

Nationale Designerdrogen- und Kokainkonferenz

Tagungsbericht



Bundesamt
für Gesundheit



Impressum

© Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit
Februar 2006

Konferenzorganisation: Bundesamt für Gesundheit
Verantwortlich: Manuela Schmundt (manuela.schmundt@bag.admin.ch)
Fotos: Christoph Hoigné, Bern

Zur Konferenzseite gelangen Sie über
<http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/> (bis 29.3.2006)
Ab 30.3.2006: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/>

Gedruckt auf chlorefrei gebleichtem Papier

Nationale Designerdrogen- und Kokainkonferenz

Tagungsbericht

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------|--|----|
| | Vorwort | 6 |
| 1 | Einleitung | 10 |
| 1.1 | Warum eine Konferenz zu Kokain und Designerdrogen? | 10 |
| 1.2 | Designerdrogen und Kokain – zwei Substanzen, zahlreiche Szenarien | 11 |
| 1.2.1 | Kokain – kein neues Problem in der Schweiz | 11 |
| 1.2.2 | Designerdrogen – ein neues Problem? | 11 |
| 1.2.3 | Kokain oder Designerdrogen? Das Problem des zunehmenden Mischkonsums | 12 |
| 1.3 | Ausrichtung und Inhalte der Konferenz | 12 |
| 1.4 | Ein Leitfaden durch den Bericht | 13 |
| 2 | Auf einen Blick: Die wichtigsten Ergebnisse der Konferenz | 16 |
| 3 | Epidemiologie: Wie gross ist das Problem? | 20 |
| 3.1 | Epidemiologie des Kokain- und Designerdrogenkonsums in der Schweiz | 20 |
| 3.2 | Verschiedene Konsumententypen, andere Risiken | 22 |
| 3.3 | Die Risikogruppen | 23 |
| 3.3.1 | Schwer Abhängige: am stärksten betroffen | 24 |
| 3.3.2 | Freizeitkonsum: Partygänger als Risikogruppe | 25 |
| 3.3.3 | Jugendliche und junge Erwachsene – Lust auf Risiko? | 26 |
| 4 | Neue Wege in der Prävention | 30 |
| 4.1 | Schlecht erreichte neue Klientel | 31 |
| 4.2 | Prävention und Behandlung im Migrationskontext | 32 |
| 4.3 | Prävention im Partysetting | 34 |
| 4.3.1 | Interesse an Pillentests | 36 |
| 5 | Therapie und Behandlungsoptionen | 40 |
| 5.1 | Problem Kokainkonsum: Steigende Behandlungsnachfrage | 40 |
| 5.1.1 | Therapie und Behandlungsoptionen bei Kokainabhängigkeit | 40 |
| 5.1.2 | Behandlungsoptionen | 41 |
| 5.1.3 | Kokainbeikonsum und opiatgestützte Substitution | 44 |
| 5.2 | Komorbidität und Doppeldiagnose: Zusätzliche Risikofaktoren | 45 |
| 5.3 | Neue Konsumtrends: Herausforderungen für das Behandlungssystem | 45 |
| 5.4 | Therapie – nicht nur eine Frage der Medizin | 47 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 6 | Schadenminderung | 50 |
| 6.1 | Risiko HIV- und Hepatitis B- und C-Infektion | 50 |
| 6.2 | Sexuell übertragbare Krankheiten | 50 |
| 6.3 | Gewalt und Randständigkeit: Risiken für die Gesundheit | 51 |
| 6.4 | Die Notwendigkeit begleitender sozio-ökonomischer Massnahmen | 51 |
| 6.5 | Is risk fun? Schadenminderung im Partysetting | 52 |
| 6.6 | Individuelle, aber auch gesellschaftliche Schadenminderung | 52 |
| 7 | Repression und Kontrolle | 56 |
| 7.1 | Drogenhandel als prioritäres Problem | 56 |
| 7.2 | Lücken im Gesetz | 58 |
| 7.3 | Forderung eines Monitoring- und Frühwarnsystems | 58 |
| 8 | Forschung | 62 |
| 9 | Weiterbildung | 66 |
| 9.1 | Anforderungen an die Weiterbildung | 66 |
| 9.2 | Offene Fragen: Umgang mit Abhängigkeit und Gewalt | 67 |
| 9.3 | Anpassungen sind notwendig – Austausch auch | 68 |
| 9.4 | Die Politik ist gefordert | 69 |
| 10 | Fazit | 72 |
| 11 | Kokain und Designerdrogen – Massnahmen des Bundesamtes für Gesundheit | 76 |
| 11.1 | Gegenwärtige Prioritäten | 76 |
| 11.1.1 | Grundlagenbeschaffung | 76 |
| 11.1.2 | Wissenstransfer | 76 |
| 11.1.3 | Vernetzung und Koordination | 77 |
| 11.1.4 | Innovationsförderung | 77 |
| 12 | Referenzen | 80 |
| 13 | Teilnehmerinnen und Teilnehmer | 86 |
| 14 | Programm | 100 |

« Wir suchen nach praktischen und praxisorientierten Lösungen, die sich in der Schweiz, in den Kantonen und Regionen umsetzen lassen. »

Prof. Thomas Zeltner, Direktor BAG



Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zieht eine positive Bilanz der Nationalen Designerdrogen- und Kokainkonferenz vom 3. und 4. Juni 2004 in Bern. Sie ermöglichte eine umfassende Auslegeordnung: die wissenschaftlichen Grundlagen wurden ebenso vorgestellt wie die Herausforderungen an die Politik und aktuellen Problemlasten bei den Suchtfachleuten an der Basis. Behörden und Fachleute haben die Möglichkeit genutzt, die Situation zu analysieren und gemeinsam Lösungsansätze zu skizzieren.

Am 3. und 4. Juni 2004 hat das Bundesamt für Gesundheit die Nationale Designerdrogen- und Kokainkonferenz veranstaltet. Anliegen der Konferenz war es, die bestehende Problemlast zu eruieren und gegenwärtige Handlungskonzepte zu evaluieren. Direktor Zeltner machte in seiner Begrüßungsrede deutlich, dass die Konferenz als eine Input-Konferenz zu gewichten sei; Ziel der Konferenz sei es, den Handlungsbedarf zu erfassen, den die Konferenzteilnehmer in ihrer täglichen Arbeit im Feld wahrnehmen.

Das Bundesamt für Gesundheit hat damit einen Wunsch aufgenommen, der von Seiten des Nationalen Drogenausschusses NDA an das Amt herangetragen worden ist, angesichts der zunehmenden Problemlasten für die Städte im Umgang mit dem Kokainkonsum. Neben dem Kokainkonsum war die Konferenz auch dem Konsum der so genannten Designerdrogen gewidmet – Drogen, die ebenso wie Kokain zu den neuen «Lifestyle»-Drogen zählen und von Jugendlichen und jungen Erwachsenen «im Ausgang» nach Alkohol, Tabak, und Cannabis heute am häufigsten konsumiert werden.

Für alle an der Konferenz behandelten Substanzen gilt, dass es sich nicht um natürliche psychotrope Substanzen handelt: obgleich dem Kokain das Koka-Blatt zugrunde liegt, ist auch zur Herstellung von Kokain ein chemischer Prozess notwendig, der, wie im Fall der Designerdrogen, Einiges an Kenntnis der modernen Chemie voraussetzt. In besonderer Weise gilt dies für die zahlreichen Substanzen, die als Designerdrogen auf dem Markt sind.

Die über 300 Teilnehmer der Konferenz kamen vor allem aus Fachkreisen, der Verwaltung und der Politik. Aber auch zahlreiche weitere Interessierte nutzten die Gelegenheit, sich in den verschiedenen Plenumsbeiträgen Einblick in die Grundlagen der Probleme mit dem Kokain- und Designerdrogenkonsum geben zu lassen. Die Beiträge boten Informationen zu so vielfältigen Themenkreisen wie Epidemiologie, Neurobiologie, Prävention, gesellschaftliche Aspekte des Konsums, Therapie und Repression. Sie waren Grundlage für eine Auslegeordnung, um im Anschluss daran in Workshops einzelne Themen und Aspekte zu vertiefen.



Die Konferenzteilnehmer haben an einer ganzen Reihe von Workshops zu allen vier drogenpolitischen Säulen – Prävention, Therapie, Schadenminderung und Repression – sowie zu Querschnittsthemen wie Forschung und Weiterbildung aktiv mitgewirkt. Das grösste Interesse galt der Frage der Behandlungsmöglichkeiten für Kokainabhängige – insgesamt drei Workshops waren diesem Thema gewidmet. Im Plenum hatten die Teilnehmer auch die Möglichkeit, nach einer kurzen Runde in Ad-hoc-Gruppen, Wünsche und Anregungen zu äussern. Die Wünsche und Forderungen waren ebenso reichhaltig wie vielfältig.

Die Atmosphäre an der Konferenz war geprägt vom Engagement und vom Interesse der Teilnehmer. Die grosse Mehrheit äusserte sich zum Schluss der Konferenz zufrieden mit der Ausrichtung und den gebotenen Inhalten, und konnte von der Konferenz profitieren. Die Anregungen der Konferenzteilnehmer wurden vom Bundesamt für Gesundheit gesammelt und sind in die Überlegungen eingeflossen, welches Vorgehen das Amt im Umgang mit dem Problem des Designerdrogen- und Kokainkonsums in der Schweiz künftig verfolgen wird. Mit der Konferenz hat das Bundesamt für Gesundheit ein Zeichen gesetzt, dass es die aus der Praxis an das Bundesamt für Gesundheit herangetragenen Probleme im Umgang mit Kokainkonsumierenden und – in geringerer Masse – mit Konsumierenden von Designerdrogen aufnehmen, die bestehenden Probleme einer ernsthaften Prüfung unterziehen und allfällige weitere Massnahmen beschliessen wird.

Besonders zufrieden äusserten sich die Teilnehmer über die Organisation der Konferenz. Eine gelungene Konferenz setzt das Engagement zahlreicher Personen und Institutionen voraus; dies gilt auch für die Nationale Designerdrogen- und Kokainkonferenz. Das Bundesamt für Gesundheit ist zahlreichen Partnern zu Dank verpflichtet: Der Stiftung Contact Netz, die das Anmeldewesen und das Tagungsbüro geführt hat; dem Personal des Allegro Grand Casino Kursaal Bern, das dafür besorgt war, der Konferenz einen angenehmen Rahmen zu bieten; der Arbeitsgruppe des Nationalen Drogenausschusses NDA, welche die Vorbereitung der Konferenz inhaltlich begleitet hat, und den zahlreichen Fachleuten aus Prävention, Therapie, Schadenminderung, Repression, Politik und Verwaltung, die sich für Expertengespräche im Vorfeld der Konferenz zur Verfügung gestellt haben. Die Expertengespräche haben es dem Bundesamt für Gesundheit erleichtert, aus der Vielzahl der Problemlasten und Perspektiven eine Auswahl für die Ausrichtung und Inhalte an der Konferenz zu treffen. Dem Kantonsapothekeramt Bern dankt das Bundesamt für Gesundheit dafür, dass es im Rahmen der Konferenz sein mobiles Labor vorgestellt hat, der Stadt und dem Kanton Bern, dem Kunstmuseum Bern sowie MD Doctors Direct GmbH danken wir für die finanzielle Unterstützung des Anlasses.

Zu guter Letzt gilt der Dank des Bundesamtes aber den Teilnehmern selbst, die mit ihrem kritischen und konstruktiven Engagement dazu beigetragen haben, den Blick für die bestehenden Problemlasten zu schärfen um gemeinsam Lösungen zu entwickeln.

Einleitung

1 Einleitung

1.1 Warum eine Konferenz zu Kokain und Designerdrogen?

Wer den Anfang 2004 veröffentlichten Schlagzeilen glaubte, Kokain sei die neue Schweizer «Volksdroge», den dürften die sachlichen Diskussionen im Rahmen der Konferenz überrascht haben. Das Ausmass des Konsums von Kokain und Designerdrogen in der Schweiz ist aufgrund der ungenügenden Datenlage nur schwer abschätzbar. Die vorhandenen statistischen Daten weisen aus, dass der Konsum unter den Erwachsenen über die letzten zehn Jahre insgesamt stabil blieb, während der Konsum unter den Jugendlichen etwas zugenommen hat.¹

Experten aus der Suchthilfe warnen jedoch, dass nach ihren Einschätzungen sowohl die Verfügbarkeit von Kokain, als auch der Konsum und die mit dem Konsum verbundenen Problemlasten zunehmen. Ähnliches beobachten Fachleute aus der Prävention und Schadenminderung im Freizeitbereich hinsichtlich der so genannten Designerdrogen.

