadonabgabe erstellt und verabschiedet. 1999 wurde eine Jugendstudie durchgeführt, welche ein Kapitel zum Suchtmittelkonsum von 12- bis 18-Jährigen enthielt. Auch wurde im gleichen Jahr der Verein step-by-step gegründet, um Hilfsmittel zur Früherkennung von Suchtgefährdung auf der Basis interaktiver Computersysteme entwickeln zu können. Im Jahr 2000 kam es zur Inkraftsetzung des Bewährungshilfegesetzes. 2001 erfolgte eine Namensänderung der „Drogenkommission“ in „Kommission für Suchtfragen“. 2003 entschied man sich gegen die Umsetzung einer kontrollierten Heroinabgabe. 2005 wurde in Liechtenstein erstmals eine umfassende Studie zum Suchtmittelkonsum junger Menschen durchgeführt, auf welche 2006 die vierjährige Suchtpräventionskampagne „DU sescht wia!“ folgte. Im selben Jahr trat Liechtenstein dem Übereinkommen zum unerlaubten Verkehr mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen bei (88-er Übereinkommen). 2007 wurde die Diversion eingeführt und es wurde eine Geschäftsordnung für die Kommission für Suchtfragen verabschiedet. 2008 trat das Gesetz über den Nichtraucherschutz und die Werbung für Tabakerzeugnisse (Tabakpräventionsgesetz) in Kraft. Auch wurde die Neufassung des Kinder- und Jugendgesetzes erlassen, im Zuge dessen die begleiteten Testeinkäufe zur Überprüfung der Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen eingeführt wurden. 2009 wurden die Richtlinien des Substitutionsprogramms überarbeitet und der strenge Nichtraucherschutz in Gastbetrieben gelockert. 2010 trat das Geldspielgesetz (GSG) in Kraft. 2011 nahm Liechtenstein zum ersten Mal an der europaweiten Studie „European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)“ teil, 2015 erfolgte eine zweite Teilnahme.

Im Laufe der Zeit hat sich in Liechtenstein ein ganzheitliches Verständnis hinsichtlich Ursachen, Verlauf und Behandlung von Suchterkrankungen durchgesetzt. Dieses berücksichtigt sowohl die medizinisch-psychiatrischen als auch die psychologischen, familiären und soziokulturellen Ursachen von Sucht. Eine moderne Suchtpolitik muss diesen Aspek-

³ Global Commission on Drugs. „The Five Pathways To Drug Policies That Work“, unter: <https://www.globalcommissionondrugs.org/the-five-pathways-to-drug-policies-that-work> (abgerufen am 24.09.2019).

ten Rechnung tragen. Sie muss sowohl in der Prävention als auch in Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation die entsprechenden wirtschaftlichen und rechtlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen gewährleisten, sich aber auch ihrer Grenzen bewusst sein und an die Eigenverantwortung der Einwohnerinnen und Einwohner appellieren. Ebenso wichtig sind qualifiziertes Personal, aufeinander abgestimmte Beratungs- und Behandlungsmassnahmen sowie ein niedrigschwelliger und finanzierbarer Zugang.

Es ist notwendig, eine evidenzbasierte, rationale Suchtpolitik zu betreiben. Diese soll sich auf die Gesundheit und somit auf die Vermeidung von Gesundheitsrisiken ausrichten. Je grösser das gesundheitliche Gefährdungspotential, desto mehr Anstrengungen müssen unternommen werden, um diesem Problem zu begegnen. Besonderer Schutz kommt Jugendlichen zu. Neben Prävention und Therapie sind auch die gesetzlichen Interventionsmöglichkeiten, wie z.B. die repressiven Massnahmen gegenüber dem Drogenhandel, zu berücksichtigen.

All dies hat unter Berücksichtigung internationaler Abkommen und Verpflichtungen sowie in Abstimmung mit der Drogenpolitik des nahen Auslandes zu erfolgen, weshalb im Folgenden die Suchtstrategien der Nachbarländer Liechtensteins erläutert werden, auf aktuelle globale Entwicklungen im Suchtbereich eingegangen wird und die von Liechtenstein unterzeichneten internationalen Abkommen im Umgang mit Substanz(-konsum) gelistet werden.

1.2 Suchtstrategien der Länder Deutschland, Österreich und der Schweiz

In Deutschland wurde die letzte nationale Drogen- und Suchtstrategie im Jahr 2012 verabschiedet.⁴ Sie beruht auf vier Säulen, Säule 1: Prävention, Säule 2: Beratung und Hilfen zum Ausstieg, Säule 3: Schadensminderung und Säule 4: Angebotsreduzierung bzw. Repression. Die Suchtstrategie bezieht sich auf Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen sowie nicht-stoffgebundene Verhaltensstörungen wie pathologisches Glücksspiel und exzessive Internet- bzw. Mediennutzung. Ziel der Strategie ist eine Minderung von damit verbundenen Gesundheitsrisiken. Die derzeitige Deutsche Suchtpolitik geht vermehrt auf den demographischen Wandel, neue Suchtformen mit entsprechenden Konsumtrends sowie auf die stoffungebundenen Verhaltenssüchte ein. Im Unterschied zu früher wird nicht nur der Abhängigkeit, sondern auch riskantem Konsumverhalten vermehrt Beachtung geschenkt. Weitere Schwerpunkte stellen Kinder aus suchtbelasteten Familien, die Suchtselbsthilfe (Selbsthilfegruppen) und die Prävention und Behandlung der Medikamentenabhängigkeit dar. Als Querschnittsaufgaben wurden eine effizientere Kooperation zwischen den einzelnen Suchthilfesystemen und eine solide Finanzierung aller Leistungen ins Auge gefasst. Herausforderungen für die Zukunft sind neben der Verbesserung der Rahmenbedingungen eine Überprüfung und Anpassung an die aktuellen und künftigen Erfordernisse in den Bereichen Glücksspiel, Medikamentenabhängigkeit und Cannabis. Die Eckpunkte, die dabei vermehrte Berücksichtigung finden sollen,

⁴ Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. „Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“, unter: https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateienba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung-Dt.pdf (abgerufen am 13.09.2018).

sind: Prävention auf Risikogruppen ausrichten, Frühintervention ausbauen, mehr Menschen vor Ort erreichen (z.B. betriebliche Suchtprävention ausbauen), professionelle Zusammenarbeit stärken (z.B. Netzwerke bilden), Geschlechtersensibilität durchgehend verankern, Forschung gezielt ausrichten, Massnahmen evaluieren, passgenaue Beratung und Behandlung anbieten sowie die internationale Kooperation stärken.

Die Suchtpolitik in der Schweiz definiert als wesentliche Ziele, die Eigenverantwortung des Individuums zu stärken und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern.⁵ In der Nationalen Strategie Sucht aus dem Jahr 2016 wird die Vier-Säulen-Politik ergänzt mit einer stärkeren Vernetzung aller Akteure, genauerem Wissen zu Sucht, der Förderung von Weiterbildungen, der besseren Information von Fachleuten und der Bevölkerung sowie dem internationalen Erfahrungsaustausch. Das übergeordnete Ziel ist eine kohärente, d.h. weitgehend widerspruchsfreie Suchtpolitik, die nicht nach dem Merkmal „legal“ oder „illegal“ unterscheidet, sondern nach ihrem Gefährdungspotenzial für das Individuum oder die Gesellschaft. Dabei stützt sich die Schweiz auf das „Würfelmodell“ aus dem Jahr 2005. Die vier Säulen „Prävention“, „Therapie“, „Schadensminderung“ und „Repression“ wurden zusätzlich in „Abhängigkeit“, „Problematischer Konsum“ und „Risikoarmer Konsum“ unterteilt. Sie beziehen sich auf Alkohol, Cannabis, synthetische Drogen, Heroin, Kokain, Medikamente mit psychoaktiver Wirkung, Verhaltenssüchte und Tabak. Um allen Suchtformen gleichermaßen gerecht werden zu können, wurden die vier Säulen adaptiert. So wurde aus „Prävention“ „Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung“; aus „Therapie“ wurde „Therapie und Beratung“; aus „Schadensminderung“ wurde „Schadensminderung und Risikominimierung“; aus „Repression“ wurde „Regulierung und Vollzug“.

Die österreichische Suchtpräventionsstrategie baut auf dem Schweizer Würfelmodell auf.⁶ Hierbei wurde der Schweizer Suchtwürfel modifiziert und der „erweiterte Suchtwürfel“ entwickelt. Ein wesentlicher Unterschied zum Schweizer Modell ist, dass Therapie und Schadensminderung unter dem Überbegriff „Suchthilfe“ subsummiert sind. Suchthilfe wurde in die Bereiche „Suchtberatung“, „Überlebenshilfe/Schadensminderung“, „Suchttherapie“, „Rehabilitation“ und „soziale und berufliche Integration bzw. Reintegration“ gesplittet. Auf eine ausdrückliche Nennung der „Schadensminderung“ wurde verzichtet, da diese in Österreich als inzwischen selbstverständliches Glied in der Suchthilfe angesehen wird. Darüber hinaus wurde der Schweizer Suchtwürfel mit einem Sockel von Rahmenbedingungen erweitert (ethische, gesellschaftliche, kulturelle, finanzielle und politisch/legislative Rahmenbedingungen).

⁵ Baumberger, P. (2013). Suchtpolitik Schweiz: aus der Vergangenheit lernen. SuchtMagazin, 5, 4-10.

⁶ Uhl, A. (2013). Österreich: Der Weg zum „erweiterten Suchtwürfel“. SuchtMagazin, 5, 11-14.