Die vorhandenen Daten sprechen dafür, dass sowohl der Kokainkonsum als auch der Konsum von Designerdrogen aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit zwar kein prioritäres Problem für die Gesamtbevölkerung darstellt – sehr wohl aber für spezifische Risikogruppen. Dazu gehören in erster Linie schwer abhängige Opiatkonsumierende, die auch Kokain konsumieren; Kokainkonsumierende, die Mischkonsum betreiben; Jugendliche und junge Erwachsene, die Kokain/Designerdrogen konsumieren, oft in Kombination mit anderen Substanzen; und Menschen, die neben ihrer Substanzabhängigkeit andere psychische Erkrankungen aufweisen oder sie infolge ihrer Abhängigkeit entwickeln (siehe hierzu «Epidemiologie»).

Die hauptsächliche Problemlast im Umgang mit dem Kokain- und Designerdrogenkonsum traf Ende der 1990er Jahre die Städte. Je nach Grösse der Stadt, Einzugsgebiet, Lage zu anderen urbanen Zentren und Landesgrenzen sowie Infrastruktur und Verkehrsbedeutung (Verfügbarkeit von Sub-

stanzen, Nähe zu Flughäfen oder Bedeutung als Verkehrsknotenpunkte, national bzw. international) sowie kulturellen Kontexten der Bewohner weisen die Städte hinsichtlich der Problemlasten im Drogenbereich grosse regionale Unterschiede auf. Dies wurde an der Konferenz sehr deutlich: Die Problemlasten unterscheiden sich in den Städten und Regionen zum Teil erheblich voneinander, aber auch die Herangehensweisen und Modelle im Umgang damit.

Alle Städte beobachteten jedoch Ende der 1990er Jahre die folgenden besorgniserregenden Tendenzen:

- Der Kokainkonsum breitet sich aus. Konsumiert wird nicht nur von Schwerabhängigen oder Angehörigen bestimmter Berufsgruppen, sondern zunehmend darüber hinaus von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (primär in der Partyszene)
- Zunahme des Kokainkonsums in der Gruppe der schwer abhängigen Opiatkonsumierenden und Wandel der Konsumformen hin zu einem offeneren, kompulsiveren und risikoreicheren Konsum (und oft intravenösem Konsum)
- Zunahme des Mischkonsums mit anderen Substanzen (schwer Abhängige sowie Jugendliche und junge Erwachsene)

Es sind – bis jetzt – nicht die sozial gut integrierten oder die Gelegenheits- und Freizeitkonsumierenden, welche die grössten Problemlasten im Zusammenhang mit dem Kokain und Designerdrogenkonsum bewirken – es sind vor allem Schwerstabhängige, welche gesundheitlich schwerwiegende Probleme durch den Kokainkonsum entwickeln, und sowohl ihr persönliches Umfeld als auch in der Suchthilfe Tätige, Polizei und Justiz vor grosse Schwierigkeiten stellen².

Es waren diese Problemlasten, die den Anstoss dafür gaben, dass sich der Nationale Drogenausschuss mit dem dringenden Anliegen an das Bundesamt für Gesundheit wandte, eine Konferenz zu Kokain und Freizeitdrogen zu veranstalten.

Das Bundesamt für Gesundheit hat dieses Anliegen aufgenommen. Ziel der Konferenz war es, bestehende Problem-

¹ SFA 2004a; Schmid et al. 2003. Die Experten der Suchthilfe Region Basel (SRB) kamen anlässlich ihrer jährlichen Fachtagung 2004 zum Thema Kokain zu einer ähnlichen Einschätzung für die Entwicklungen im Kanton Basel-Stadt (transparent 2/2004: 5). Auch die Entwicklungen im Kanton Waadt zeigen diese Dynamik (Huissod et al. 2001).

² Fedpol 2004b; SD, PMD, JD Basel-Stadt 2001.

lasten zu eruieren, gegenwärtige Handlungskonzepte zu evaluieren und den Handlungsbedarf für die kommenden Jahre auszuloten. Die Konferenz richtete sich primär an Fachleute aus der Verwaltung und Politik, der Suchthilfe und -medizin, der Prävention und Repression, die mit den Problemlasten in erster Linie konfrontiert sind.

Angesichts der Vielzahl von Substanzen, die unter die Partydrogen fallen, hat sich das Bundesamt jedoch für eine Begrenzung der Partydrogen auf den Kreis der Designerdrogen ausgesprochen. Damit wurden die in der Partyszene gebräuchlichen Substanzen wie Alkohol, Tabak oder Cannabis nicht berücksichtigt.

1.2 Designerdrogen und Kokain – zwei Substanzen, zahlreiche Szenarien

Die bestehenden Problemlasten im Zusammenhang mit dem Kokain- und dem Designerdrogenkonsum in der Schweiz im Rahmen nur einer Konferenz auszuloten, ist ein riskantes Unterfangen: Sehr unterschiedliche Konsumenten-Typen werden unter der gemeinsamen Perspektive auf die – in Wirkung und Gefährdungspotenzial für die Gesundheit sehr unterschiedlichen – konsumierten Substanzen vereint. So konnte die Konferenz denn auch nicht mehr sein als eine Auslegeordnung der verschiedenen, in sich sehr unterschiedlichen Problematiken, die sich im Kontext vom Kokain- und Designerdrogenkonsum präsentieren. Vergleichsweise wenig Berücksichtigung haben so z.B. die vielfältigen Schwierigkeiten erfahren, die sich für Mitarbeitende von niederschweligen Einrichtungen im Zusammenhang mit dem Kokainkonsum ihrer Klienten stellen. Einen grösseren Raum haben dagegen die Diskussionen zu bestehenden therapeutischen Angeboten für Kokainkonsumierende in der Schweiz eingenommen. Das Bundesamt für Gesundheit ist sich bewusst, dass im Rahmen einer einzigen Konferenz nicht alle Problemlasten gleichermassen in Tiefe und Breite erörtert werden können, wie dies bei einer Konferenz zu einer spezifischen Klientel möglich gewesen wäre. Allerdings haben die Diskussionen im Rahmen der Konferenz wichtige Richtungen aufgezeigt, in welche weitere Bemühungen unternommen werden müssen, um der Komplexität der Probleme gerecht zu werden.

1.2.1 Kokain – kein neues Problem in der Schweiz

Die Kokainproblematik in der Schweiz ist nicht neu – bereits in den 1910er Jahren hat die Schweiz eine Modewelle des Kokainkonsums erlebt, die dazu führte, dass das Eidgenössische Gesundheitsamt am 20. August 1921 gegenüber der Abteilung für Auswärtiges des Politischen Departements darauf drang, das Internationale Opiumabkommen von 1912 zu ratifizieren, «da der Morphinismus und Kokainismus seit einigen Jahren auch in der Schweiz in gewissen Kreisen besorgniserregende Ausmasse angenommen haben und die kantonalen Gesetze allein zu einer erfolgreichen Bekämpfung nicht reichen». Auch der Schweizerische Verein für Psychiatrie äusserte sich über die Mode des Kokainismus besorgt und beklagte damals, die kantonalen Gesetze reichen nicht aus, um die Händler zu bestrafen und dem Kokainismus erfolgreich entgegen zu wirken. Das Betäubungsmittelgesetz von 1924 erklärte den gesamten Verkehr mit Kokablättern, Kokain und seinen Salzen für kontrollpflichtig.³

Ab Mitte der 1960er Jahre stieg der Drogenkonsum in der Schweiz in einem bislang nie gekannten Ausmass. Die Bilder vom Platzspitz und Lettenbahnhof haben zu Beginn der 1990er Jahre auch international traurige Berühmtheit erlangt. Ende der 1990er Jahre dann klagten die Städte erneut über zunehmende Probleme im Zusammenhang mit dem Konsum von Kokain.⁴

1.2.2 Designerdrogen – ein neues Problem?

Aber nicht nur Opioide und Kokain bereiteten der Schweiz seit den 1960er Jahren zunehmend Sorgen: Bereits im Bundesgesetz über die Betäubungsmittel vom 20. März 1975 wurden auch die Amphetamine unter das Betäubungsmittelgesetz gestellt und mit den Halluzinogenen gleichgestellt. Heute sind zahlreiche der als «Designerdrogen» bekannten Substanzen dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt respektive in die Betäubungsmittelverordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts Swissmedic aufgenommen, oder

³ Vgl. Hänni 1998.

⁴ Vgl. Hänni 1998.

in der Vorläuferverordnung der Swissmedic erfasst⁵. «Designerdrogen» ist ein Sammelbegriff für zahlreiche, in Art und Wirkungsweise oft sehr verschiedene Stoffe, die in Labors «designed» werden können. Zahlreiche dieser Substanzen können durch ihre Veränderung und Modellierung auch immer wieder dem Zugriff durch das Gesetz entzogen werden.⁶

1.2.3 Kokain oder Designerdrogen?

Das Problem des zunehmenden Mischkonsums

Auch wenn der Schwerpunkt der Konferenz bei den mit dem Konsum von Kokain und Designerdrogen verbundenen Risiken lag – eine der grossen Schwierigkeiten, vor denen die Institutionen stehen, ist nicht der alleinige Konsum von Ecstasy oder der von Kokain – gerade der in den letzten Jahren immer häufigere Mischkonsum bereitet den Fachleuten besondere Sorgen. Es zeigt sich, dass in der Regel nur noch selten eine einzige Substanz konsumiert wird; weit verbreiteter als etwa der Monokonsum von Kokain oder Ecstasy ist der Mischkonsum verschiedener Substanzen⁷. Die gleichzeitige Einnahme von zwei oder mehr Substanzen erhöht die gesundheitlichen Risiken deutlich. Insbesondere der Mischkonsum von Alkohol und Ecstasy, sowie von Ecstasy und Cannabis⁸, erhöhen die Gesundheitsrisiken. Auch erschwert der Mischkonsum, im Sinne von Prävention und Schadenminderung, substanzspezifische Interventionen. Dies ist keine Neuigkeit – so finden sich unter den schwer abhängigen Opiatkonsumierenden selten solche, die nicht auch Alkohol und/oder Tabak konsumieren. Und auch unter den Jungen im Ausgang ist die Kombination von Alkohol, Tabak und Designerdrogen oder Kokain längst keine Seltenheit mehr.

⁵ BetmG vom 3. Oktober 1951 (SR 812.121) und BetmV-Swissmedic (SR 812.121.2) sowie VorIV-Swissmedic (SR 812-121-31).

⁶ Anders als zahlreiche Designerdrogen, zählen Kokablätter, -extrakte, Kokain und seine Salze zwar zu den kontroll- und bewilligungspflichtigen Betäubungsmitteln, nicht jedoch zu den verbotenen Stoffen (wie z. B. MDMA oder Ecstasy); als Heilmittel wird Kokain zur Lokalanästhesie verwendet.

⁷ Fondation neuchâteloise pour la prévention et le traitement des addictions 2003.

⁸ Vgl. z. B. Daumann et al. 2004 zum kombinierten Konsum von Ecstasy und Cannabis.

1.3 Ausrichtung und Inhalte der Konferenz

Auch wenn im Rahmen der Konferenz mit Kokain und Designerdrogen Substanzen in den Blick genommen wurden, kann es einer kohärenten und umfassenden Suchtpolitik nicht darum gehen, die Substanz an sich in den Mittelpunkt zu rücken. Im Zentrum der Überlegungen in der öffentlichen Gesundheit stehen Menschen – solche, die suchtgefährdet sind, die eine Sucht entwickeln oder bereits entwickelt haben – und die deshalb der Unterstützung bedürfen: sei es, um eine gesunde Lebensführung zu erlernen und den Einstieg in einen risikoreichen Konsum zu verhindern; sei es, um den Ausstieg aus der Sucht zu schaffen, oder sei es, um die mit dem Konsum verbundenen gesundheitlichen Schäden möglichst gering zu halten und weitere Gesundheitsrisiken möglichst zu reduzieren.

Die Tatsache, dass die Konferenz dennoch die Substanzen – Kokain und Designerdrogen – in den Blick genommen hat, verweist nicht so sehr auf eine neue Substanzorientierung im Umgang mit auftauchenden Problemen, sondern vielmehr darauf, dass hier spezifische Risikogruppen, die Probleme mit dem Konsum von Kokain und/oder Designerdrogen entwickeln, ins Zentrum gestellt wurden. Mit dem Konsum dieser Substanzen sind auch gesundheitliche Risiken verbunden, abhängig von der Wirkung der Substanz, dem Konsummuster und -kontext und dem Individuum, das diese Substanz(en) konsumiert.

Professor Ambros Uchtenhagen⁹ spricht von einem Paradigmenwechsel, wenn er sich auf die heutige Situation in der Schweiz bezieht: die Konsummuster und Trends haben sich verlagert. In den Achtziger- und Neunzigerjahren stand die Heroinproblematik klar im Vordergrund, andere Substanzen und Konsumtrends fanden weniger Beachtung. Kokain, eine Substanz, die lange Zeit nur in eingegrenzten Kreisen konsumiert wurde, ist mittlerweile weit darüber hinaus verbreitet.