1.3 Cannabisregulierung und -legalisierung in Europa, Nord- und Südamerika

In Europa wird vielerorts über eine mögliche Lockerung des Cannabisverbotes oder eine Anpassung der Regulierung des Konsums diskutiert. Hauptargument dafür sind die ansteigenden Konsumentenzahlen, welche in Frage stellen, ob ein Konsumverbot nach wie vor die richtige Strategie im Umgang mit Cannabis ist. Ein Konsumverbot kann nämlich Betroffene aus Angst vor einer Strafverfolgung davon abhalten, Beratung und Therapie in Anspruch zu nehmen. Auch verspricht man sich durch eine neue Form der Regulierung eine bessere Bekämpfung des Drogenhandels und der Begleitkriminalität.⁷

Den obigen Argumenten folgend, gibt es vielerorts bereits die Tendenz, das Verbot von Cannabiskonsum zu lockern.⁸ Mittlerweile gibt es in Europa eine Reihe von Modellen, die es möglich machen, Cannabis in einem rechtlichen Graubereich zu konsumieren, ohne strafrechtlich verfolgt zu werden. So gibt es beispielsweise Cannabis Social Clubs⁹, in welchen der Cannabiskonsum nicht geahndet wird. Auch der medizinische Gebrauch von Cannabis ist in verschiedenen europäischen Ländern inzwischen erlaubt.

In Deutschland sind seit dem 10. März 2017 Cannabisblüten und -extrakte als Arzneimittel zugelassen, wenn diese aus Anbau zu medizinischen Zwecken unter staatlicher Kontrolle beziehungsweise staatlichen Importen stammen. Cannabis kann seither auf Basis ärztlicher Verschreibung in Apotheken bezogen werden, wobei die Krankenkassen für die Kosten aufkommen. Die Verschreibung und Abgabe sind reglementiert. Ein Eigenanbau ist in Deutschland grundsätzlich nach wie vor verboten.¹⁰ In Österreich ist Cannabis (d.h. die zur Gattung Cannabis gehörenden Pflanzen und Pflanzenteile) nur dann ein verschreibungsfähiges Arzneimittel, wenn es in Zubereitungen vorliegt, die als Fertigarzneimittel zugelassen sind.¹¹ In der Schweiz und in Liechtenstein ist Cannabis in Tinkturform (Sativex®) für den medizinischen Gebrauch zugelassen.¹²

In der Schweiz wurde 2008 im Rahmen der letzten Volksabstimmung die Legalisierung des nicht-medizinischen Cannabiskonsums abgelehnt. Nach wie vor ist Cannabis im schweizerischen Betäubungsmittelgesetz als ein Rausch- und Betäubungsmittel gelistet,

⁷ z.B. Heino, S. (2013). Legalisierung von Cannabis: Pro-Position. Sucht, 59 (1), 51-53.

⁸ „Rechtliche Aspekte von Hanf“, unter: https://de.wikipedia.org/wiki/Rechtslage_von_Cannabis (abgerufen am 08.10.2018).

⁹ Ein Cannabis Social Club ist ein im Jahr 2005 von der paneuropäischen Organisation ENCOD vorgeschlagenes Modellprojekt, um eine legale Anbau- und Vertriebsmöglichkeit von Cannabis als Rauschmittel für volljährige Personen zu ermöglichen. Ein Cannabis Social Club ist ein nichtkommerzieller Verein, welcher den professionellen, kollektiven Anbau einer limitierten Menge von Cannabis organisiert, um die persönlichen Bedürfnisse der volljährigen Clubmitglieder zu decken.

¹⁰ Das Bundesgesundheitsministerium. „Cannabis als Medizin“, unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/januar/cannabis-als-medizin.html> (abgerufen am 01.10.2019).

¹¹ Arbeitsgemeinschaft Cannabis. „Rechtliche Situation in Österreich“, unter: <https://arge-canna.at/recht/rechtslage-in-oesterreich/> (abgerufen am 01.10.2019).

¹² Bundesamt für Gesundheit. „Medizinische Anwendung von Cannabis“, unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/heilmittel/med-anwend-cannabis.html> (abgerufen am 01.10.2019).

wodurch der Verkauf, der Handel, die Herstellung, die Lagerung und die Weitergabe von Cannabis nicht erlaubt sind. 2013 wurde, um die Ahndung von Cannabisübertretungen zu erleichtern, das Ordnungsbussensystem eingeführt. Dieses sieht z.B. vor, dass Erwachsene, die beim Konsum durch einen Polizisten beobachtet werden, nicht angezeigt, sondern mit einer Ordnungsbusse von 100 Franken bestraft werden – sofern der Konsument oder die Konsumentin weniger als 10 Gramm Cannabis bei sich trägt und keine weiteren Widerhandlungen begangen hat. Seit einem Bundesgerichtsurteil im Jahr 2019 gilt dieses Ordnungsbussensystem auch für Jugendliche unter 18 Jahren. Beim Lenken von Motorfahrzeugen gilt die Fahruntfähigkeit bei einem Grenzwert von über 1.5 Mikrogramm THC pro Liter Blut (= µg/l) im Blut als erwiesen. In mehreren Städten in der Schweiz laufen derzeit Forschungsprojekte, wie mit erwachsenen, Cannabis konsumierenden Personen, die eine Gewöhnung aufweisen, bestmöglich umgegangen werden könnte. Die Projekte untersuchen, wie sich der Cannabis-Verkauf in Apotheken auf den Konsum und das Kaufverhalten von Cannabis konsumierenden Personen auswirkt. Auch die Vor- und Nachteile eines liberalisierten Verkaufs von Cannabis werden geprüft.¹³

In Uruguay, Kanada und in neun US-Bundesstaaten wurde in den letzten Jahren der nicht-medizinische Konsum von Cannabis für Erwachsene legalisiert, wobei die Voraussetzungen hinsichtlich Gebrauch, Besitz und Verkauf unterschiedlich sind. Bei den US-Bundesstaaten, in denen eine Legalisierung erfolgte, handelt es sich um Washington, Oregon, Nevada, Kalifornien, Alaska, Colorado, Maine, Vermont, Massachusetts und Illinois. In 13 weiteren Bundesstaaten wurde der Gebrauch von Cannabis bis zu einer gewissen Grenze dekriminisiert. Weiter wurde in 30 US-Bundesstaaten der Gebrauch von Cannabis als Arzneimittel straffrei gestellt.¹⁴

1.4 Internationale Abkommen

Liechtenstein ist zwar nicht Mitglied der Weltgesundheitsorganisation (WHO), ist aber an verschiedene Vereinbarungen gebunden, welche im Rahmen seiner Mitgliedschaft bei den United Nations Organisation (UNO) verabschiedet wurden (z.B. The UN General Assembly Special Session on Drugs UNGASS 2016¹⁵). UNGASS hat im Jahr 2016 Empfehlungen zur Behandlung und Bekämpfung des Weltrogenproblems erarbeitet. Hierbei handelt es sich um operative Empfehlungen zur Senkung der Nachfrage, zur Prävention und Behandlung sowie zu anderen Gesundheitsfragen.

Seit 1997, dem Jahr der Erstellung der Drogenpolitischen Grundsätze, hat Liechtenstein folgende Übereinkommen unterzeichnet: 1999 wurde das Übereinkommen über psychotrope Stoffe (LGBl. 2000 Nr. 6) ratifiziert und 2007 das Übereinkommen gegen den unerlaubten Verkehr mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen (LGBl. 2007 Nr. 64).

¹³ Bundesamt für Gesundheit. „Cannabis“, unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/cannabis.html> (abgerufen am 01.10.2019).

¹⁴ National Conference of State Legislatures. „Marijuana Overview“, unter: <http://www.ncsl.org/research/civil-and-criminal-justice/marijuana-overview.aspx> (abgerufen am 01.10.2019).

¹⁵ Vereinte Nationen (2016). Resolutionen und Beschlüsse der dreissigsten Sondertagung der Generalversammlung. Generalversammlung, Offizielles Protokoll, Dreissigste Sondertagung, Beilage I (A/S-30/6). UNGASS.

1.5 Ziele der Suchtpolitischen Grundsätze

Die Suchtpolitischen Grundsätze sollen als Leitbild der zukünftigen Suchtpolitik Liechtensteins dienen. Sie geben einen Rahmen und eine Orientierung für die Ausrichtung und Abstimmung der einzelnen suchtpolitischen Massnahmen vor. Durch klare Definitionen tragen sie zu einem für alle Beteiligten gemeinsamen Verständnis von Suchterkrankungen, ihren Ursachen und Folgen bei. Die Suchtpolitischen Grundsätze bestimmen die übergeordneten Ziele und Strategien im Umgang mit Sucht und zeigen mit den Leitlinien auf, an welchen Werten sich die Suchtpolitik Liechtensteins orientiert. So ist es möglich, aktuelle Handlungsfelder zu definieren, die zu treffenden Massnahmen zu bestimmen und Zuständigkeiten zu klären.

2. Der suchtpolitische Handlungsbedarf

Die Handlungsfelder der Suchtpolitik ergeben sich aus dem Handlungsbedarf. Suchtformen mit einem grossen Handlungsbedarf bilden ein ganzes Handlungsfeld. Suchtformen mit einem mittleren bis niedrigen Handlungsbedarf werden in Gruppen zusammengefasst.

Ein Handlungsbedarf liegt vor, wenn eines oder mehrere der nachfolgenden Kriterien zutreffen:

- Fachleute und/oder die Politik messen einem suchtrelevanten Sachverhalt ein Gefährdungspotential bei,
- durch den suchtrelevanten Sachverhalt sind für Individuen erhebliche Probleme entstanden oder es können erhebliche Probleme entstehen (individuelle Problemlast),
- durch den suchtrelevanten Sachverhalt ist eine erhebliche Anzahl von Personen betroffen oder gefährdet.

2.1 Definitionen

Sucht ist eine Krankheit, die oft chronisch verläuft und nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für ihr Umfeld und die Gesellschaft belastende Auswirkungen hat. Sucht ist keine Willensschwäche und keine moralische Verfehlung.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Abhängigkeit wie folgt: „Wiederholter Konsum einer oder mehrerer psychoaktiver Substanzen, der zu einer periodischen oder chronischen Vergiftung führt (psychoaktiv: auf den Menschen, seine Wahrnehmung, sein Erleben und Verhalten einwirkend). Abhängige Personen haben einen starken Drang, die Substanz zu sich zu nehmen, so dass es für sie schwierig ist, den Konsum zu kontrollieren oder die konsumierte Menge zu reduzieren. Toleranzentwicklung und Entzugssymptome sind vorhanden.“¹⁶

Nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)¹⁷ ist unter einem Abhängigkeitssyndrom eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene zu verstehen, bei welchen der Konsum einer psychotropen Substanz für die betroffene Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Man unterscheidet eine psychische von einer körperlichen Abhängigkeit. Kennzeichnend für die psychische Abhängigkeit ist das übermächtige oder unwiderstehliche Verlangen nach einem Suchtmittel, das eine zentrale Bedeutung in der aktuellen Lebenssituation einer abhängigen Person eingenommen hat. Die körperliche Abhängigkeit äussert sich vornehmlich durch das

¹⁶ Gesundheitsberichterstattung des Bundes. „Abhängigkeit“, unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8554::Arzneimittel (abgerufen am 28.08.2017).

¹⁷ Dilling, H., et al. (2015). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 10. überarbeitete Auflage. Bern, Hogrefe.

Auftreten von Entzugserscheinungen, wenn das Suchtmittel nicht mehr konsumiert wird. Weitere Merkmale sind Dosissteigerung, Kontrollverlust, körperliche und psychosoziale Schädigungen sowie Konsum trotz besseren Wissens.

Ein schädlicher Gebrauch liegt gemäss ICD-10 vor, wenn ein Konsummuster psychotroper Substanzen gegeben ist, welches zu einer psychischen oder physischen Schädigung führt. Unter Missbrauch versteht man den falschen oder vom ursprünglichen Zweck abweichenden Gebrauch einer Substanz (quantitativ oder qualitativ).¹⁸

Als substanzungebundene Abhängigkeit werden jene Formen psychischer Zwänge und Abhängigkeiten verstanden, die nicht an die Einnahme von psychoaktiven Substanzen gebunden sind. Sie sind durch wiederholte Handlungen ohne vernünftige Motivation gekennzeichnet, die nicht kontrolliert werden können und die meist die Interessen der Betroffenen oder anderer schädigen. Betroffene berichten von impulsivem Verhalten. Teilweise werden auch Essstörungen als substanzungebundene Abhängigkeit verstanden.¹⁹

2.2 Suchtprobleme und deren Folgen für das Individuum

Hat sich eine Abhängigkeitserkrankung erst mal entwickelt, hat sie für Betroffene oft gravierende körperliche, psychische, soziale und wirtschaftliche Konsequenzen.

Bei allen stoffgebundenen Abhängigkeiten liegt die Gefahr einer akuten Vergiftung durch eine Überdosierung vor (z.B. Alkoholvergiftung). Bei vielen Suchtmitteln besteht dabei eine akute Lebensgefahr (z.B. bei Heroin). Langfristig entstehen durch den ständigen Substanzmissbrauch auch chronische, körperliche Beeinträchtigungen, die tödlich enden können.

Abhängigkeitserkrankungen haben auch psychische und soziale Folgen für die Betroffenen und ihr Umfeld. Oft gehen mit einer Suchtproblematik ein gesellschaftlicher und beruflicher Abstieg einher. Bei Jugendlichen lassen die Schulleistungen stark nach. Vereinsamungstendenzen und der Rückzug aus dem Freundeskreis sowie Depressionen und Suizid-Gedanken sind häufig. In vielen Fällen kommen auch erhebliche finanzielle Probleme hinzu.

2.3 Gesamtgesellschaftliche Kosten von Suchtproblemen

Suchtprobleme sind nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für die Gesellschaft im Allgemeinen mit hohen Kosten verbunden.²⁰ Dabei kann zwischen direkten

¹⁸ Dilling, Horst, Werner Mombour und Martin H. Schmidt (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, S. 113 ff.

¹⁹ Fachverband Sucht e.V. „Substanzungebundene Suchtformen“, unter: <https://www.sucht.de/substanzungebundene-suchtformen.html> (abgerufen am 01.10.2019).

²⁰ Sucht Schweiz: „Soziale und wirtschaftliche Kosten“, unter: <https://www.suchtschweiz.ch/infos%20und%20fakten/alkohol/folgen/soziale%20kosten/> (abgerufen am 05.10.2017).

und indirekten Kosten unterschieden werden. Zu den direkten Kosten zählen Kosten für die Behandlung, für Arzneimittel, Gesundheitsdienstleistungen, Sachbeschädigungen, Verkehrsunfälle und Gerichtsverhandlungen. Die indirekten Kosten setzen sich zusammen aus Kosten aufgrund von Produktivitätsverlusten z.B. reduzierte Arbeitsleistung, Arbeitsausfälle, Frühberentung oder Tod.

Die direkten gesundheitsbezogenen Kosten, die in Liechtenstein für den Bereich der stoffgebundenen Süchte im stationären Behandlungssetting anfallen, sind in der Tabelle 1 angeführt. Es fällt auf, dass die höchsten Kosten auf den Alkoholkonsum – und damit auf eine legale Substanz – zurückzuführen sind. An zweiter Stelle stehen Kosten, die durch den Konsum von Cannabinoiden verursacht werden. An dritter Stelle stehen die durch den Konsum von Sedativa und Hypnotika verursachten Kosten. An vierter Stelle finden sich Kosten, die einem multiplen Substanzgebrauch zuzuordnen sind.

Die untenstehende Tabelle zeigt die Kosten in Liechtenstein im Jahr 2018 für stationäre Aufenthalte in Psychiatrien und Spitälern aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Substanzkonsum (ICD-10 Nr. F10 bis F19)²¹

Ursache		Anzahl Fälle	CHF
Alkohol	F10	53	745'300
Kokain	F14	5	92'839
Cannabinoide	F12	5	85'966
Multipler Substanzgebrauch	F19	11	79'828
Opioide	F11	4	40'942
Sedativa oder Hypnotika	F13	2	15'481
andere Stimulanzien	F15	2	18'235
Halluzinogene ²²	F16	keine	
Tabak	F17	keine	
flüchtige Lösungsmittel	F18	keine	
Summe		82	1'078'592

In den letzten fünf Jahren ist es zu einem Anstieg von stationären Behandlungen von in Liechtenstein versicherten Personen in Psychiatrien und Akutspitälern infolge des Konsums von Cannabinoiden, multiplen Substanzgebrauchs und Substanzgebrauchs ohne Alkohol gekommen.²³

In Liechtenstein versicherte Personen, die aufgrund ihres Suchtmittelmissbrauchs behandelt wurden, wurden am häufigsten im Liechtensteinischen Landesspital, bei den Psychiatrischen Diensten Süd und bei den Psychiatrischen Diensten Graubünden versorgt.²⁴

²¹ Amt für Gesundheit, Spitalreporting.

²² keine Fälle im Spitalreporting 2018 erfasst.

²³ Amt für Gesundheit, Spitalreporting.

²⁴ Amt für Gesundheit, Spitalreporting.

3. Ziele, Strategien und Massnahmen der Suchtpolitik

3.1 Ziele und Zielgruppen der Suchtpolitik

Suchtpolitik hat zum Ziel,

- zu verhindern, dass Suchtprobleme entstehen (Prävention) und
- bestehende Suchtprobleme zu mindern und zu überwinden (Problemminderung).

Zielgruppen der Prävention sind grundsätzlich alle Personen, vor allem aber jene, die

- aufgrund ihrer Lebensumstände einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, süchtig machende Verhaltensweisen anzunehmen (Primärprävention²⁵) und
- die Anzeichen von Suchtverhalten zeigen, aber (noch) nicht von Suchtproblemen betroffen sind (Sekundärprävention).

Zielgruppen der Problemminderung sind

- suchterkrankte Personen,
- Personen aus dem direkten Umfeld von suchterkrankten Personen,
- die Gesellschaft, soweit sie von Suchtproblemen und deren Folgen betroffen ist.

3.2 Strategien der Suchtpolitik

Zur Erreichung der suchtpolitischen Ziele verfolgt Liechtenstein zwei Strategien:

Die Suchtprävention ist darauf ausgerichtet, das Entstehen von Suchterkrankungen zu verhindern. Sie wirkt

- direkt auf das Verhalten (z.B. mittels Informationsvermittlung) oder
- indirekt auf die Verhältnisse, die Suchtverhalten mittelbar oder unmittelbar beeinflussen (z.B. mittels Verkaufsbeschränkungen für Suchtmittel).

Die Strategien der Problemminderung sind darauf ausgerichtet,

- Menschen, die an einer Suchterkrankung leiden, einen Ausstieg aus dem Suchtverhalten oder eine Verminderung des Suchtverhaltens zu ermöglichen und/oder
- die negativen Folgen des Suchtverhaltens bei den Betroffenen, in ihrem Umfeld und in der Gesellschaft zu vermindern.

²⁵ Die Primärprävention hat zum Ziel, die Gesundheit zu fördern und zu erhalten und die Entstehung von Krankheiten so gut wie möglich zu verhindern. Die Sekundärprävention soll das Fortschreiten einer Krankheit durch Frühdiagnostik und -behandlung verhindern. Sie umfasst Massnahmen zur frühzeitigen Entdeckung von Veränderungen, die zu Krankheiten führen bzw. greift in Risikosituationen ein. Als Tertiärprävention wird die Verringerung der Schwere und der Ausweitung von bereits manifest gewordenen Erkrankungen bezeichnet; sie beinhaltet aber auch die Rückfallprophylaxe sowie die Prävention von Folgestörungen bei bereits bestehenden Krankheiten bzw. eingetretenen Ereignissen.

3.3 Massnahmen der Suchtpolitik

Die Massnahmen lassen sich den drei Schwerpunkt-Ebenen der Liechtensteinischen Suchtpolitik Prävention, Therapie und gesetzliche Interventionsmassnahmen zuordnen (Vgl. Kapitel 4.2).

Präventive Massnahmen können suchtspezifisch oder suchtunspezifisch sein; sie zielen einerseits auf die Stärkung von Schutzfaktoren und andererseits auf die Verminderung von Risiken ab.

Ziele therapeutischer Massnahmen sind unterschiedlich und müssen auf die individuelle Situation und an die persönlichen Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden. Die Bandbreite reicht von Existenzsicherung bis zur Abstinenz. Sie können von unterschiedlichen Fachdisziplinen ambulant, teilstationär oder stationär angeboten werden.

Gesetzliche Interventionsmassnahmen sind einerseits erzieherischer und andererseits repressiver Natur. Während dem Konsum mit pädagogischen Massnahmen begegnet werden sollte, sollten Handel, Verkauf, Herstellung und Besitz mit repressiven Massnahmen geahndet werden.