Wenn Kokain oder Designerdrogen konsumiert werden, zieht das nicht nur mögliche gesundheitliche Schäden für

⁹ Präsident des Stiftungsrates des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung in Zürich.

die Konsumierenden nach sich. Das Thema Kokain- und Designerdrogenkonsum betrifft neben der Gesundheitspolitik auch ganz essenziell die Ordnungs- und Sicherheitspolitik sowie den Jugendschutz. Ziel der Konferenz war es daher auch, diese Aspekte in die Auslegeordnung an der Konferenz einzubeziehen; obgleich die Frage nach den Problemlasten im Zusammenhang mit dem Konsum von Kokain und Designerdrogen aus der Perspektive der Gesundheitspolitik heraus gestellt wurde, lassen sich tragfähige Lösungen für diese Probleme nur dann finden, wenn die ordnungs- und sicherheitspolitischen Überlegungen berücksichtigt und der Jugendschutz gestärkt werden. Dennoch lag der Schwerpunkt der Konferenz auf der Frage, welche gesundheitspolitischen Konzepte und Strategien notwendig sind, um den Problemen zu begegnen, die mit dem Konsum von Kokain und Designerdrogen verbunden sind.

Für Uchtenhagen kam die Tagung des Bundesamtes für Gesundheit «genau im richtigen Moment». Während in den Neunzigerjahren das Heroinproblem im Vordergrund gestanden habe, sehe man sich heute einer völlig veränderten Situation gegenüber. Die Palette der Substanzen sei enorm gewachsen und wachse weiter. Bei einem Teil der Bevölkerung sei eine Risikobereitschaft vorhanden, die manche – trotz Illegalität ohne Unrechtsempfinden – in ihrem Drogenkonsum auslebten. Allerdings könne man davon ausgehen, dass eine Mehrheit der Drogen Konsumierenden ihren Konsum ohne bleibenden Schaden später wieder aufgeben könne.

1.4 Ein Leitfaden durch den Bericht

Der vorliegende Konferenzbericht hat vier Zielsetzungen:

1. Er vermittelt einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der Konferenz
2. Er vermittelt einen Einblick in Diskussionen und Einsichten, aber auch offene Fragen an der Konferenz
3. Er verweist auf Forschungen, Publikationen und Projekte, die in einem Bezug zum Thema stehen und zur Weiterentwicklung der Kenntnisse und zu einer Vertiefung der Diskussionen nützlich sein können. Damit nimmt der Bericht auch Entwicklungen auf, die sich seither in Bezug auf das Konferenzthema ergeben haben

4. Er formuliert einen Ausblick auf die Massnahmen, welche das Bundesamt für Gesundheit aus der Konferenz ableitet im Umgang mit dem Konsum von Kokain und Designerdrogen in der Schweiz

Der Bericht ist in Anlehnung an die Konferenz in die folgenden Bereiche gegliedert:

1. Auf einen Blick: Die wichtigsten Konferenzergebnisse
2. Epidemiologie: Wie gross ist das Problem?
3. Neue Wege in der Prävention
4. Therapie und Behandlungsoptionen
5. Schadenminderung
6. Repression und Kontrolle
7. Forschung
8. Weiterbildung
9. Fazit
10. Massnahmen des Bundesamtes für Gesundheit

Aus Gründen der Lesefreundlichkeit wird im Text darauf verzichtet, jeweils die männliche und die weibliche Form zu verwenden. Mit der männlichen Form sind jeweils beide Geschlechter gemeint. Bezieht sich eine Aussage allein auf weibliche bzw. männliche Personen, wird im Text speziell darauf hingewiesen.

Die Funktionen und institutionelle Anbindung der im Text zitierten Personen ist jeweils bei der ersten Nennung in einer Fussnote vermerkt. Sie finden die genannten Personen jedoch auch in der Teilnehmerliste im Anhang. Die Teilnehmerliste spiegelt den Stand der institutionellen Anbindung der Konferenzteilnehmer zum Zeitpunkt der Konferenz wieder.

Der Bericht ist so gestaltet, dass jeder Teilbereich die wesentlichen Informationen aus dem Tagungsgeschehen enthält. Dadurch, dass die Kapitel in sich abgeschlossen verständlich sein sollten, wird der Leser des Gesamtberichts auf Wiederholungen stossen. Sie sind Folge des Versuchs, die Kapitel so zu gestalten, dass sie umfassend informieren, auch denjenigen, der nicht die Zeit findet, den gesamten Bericht zu lesen.

Auf einen Blick

2 Auf einen Blick: Die wichtigsten Ergebnisse der Konferenz

Die Konferenzteilnehmer schätzen die Situation als insgesamt problematisch ein, beurteilten jedoch die mit dem Kokain- und Designerdrogenkonsum verbundenen Probleme gemessen an denjenigen des Alkohol- und Tabakkonsums aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit gegenwärtig nicht als prioritär¹⁰.

Einig waren sich die Konferenzteilnehmer darin, dass in Bezug auf spezifische Risikogruppen Handlungsbedarf besteht.

Die wichtigsten Ergebnisse der Konferenz lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Kokain ist ein ernstzunehmendes Problem, insbesondere für spezifische Risikogruppen (vgl. «Die Risikogruppen», S. 23).
2. In spezifischen Gruppen wie unter Jugendlichen und im Partysetting nimmt der Konsum von Kokain und Designerdrogen gegenwärtig leicht zu.
3. Die mit dem Konsum von Designerdrogen und insbesondere von Kokain verbundenen Probleme sind zwar erheblich, aber für die öffentliche Gesundheit im Vergleich zum Konsum von Alkohol und Tabak bedeutend geringer und als nicht prioritär einzuschätzen.
4. Die Mehrzahl der Konsumierenden von Kokain und Designerdrogen praktiziert Mischkonsum, d.h., konsumiert auch Alkohol, Tabak und andere Drogen.
5. Ausschliesslich auf Kokain oder Designerdrogen ausgerichtete Interventionen sind wegen der starken Verbreitung des Mischkonsums nicht adäquat bzw. erreichen die Zielgruppen nicht.
6. Das Problembewusstsein unter den Konsumierenden von Kokain und Designerdrogen ist wenig entwickelt und die Risikobereitschaft ist vor allem unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen hoch.
7. Das therapeutische Angebot für Menschen mit problematischem Kokain- und Designerdrogenkonsum erreicht diese oft nur schlecht oder zu spät, d.h., nachdem bereits deutliche Folgeschäden aufgetreten sind (wirtschaftliche Probleme, Arbeitsplatzverlust, soziale Marginalisierung, gesundheitliche Destabilisierung, etc.)
8. Aufgrund der im Vergleich zu anderen Suchtmitteln verhältnismässig geringen Anzahl Konsumierender von Kokain und Designerdrogen sind Präventionsprojekte für spezifische Risikogruppen breit angelegten Präventionskampagnen vorzuziehen.
9. Handlungsbedarf wird vor allem festgestellt in Bezug auf
 - Die Grundlagenforschung;
 - Das frühzeitige Erkennen von Konsumtrends;
 - Die Unterstützung des Behandlungssystems im Umgang mit Kokainkonsumierenden;
 - Die Früherkennung und Früherfassung von gefährdeten Jugendlichen;
 - Die Sensibilisierung der Konsumierenden für die längerfristigen Folgen des Konsums;
 - Die auf den Umgang mit neuen Konsumtrends und -mustern ausgerichtete Weiterbildung der Fachleute und die gezielte Sensibilisierung sowie Schulung niedergelassener Ärzte;
 - Die Vernetzung von und der Wissenstransfer zwischen bestehenden Strukturen, Angeboten und zwischen Fachleuten sowie Vertretern der Behörden und der Politik.

¹⁰ Den schätzungsweise 11'000 Kokainabhängigen stehen in der Schweiz rund 300'000 Alkoholranke gegenüber (Spinatsch 2004). Mehr als 2000 Personen jährlich sterben an den Folgen des Alkoholkonsums – dem gegenüber stehen 194 drogenbedingte Todesfälle im Jahr 2003 und 182 drogenbedingte Todesfälle im Jahr 2004.

Die Beiträge zur Konferenz

Die im Plenum gehaltenen Vorträge sowie die Kurzreferate aus den Workshops sind auf der Konferenz-Website zu finden und können heruntergeladen werden.

Zur Konferenzseite gelangen Sie über:

<http://www.suchtundaids.bag.admin.ch/themen/sucht/>

Ab 30.3.2006:

<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/>

Publikationen im Zusammenhang mit der Konferenz

BAG 2004a: Kokain und Designerdrogen: Thesenpapier des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

BAG 2004b: Designerdrogen: Grundlagenpapier des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Fallu, Jean-Sébastien, Jürgen Rehm & Susanne Zähringer
2004: Recension des écrits sur les drogues de synthèse en Europe avec un regard de plus près en Suisse et ses pays voisins: pharmacologie, prévalence, profils, facteurs de risque, méfaits et prévention. Rapport de recherche No. 177. Zurich: Institut de recherche sur les addictions.

Epidemiologie



3 Epidemiologie: Wie gross ist das Problem?

3.1 Epidemiologie des Kokain- und Designerdrogenkonsums in der Schweiz

Den tatsächlichen Konsum von illegalen Substanzen in der Schweiz – darunter auch von Kokain und von Designerdrogen – zu bestimmen, ist nicht möglich. Das hat zum einen damit zu tun, dass es sich eben um illegale Substanzen handelt, und dass die tatsächliche Zahl der Konsumierenden nur annäherungsweise geschätzt werden kann. Die vorhandenen Daten geben einen Einblick in Konsumtrends, lassen jedoch keine Schlüsse auf das tatsächliche Ausmass des Konsums zu. Zum anderen erschweren unterschiedliche Bezeichnungen und Kategorienbildungen den Vergleich der vorhandenen Daten. Es fehlen weitgehend verlässliche statistische Daten zu spezifischen Risikogruppen wie etwa randständigen exzessiv Konsumierenden oder Freizeitkonsumierenden – beide Gruppen werden mit den bestehenden statistischen Instrumenten nur unzulänglich erfasst. Die sozial gut integrierten, im Berufsleben stehenden Kokainkonsumierenden bleiben nicht selten unerkannt. Diese Gruppe ist weit entfernt von den sichtbareren, sozial schlecht integrierten, marginalisierten Konsumierenden, aber auch hier stellt sich das Problem der gesundheitlichen Risiken des Konsums – insbesondere dann, wenn dieser Konsum ausser Kontrolle gerät und zu einem chronischen oder hohen Konsum wird.



Professor Uchtenhagen wies in seiner Schlussrede auf deutliche Lücken in den Erkenntnissen zu den Problemlasten mit Kokain und Designerdrogen hin: Es fehlen Längsschnitt-Studien in der Schweiz, die darauf eine Antwort geben könnten, wie und in welchem Kontext sich Konsumierende entwickeln, welche Konsumierenden ihren Konsum kontrollieren können, wer ein Risiko hat, die Kontrolle über seinen Konsum zu verlieren. Wir wissen zu wenig darüber, welche Konsumierenden sich – mit oder ohne professionelle Hilfe – wieder auffangen. Zu guter Letzt fehlen verlässliche Erkenntnisse darüber, in welchem Ausmass der heute verhältnismässig breit geübte Konsum psychoaktiver Substanzen tatsächlich zu nennenswerten Problemen führt.

Grundsätzlich stützen sich Schweizer Statistiken zum Konsum illegaler Substanzen im Wesentlichen auf fünf verschiedene Datenquellen¹¹:

1. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB), in der die Schweizerische Wohnbevölkerung von 15–39 Jahren zu ihrem Substanzkonsum befragt wird. Die Befragung erfolgt telefonisch und kann randständige Gruppen von Konsumenten nur unzureichend erfassen.
2. Statistiken der Polizei (Anzahl der Verzeigungen und Verstösse gegen das Betäubungsmittelgesetz). Der Nachteil dieser Statistiken ist, dass die Anzahl der Verzeigungen in

¹¹ SFA 1997.

- einem nicht unerheblichen Mass von der Intensität der polizeilichen Aktivitäten abhängig ist.
3. Erhebungen bei bekannten Drogenkonsumierenden; diese Erhebungen ergeben ein meist verzerrtes Bild, da es sich fast ausschliesslich um Schwerstabhängige handelt, die entsprechende Strukturen und Angebote im niederschweligen Bereich nutzen.
 4. Befragungen von sozial integrierten Drogenkonsumierenden: diese Befragungen sind in der Regel mit Schwierigkeiten verbunden, da Konsumierende dieser Gruppe selten Auskunft über ihr Konsumverhalten geben.
 5. Expertenbefragungen: können oft nicht mehr als einen generellen Überblick zu den gegenwärtigen Konsumtrends vermitteln und eignen sich in der Regel nicht dafür, präzise Angaben zum Ausmass des Konsums zu erhalten.