4. Leitlinien für das suchtpolitische Handeln

4.1 Leitsätze

Die Suchtpolitik Liechtensteins orientiert sich an bestimmten sozialpolitischen Grundsätzen und Werten, welche in neun Leitsätzen zusammengefasst werden. Die Leitsätze sollen Orientierung geben, wenn es darum geht, zu definieren, wo Handlungsbedarf besteht, zu bestimmen, welche Massnahmen es zu treffen gilt, und sie sollen Zuständigkeiten klären.

Leitsatz 1: Der gesunde Mensch ist frei und handelt eigenverantwortlich.

Unsere Gesellschaft lässt jedem Menschen Freiraum für ein selbstbestimmtes Leben. Dies schliesst riskante und selbstschädigende Verhaltensweisen ein. Jeder Mensch muss sich der Konsequenzen seines Handelns bewusst sein und hierfür die Verantwortung übernehmen. Es gilt aber anzumerken, dass gewisse Lebensumstände und Krankheitsbilder (z.B. eine Suchterkrankung) die Möglichkeiten selbstverantwortlich zu handeln, einschränken können.

Leitsatz 2: Kinder und Jugendliche bedürfen eines speziellen Schutzes.

Kinder und Jugendliche haben Anspruch darauf, dass ihnen auf allen Gebieten Schutz gewährt wird und ihnen die benötigten Rahmenbedingungen und Ressourcen für eine förderliche Entwicklung zuteilwerden. Besonderer Schutz soll Kindern und Jugendlichen zugutekommen, welche aufgrund bestimmter Benachteiligungen in einer förderlichen Entwicklung gefährdet sind (z.B. Kinder aus suchtblasteten Familien).

Leitsatz 3: Prävention ist besser als Heilung.

Es ist sinnvoller, der Entstehung von Suchtproblemen entgegenzuwirken, als bestehende Probleme zu verringern. Prävention soll vor suchtfördernden Einflüssen schützen und die Fähigkeit zu Selbstverantwortung, Konfliktfähigkeit und sozialer Kompetenz erhöhen. Hierbei kommt neben der privaten Erziehung in den Familien auch der Erziehung in den Schulen und in anderen öffentlichen Bereichen sowie gesellschaftlichen Normen eine hohe Bedeutung zu.

Leitsatz 4: Es gibt vielfältige Ansätze zur Prävention und Behandlung.

Sucht hat verschiedene Ursachen und Begleitumstände. Es gibt keinen allgemein gültigen Königsweg für eine wirkungsvolle Prävention, eine nachhaltige Problemminderung

oder effiziente Behandlung. Aus diesem Grund braucht es Freiraum für eine Vielfalt sich gegenseitig stärkender und ergänzender Massnahmen.

Leitsatz 5: Die Prioritäten basieren auf Wirtschaftlichkeit und Zusammenarbeit.

Die vorhandenen Mittel werden gezielt eingesetzt und auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit hin geprüft. Es wird mit diversen Partnern im In- und Ausland kooperiert.

Leitsatz 6: Die Massnahmen sind zielgruppengerecht.

Jedes Suchtverhalten ist individuell und hat unterschiedliche Ursachen und Begleitumstände. Suchtpolitische Ansätze gehen darauf ein und berücksichtigen die speziellen Gegebenheiten wie z.B. das Alter, Geschlecht oder den kulturellen Hintergrund.

Leitsatz 7: Die Massnahmen sind wirksam und nachhaltig.

Suchtrelevante Problementwicklungen werden zusammen mit Partnern im In- und Ausland kontinuierlich beobachtet, und die Wirksamkeit der eingesetzten Massnahmen wird regelmässig evaluiert. Falls erforderlich, werden die Massnahmen in Abhängigkeit von neuen Entwicklungen und Erkenntnissen angepasst.

Leitsatz 8: Die verschiedenen Akteure stimmen ihr Handeln aufeinander ab.

Suchtpolitik ist eine Aufgabe, die den Staat, die Gemeinden sowie öffentliche und private Institutionen betrifft. Diese arbeiten vernetzt und stimmen ihr Handeln aufeinander ab.

Leitsatz 9: Der Umgang mit suchterkrankten Menschen ist respektvoll und wertschätzend.

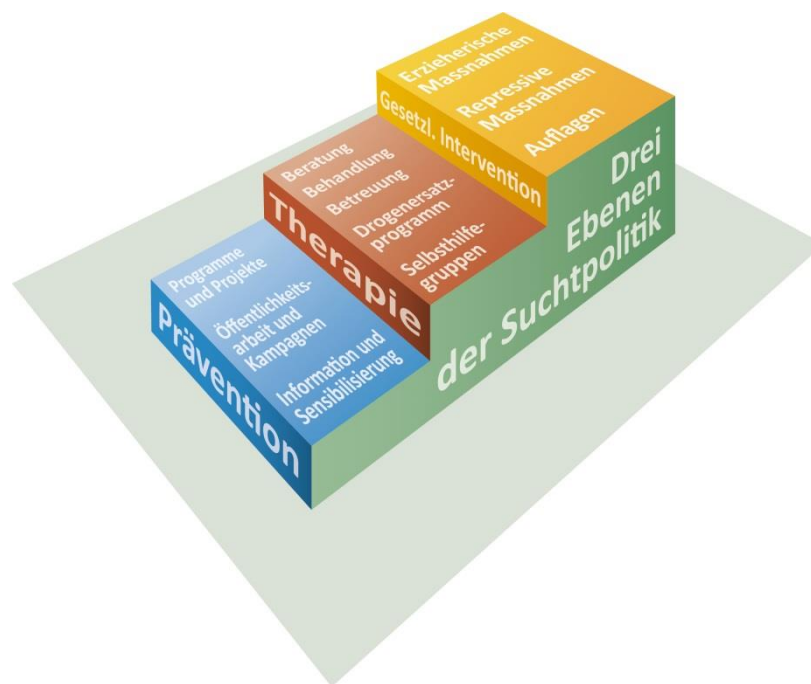
Suchterkrankte Menschen werden als Teil der Gesellschaft respektiert. Ihnen wird mit Toleranz und Hilfsbereitschaft begegnet. Manche Betroffene können aufgrund ihrer Krankheit und deren schweren körperlichen, psychischen und sozialen Folgen in ihrer Fähigkeit beeinträchtigt sein, ihr Leben eigenverantwortlich zu bewältigen. Ihnen wird Hilfe geboten, um Probleme zu lösen oder deren Auswirkungen zu mindern. Dabei stehen die gesundheitliche Rehabilitation sowie die soziale und berufliche Wiedereingliederung im Fokus. Für die meisten Menschen, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, kann die Erlangung und Aufrechterhaltung von Abstinenz ein schwieriger und langwieriger Prozess sein, zu dem auch Rückfälle gehören. Es ist erforderlich, dass das professionelle Hilffssystem die Betroffenen sowie ihr soziales Umfeld bei diesem Prozess begleitet

und gemeinsam Interventionsstrategien entwickelt werden, die bei der Vermeidung und Überwindung solcher Krisen unterstützen.

4.2 Die drei Ebenen der Suchtpolitik

In Liechtenstein werden in der Suchtpolitik drei Ebenen unterschieden, auf welchen die einzelnen Massnahmen durchgeführt werden. Diese sind die Prävention, Therapie und die gesetzlichen Interventionsmassnahmen.

Abbildung: Das Stufenmodell der liechtensteinischen Suchtpolitik



Ebene 1: Prävention

Suchtprävention ist die Gesamtheit aller Massnahmen, die darauf abzielen, gesundes Verhalten zu fördern und frühzeitige Hilfen bei einer sich abzeichnenden Abhängigkeits-erkrankung anzubieten. Die Prävention ist integraler Bestandteil einer umfassenden Ge-sundheitspolitik, die alle Lebensbereiche erschliessen soll.

Grundsätzlich können zwei Präventionsansätze unterschieden werden: Es gibt Präventi-onsbemühungen, die auf das Verhalten und solche die auf die Verhältnisse abzielen.²⁶ Verhaltenspräventive Massnahmen zielen darauf ab, das Wissen, die Einstellung, die Motivation und das Verhalten eines Individuums resp. einer bestimmten Zielgruppe po-sitiv zu beeinflussen, indem eigene Ressourcen aktiviert und persönliche Stärken geför-

²⁶ Mann, K. (2014). Verhaltenssuchte. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Prävention. Springer, Berlin.

dert werden. Verhältnispräventive Massnahmen streben die Veränderung der Umwelt und der Strukturen um die Zielgruppe(n) an. Im Fokus von Verhältnisprävention steht zum Beispiel die Verringerung des missbräuchlichen Konsums von Suchtmitteln durch eine Reduktion der Verfügbarkeit (z.B. Verkaufsverbote).

Ebene 2: Therapie

Unter Therapie wird die Gesamtheit aller Massnahmen verstanden, die suchterkrankten Personen im Umgang mit ihrer Erkrankung helfen sollen. Suchterkrankten Personen soll ein ausreichendes Behandlungs- und Betreuungsangebot zur Verfügung stehen, welches sie beim Ausstieg aus der Sucht unterstützt. Vor der eigentlichen Behandlung steht die Kontakt- und Motivierungsphase. Auf diese folgen die Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge, in deren Rahmen rehabilitative Massnahmen zur Wiedereingliederung zum Einsatz kommen. Ein wichtiges Angebot zur Unterstützung dieses Prozesses sind Selbsthilfegruppen. Ein Beispiel ist die Selbsthilfegruppe für Angehörige und Freunde von alkoholabhängigen Personen (Al-Anon Familiengruppe).

Für einen Teil der suchterkrankten Personen ist die Abstinenz keine realisierbare Möglichkeit. Ihnen soll durch Beratung, Betreuung und z.B. die Aufnahme in ein Drogensersatzprogramm (Substitutionsprogramm) ein menschenwürdiges Leben ermöglicht werden. Weiter sollen die persönlichen Grundbedürfnisse gedeckt und etwaige zusätzliche Probleme wie z.B. Überdosierung oder eine Ansteckung durch schwere Krankheiten (z.B. Hepatitis C, HIV) vermieden werden. Die Bemühungen der Liechtensteinischen Sozialpolitik zur Vermeidung von Verwahrlosung, Randständigkeit und Obdachlosigkeit sollen fortgeführt werden.

Ebene 3: Gesetzliche Interventionsmöglichkeiten

Unter gesetzlichen Interventionsmöglichkeiten werden erzieherische aber auch repressive Massnahmen subsumiert, welche zum Ziel haben, dem Handel mit Drogen entgegenzuwirken, den Drogenkonsum durch Strafandrohung einzudämmen und die Sicherheit der Bevölkerung zu gewährleisten. Bei Handel, Verkauf, Herstellung oder Besitz von Betäubungsmitteln treten eher repressive Massnahmen in Kraft, bei Konsum gelangen eher erzieherische Massnahmen zur Anwendung.

In diesem Bereich sind verschiedene Gesetze relevant, wobei insbesondere das Strafgesetzbuch (StGB) und das Betäubungsmittelgesetz (BMG), das Sozialhilfegesetz (SHG), das Kinder- und Jugendgesetz (KJG), das Strassenverkehrsgesetz (SVG) und die Schulorganisationsverordnung (SchulOV) zu nennen sind.²⁷

²⁷ Alle Gesetze sind online einsehbar: Liechtensteinische Landesverwaltung. „Konsolidiertes Recht“, unter: <https://www.gesetze.li/> (abgerufen am 01.10.2019).

5. Handlungsfelder und Massnahmen

In diesem Kapitel werden auf Basis der suchtpolitischen Ziele und des suchtpolitischen Handlungsbedarfs Handlungsfelder definiert. Für jedes Handlungsfeld wird die Anzahl der betroffenen Personen, die hauptbetroffene Zielgruppe und die Tendenzen in der Problementwicklung angeführt sowie die bestehenden gesetzlichen Regelungen, die präventiven Massnahmen, Beratungs- und Therapieangebote und es werden Optimierungspotentiale aufgezeigt.

Bei den angegebenen Zahlen handelt es sich entweder um Daten aus liechtensteinischen Untersuchungen (ESPAD, Liechtensteinische Gesundheitsbefragung) oder um Schätzungen, welche auf der Grundlage epidemiologischer Untersuchungen im angrenzenden Ausland durchgeführt wurden und (gerundet) auf die Einwohnerzahl Liechtensteins übertragen worden sind. Diese sollen einen Hinweis auf die Grösse des Problems im Land geben.

Auch die Angaben zu den hauptbetroffenen Zielgruppen und zur Problementwicklung wurden, wenn möglich, aus landeseigenen Untersuchungen und Beobachtungen abgeleitet (z.B. Amtsärztlicher Dienst, Amtspsychiater).

Die gesetzlichen Regelungen weisen auf die im jeweiligen Handlungsfeld relevanten Bestimmungen hin (z.B. Regelungen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen).

Die derzeitigen präventiven Massnahmen sowie Beratungs- und Therapieangebote bilden die aktuellen Gegebenheiten in Liechtenstein ab.

Mögliche Verbesserungen zeigen suchtpolitische Empfehlungen der Kommission für Suchtfragen auf. Bei manchen handelt es sich um bereits umgesetzte Massnahmen, bei anderen um Handlungsvorschläge. Es wird unterschieden zwischen Massnahmen zur spezifischen Prävention, Problemminderung und Repression.

5.1 Alkohol

Die meisten Erwachsenen in Liechtenstein trinken Alkohol – und die meisten entwickeln kein Suchtverhalten. Alkohol ist Teil unserer Kultur und ein gesellschaftlich akzeptiertes Genussmittel. Alkohol hat aber auch ein beträchtliches Abhängigkeitsrisiko und kann in grossen Mengen konsumiert viele negative Folgen haben. Übermässiger Alkoholkonsum gehört zu den häufigsten Ursachen für frühzeitige Todesfälle und für verschiedene Erkrankungen. Etwa jeder 12. Todesfall kann auf Alkoholmissbrauch zurückgeführt werden.²⁸

²⁸ Suchtprävention im Kanton Zürich. „Alkohol“, unter: <https://www.suchtpraevention-zh.ch/abhaengig-von/alkohol/> (am 30.09.2019).

Direkt betroffene Personen

- 1'500 Personen mit einem Alkoholkonsum mit mittlerem oder erhöhtem Risiko: bei Männern mindestens 4 Gläser eines alkoholischen Standardgetränkes pro Tag und 2 bei Frauen (Alter 15+: 4.6%)²⁹
- 5'500 Personen mit regelmässigem Rauschtrinken: bei Männern mindestens 1 Mal pro Monat 5 oder mehr Gläser eines alkoholischen Standardgetränkes respektive 4 bei Frauen (Alter 15+: 16.7%)³⁰
- 400 Personen mit Alkoholabhängigkeit (Alter 15+: 1.3%)³¹

Risikogruppen³²

- Chronisch risikoreicher Konsum: eher Männer, aber auch Frauen
- Rauschtrinken: männliche Konsumenten, besonders Jugendliche und junge Erwachsene³³

Tendenzen in der Problementwicklung

- Bei Jugendlichen (15 bis 16 Jahre) sinkend³⁴

Wichtige gesetzliche Regelungen

- Verbot des Verkaufs und der Weitergabe alkoholhaltiger Getränke an unter 16-Jährige
- Verbot des Verkaufs und der Weitergabe von Spirituosen und Alkopops an unter 18-Jährige
- Verbot des Alkoholausschanks an Jugendliche, Betrunkene und Personen mit einem Alkohol- und Wirtshausverbot
- Werbeverbot für alkoholische Getränke in Radio und Fernsehen
- Verbot des Führens von Fahrzeugen in alkoholisiertem Zustand (ab einer Blutalkoholkonzentration von 0.8 Promille)
- Verpflichtung, im Getränkeangebot von Gaststätten, Vereinslokalen, Diskotheken, Clubs und bei Veranstaltungen, die Kindern und Jugendlichen zugänglich sind, mindestens drei gängige alkoholfreie Getränke günstiger anzubieten als das günstigste alkoholhaltige Getränk
- Kontrolle der Herstellung und des Vertriebes von gebrannten Wassern sowie des Handels und Verkaufs von alkoholhaltigen Getränken
- Besteuerung des Verkaufes alkoholhaltiger Getränke

Derzeitige präventive Massnahmen (vgl. www.suchtpraevention.li)

- Alkoholfreie Alternative KENNiDI
- Freelance
- Dialogwoche Alkohol

²⁹ Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz.

³⁰ Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz.

³¹ Marmet, S., Gmel, G. (2014). Suchtmonitoring Schweiz – Alkoholkonsumstörungen im Jahr 2013. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz.

³² Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz.

³³ Suchtmonitoring Schweiz. „Alkohol – Prävalenz – episodischer Risikokonsum“, unter: <https://www.suchtmonitoring.ch/de/2/1-7.html?alkohol-pravalenz-risikokonsum-episodisch> (am 27.11.2019).

³⁴ Amt für Soziale Dienste (2016). Liechtensteinische Schülerstudie zu legalen und illegalen Drogen, Medikamenten sowie Neuen Medien. Amt für Soziale Dienste, Schaan.

- Aktion.Trocken-App
- Wirtefachkurs
- Smartconnection
- Handbuch zur Gewaltprävention bei öffentlichen Veranstaltungen
- Testeinkäufe mit Jugendlichen

Derzeitige Beratungs- und Behandlungsangebote

- Ambulante Therapie: Niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte
- Diverse Selbsthilfegruppen im In- und Ausland
- Ambulante Beratung: u.a. Suchtberatungsstellen in Buchs, Sargans und Feldkirch, die Suchtfachstelle der Caritas in Feldkirch, Ambulanz des Krankenhauses Maria Ebene, SUPRO – Werkstatt für Suchtprävention
- Ambulante, halbstationäre, stationäre und tagesstrukturierende Angebote im Bereich der Rehabilitation und Problemminderung (z.B. Angebote des VBWs, Therapiestation Lukasfeld oder Reha-Zentrum Lutzenberg)

Mögliche Verbesserungen

- Ausbau von Präventionsprojekten, Beratungs- und Therapieangeboten sowie Selbsthilfegruppen
- Intensivierung der Zusammenarbeit und Austausch mit Einrichtungen aus dem benachbarten Ausland, z.B. SUPRO – Werkstatt für Suchtprävention (Götzis) oder ZEPRA - Prävention und Gesundheitsförderung (St. Gallen)

5.2 Tabak bzw. Nikotin

Gemäss der Liechtensteinischen Gesundheitsbefragung 2017 konsumieren beinahe 18% der liechtensteinischen Bevölkerung ab dem Alter von 15 Jahren täglich Tabakprodukte, weitere 9% gelegentlich. Leicht höher wie der Anteil an Personen, die täglich rauchen, ist die Anzahl der Passivrauchenden.³⁵ Tabakkonsum kann ernsthafte Erkrankungen verursachen und ist weltweit eine der häufigsten Ursachen für vermeidbare Todesfälle.³⁶ Bei der Tabakabhängigkeit handelt es sich um ein komplexes Zusammenspiel mehrerer Faktoren (unter anderem genetische, soziale, erlernte und umweltbedingte Einflüsse).³⁷

Direkt betroffene Personen³⁸

- 5'900 Personen mit täglichem Tabakkonsum (Alter 15+: 17.8%)
- 3'000 Personen mit gelegentlichem Tabakkonsum (Alter 15+: 8.9%)
- 4'700 Passivrauchende (Alter 15+: 19.4%)

³⁵ Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz.

³⁶ World Health Organization. „Fact-Sheet Tobacco“, unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>, (abgerufen am 30.09.2019).

³⁷ Silberbauer, C. (2017). Neuropsy, 6, 18-22.

³⁸ Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz.