Die Schweizerischen Gesundheitsbefragungen (SGB) von 1992 und 1997 zeigen einen leichten Anstieg der Lebenszeitprävalenz beim Konsum von Kokain (Konsum von Kokain mindestens einmal im Leben, 2,7% respektive 3,3%). 2002 gaben 2,9% der 15- bis 39-Jährigen an, mindestens einmal in ihrem Leben Kokain konsumiert zu haben. Nach Schätzungen leben in der Schweiz etwa 11 000 Kokainabhängige und 96 000 Gelegenheitskonsumenten¹². Legt man die Kriminalstatistiken oder Angaben aus niederschweligen Angeboten zugrunde, zeigt sich, dass die Zahl derjenigen zugenommen hat, welche Kokain als Freizeitdroge konsumieren¹³. Dabei konsumieren prozentual etwa doppelt soviel Männer wie Frauen Kokain.

Im Vergleich dazu konsumierten im Jahr 2002 77% der schweizerischen Bevölkerung von 15–39 Jahren Alkohol (23% gaben an, nie Alkohol zu trinken), 50,4% konsumierten Tabak (40,6% nie Rauchende) und 27,7% der 15- bis 39-Jährigen gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben¹⁴.

¹² Spinatsch 2004.

¹³ Zobel et al. 2002.

¹⁴ SFA 2004a.

Nach Einschätzung von Experten nahm der Kokainkonsum in der Schweiz in den vergangenen Jahren zu; eine Stabilisierung ist nach ihrer Einschätzung noch nicht erfolgt¹⁵. In den EU-Ländern zeigen die verfügbaren Daten, dass der Kokainkonsum in den vergangenen Jahren zugenommen hat – insbesondere in spezifischen Risikogruppen, darunter besonders in der Gruppe der jungen Erwachsenen¹⁶.

Von einem «rapiden» Anstieg kann in der Schweiz allerdings nicht gesprochen werden. Ähnlich wie in den EU-Staaten ist auch in der Schweiz zu beobachten, dass diejenigen, die in den Kokainkonsum einsteigen – sei es mit einem einmaligen Probiertkonsum, sei es in den gelegentlichen Konsum – tendenziell jünger werden¹⁷. Das Einstiegsalter von Jugendlichen in den Konsum von Ecstasy und anderen Designerdrogen ist niedriger als beim Kokainkonsum. Ein Blick auf die Altersstruktur bei den Verzeigungen wegen Konsums weist in eine ähnliche Richtung: die Mehrheit der Verzeigten im Falle von Ecstasy-Konsum ist zwischen 18 und 24 Jahren alt. Die verzeigten Kokainkonsumierenden hingegen sind mehrheitlich älter als 30 Jahre. In allen registrierten Fällen von Verzeigungen wegen Konsums sind es deutlich mehr Männer als Frauen, die verzeigt wurden¹⁸.

Hinsichtlich des Konsums von Designerdrogen stehen ebenfalls Daten aus der SGB zur Verfügung – allerdings ist der Oberbegriff Designerdrogen so umfassend, dass Substanzen aus den drei Kategorien «Ecstasy», «Amphetamine und andere Stimulanzien» und «Halluzinogene» ganz oder zu Teilen zu berücksichtigen sind. Dies gibt ein verzerrtes Bild: so gehören die Designerdrogen LSD, Ketamin und PCP zu den Halluzinogenen, aber auch halluzinogene Pilze – alle zusammengefasst in der Kategorie der «Halluzinogene» in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Ecstasy, Amphetamine und andere Stimulanzien wurden 1992 noch nicht separat erhoben. Generell hat sich der Konsum von Ecstasy und Amphetaminen sowie anderen Stimulanzien in

¹⁵ Siehe dazu auch: De Preux, Dubois-Arber & Zobel 2004 und Maag 2003.

¹⁶ EBDD 2004.

¹⁷ Streetwork Zürich 2003.

¹⁸ Fedpol 2005.

den Erhebungsjahren 1997 und 2002 stabil gehalten (2,2%), mit einer leichten Abnahme des Amphetamin- bzw. Stimulanzienkonsums (1,2 respektive 1,0%).¹⁹

In der Broschüre «Designerdrogen. Ein Grundlagenpapier des Bundesamtes für Gesundheit zur Nationalen Designerdrogen- und Kokainkonferenz»²⁰ hat das Bundesamt für Gesundheit Wissenswertes zu ausgewählten Designerdrogen zusammengestellt. Hier finden sich epidemiologische Daten zu den behandelten Substanzen, Informationen zu Pharmakologie, Konsumformen, Konsummustern und -kontexten, zu Wirkungen und Risiken sowie zur Prävention, Therapie und Schadenminderung.

Der Konsum von Ecstasy, Amphetaminen und anderen Stimulanzien ist in der Gesamtbevölkerung gering. Verbreitet ist der Konsum von Designerdrogen vor allem unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Techno-, Club- und Rave-Szene, einzelne Substanzen sind jedoch auch zunehmend in anderen Gruppen zu finden²¹. Dies deckt sich mit den Daten, die aus dem europäischen Raum zur Verfügung stehen²².

3.2 Verschiedene Konsumententypen, andere Risiken

Essenziell für angemessene Massnahmen im Umgang mit der Problematik des Kokain- und Designerdrogenkonsums ist es, sich vor Augen zu halten, dass es sehr verschiedene Typen von Konsumenten gibt. Jede Massnahme muss auf den jeweiligen Konsumententyp zugeschnitten sein, damit sie optimal wirken kann.

« En fait, il y a des pays et des cultures sur le plan psychotrope comme sur le plan topographique. Les climats sont différents, les caractéristiques physiques sont différentes, les géographies sont différentes. »

Jean-Dominique Michel

Unterschiede zwischen den Konsumententypen zeigen sich zunächst einmal, wenn man den Grad ihrer sozialen Integration in Betracht zieht. Es ist etwas Anderes, ob man von einem gut integrierten Konsumierenden ausgeht, oder von einem Konsumierenden, der schlecht oder kaum mehr sozial integriert ist. Auch die Konsumtypen und -muster sind von Gruppe zu Gruppe verschieden: Es ist ein Unterschied, ob ein Konsument Gelegenheitskonsum praktiziert, ob er einen risikoreichen, missbräuchlichen oder einen exzessiven, schädlichen – temporären oder chronischen – Konsum betreibt – und/oder abhängig ist. Es ist ebenso entscheidend, ob Kokain gesniffet, geraucht oder intravenös appliziert wird, und ob ein Monokonsum vorliegt oder ein Mischkonsum mit anderen Substanzen, wie zum Beispiel mit Alkohol, Cannabis, Amphetaminen oder Opiaten. Auch der Kontext und die Situation, in dem konsumiert wird, spielen eine entscheidende Rolle für die Einschätzung allfälliger Gesundheitsrisiken oder individuell sinnvoller Massnahmen. Es ist ein Unterschied, ob jemand Kokain oder Designerdrogen als Freizeitdroge konsumiert und dies im Kreise von Freunden und anderen tut oder allein. Und zu guter Letzt unterscheidet auch die Motivation, aus der heraus konsumiert wird, die verschiedenen User-Typen in ganz erheblichem Masse: Ob jemand konsumiert, um sich zu entspannen oder um in seiner Arbeit leistungsfähiger zu sein, seinen Konsum aber soweit beschränkt, dass er bei der Ausübung seiner Arbeit nicht behindert wird, ist eine andere Motivation als diejenige, mit dem Konsum problematischen Lebensumständen oder anderen belastenden persönlichen Situationen auszuweichen. Alle diese mit Konsumform und -muster verknüpften Aspekte sind zu berücksichtigen, will man die Probleme der verschiedenen User-Typen differenziert betrachten und Lösungsansätze für einzelne Problemlagen entwickeln.

¹⁹ SFA 2004a.

²⁰ BAG 2004b.

²¹ Fallu, Rehm & Zähringer 2004.

²² EBDD 2004.

« So, how then are we going to approach the question what health and social consequences cocaine use can have? We have to be prepared that a simple answer to this question does not exist. »

Ph. D. Peter Cohen



So betonte denn auch der Soziologe Dr. Peter Cohen²³, dass, wolle man die sozialen und gesundheitlichen Konsequenzen des Kokainkonsums ansprechen, das Konsummuster von vorrangiger Bedeutung für ebendiese sei. Für einige Konsumierende habe der Konsum von Kokain fast keinerlei Folgen – für andere, je nach sozialem Status und Umfeld sowie Konsummenge und -frequenz, hingegen liege die Wahrscheinlichkeit gravierender sozialer und gesundheitlicher Konsequenzen sehr viel höher²⁴. Cohen wies darauf hin, dass etwa die bei hohem Kokainkonsum oft auftretende Aggressivität und Gewaltbereitschaft durchaus zu denjenigen Charakteristiken zählen könne, die von der Peer-Gruppe, in der sich ein Konsument bewegt, akzeptiert und gewünscht ist – dass

²³ Direktor des Centrum voor Drugsonderzoek in Amsterdam.

²⁴ Einen guten Einblick in die Bandbreite der Konsumtypen und -karrieren gibt eine in Barcelona, Rotterdam und Turin durchgeführte Multicenter-Studie zum Kokainkonsum (Bieleman et al. 1993) sowie die spätere Studie von Tom Decorte zum Kokainkonsum in Antwerpen, dem der Autor Daten aus Studien zum Kokainkonsum in folgenden Städten gegenüberstellt: Amsterdam, Barcelona, Miami, Rotterdam, San Francisco, Toronto, Turin. Zusätzlich zieht er Daten zur Situation in Australien und Schottland heran (Decorte 2000).

jedoch das aggressive Verhalten für die Aussenwahrnehmung des Konsumierenden drastische soziale Konsequenzen beinhalten kann.

Mehr als nach der Substanz, die konsumiert wird, stellt sich also die Frage nach den Ressourcen, über die ein Mensch verfügt, um den Konsum unter Kontrolle zu halten und sich keinen – oder möglichst geringen – Schaden zuzufügen. Cohen betont daher die Notwendigkeit, sich die folgenden Fragen zu stellen, will man die sozialen und gesundheitlichen Konsequenzen des Drogenkonsums erfassen, die ein Konsument allenfalls zu vergewärtigen hat:

1. Welchen kulturellen Hintergrund hat der Konsument/die Konsumentin?
2. Welches sind die sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Kontexte des Konsumierenden im Laufe seiner Konsumkarriere?
3. Welche speziellen Funktionen hat der Konsum einer Substanz für das jeweilige Individuum?
4. Wie gut ist der Konsument in der Lage, Fehlern vorzubeugen, sowohl in Situationen, in denen er oder sie anderen seinen Konsum offen legt, als auch in Bezug auf die Dosierung der Droge oder der Mischung mit anderen Substanzen?

3.3 Die Risikogruppen

Der Konsum von Designerdrogen und Kokain ist ein ernstes Problem – oder kann zu einem solchen werden – für die folgenden Risikogruppen:

- Schwer Abhängige
- Personen mit komorbiden Störungen/Doppeldiagnosen²⁵
- Randständige Menschen mit missbräuchlichem Substanzkonsum²⁶
- Konsumierende aus der Party-, Club- und Technoszene
- Jugendliche und junge Erwachsene

²⁵ Vgl. Punkt 5.2.

²⁶ Siehe auch Punkt 6.3.

3.3.1 Schwer Abhängige: am stärksten betroffen

Die schwer Drogenabhängigen sind am stärksten von den Risiken und Problemen betroffen, die der Kokain- und Designerdrogenkonsum mit sich bringen kann. Besonders gefährdet sind sowohl diejenigen, die Mischkonsum betreiben und neben einer schweren Abhängigkeit von einer Substanz (z.B. Opiaten und/oder Alkohol) auch Kokain konsumieren, als auch diejenigen, die einen exzessiven Kokain-Monokonsum betreiben. Ebenfalls ein hohes Risiko besteht bei Menschen mit zusätzlichen psychiatrischen Störungen, seien es vorbestehende oder solche, die sich aus dem Substanzkonsum selbst heraus ergeben haben.

Ein Blick auf die Behandlungsstatistiken stationärer Suchttherapieeinrichtungen²⁷ zeigt, dass 2001 16,9% aller Neueintretenden Kokain als Hauptproblem angaben; 2003 waren es 25,1% aller Neueintretenden; 2004 bezeichneten 31,2% der Neueintretenden Kokain als Hauptproblem²⁸. Betrachtet man die Altersverteilung, so sind es vornehmlich die 30- bis 39-Jährigen sowie die 20- bis 24-Jährigen, welche Kokain als Hauptproblemsubstanz angeben²⁹. In der Gruppe derer, die Kokain als Hauptproblemsubstanz angegeben hatten, führen ausserdem noch weitere Substanzen zu Problemen – darunter in erster Linie Tabak (66,8%), Cannabis (50,7%), Heroin (48,5%) und Alkohol (45,0%)³⁰. Eine Problemsubstanz ist Kokain auch für die Gruppe derjenigen, die Cocktails konsumieren – eine Mischung von Heroin und Kokain. 43,2% aller Neueintritte in stationäre Suchttherapien gaben 2004 an, neben einer anderen Substanz auch Probleme mit dem Kokainkonsum zu haben (insbesondere Menschen, die in erster Linie Alkohol- und Opiatprobleme angaben). Hohe Korrelationen finden sich auch bei denjenigen, die vor allem mit dem Cannabiskonsum Probleme entwickelt haben. Am grössten jedoch ist die Gruppe derer, die auch mit dem Kokainkonsum Probleme hatten, bei denjenigen, die Amphetamine (einschliesslich Ecstasy) als Hauptproblemsubstanz angegeben hatten: 88,9% dieser Gruppe

²⁷ Heute stehen gesamtschweizerisch rund 1000 stationäre Therapieplätze für Drogenabhängige zur Verfügung.