Risikogruppen

- Tabakkonsum: Männer (15 bis 39 Jahre)³⁹
- Passivrauchen: Männer und Frauen (15 bis 39 Jahre)⁴⁰

Tendenzen in der Problementwicklung

- Sinkend, vor allem bei unter 15-jährigen männlichen Jugendlichen, trotzdem ist der Anteil von Jugendlichen, die täglich rauchen, mit 21% unverändert hoch.⁴¹
- Aufkommen von Verdampfergeräten zur Inhalation nikotinhaltiger Dämpfe mit und ohne Verwendung von Tabak.
- Angleichung der Raucherquoten von Frauen und Männern

Wichtige gesetzliche Regelungen

- Verbot des Verkaufs und der Weitergabe von Tabakwaren an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren
- Regulierter Verkauf von Tabakwaren an Automaten
- Werbeverbot für Tabakwaren in Medienerzeugnissen und elektronischen Medien
- Verbot des Sponsorings von Veranstaltungen, Aktivitäten und Rundfunksendungen durch Unternehmen, die Tabak herstellen oder verkaufen
- Angaben über den Nikotin- und Teergehalt sowie Warnung über die gesundheitsschädigende Wirkung von Tabak auf Verpackungen
- Rauchverbot in öffentlichen Gebäuden
- Rauchverbot im gesamten Innen- und Aussenbereich von Schulen und sonstigen Einrichtungen für Kinder- und Jugendliche
- Regelung von Rauchverboten in geschlossenen Räumen gastgewerblicher Betriebe (Bewilligung von Raucherbetrieben, Meldepflicht von Raucherräumen)
- Besteuerung der Tabak- bzw. Rauchwaren

Derzeitige präventive Massnahmen (Projekte und Programme, www.suchtpraevention.li)

- Experiment Nichtrauchen
- Rauchfreie Lehre
- Freelance
- SmokeFree
- Weltnichtrauchertag

Derzeitige Beratungs- und Therapieangebote

- Niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte
- Rauchstoppkurse
- Spezifische ambulante und stationäre Entwöhnungsprogramme (z.B. Krankenhaus Maria Ebene)

³⁹ Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz.

⁴⁰ Amt für Statistik (2014). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2012. Amt für Statistik, Vaduz.

⁴¹ Amt für Soziale Dienste (2016). Liechtensteinische Schülerstudie zu legalen und illegalen Drogen, Medikamenten sowie Neuen Medien. Amt für Soziale Dienste, Schaan.

Mögliche Verbesserungen

- Anhebung des Mindestalters für Kauf und Konsum auf 18 Jahre
- Rauchstoppkurse vermehrt bewerben und Vergrößerung des Angebots
- Vergrößerung des Präventionsangebots für Erwachsene
- Wiedereinführung eines strikten Rauchverbots in der Gastronomie
- Rechtliche Regelung bezüglich des Zugangs von Jugendlichen zu E-Zigaretten im Sinne einer Anpassung an die Regelungen für Tabakprodukte

5.3 Medikamente mit psychoaktiver Wirkung

Unruhe, Schlafstörungen, Stress und Leistungsdruck sind häufige Phänomene der heutigen Zeit. Ein beträchtlicher Anteil der Bevölkerung greift auf Medikamente zurück, um sich Erleichterung zu verschaffen, auch ohne ärztliche Verordnung oder über eine längere Dauer als von fachlicher Seite empfohlen wird. Häufig missbräuchlich verwendete Medikamente sind Beruhigungs-, Schlaf-, Schmerzmittel sowie Anabolika und Medikamente, die Amphetamine enthalten. Häufige Probleme, die mit Medikamentenmissbrauch in Zusammenhang stehen, sind eine geringere psychophysische Leistungsfähigkeit (mit Auswirkungen z.B. im Strassenverkehr), ein beträchtliches Abhängigkeitsrisiko sowie psychische und körperliche Folgen (Gereiztheit, schnellere Erschöpfbarkeit, Beziehungsprobleme sowie Leber- und Nierenschädigungen).⁴².

Direkt betroffene Personen

- 1'400 Personen mit mindestens einmaliger Einnahme von Beruhigungs- und/oder Schlafmitteln in den letzten 7 Tagen (Alter 15+: 4.1%)⁴³
- 28 Personen mit Erfahrung mit Tranquilizern bzw. Sedativa im Alter von 15 bzw. 16 Jahren⁴⁴
- 1'400 Personen mit täglicher Einnahme von Schmerzmitteln (Stand 2012, Alter 15+: 4.6%)⁴⁵
- 6'500 Personen mit mindestens einmaliger Einnahme von Schmerzmitteln in den letzten 7 Tagen (Alter 15+: 19.8%)⁴⁶

Risikogruppen

- Eher Frauen als Männer⁴⁷
- Ältere Personen, insbesondere bei Beruhigungs- und/oder Schlafmitteln⁴⁸
- Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

⁴² Bundesärztekammer. „Leitfaden Medikamentenabhängigkeit“, unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/LeitfadenMedAbhaengigkeit.pdf (abgerufen am 12.06.2018)

⁴³ Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz.

⁴⁴ Amt für Soziale Dienste (2016). Liechtensteinische Schülerstudie zu legalen und illegalen Drogen, Medikamenten sowie Neuen Medien. Amt für Soziale Dienste, Schaan.

⁴⁵ Amt für Statistik (2014). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2012. Amt für Statistik, Vaduz.

⁴⁶ Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz.

⁴⁷ Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz

⁴⁸ Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz.

Tendenzen in der Problementwicklung⁴⁹

- Der Missbrauch von Medikamenten ist steigend, insbesondere auch bei Kindern und Jugendlichen
- Da ältere Personen häufiger auf Medikamente angewiesen sind, sind sie von den Nebenwirkungen von Medikamenten wie Schwindel oder Koordinationsproblemen besonders oft betroffen. Auch dem Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential bestimmter Medikamente (wie z.B. Benzodiazepine) sind sie in besonderem Masse ausgesetzt. Nachdem die Bevölkerung älter wird, gilt es diese Thematik kontinuierlich zu beobachten.⁵⁰
- Die Gefahren eines missbräuchlichen Schmerzmittelkonsums werden vielfach unterschätzt, so spielen Schmerzmittel etwa bei vielen Nierenschäden und Dialysebehandlungen eine entscheidende Rolle.
- Als Vertriebskanal hat der Internet-Handel stark an Bedeutung gewonnen.

Wichtige gesetzliche Regelungen

- Bewilligungspflicht für die Herstellung, die Ein- und Ausfuhr sowie den Handel und die Abgabe von Arzneimitteln
- Kontrolle der Zulassung und Verschreibungspflicht für gewisse Arzneimittel
- Werbeverbot für Arzneimittel (richtet sich an Firmen, Ärzteschaft usw.), die häufig missbraucht werden oder zu Gewöhnung oder Abhängigkeit führen können
- Publikumsverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel (z.B. Anzeigen in Zeitungen, Zeitschriften und Büchern, Prospekte, Anpreisungen in Arztpraxen)
- Regelungen für Publikumswerbung⁵¹ (z.B. die Werbung muss das Arzneimittel in Wort, Bild und Ton sachlich zutreffend und der Wirksamkeit entsprechend darstellen)
- Pflichthinweise bei Werbung für Arzneimittel in elektronischen Medien (z.B. „Lassen Sie sich von einer Fachperson beraten und lesen Sie die Angaben auf der Packungsbeilage“)
- Verbot, bei arzneimittelbedingter Fahruntfähigkeit ein Fahrzeug zu lenken

Derzeitige präventive Massnahmen

- Vermittlung von Informationen über die Gefahren eines regelmässigen Gebrauchs von Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmitteln
- Früherkennung eines missbräuchlichen Konsums bei Jugendlichen in der Schule, z.B. zur Leistungssteigerung oder als Beruhigungsmittel bei Überforderung oder Prüfungsängsten
- Obligatorische Weiterbildungen für Ärztinnen und Ärzte, Qualitätszirkel
- Förderung des Problembewusstseins bei Ärzteschaft und Apotheken

⁴⁹ Wölfle, R. (2017). Amt für Soziale Dienste, Beobachtungen im Rahmen seiner Tätigkeit als Amtspsychiater. Interview durchgeführt am 29.11.2017.

⁵⁰ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. «Unabhängig im Alter», unter: <https://www.unabhaengig-im-alter.de/unabhaengig-im-alter/> (abgerufen am 27.11.2019)

⁵¹ Diese Werbung richtet sich an die breite Öffentlichkeit und nicht an ein Fachpublikum.

Derzeitige Beratungs- und Therapieangebote

- Niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte
- Fachberatungsstellen im benachbarten Ausland
- Ambulante, halbstationäre, stationäre und tagesstrukturierende Angebote im Bereich der Rehabilitation und Problemminderung

Mögliche Verbesserungen

- Förderung des Bewusstseins für einen kritischen Umgang mit Medikamenten
- Information über die Gefahren im Zusammenhang mit Nebenwirkungen von Beruhigungsmitteln
- Vermehrte bzw. verbesserte Kontrollen im Internet-Pakethandel

5.4 Illegale Drogen

Unter illegalen Drogen sind alle Stoffe zu verstehen, deren Herstellung, Besitz, Vertrieb und Handel nach dem Betäubungsmittelgesetz (BMG) untersagt sind und mit empfindlichen Strafen geahndet werden. Zu ihnen gehören u.a. Heroin, Kokain, LSD, Ecstasy und Amphetamin. Cannabis ist mit Abstand das am weitesten verbreitete unter ihnen.⁵² Insbesondere Jugendliche konsumieren häufig Cannabis, was sich in Leistungsmängeln, in abgebrochenen Ausbildungen und Unfällen niederschlagen kann. Cannabiskonsum in jungen Jahren kann die Gehirnentwicklung und damit die Gehirnstruktur beeinträchtigen. Bei Personen mit längerfristig starkem Konsum liegen deutliche Einschränkungen in der Verarbeitung von komplexen Informationen, bei Gedächtnisleistungen sowie in der Konzentration vor. Ferner ist durch den Cannabiskonsum das Risiko für die Entstehung von Psychosen erhöht.⁵³

Direkt betroffene Personen

- 400 Personen mit regelmässigem Cannabiskonsum (einmal pro Woche und mehr), (Stand 2012, Alter: 15+, 1.5%)⁵⁴
- 150 Personen konsumieren Cannabis ein- bis dreimal pro Monat, (Stand 2012, Alter: 15+, 0.5%)⁵⁵
- 28 Opiatabhängige im Substitutionsprogramm⁵⁶

Risikogruppe

- 18- bis 25-jährige junge Erwachsene, insbesondere bei Cannabiskonsum^{57, 58}

⁵² Vgl. Schweizer Bundesamt für Statistik: «Illegale Drogen», unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/illegale-drogen.html> (abgerufen am 30.09.2019).

⁵³ Yazdi, K. (2017). Die Cannabis-Lüge. Warum Marihuana verharmlost wird und wer daran verdient. Schwarzkopf & Schwarzkopf, Berlin

⁵⁴ Amt für Statistik (2014). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2012. Amt für Statistik, Vaduz.

⁵⁵ Amt für Statistik (2014). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2012. Amt für Statistik, Vaduz.

⁵⁶ Amt für Gesundheit (abgefragt im November 2017).

⁵⁷ Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz.

⁵⁸ Amt für Gesundheit (abgefragt im November 2017).

Tendenzen in der Problementwicklung

- Bei Cannabis ansteigend, sowohl die Prävalenzzahlen⁵⁹ als auch der THC-Gehalt im Hanf⁶⁰. Während vor 20 Jahren der THC-Gehalt in der Pflanze 1 bis 2 Prozent betrug, sind es bei den heutigen Hybridpflanzen bis zu 20 bis 30 Prozent. Ein Joint von heute entspricht somit durchaus 10 bis 15 Joints von früher. Dies kann erhebliche Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit der Konsumierenden haben.⁶¹

Im europäischen Drogenbericht 2018 wird festgehalten, dass in Europa ein größeres Spektrum an Substanzen konsumiert wird als in der Vergangenheit. Es wird mehr experimentiert und kombiniert. Zwar ist der Konsum von Heroin und anderen Opioiden nach wie vor relativ gering, jedoch weist der intravenöse Konsum dieser Substanzen besondere Gefahren auf. Der Konsum von Drogen ist unter Männern grundsätzlich weiter verbreitet, insbesondere bei intensiven und regelmässigen Konsummustern.⁶²

Wichtige gesetzliche Regelungen

- Laufend aktualisiertes Verzeichnis der Betäubungsmittel, der psychotropen Stoffe sowie der Vorläuferstoffe und der Hilfschemikalien
- Bewilligungspflicht für Firmen und Personen, die Betäubungsmittel anbauen, herstellen, verarbeiten oder damit handeln
- Bewilligungs- und Meldepflicht zu verabreichender Substitutionsmittel. Die Regierung erlässt mit Verordnung nähere Bestimmungen über die Aufbewahrung, Bezeichnung und Anpreisung von Betäubungsmitteln sowie über die Angaben auf der Packungsbeilage
- Verbot des unbefugten Anbaus, der Herstellung, Erzeugung, Lagerung, Versendung, Beförderung, Veräusserung, Verordnung, Verschaffung oder des Inverkehrbringens, des Besitzes, der Aufbewahrung, des Kaufs, der Erlangung und der Finanzierung von Betäubungsmitteln. Des Weiteren ist die Finanzierung des unerlaubten Verkehrs mit Betäubungsmitteln untersagt, und es darf niemand öffentlich zu Betäubungsmittelkonsum auffordern oder öffentlich Gelegenheit zum Erwerb oder Konsum von Betäubungsmitteln geben.
- Einen schwerwiegenden Verstoß stellt der gewerbsmässige Handel oder das Tätigwerden als Mitglied einer kriminellen Vereinigung dar.
- Verbot, unter dem Einfluss von Betäubungsmitteln ein Fahrzeug zu lenken (die Betäubungsmittel gelten als nachgewiesen, wenn die Messwerte im Blut die definierten Grenzwerte erreichen oder überschreiten).
- Die Verschreibung, Abgabe und Verabreichung von Betäubungsmitteln im Rahmen einer ärztlichen Behandlung betäubungsmittelabhängiger Personen ist bewilligungspflichtig (betäubungsmittelgestützte Behandlung).

⁵⁹ Amt für Soziale Dienste (2016). Liechtensteinische Schülerstudie zu legalen und illegalen Drogen, Medikamenten sowie Neuen Medien. Amt für Soziale Dienste, Schaan.

⁶⁰ Yazdi, K. (2017). Die Cannabis-Lüge. Warum Marihuana verharmlost wird und wer daran verdient. Schwarzkopf & Schwarzkopf, Berlin.

⁶¹ Yazdi, K. (2017). Die Cannabis-Lüge. Warum Marihuana verharmlost wird und wer daran verdient. Schwarzkopf & Schwarzkopf, Berlin.

⁶² EMCDDA (2018). „Europäischer Drogenbericht 2018“, unter: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001DEN_PDF.pdf (abgerufen am 01.10.2019).

Derzeitige präventive Massnahmen

- Primärprävention: Gesundheitsförderung, Verbesserung der sozialen Kompetenz, Kreativcamps, Stressregulation, Information (insbesondere bei Cannabis), Einbeziehung des familiären und schulischen Umfelds, Elternschulungen, Prävention in Schulen und Lehrbetrieben
- Sekundärprävention: Früherkennung, Aufgleisen von Beratung und Therapie
- Tertiärprävention: Vermeidung von Verelendung, Harm Reduction, Substitution

Derzeitige Beratungs- und Therapieangebote

- Niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte
- Suchtberatungsstellen im benachbarten Ausland

Mögliche Verbesserungen

- Vernetzung mit überregionalen Suchtfachstellen
- Finanzierung von Suchtberatung in suchtspezifischen Einrichtungen im Ausland über die Krankenkassen
- Effizienz- und Qualitätskontrolle der Substitution
- Verbesserte Umsetzung der derzeitigen Richtlinien zur Methadonabgabe

5.5 Essstörungen

Bei den Essstörungen werden mehrere Formen unterschieden. Am wichtigsten sind die Esssucht, Anorexia nervosa (Magersucht) und die Bulimia nervosa (Ess-Brechsucht). Von einer Sucht wird deshalb gesprochen, weil die Betroffenen sich zwanghaft mit der Thematik beschäftigen, beispielsweise denken sie dauernd an Essen (auch Magersüchtige) und beschäftigen sich mit den Auswirkungen auf die Figur, auf den Körper oder auf das soziale Umfeld. Die Betroffenen essen entweder zu viel oder zu wenig oder sie versuchen mit ungeeigneten Mitteln, ein bestimmtes Gewicht zu erreichen (zwanghaftes Erbrechen, extreme Diäten, motorische Überaktivität). Auch der Kontrollverlust während dem Essen ist ein häufig auftretendes Merkmal einer Esssucht. Insbesondere beim sogenannten Binge-Eating verfallen die Betroffenen in eine Art Essattacke, bei welcher sie ein Vielfaches des täglichen Nahrungsbedarfes zu sich nehmen und bis zur völligen Übersättigung essen.

In der Fachwelt gibt es keine Einigung darüber, wo die Grenzen zwischen exzessivem Verhalten und einer Verhaltenssucht anzusiedeln sind. Aufgrund der massiven Auswirkungen auf die Gesundheit – insbesondere bei Kindern und Jugendlichen auf die weitere psychische Entwicklung – scheint es aber sinnvoll zu sein, gestörtes Essverhalten oder eine zwanghafte Beschäftigung mit der Figur in den Kontext psychischer Abhängigkeit und Sucht zu stellen. Wie bei anderen Süchten finden sich bei diesen Störungen typische Merkmale wie Kontrollverluste, Dosissteigerung (im Sinne von zunehmenden gesundheitsschädigenden Verhaltensmustern und Massnahmen), eine Einengung auf die Thematik sowie soziale Folgen und psychische Auswirkungen wie Depressionen, Schuld- und

Schamgefühle. Biochemisch sind im Gehirn teilweise dieselben Transmittersysteme wie bei stoffgebundenen Süchten betroffen, etwa in den sogenannten Belohnungszentren.

Direkt betroffene Personen

- 4'400 Personen mit Adipositas (Fettleibigkeit) (BMI \geq 30, 13.4%)⁶³
- 1'200 Personen mit Untergewicht (BMI $<$ 18.5, 3.6%)^{64, 65}
- 220 Personen mit Magersucht (0.7%)⁶⁶
- 60 Personen mit Ess-Brechsucht (0.2%)⁶⁷

Risikogruppen⁶⁸

- Personen mit Adipositas (Fettleibigkeit)
- Untergewicht, Anorexie, Bulimie: tendenziell eher Frauen

Tendenzen in der Problementwicklung

- Die Anzahl an übergewichtigen, zum Teil auch schwer übergewichtigen Kindern nimmt tendenziell zu, was mit massiven Folgeerkrankungen einhergeht (z.B. Diabetes mellitus).^{69,70} In Liechtenstein ist die Prävalenz von Übergewicht bei Kindern zwar stabil, allerdings bei Jugendlichen im Alter von 14 Jahren seit 2016 tendenziell ansteigend.⁷¹
- Die Folgen von Überernährung werden durch Bewegungsmangel noch verstärkt. Gerade Kinder und Jugendliche sind in Verbindung mit dem Konsum von Spielen und elektronischen Medien besonders von Bewegungsmangel betroffen.

Wichtige gesetzliche Regelungen

- Nahrungs- und Genussmittel dürfen bei ihrem üblichen Gebrauch die Gesundheit nicht bzw. nicht unmittelbar gefährden
- Massnahmen zum Schutz der Erhaltung und Förderung der Gesundheit
- Deklaration der Inhaltsstoffe und des Nährwerts auf der Verpackung

Präventive Massnahmen

- Allgemeine Prinzipien der Prävention
- Früherkennung und unkomplizierter Zugang zu fachärztlicher und psychotherapeutischer Hilfe
- Homepage „alleswurscht.li“

⁶³ Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz.

⁶⁴ Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz.

⁶⁵ Anorexie besteht u.a. bei einem BMI von \leq 17.5

⁶⁶ Jacobi, F. et al. (2013). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt, 85, 77-87.

⁶⁷ Jacobi, F. et al. (2013). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt, 85, 77-87.

⁶⁸ Amt für Statistik (2019). Liechtensteinische Gesundheitsbefragung 2017. Amt für Statistik, Vaduz.

⁶⁹ Kurth, B.M., & Schaffrath Rosario, A. (2010). Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 2010, 53, 643-652.