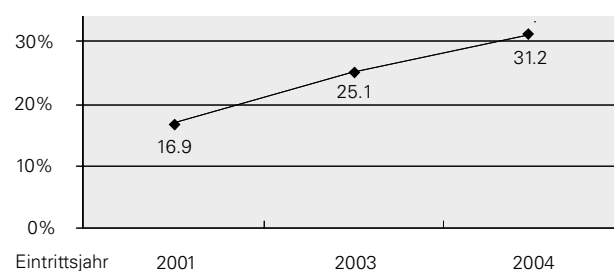
²⁸ KOFOS 2001; Koordinationsstelle act-info-FOS 2004, 2005.

²⁹ Koordinationsstelle act-info-FOS 2005.

³⁰ Koordinationsstelle act-info-FOS 2005.

gaben an, neben dem Amphetaminkonsum auch mit dem Kokainkonsum Probleme zu haben³¹.

Kokain als Hauptproblem bei Neueintritt in eine stationäre Suchttherapie



Neueintritte in die stationäre Suchttherapie, die Kokain als Hauptproblemsubstanz angeben. Quelle: KOFOS 2001; Koordinationsstelle act-info-FOS 2004, 2005

Abhängig von der Konsumform steigen auch die gesundheitlichen Risiken des Konsums: Intravenös Konsumierende tragen ein besonders hohes gesundheitliches Risiko. Gerade in dieser Gruppe ist das Problem des Beikonsums von Kokain bei schwer Opiatabhängigen häufig: So haben 27% der intravenös Kokain konsumierenden bereits einmal Heroin konsumiert; demgegenüber haben 87% der intravenös Heroin Konsumierenden schon einmal Kokain konsumiert.

Der Beikonsum von Kokain stellt die Suchthilfeeinrichtungen vor grosse Probleme und erschwert den Therapieerfolg bei denjenigen, die wegen einer Opiatabhängigkeit in Behandlung sind. So zeigen die Daten des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie bei den Eintritten im Jahre 2004, dass nicht substituierte Opiatabhängige bei Eintritt in die stationäre Therapie häufig Opiate als Hauptproblemsubstanz angeben (35%). Von denjenigen, die sich in einem Substitutionsprogramm befinden, geben 20% Opiate als Hauptproblemsubstanz an. Dem gegenüber nennen 46% der Patienten mit Substitution Kokain als Hauptproblemsubstanz. Obgleich sie später in den Konsum einsteigen, zeigt

³¹ Koordinationsstelle act-info-FOS 2005.

sich bei Substituierten auch, dass sie vor dem Therapiebeginn weitaus häufiger Kokain injiziert haben als Nicht-Substituierte (92% gegenüber 64%).³²

Aber auch umgekehrt ist der Beikonsum im Zusammenhang mit Kokain ein zentrales Thema: Von denjenigen Substituierten, die angaben, Kokain zu konsumieren, gaben 58% an, neben dem Kokainkonsum Suchtprobleme mit Heroin zu haben (gegenüber 46% bei den Nicht-Substituierten). 53% der in eine stationäre Suchttherapie eintretenden Patienten mit Substitution, die auch Kokain konsumieren, gaben an, ausserdem ein Suchtproblem mit Tabak zu haben (gegenüber 71% bei den Nicht-Substituierten).

Von den aus einer stationären Suchttherapie Austretenden in Substitutionsbehandlung haben gemäss den Daten des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie 57% in den letzten Tagen vor dem Austritt Kokain konsumiert (gegenüber 35% der Nicht-Substituierten). Auch bei den Rückfällen spielt Kokain eine zentrale Rolle: Mehr als die Hälfte aller Substituierten wurden nach eigenen Angaben mit Kokain rückfällig. Damit steht Kokain an erster Stelle vor anderen Substanzen wie Cannabis, Heroin oder Alkohol. Etwas anders präsentiert sich das Bild bei den nicht-substituierten schwer Opiatabhängigen: hier erfolgt ein Rückfall eher mit Alkohol oder Heroin, während Kokain mit 41% an dritter Stelle als Grund für einen Rückfall folgt.³³

Von den Ratsuchenden in ambulanten Suchtberatungseinrichtungen gaben im Jahr 2001 4% Kokain als Hauptproblemsubstanz an. Im Jahr 2002 waren es 4,3% (4,7% Männer und 3,9% Frauen). 3,7% der Männer und 2,7% der Frauen, die sich in ambulante Suchtberatung oder -behandlung begeben hatten, gaben im gleichen Jahr an, neben einer anderen Hauptproblemsubstanz Schwierigkeiten mit dem Kokainkonsum zu haben.³⁴

Die geringe Zahl der Ratsuchenden in ambulanten Einrichtungen legt nur vordergründig den Schluss nahe, dass hier die Problemlasten gering sind. Das Gegenteil ist der Fall: Zum einen, weil die Behandlung Kokainabhängiger verhältnismässig aufwändig ist (sowohl im Hinblick auf zeitliche

und personelle, als auch im Hinblick auf finanzielle Ressourcen), zum anderen, weil zahlreiche Betroffene, insbesondere sozial gut integrierte Konsumenten, sich nicht an diese Strukturen wenden.

3.3.2 Freizeitkonsum: Partygänger als Risikogruppe

Häufig als «neue Konsumenten» bezeichnet, gehören Partygänger zu den spezifischen Risikogruppen im Hinblick auf ihren Substanzkonsum. Dies betrifft nicht nur Kokain oder Designerdrogen, sondern eine Reihe von anderen Substanzen – darunter in erster Linie Alkohol, Tabak und Cannabis. Problematisch bei dieser Gruppe von Konsumierenden ist insbesondere die steigende Tendenz zum Mischkonsum verschiedener psychoaktiver Substanzen.

Besonders die Partygänger in der Techno-, Club- und Rave-Szene setzen sich mit ihrem Substanzkonsum höheren Risiken aus: Sie stehen oft unter hoher körperlicher Belastung, betreiben häufig Mischkonsum und tragen ein erhöhtes Risiko, Substanzen überzudosieren. Diese Gruppe der Partygänger ist mehrheitlich zwischen 20 bis 30 Jahre alt und sozial gut integriert.

Im Jahr 2003 gaben 6,0% der Schweizer Bevölkerung ab 14 Jahren an, mindestens einmal wöchentlich in die Disco oder in ein Dancing zu gehen. Das entspräche etwas mehr als der gesamten Einwohnerschaft des Kantons Genf im gleichen Jahr. Zum Vergleich: 45,2% gaben an, mindestens einmal in der Woche in eine Bar, eine Beiz oder ein Restaurant zu gehen³⁵.

Léonie Chinet³⁶ stellte eine Studie vor, welche die Konsumgewohnheiten und -profile von Partygängern im Kanton Waadt untersucht³⁷. Aus den erhobenen Daten geht hervor, dass die Lebenszeitprävalenzen für den Konsum von Alkohol (92%), Cannabis (76%), Ecstasy (53%) und Kokain (43%) am höchsten sind, wobei Ecstasy und Kokain vor allem am Wochenende eingenommen werden. Besonders häufig

³² Koordinationsstelle act-info-FOS 2005.

³³ Koordinationsstelle act-info-FOS 2005.

³⁴ BFS & SFA 2003.

³⁵ BFS 2005.

³⁶ Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Service Universitaire de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent der Universität Lausanne.

³⁷ Chinet et al. 2004.

war der Mischkonsum bei Besuchern, die häufig Techno-partys frequentieren. Die Altersspanne der Besucher von Technoabenden umfasste gemäss der Untersuchung 15 bis 28 Jahre, die Mehrheit der Besucher waren jedoch zwischen 17 und 21 Jahren.

Dr. Holger Schmid³⁸ warnte jedoch davor, sich in den Präventionsaktivitäten auf Partygänger zu beschränken. Untersuchungen im Rahmen der Studie *Health Behaviour in School-Aged Children* – HBSC zeigen, dass die Bereitschaft von Jugendlichen, Ecstasy zu probieren, wenn es ihnen angeboten würde, sich unterscheidet zwischen Jugendlichen, die gerne auf Partys gehen und solchen, die das weniger gern tun. Dennoch wären 3.1% der Jugendlichen, die nicht gerne auf Partys gehen, bereit zum Konsum, gegenüber 6.5% bei den Partygängerinnen und -gängern. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich, wenn man die Jugendlichen danach fragt, ob sie zu Ecstasy auch Kokain konsumieren würden – hier liegt die Bereitschaft derjenigen Jugendlichen, die gerne an Partys gehen, bei 3.5%. Bei denjenigen, die nicht gerne an Partys gehen, sind es 2.0%, die zu Ecstasy auch Kokain nehmen würden.

3.3.3 Jugendliche und junge Erwachsene – Lust auf Risiko?

Einig waren sich die Konferenzteilnehmer darin, dass mehr für den Jugendschutz und die gezielte Prävention unter jungen Erwachsenen getan werden müsse. Gerade die Jugendlichen müssten vermehrt auf die mit dem Substanzkonsum verbundenen Risiken aufmerksam gemacht werden und über Hilfsangebote informiert werden.

Jugendliche und junge Erwachsene stellen im Hinblick auf den Konsum von Kokain und Designerdrogen eine der Risikogruppen dar. Dabei sind es vor allem die jüngeren unter ihnen, welche Konsumerfahrungen mit Designerdrogen machen, während Konsumerfahrungen mit Kokain in der Regel etwas später einsetzen. Generell lässt sich bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen seit einigen Jahren eine Tendenz zu mehr Risikobereitschaft feststellen. Der

Journalist Jean Martin Büttner konstatiert: «Die Gefahr ist Teil des Erlebnisses geworden»³⁹. Narring et al. stellten in einer 2002 durchgeführten Studie unter 16- bis 20-Jährigen fest, dass «eines von zwanzig Mädchen und einer von zehn Jungen [angaben], schon eine oder mehrere synthetische Drogen mindestens einmal in ihrem Leben konsumiert zu haben»⁴⁰.

Die Studie zeigt, dass insbesondere die Jugendlichen in Ausbildung erstmals zwischen 16 und 20 Jahren Kontakt mit anderen illegalen Substanzen neben Cannabis haben – darunter auch mit Kokain und synthetischen Drogen. Der Prozentsatz derjenigen, die in dieser Altersgruppe Kokain und/oder Designerdrogen konsumieren, liegt deutlich über den Lebenszeitprävalenzen der Gesamtbevölkerung⁴¹. Im Vergleich mit den früheren Erhebungen kommen die Autoren zum Schluss, dass zwar der Heroinkonsum stabil geblieben ist, dass sich jedoch der Konsum synthetischer Drogen und insbesondere von Kokain mehr als verdoppelt habe.

Allerdings weisen die Autoren darauf hin, dass die meisten Jugendlichen ihren Konsum im Griff zu haben scheinen und grundsätzlich Gelegenheitskonsumenten bleiben. Tatsache ist aber auch, dass das Einstiegsalter der Jugendlichen in den Konsum psychoaktiver Substanzen sinkt, dass zunehmend verschiedene Substanzen konsumiert werden (Mischkonsum), und dass etwa 10% der Jugendlichen einen problematischen Konsum aufweisen, der Schwierigkeiten in der Schule, Arbeit und im Beziehungsnetz nach sich zieht⁴². Zu ähnlichen Ergebnissen kommen die Autoren der HBSC-Studie 2002, in der 15- bis 16-jährige Schülerinnen und Schüler nach ihrem Konsum von psychoaktiven Substanzen befragt wurden⁴³.

³⁹ Büttner 2003.

⁴⁰ Narring et al. 2004.

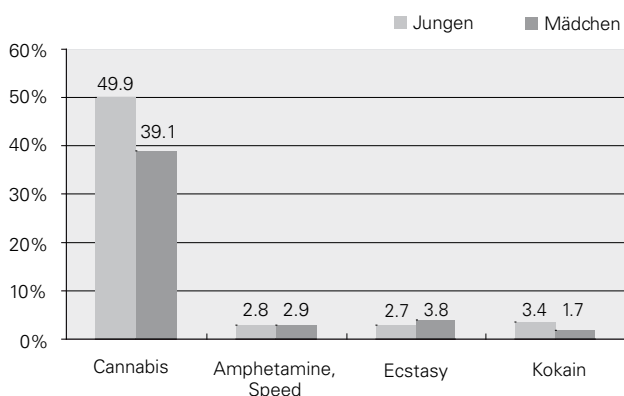
⁴¹ Die Monatsprävalenzen liegen bei den 16- bis 20-Jährigen in der Ausbildung erwartungsgemäss deutlich niedriger als die Lebenszeitprävalenzen (Narring et al. 2004).