⁷⁰ IFB Adipositas. „Kinder und Jugendliche“, unter: <https://www.ifb-adipositas.de/adipositas/kinder-jugendliche> (abgerufen am 24.10.2017).

⁷¹ Kühnis, J. (2017). Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Liechtenstein. BMI-Monitoring Liechtenstein, Synthese 2017.

- Programme für gesunde Ernährung und Bewegung an Primar- und Sekundarschulen (z.B. Gorilla, Fruchtpause)
- Eltern-Kind-Kochen
- Ernährungsberatung

Derzeitige Beratungs- und Therapieangebote

- Niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte
- Ernährungsberatung
- Ambulante und stationäre Therapieangebote (z.B. Verein für esstörungsrelevante Themen)

Mögliche Verbesserungen

- Förderung von gesunder Ernährung (gesunde Verpflegung versus Junk Food), vermeiden von Fertigprodukten
- Thematisieren von idealisierten Schönheitsvorstellungen (Magersucht)
- Hinterfragen und Aufklärung zu Nahrungsergänzungsmitteln und industriellen Nahrungsbestandteilen
- Lebensmitteldeklarationen im Ampelsystem
- Ausbau von Präventionsprogrammen

5.6 Spielsucht

Glücksspielsucht ist eine nicht-stoffgebundene Sucht. Das heisst, es werden keine psychoaktiven Substanzen eingenommen. Das exzessive Spielverhalten löst körpereigene biochemische Veränderungen aus, welche das psychische Befinden beeinflussen und dazu beitragen, dass sich eine Abhängigkeit entwickelt. Die Mechanismen der Suchtentwicklung und die psychosozialen Folgen der Suchterkrankung sind beim Glücksspiel ähnlich wie beim Konsum psychoaktiver Substanzen. Schlafprobleme, Konzentrationschwierigkeiten und depressive Verstimmungen sind häufige psychische Folgen einer Spielsucht. Auch das soziale Umfeld wird durch pathologisches Spielen meist stark belastet. Eine Verschuldung und erhebliche finanzielle Probleme sind ebenfalls häufige Folgen einer Spielsucht.

Direkt betroffene Personen

- ca. 340 Personen, (Alter: 18+, 1.1%) (Prävalenzdaten aus der Schweiz auf Liechtenstein übertragen)⁷²
- 620 (freiwillige und angeordnete) Spielsperren,
- von denen sich 43 auf in Liechtenstein wohnhafte Personen beziehen⁷³

Risikogruppe

- mehrheitlich jüngere Männer⁷⁴

⁷² Sucht Schweiz (2018). Glücksspielsucht. Im Fokus, Lausanne.

⁷³ Regierungsrat Daniel Risch, Kleine Anfrage vom 05. April 2019, Landtag des Fürstentums Liechtensteins. Daten erhoben am 31.12.2018.

Tendenzen in der Problementwicklung

- Zunehmende Anzahl an geöffneten wie geplanten Casinos in Liechtenstein
- Kaum zu kontrollierende und oftmals illegale Online-Spielbanken, die aus dem Ausland operieren
- Ansteigend bei Internet- und Spielsucht⁷⁵

Wichtige gesetzliche Regelungen

- Konzessionierte Spielbanken müssen in einem Sozialkonzept darlegen, mit welchen Massnahmen sie den sozial schädlichen Auswirkungen des Spielens vorbeugen oder diese beheben wollen
- Das Aufstellen und der Betrieb von Geldspielautomaten ausserhalb von bewilligten Spielbanken sind verboten
- Geldspiele dürfen nur öffentlich durchgeführt werden, wenn die erforderliche Zulassung vorliegt
- Spielsperren für Personen, die ihr Spielverhalten nicht unter Kontrolle haben
- Kein Zugang zu Spielbanken für unter 18-Jährige sowie für Personen, welche mit einer Spielsperre belegt wurden

Präventive Massnahmen

- Spezifische Prävention im Glücksspielbereich
- Teilnahme an Sensibilisierungskampagnen des interkantonalen Programms Spielen ohne Sucht

Derzeitige Beratungs- und Therapieangebote

- Anonymes Beratungsangebot unter www.sos-spielsucht.ch
- Niedergelassene Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte
- Beratungs- und Gruppenangebote für Betroffene und Angehörige (z.B. bei der Beratungsstelle Clean Feldkirch)
- Stationäre Therapie (z.B. im Krankenhaus Maria Ebene)

Mögliche Verbesserungen

- Länderübergreifende Regelung von Spielsperren (Nachbarländer)
- Statistische Erfassung relevanter Daten (z.B. Anzahl von Personen mit problematischem Spielverhalten, Spielsperren)
- Erleichterung von Selbstsperrungen in Spielbanken
- Aufhebung von Spielsperren durch spezialisierte Beratungsstellen und nicht durch Spielbanken selbst

⁷⁴ Sucht Schweiz. „Factssheet Spielsucht“, unter: <https://shop.addictionsuisse.ch/download/446d681fbda8920d7ec501af0d37880731db1040.pdf> (abgerufen am 30.09.2019)

⁷⁵ Amt für Volkswirtschaft (2019).

5.7 Suchtübergreifende und suchtspezifische Aspekte

Neben den Spezifika bestimmter Suchtformen gibt es auch suchtübergreifende und suchtspezifische Aspekte, denen in der Prävention und Behandlung von Suchterkrankungen Rechnung getragen werden soll. Gerade in den letzten Jahren gab es im Suchtbereich verschiedene Entwicklungen, welche bei der Planung und Umsetzung suchtpolitischer Massnahmen zu berücksichtigen sind.

Aktuelle Herausforderungen

- Personen mit psychiatrischen Doppel- und Mehrfachdiagnosen (z.B. Schizophrenie und Sucht)⁷⁶
- Personen mit einer Mehrfachabhängigkeit (Polytoxikomanie⁷⁷) oder einer Suchtverlagerung (beispielsweise von Alkohol auf Benzodiazepine oder umgekehrt)
- Zunahme von älteren Menschen mit einem problematischen Konsumverhalten oder einer Abhängigkeitserkrankung aufgrund der demographischen Entwicklung⁷⁸

Mögliche Massnahmen

- Prävention (Spezifische Förderung und Stärkung von besonders gefährdeten Personen (z.B. Kinder aus suchtbelasteten Familien))
- Beratung, Behandlung und Therapie (Stärkung ambulanter Angebote)
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Koordination

⁷⁶ Wölfle, R. (2017). Amt für Soziale Dienste, Beobachtungen im Rahmen seiner Tätigkeit als Amtspsychiater. Interview durchgeführt am 23.01.2018.

⁷⁷ Die Polytoxikomanie ist definiert als eine Mehrfachabhängigkeit von mindestens drei verschiedenen, psychotrop wirkenden (bewusstseinsverändernden) Substanzen über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten. Charakteristisch hierbei ist insbesondere, dass die Patienten die verschiedenen Substanzen wahllos und chaotisch miteinander kombinieren. Hierbei darf keine Substanz bzw. Substanzgruppe dominieren.

⁷⁸ DHS (2015). „Suchtprobleme im Alter“, unter: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtprobleme_im_Alter.pdf (abgerufen am 10.10.2019).

6. Aufgaben und Zuständigkeiten

6.1 Die Aufgaben der Regierung

Die Regierung ist zuständig für

- gesetzliche Regelungen und Massnahmen,
- die Bereitstellung eines flächendeckenden Angebots von ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen zur Beratung, Unterstützung und Behandlung von Suchtproblemen,
- die Bereitstellung zweckgebundener Mittel zur Suchtprävention.

6.2 Die Aufgaben der Gemeinden

Die Gemeinden unterstützen Angebote der Suchtprävention und nehmen Aufgaben im Kinder- und Jugendschutz wahr.

6.3 Die Aufgaben der Kommission für Suchtfragen

Die Kommission für Suchtfragen

- definiert die gültigen Ziele und Rahmenbedingungen für alle suchtpolitischen Aktivitäten,
- entwickelt Strategien für die Suchtpolitik und koordiniert Aktivitäten der Suchtprävention,
- koordiniert die suchtpolitischen Massnahmen,
- unterstützt die Gemeinden bei der Erfüllung suchtspezifischer Aufgaben.

7. Zusammenfassung

Das letzte Suchtpolitische Grundsatzpapier Liechtensteins wurde im Jahr 1997 erstellt. Das Ministerium für Gesellschaft erteilte der Kommission für Suchtfragen den Auftrag, dieses zu prüfen und gegebenenfalls zu überarbeiten. Aufgrund verschiedener Entwicklungen im Suchtbereich kam es zur Erstellung der neuen Suchtpolitischen Grundsätze als Weiterentwicklung zu den bisherigen Drogenpolitischen Grundsätzen.

Im neuen Grundsatzpapier werden Suchterkrankungen definiert und es werden verschiedene Suchtformen und Suchtprobleme dargestellt. Ziele und Zielgruppen werden identifiziert sowie suchtpolitische Strategien und Massnahmen definiert. Die normativen Leitsätze geben eine Grundhaltung im Umgang mit Suchtproblemen vor. Durch die drei Ebenen Prävention, Therapie und gesetzliche Interventionsmassnahmen können die durchgeführten suchtpolitischen Massnahmen zugeordnet werden.

Die Handlungsfelder und Massnahmen, welche verabschiedet wurden, betreffen Alkohol, Tabak, Medikamente mit psychoaktiver Wirkung, illegale Drogen, Essstörungen, und Spielsucht sowie suchtübergreifende und suchtspezifische Aspekte. Zur Definition von Problemfeldern wurden wenn möglich eigene epidemiologische Daten und Beobachtungen der einbezogenen Stellen herangezogen. Es wurden hauptbetroffene Zielgruppen definiert und Trends angegeben. Wichtige gesetzliche Regelungen ergänzen die Übersicht. Zentrale Aspekte der Suchtpolitik Liechtensteins stellen die derzeitigen präventiven Massnahmen, die Beratungs- und Therapieangebote sowie mögliche Verbesserungen dar.

Schliesslich wurden die Aufgaben und Zuständigkeiten bei der Umsetzung der einzelnen Aufgaben definiert. Diese betreffen die Regierung, die Gemeinden und die Kommission für Suchtfragen.