⁴² Narring et al. 2004.

⁴³ Schmid et al. 2003.

³⁸ Vizedirektor der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).

Lebenszeitprävalenzen 15- bis 16-jähriger Schülerinnen und Schüler in der Schweiz, 2002



Konsumerfahrungen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz
Quelle: SFA 2004a

Dr. Holger Schmid zeigt an der Konferenz in seinem Beitrag zur Epidemiologie des Kokain- und Designerdrogenkonsums in der Schweiz auf, dass Schlüsse bezüglich Veränderungen im Konsum auf verschiedene Quellen abzustützen sind. Schmid stellte fest, dass die Daten zumindest für den Konsum von Kokain einen leichten Anstieg nahe legen. Allerdings fallen die Prävalenzen des Konsums von Designerdrogen und Kokain gering aus, so dass «Schlüsse bezüglich Veränderungen mit Vorsicht gezogen werden müssen»⁴⁴.

Die SMASH-Ergebnisse zeigen, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen bei Mädchen geringer ist als bei Jungen; mit zunehmendem Alter nimmt auch die Zahl derjenigen zu, die mindestens einmal in ihrem Leben eine oder mehrere psychoaktive Substanzen konsumiert haben. Aber auch das Ausbildungsniveau spielt eine Rolle für den Konsum: Die Lebenszeitprävalenzen des Konsums psychoaktiver Sub-

⁴⁴ Schmid stützte sich für seine Ausführungen auf eigene Untersuchungen wie die von ihm und seinen Mitarbeitern durchgeführte HBSC-Studie (*Health Behaviour in School-Aged Children*, Schmid et al. 2003); die SMASH-Studie (*Swiss Multicenter Adolescent Study on Health 2002*, Narring et al. 2004); die Schweizerische Gesundheitsbefragung SGB 2002 (BFS 2003); die Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (BFS & SFA 2003) sowie auf die Schweizerische Betäubungsmittelstatistik (Fedpol 2004a).

stanzen liegen bei Jugendlichen in der Berufslehre generell höher als diejenigen bei Schülerinnen und Schülern einer Mittelschule. Bei den vom Bildungssystem ausgeschlossenen Jugendlichen, die in beiden Untersuchungen nicht erfasst wurden, liegt der Konsum psychoaktiver Substanzen deutlich höher.⁴⁵

3.3.3.1 Bildungschancen als Schutzfaktor

Die Entwicklung des Konsums ist nicht unabhängig von sozialer Schicht und Gruppenzugehörigkeit: Global beurteilt die Weltgesundheitsorganisation die Zukunft der Suchtgefährdung als am meisten beeinflusst durch ökonomische Globalisierung und zunehmende Armut. Wenngleich die konsumierten Substanzen häufig Ausdruck eines gewünschten Lebensstils oder einer Lebenshaltung sein können, so ist der Konsum von psychoaktiven Substanzen am häufigsten dort, wo Menschen, das Gefühl haben, «wir verpassen das Leben und es geht an uns vorbei». Die höchsten Konsumraten finden sich bei denjenigen, die ein geringes Ausbildungsniveau besitzen, arbeitslos sind und ihr Leben als unsicher, langweilig und frustrierend erleben. Die Weltgesundheitsorganisation identifiziert daher auch den Mangel an Bildungschancen und den in Folge fehlenden Zukunftschancen als einen der wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung von Drogenmissbrauch.

Entscheidend für die Gesundheit ist nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern in hohem Masse auch, dass Menschen ihr Leben als sinnvoll und bereichernd erleben, und dass sie an dem, was in der Gesellschaft passiert, im Wortsinne teilhaben können. Entsprechend gering sind die Fälle problematischen Konsums bei denjenigen, welche die besten Bildungschancen haben und durch den Drogenkonsum am meisten verlieren können. Dies, so Ambros Uchtenhagen, sei eine grundlegend andere Situation als noch in den Siebzigerjahren, als es vor allem diejenigen mit den besten Bildungschancen waren, die Drogen ausprobierten, weil sie neue Erfahrungen mit einem veränderten Bewusstsein machen wollten.

⁴⁵ Narring et al. 2004.

Prävention



4 Neue Wege in der Prävention

Das Experimentieren in den verschiedenen Lebensbereichen – und auch im Bereich des Konsums von psychoaktiven Substanzen – gehört zur Jugendphase. Zum eigentlichen gesundheitlichen Risiko wird der Substanzkonsum dann, wenn der Konsum als Coping-Strategie eingesetzt wird und die Kontrolle über das eigene Verhalten nicht mehr gegeben ist⁴⁶. Sei es, um zu einer bestimmten Gruppe gehören zu dürfen oder als erwachsen zu gelten (Letzteres vor allem durch den Konsum von Tabak), sei es, um abends besser schlafen zu können (Cannabis), oder als «Trost» bei Misserfolgen: Substanzkonsum als «Mittel zum Zweck» ist auch bei Jugendlichen ein Risiko. Der Missbrauch von Substanzen bei Jugendlichen kann für die Persönlichkeitsentwicklung schwerwiegende Folgen zeigen.

Dabei ist die Entwicklung von Abhängigkeiten nicht auf den Konsum psychoaktiver Substanzen beschränkt; auch andere Verhaltensweisen – etwa Essstörungen oder exzessiver Sport – bergen ein Abhängigkeitspotenzial. Dr. med. Françoise Narring⁴⁷ betonte, wie wichtig es im Hinblick auf Prävention und Therapie sei, die multifaktorielle Verursachung von Abhängigkeiten zu berücksichtigen. Dies gelte auch für die besonderen Charakteristika der Adoleszenz (wie z. B. ein geringes Selbstwertgefühl).

Für Dr. Holger Schmid zeichnet sich spezieller Handlungsbedarf in der Sekundärprävention ab, bei der Früherkennung und Früherfassung von gefährdeten Jugendlichen. Auch wenn die Zahl der Konsumenten von Kokain und Designerdrogen insgesamt gering und weitgehend konstant sei, so Schmid, habe sich bei den 15- und 16-jährigen Schülerinnen und Schülern der Probiertkonsum von Kokain innerhalb 16 Jahren verdoppelt, von 1,3% im Jahr 1986 auf 2,5% im Jahr 2002⁴⁸.



Schmid empfahl daher spezifische Präventionsmassnahmen vorzusehen sowie die Früherfassung durch die Identifikation von Risikogruppen zu erleichtern. Notwendig sei auch, so Schmid, sicherzustellen, dass Jugendliche über die Risiken des Substanzkonsums informiert seien. Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme stellt hierfür ein breites Angebot von Broschüren bis hin zur Internetberatung bereit.

Diese Meinung teilten auch Mitglieder verschiedener Ad-hoc-Gruppen, die sich im Laufe des zweiten Konferenztages zusammenfanden, um der Frage nachzugehen, welche Prioritäten im Umgang mit der Kokain- und Designerdrogenproblematik zu setzen seien, und wer die Federführung bei allfälligen, vorgeschlagenen Massnahmen übernehmen sollte. Die zielgruppen- und substanzspezifischen Präventionsansätze müssten, so waren sich die Fachleute einig, weiter entwickelt werden. Dies müsse in enger Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen und Fachstellen geschehen.

In der Primärprävention, so waren sich die Konferenzteilnehmer einig, könne es jedoch nicht darum gehen, substanzspezifische Wege zu entwickeln. Die Primärprävention solle und müsse im Sinne einer breit verstandenen Gesundheitsförderung substanzunabhängig sein. Sollte jedoch das Problem gravierender werden, so müsse über gezielte Sensibilisierungs- und Informationskampagnen nachgedacht werden.

⁴⁶ Fabian & Guggenbühl 2000.

⁴⁷ Verantwortliche für die *Consultation Santé Jeunes* am Universitätsspital Genf.

⁴⁸ Schmid et al. 2003. Zu ähnlichen Empfehlungen kommen auch Narring et al. (2004).

4.1 Schlecht erreichte neue Klientel

Mit der Zeit hat sich die Suchtlandschaft verändert – so haben sich sowohl neue Konsumentengruppen gebildet, als auch neue Konsummuster. Über diese neue, meist junge Klientel wissen wir wenig. Sie ist über die traditionellen Kanäle der Prävention schlecht zu erreichen; nach wie vor wissen wir auch wenig über das Konsumverhalten dieser Gruppen. Die junge Klientel konsumiert insbesondere Alkohol und Tabak, in Verbindung mit Cannabis und Stimulanzien wie Kokain und synthetische Drogen⁴⁹.

Aber es sind nicht nur Junge, die zur neuen Klientel gehören: es gibt eine grosse Anzahl weiterer Gruppen, die unter Umständen Probleme mit ihrem Konsum entwickeln können und der Unterstützung bedürfen. Allen diesen Gruppen ist gemeinsam, dass sie entweder aus Überforderung, zum «Durchhalten» oder aus Langeweile und «um etwas zu erleben» zu Drogen greifen.

Dr. med. Claude Uehlinger⁵⁰ skizzierte anhand eines Beispiels aus seiner Praxis das Profil eines Teils der neuen Klientel: gut integrierte Stimulanzienkonsumenten seien oft kontaktfreudige, extrovertierte und meist junge Menschen zwischen 20 und 30 Jahren. Viele von ihnen seien im Verkaufsbereich tätig. Ebenfalls typisch für diese Konsumenten sei, dass der Kokainkonsum eher im privaten Bereich – oft zuhause – stattfinde, während im Ausgang eher zu Ecstasy gegriffen werde. Auch in dieser Gruppe findet man ein verhältnismässig geringes Problembewusstsein – die Konsumierenden haben das Gefühl, ihren Konsum unter Kontrolle zu haben und suchen erst dann den Arzt auf, wenn Probleme im Alltag auftauchen.

An der Konferenz wurde deutlich, dass die Beratungsstellen häufig ein Image haben, das dazu führt, dass die neue Klientel sich nicht angesprochen fühlt und sich im Bedarfsfall nur wenig an die bestehenden Angebote wendet⁵¹. Es ist somit äusserst schwierig, dem Übergang von Gewohnheitskonsum zum Suchtverhalten präventiv entgegen zu wirken. Oft fehlt den neuen Konsumierenden, die wegen ihres Kon-

sums Probleme entwickeln, das Bewusstsein, dass die Beratungsstellen, die in ihrer Wahrnehmung nach wie vor in erster Linie auf «Junkies» ausgerichtet scheinen, auch ihnen etwas bieten könnten.

Heroin ist in dieser neuen Konsumentengruppe unpopulär, vielleicht weil es mit dem Verlust von sozialem Status und mit der Marginalisierung verknüpft wird: der «Looser-Droge» Heroin stehen in dieser Gruppe positiv besetzte Drogen gegenüber, denen eines gemeinsam ist – sie bauen Hemmungen ab, vermitteln das Gefühl sozialen Kontakts, der verbesserten Kommunikationsfähigkeit und des erhöhten Selbstvertrauens und steigern die eigene Leistungsfähigkeit – positiv besetzte Eigenschaften und Fähigkeiten, die in der heutigen Gesellschaft vor allem von Jugendlichen und jungen Erwachsenen erwartet werden. Der Sozialanthropologe Jean-Dominique Michel gab in diesem Zusammenhang auch die Rolle der Medien zu bedenken:



« Et là on a, [...] sur le plan collectif une espèce de brouillage généralisé sur ce qu'est la sensation, ce qu'est la satisfaction, ce qu'est le besoin, avec des repères qui ont complètement giclé en éclats sous le martèlement notamment publicitaire qui donne les pires contre-messages par rapport à ça. »

⁴⁹ Für den Kanton Waadt: Huissod et al. 2001.

⁵⁰ Stellvertretender Chefarzt des psychosozialen Dienstes Fribourg.

⁵¹ Dies gilt insbesondere für Menschen mit Migrationshintergrund. Vgl. dazu Kap. 4.2: «Prävention und Therapie im Migrationskontext»

Zahlreiche Konferenzteilnehmer strichen hervor, dass das Image von Beratungsstellen verbessert werden müsse, um die vor allem bei Jugendlichen bestehenden Schwellenängste abzubauen. Wünschenswert sei auch der Ausbau der Beratungsangebote im Internet – ein Medium, das von der neuen Klientel häufig und mit geringem Aufwand genutzt werde. Streetworker und szenenahe Berater seien aufgefordert, neue Wege in ihrer Arbeit zu suchen im Umgang mit einer Klientel, die ihren Konsum häufig nicht als problematisch und oft auch nicht als unrechtmässig erlebe. Das fehlende Problembewusstsein führe oft zur Reaktion «Ich habe zwar eine Frage und Unsicherheiten betreffend den Konsum von XY, aber ich bin ja kein Junkie.»

Mitarbeitende von Beratungsstellen betonten, wie wichtig es ist, dass die Beratungsstellen sich zwar intern spezielle Expertise aneignen, gegen aussen aber polyvalent auftreten – damit nicht der Eindruck entstehe, man wende sich an nur eine Klientel – seien es die «klassischen» Drogenkonsumierenden, oder die «neuen Konsumierenden».

4.2 Prävention und Behandlung im Migrationskontext

Konsumierende mit Migrationshintergrund stellen die bestehenden Angebote der Suchthilfe vor besondere Herausforderungen – auch wenn es sich, im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung, um eine verhältnismässig kleine Gruppe von Betroffenen handelt.

Der Frage nach der zielgruppenspezifischen Prävention im Migrationskontext war an der Konferenz ein eigener Workshop gewidmet. Die Teilnehmer des Workshops hielten zunächst fest, dass es sich bei Menschen mit Migrationshintergrund um eine sehr heterogene Gruppe handelt, die als gemeinsame Erfahrung das Migrationserlebnis teilen, deren Mitglieder aber auf der kulturellen Ebene oft wenig miteinander gemeinsam haben. Es ist ein Unterschied, ob es sich um Menschen handelt, die als Flüchtlinge oder Asylsuchende in der Schweiz leben, oder um Menschen, die in die Schweiz migriert sind, um hier zu arbeiten, in der Hoffnung auf ein besseres Leben für sich und ihre Kinder. Das Herkunftsland, Geschlecht und der jeweilige soziale Hintergrund unterscheiden Menschen mit Migrationshintergrund

z.B. ebenso wie ihre persönliche, sozio-kulturelle, wirtschaftliche und politische Situation. Um mit dieser Zielgruppe erfolgreich arbeiten zu können, muss man daher die sehr unterschiedlichen Sozialisierungen von Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigen. Um auf die Unterschiede adäquat reagieren und wirksame Unterstützung leisten zu können, müssen, so waren sich die Teilnehmer des Workshops einig, Programme entwickelt werden, die die Suchtproblematik bei Menschen mit Migrationshintergrund in den Blick nehmen.

Generell tragen Menschen mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Suchtrisiko. Ihre soziale Situation, oft gekennzeichnet durch Ausgrenzung und Diskriminierung, prekäre finanzielle Lage, Arbeitslosigkeit, ein Informationsdefizit und Fremdheitsgefühle vereint eine Reihe von Risikofaktoren, die zur Entwicklung einer Sucht beitragen können⁵². Der soziale Kontext, in dem Menschen mit Migrationshintergrund leben, kann allerdings auch Schutzfaktoren beinhalten. So kann etwa die Familie eines Menschen mit Migrationshintergrund im Einzelfall sowohl ein Schutzfaktor wie auch ein Risikofaktor sein, wie dies auch bei Schweizer Konsumierenden der Fall ist. Neben den üblichen Folgen einer Sucht kommen bei Menschen mit Migrationshintergrund weitere, migrationsspezifische Problematiken hinzu – wie etwa der Verlust der Aufenthaltsbewilligung.

Der Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zu Präventionsangeboten und Regelversorgung ist häufig besonders schwierig. Die bestehenden Angebote erreichen diese Zielgruppe oft schlecht. Interveniert wird in der Regel erst dann, wenn die mit der Sucht verbundenen Probleme akut werden – solch spätes Handeln hat sich in der Praxis als problematisch erwiesen. Hohe Zugangsbarrieren des Unterstützungssystems für Menschen mit Migrationshintergrund, die Suchtprobleme haben, führen oft dazu, dass sie sich erst nach einer langen Konsumkarriere an die entsprechenden Stellen wenden.

⁵² Dabei ist es nicht die Fremdheit, sondern die soziale Randständigkeit, die das Risiko der Suchtentwicklung erhöht. Vgl. dazu EMCDDA 2000 und Uchtenhagen 2005.

Spezifische Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund gibt es im Suchtbereich bislang nur wenige in der Schweiz. Einige dieser Angebote wurden im Rahmen des Workshops vorgestellt: Fritz Brönnimann⁵³ stellte die Erkenntnisse aus seiner Arbeit vor. Er betonte, dass Menschen mit Migrationshintergrund vorzugsweise niederschwellige Angebote nutzen; auch der aufsuchenden und der *Community*-Arbeit komme eine besondere Bedeutung zu. Die Psychologin Nella Sempio⁵⁴ berichtete von ihren Erfahrungen aus der Beratungsstelle: Wie Schweizer folgten auch Menschen mit Migrationshintergrund der jeweiligen Mode sowie der Verfügbarkeit der gewünschten Droge auf dem illegalen Markt. In ihrer Tätigkeit beobachtete Sempio ähnliche Tendenzen in den Konsumgewohnheiten bei Jugendlichen schweizerischer und nicht-schweizerischer Herkunft.

Die Teilnehmer des Workshops diskutierten die Frage, wie der Zugang von Menschen mit Migrationshintergrund zum Hilfe- und Unterstützungssystem gestaltet wird. Verschiedene Stellen verfügen bereits über Erfahrungen mit einer Vielzahl von Strategien, um diese Zielgruppe mit ihrem Angebot zu erreichen: Sie setzen auf

- die organisatorische und konzeptionelle Integration von transkulturellen Kompetenzen in ihr Angebot;
- Mitarbeitende mit Migrationshintergrund;
- die Zusammenarbeit mit Schulen: Lehrpersonen als eine Möglichkeit, Zugang zu Kindern von Menschen mit Migrationshintergrund und deren Eltern zu finden; Weiterbildung der Lehrkräfte und konkrete Zusammenarbeit in Projekten
- den Einbezug von Migrationsvereinigungen und die Vernetzung mit Migrantengemeinschaften;
- wenn möglich Beratung in der Muttersprache der Ratsuchenden sowie Abgabe von Informationsmaterial in der entsprechenden Sprache;

⁵³ Leiter des vom Bundesamt für Gesundheit unterstützten Pilotprojektes «Migration und Sucht» (Contact Netz, Bern, 2001–2004). Zu den Möglichkeiten der Implementierung der Erfolg versprechenden Ansätze aus diesem Pilotprojekt auf nationaler Ebene siehe Dahinden et. al. 2004.

⁵⁴ Leiterin des MUSUB (Multikulturelle Beratungsstelle beider Basel).

- ein niederschwelliges Kursangebot;
- die Zusammenarbeit mit wichtigen Schlüsselpersonen wie etwa Ärzten, Priestern oder Seelsorgern;
- die Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen in den Bereichen Sucht und Migration sowie
- interkulturelle Mediation

Um Menschen mit Migrationshintergrund, die ein Suchtproblem haben, besser zu erreichen, sind jedoch eine Reihe weiterer Massnahmen wichtig⁵⁵. Bisherige Erfahrungen bestätigen, dass es, wenn diese Kriterien berücksichtigt werden, in erhöhtem Ausmass gelingt, diese Menschen zu erreichen und damit einen effektiven Beitrag zur Verbesserung der Chancengleichheit und Schadenminderung zu leisten.

In seiner Strategie für den Bereich Migration und Gesundheit versucht das Bundesamt für Gesundheit, den migrationsspezifischen Problemlasten im Suchtbereich mit konkreten Massnahmen Rechnung zu tragen, darunter die Förderung transkultureller Sprachvermittler, die Schulung und Sensibilisierung von Fachleuten im Gesundheitswesen sowie die Berücksichtigung migrationsspezifischer Fragestellungen bei der Erhebung epidemiologischer Daten.

Zu den Problemlasten, die mit dem Konsum von Designerdrogen und Kokain durch Menschen mit Migrationshintergrund verbunden sind, fehlen spezifische Daten, und auch generelle Daten zum Drogenkonsum von dieser Gruppe gibt es nur wenige. Wichtig, so die Workshop-Teilnehmer, sei daher zunächst eine Verbesserung der Datenlage – auch durch die Sekundäranalyse bereits bestehender Datensets.

⁵⁵ Zu den Anforderungen einer migrationsspezifischen Suchtarbeit siehe auch Domenig 2001.

Generell sehen sich die migrationsspezifischen Angebote in der Suchtarbeit zahlreichen Problemen gegenüber: noch immer konstatieren sie einen Widerstand gegenüber transkultureller Suchtarbeit sowie die Tendenz der Regelversorgung, migrationsspezifische Suchtarbeit wenn möglich zu delegieren; stärker als andere Angebote kämpfen sie mit dem Mangel an personellen und finanziellen Ressourcen; die fehlende transkulturelle Fachkompetenz der bestehenden Angebote im Suchtbereich; die Frage nach Kosten und Nutzen setzt der – sehr zeitintensiven – migrationsspezifischen Suchtarbeit Grenzen: Der Anspruch an die Effizienz der Angebote ist hoch, und kollidiert nicht selten direkt mit den vorhandenen bzw. fehlenden Ressourcen.

Handlungsbedarf orteten die Teilnehmer des Workshops in folgenden Bereichen:

- Schaffung von überregionalen Kompetenzzentren;
- Ausbau der transkulturellen Kompetenzen in den bestehenden Angeboten im Suchtbereich sowie Verankerung in Rahmenverträgen;
- Ressourcenorientierung, ausgehend von Gesundheit und nicht von Krankheit;
- Wahrnehmung der transkulturellen Kompetenzen als Ressource;
- Abbau der bürokratischen Hürden für Projekte von Menschen mit Migrationshintergrund⁵⁶;
- Vernetzung bestehender Angebote auf kantonaler Ebene verbessern
- Förderung der politischen Mitsprache von Menschen mit Migrationshintergrund auf verschiedenen Ebenen

4.3 Prävention im Partysetting

Neue Wege sind ebenfalls erforderlich, um einen verbesserten Zugang zu jungen Freizeitkonsumierenden, insbesondere zu den regelmässigen Rave- und Clubgängern, sicherzustellen. In den beiden Workshops «Prävention im Partysetting» und «Pillentesting – wirkungsvolle Präventionsform oder Konsumentenschutz?» wurde vor allem über die speziellen Herausforderungen diskutiert, die sich dieser Klientel, den Suchtfachleuten wie auch den Veranstaltern stellen. Aber auch zahlreiche andere Akteure sind tragend, soll die Präventionsarbeit im Partysetting breit abgestützt und nachhaltig sein:

- Mitarbeiter der Veranstalter (DJs, Security-Personal)
- Schulen
- Aufsuchende Jugendarbeit
- Sanität
- Polizei
- Wirtschaftspolizei
- Peers

⁵⁶ Beispiel für ein solches Projekt ist das vom Bundesamt für Gesundheit unterstützte Projekt «Support» von RADIX (<http://www.radix.ch/d/html/migrationgesundheits.html>).

Diese verschiedenen Akteure müssen verstärkt zusammenarbeiten. Die Workshopteilnehmer waren sich darin einig, dass in diesem Zusammenhang eine längerfristige Koordination durch das Bundesamt für Gesundheit wünschenswert sei. Eine Ansprechperson im Amt für Fragen der Prävention im Partysetting sei jedoch auf jeden Fall vonnöten.

Einig waren sich die Teilnehmer auch über die primären Zielgruppen von Präventionsmassnahmen im Partysetting: vor allem Personen mit exzessivem Konsum, Früheinsteiger sowie junge Partybesucher. Bei diesen Partygängern mit problematischem Konsum handelt es sich um eine Gruppe von etwa 10–15 % derjenigen, die konsumieren. Häufig sind gerade die jüngsten Konsumenten schlecht über die mit dem Konsum verbundenen Risiken informiert. Nach Erhebungen von Streetwork Zürich unter Partygängern, die ein Beratungsgespräch im Rahmen einer Party in Anspruch nahmen, konsumieren jüngere Partygänger häufiger als Partybesucher ab 26 Jahren. Der Einstieg in den regelmässigen Konsum findet immer früher statt, und der Mischkonsum nimmt zu⁵⁷.

Aber auch Gelegenheitskonsumenten sind Zielgruppe der Präventionsaktivitäten. Auch Gelegenheitskonsumenten sind einem gesundheitlichen Risiko durch den Substanzkonsum ausgesetzt – denn Risiken sind mit jedem Substanzkonsum verbunden –, und auch der Übergang vom Gelegenheitskonsumenten zum Exzessivkonsumenten soll möglichst verhindert werden.

Die Arbeit in der Partyszene ist für alle Beteiligten nicht einfach und oft Neuland: Auf Seiten der Veranstalter, aber auch auf Seiten der Konsumierenden selbst, so betonte Alexander Bücheli⁵⁸, sei nicht nur Misstrauen gegenüber der Präventionsarbeit, sondern auch die Angst vor Zugeständnissen spürbar. Deshalb setzt etwa Streetwork Zürich auf die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit und auf Schulungen. Einerseits soll die Öffentlichkeit sensibilisiert und die Arbeit von Streetwork bekannt gemacht werden; andererseits werden Lehrern, Präventionsfachleuten und Clubbetreibern Schu-

⁵⁷ Streetwork Zürich 2003.

⁵⁸ Mitarbeiter von Streetwork Zürich, einem Angebot der Ambulanten Drogenhilfe des Sozialdepartements der Stadt Zürich.

lungen angeboten. Die Ausbildung von Szenegängern zu Multiplikatoren soll der Verbreitung wichtiger Informationen in der Clubszene dienen.

Entscheidend für die Präventionsarbeit, so Bücheli, sei der enge Kontakt zur Szene. Wenn den spezifischen Charakteristika der Szenen, deren Mitglieder zum Teil stark unterschiedliche Konsummuster aufweisen, Rechnung getragen werden könne, steige die Glaubwürdigkeit der Fachleute, und Trends liessen sich schneller erkennen.

Den Veranstaltern kommt eine zentrale und verantwortungsvolle Rolle in der Prävention im Partysetting zu. Als Organisatoren sind sie auch in der Öffentlichkeit verantwortlich für das, was sich bei ihren Veranstaltungen abspielt. Die Kantone tragen dieser Erkenntnis vermehrt Rechnung. So publizierte der Kanton Bern im Mai 2004 die Broschüre: «Jugendschutz veranstalten» – eine Broschüre für Veranstalterinnen und Veranstalter mit Informationen rund um den Jugendschutz. Der Kanton Appenzell Ausserrhoden gab im Juni 2004 das «Ausserrhoder Fest a – b – c – Handbuch zur Organisation von Festanlässen im Kanton Appenzell Ausserrhoden» heraus – ein Leitfaden für Veranstalter, bei dem ein spezielles Augenmerk dem Jugendschutz gewidmet ist.

«Safer Clubbing» – Clubbing with know how

Wer heute einen Club führt und Partys veranstaltet, muss damit rechnen, dass unter den Gästen Menschen mit problematischen Konsum- und Verhaltensmustern anzutreffen sind. Deshalb haben sich im März 2003 fünf Zürcher Clubs zu einer Projektgruppe zusammengeschlossen. Dabei wurden sie beraten und unterstützt durch Fachleute der Partydrogenprävention Streetwork Zürich. In einer ersten Phase wurden die Richtlinien erarbeitet, die auch den Anliegen der HIV-, Sucht- und Gewaltprävention Rechnung tragen. Im Januar 2004 wurde aus der Projektgruppe Safer Clubbing der Verein Safer Clubbing. Dieses Projekt zeigt, wie Veranstalter konkret zur Prävention im Partysetting beitragen können.

Weitere Informationen unter: www.saferclubbing.ch

Solche Versuche, Richtlinien für Clubs und Veranstalter zu entwickeln, sollen vor schwarzen Schafen schützen. Noch immer werden etwa die Eingangskontrollen in den Clubs unterschiedlich gehandhabt, und trotz der gesetzlichen Bestimmungen werden teilweise sogar 15-Jährige eingelassen. Allerdings stellen sich mit verschärften Einlasskontrollen neue Probleme: Jugendliche konsumieren dann meist ausserhalb oder in privaten Räumen und sind so für die Prävention noch schlechter zu erreichen.

Die an der Konferenz anwesenden Veranstalter appellierten an die Fachleute, den Aufbau von Initiativen wie Safer Clubbing zu unterstützen. Es bedürfe des Dialogs und der Kooperation, und die Veranstalter müssten als Ansprechpartner wahrgenommen werden. In der Zusammenarbeit mit Veranstaltern bestehen gegenwärtig noch grosse Unterschiede zwischen den Kantonen. Während in einigen Kantonen gute Kontakte zwischen den verschiedenen Akteuren im Präventionsbereich und den Veranstaltern bestehen, gestaltet sich diese Zusammenarbeit in anderen Kantonen noch immer schwierig.

4.3.1 Interesse an Pillentests



Das im Foyer des Konferenzzentrums aufgestellte Testlabor des Kantonsapothekeramts Bern – eingesetzt im Rahmen der Projekte «Pilot P» (Kanton Bern) und Streetwork (Zürich) – erfreute sich regen Interesses.

Die ersten Pillentestings in der Schweiz wurden von Eve&Rave Schweiz durchgeführt, das nur ein Jahr später, 1997, zur ersten Fachkonferenz zum Thema Drug Checking einlud. Im gleichen Jahr beauftragte das Bundesamt für Gesundheit Eve&Rave mit einem ersten Ecstasy-Monitoring. Seither haben in Pillentestings gefundene gefährliche Substanzen öffentliche Warnungen ermöglicht, sowohl durch szenennahe Organisationen wie Eve&Rave Schweiz oder Prevtech (Eve&Rave Romandie), wie durch das Bundesamt für Gesundheit (2000: Thai-Pillen, 2002: PMA). Pillentesting als spezifische Form der Prävention wird unter Fachleuten kontrovers diskutiert. Im Rahmen eines Workshops wurde diese Präventionsform vor dem Hintergrund der Frage evaluiert, in welchem Ausmass die gewünschte Zielgruppe und die gewünschte präventive Wirkung erreicht werden. In der Diskussion wurden verschiedene Probleme im Zusammenhang mit dem Pillentesting aufgegriffen: Unter anderem die rechtliche Grundlage des Pillentestings, die hohen Kosten des Pillentestings in nicht mobilen Labors oder über Annahmestellen, das die Gefahr beinhaltet, dass gerade die wichtige Gruppe der Jugendlichen ausgegrenzt wird. Ferner stellt sich das Problem, beim Testing nicht den Eindruck der Unbedenklichkeit des Konsums einer Substanz

zu vermitteln. Auch diesbezüglich wird die Bedeutung der Beratungen hervorgehoben: Ziel des Testings muss sein, mit den Konsumierenden ins Gespräch zu kommen, um auf die Problematik des Substanzkonsums hinzuweisen. Trotz der vielfältigen Probleme des Pillentestings wurde dessen Effektivität als präventive Massnahme durch die bisherige Forschung bestätigt.

Das BAG steht den Tests von Partydrogen vor Ort grundsätzlich positiv gegenüber. Entscheidend ist jedoch eine entsprechende Einbettung des «Drugcheckings» in präventive Massnahmen und die durch Beratung erzielte präventive Wirkung.

Die Beratungsgespräche bieten die Möglichkeit, Konsumierende über die Risiken ihres Konsums aufzuklären und durch adäquate Information zu einem möglichst risikoarmen Konsum beizutragen. Dies ist insbesondere wichtig, da auch regelmässige Konsumierende ein nur geringes Problembewusstsein zeigen⁵⁹. Die bisherigen Erfahrungen zeigen: je besser die Partygänger informiert sind, desto eher verzichten sie auf den Konsum.

Gute Erfahrungen bestehen in der Stadt Zürich, dem Kanton Bern und von Seiten Eve&Rave Schweiz mit dem Angebot des Pillentestings vor Ort. Es bietet die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit den Konsumierenden. Diese erhalten damit die Möglichkeit, die Substanzen, die sie konsumieren, testen zu lassen – wenn sie bereit sind, ein Beratungsgespräch dazu zu führen (siehe dazu auch Ausführungen unter «Schadenminderung»).

⁵⁹ Vgl. Chinet et al. 2004.

Bei dem Angebot von Streetwork Zürich handelt es sich um ein von der Stadt Zürich finanziertes Pilotprojekt im Auftrag der Drogendelegierten der Stadt. Fazit aus zwei Jahren Pillentesting in Zürich ist, dass die sekundärpräventiven und schadenmindernden Ziele erreicht wurden. Nach zwei Jahren Betriebszeit stellen die Streetwork-Mitarbeiter in den Beratungsgesprächen fest, dass Konsumenten besser und früher über die Risiken informiert sind.

Weitere Informationen unter: www.saferparty.ch

Pilot P, ein Projekt des Contact Netz, bietet ebenfalls das Testing von psychotropen Substanzen an Partys an. Es zielt ebenfalls auf die Sensibilisierung und Information der konsumierenden Partygänger ab. Neben Informationsvermittlung und Beratungen in regionalen Suchtfachstellen arbeitet Pilot P zusammen mit Veranstaltern, um gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen an Partys zu entwickeln. Das Pillentesting wird eingebettet im Kontext des «aware dance»: im Schneeballsystem verbreiten Jugendliche an Partys Informationen und/oder Warnungen.

Weitere Informationen:

www.contact-netz.ch und www.awaredance.ch

Die Fachleute aus der Prävention und Schadenminderung, welche ihre Erfahrungen mit Pillentestings vorstellten, betonten den Nutzen der Testings, um Trends schnell zu erkennen und schnell über die Gefahren neuer Substanzen auf dem Markt informieren zu können. Für Präventionsfachleute im Partysetting bringe das Testing Erfahrungswerte, und die Ergebnisse der Analysen böten wichtige Erkenntnisse zur Dosierung, die für die Schadenminderung von grosser Bedeutung seien.

Hinsichtlich des Umgangs mit Pillentestings bestehen zwischen den Kantonen grosse Unterschiede. Nur wenige Kantone haben bislang die für ein solches Testing notwendige Bewilligung erteilt. Roger Liggerstorfer⁶⁰ äusserte die Hoffnung auf ein nationales Drug Checking-Programm, das einen Beitrag leisten könne zur Verbesserung der Früherkennung und -erfassung, oder Hinweise geben könne auf besonders gefährliche Substanzen. Die gesammelten Daten könnten auch der Forschung dienen, und hätten zudem einen positiven Effekt auf den Markt: Erfahrungen aus Berlin zeigten, dass Warnungen vor verunreinigten, gestreckten Produkten im Anschluss an Testings dazu beitragen, dass die entsprechenden Produkte schnell vom Markt verschwinden.

Das Pillentesting ist nur eine von zahlreichen Möglichkeiten, Prävention in diesem Feld zu betreiben. Angebote in der Schweiz setzen zum Teil bereits heute eine Vielzahl von anderen Strategien ein:

- Das regelmässige Aufsuchen von Clubs durch zielgruppennahe Präventionsfachleute
- Gruppengespräche
- Prävention an den Schulen
- Verbindung der Präventionsaktivitäten im Bereich Substanzkonsum mit der HIV-Prävention

Léonie Chinet und ihre Mitarbeiter stellten in einer Studie unter Techno-Party Besuchern im Kanton Waadt⁶¹ fest, dass diejenigen, die Probleme im Zusammenhang mit ihrem Konsum entwickeln, meist zunächst den Hausarzt aufsuchen und nicht ein spezialisiertes Zentrum. Die Sensibilisierung der Hausärzte für ihre Bedeutung im Rahmen der Früherkennung und Prävention könnte somit zur Reduktion des problematischen Substanzkonsums in diesem Kontext beitragen.

⁵⁹ Vgl. Chinet et al. 2004.

⁶⁰ Präsident Eve&Rave Schweiz.

⁶¹ Chinet et al. 2004.

Therapie

5 Therapie und Behandlungsoptionen

Es waren vor allem die Therapiemöglichkeiten für Kokainabhängige, die das Interesse der Konferenzteilnehmer auf sich zogen. Zwei Workshops waren der Vertiefung dieses Themas gewidmet: Im Workshop «Wirkungsvolle Therapien für Kokainabhängige» sollte einerseits ein Überblick über die bestehenden Therapieformen für Kokainkonsumierende vermittelt werden, andererseits sollte der Handlungsbedarf in diesem Bereich ausgelotet und konkrete Schritte im Hinblick auf die Lösung des Problems in der Zukunft diskutiert werden. Im Zentrum eines zweiten Workshops standen die Erfahrungen mit innovativen Therapieansätzen in der Behandlung Kokainabhängiger in der Schweiz. Die Voraussetzungen und Möglichkeiten solcher innovativer Ansätze wurden erörtert und wünschenswerte Schritte in der Weiterentwicklung der Behandlungsformen formuliert.

5.1 Problem Kokainkonsum: Steigende Behandlungsnachfrage

In den EU-Ländern steigt die Behandlungsnachfrage im Zusammenhang mit dem Kokainkonsum⁶². Ein Blick in die EU-Staaten zeigt, dass Kokain als Hauptproblemsubstanz von denjenigen, die zum ersten Mal eine Behandlung beantragen, am dritthäufigsten genannt wird. Allerdings existieren starke regionale Unterschiede: während Kokain als Hauptproblemsubstanz bei der Behandlungsnachfrage in den neuen Mitgliedstaaten kaum eine Rolle zu spielen schien, war Kokain als Hauptproblemsubstanz in den anderen Staaten bei den neuen Klienten in 25% der Fälle für die Behandlungsnachfragen verantwortlich. Auch in der Schweiz ist die Nachfrage nach Behandlungen aufgrund von Problemen mit dem Kokainkonsum angestiegen (siehe «Epidemiologie»).

5.1.1 Therapie und Behandlungsoptionen bei Kokainabhängigkeit

Nicht alle Kokainkonsumierenden entwickeln Probleme mit dem Konsum. Deshalb stellt sich zunächst die Frage, welche Konsumierenden eine Therapie benötigen. Um den Hilfs- und Unterstützungsbedarf Kokainabhängiger auszu-

loten, beteiligte sich das Bundesamt für Gesundheit an der Finanzierung einer europäischen Studie, deren Ziel die Formulierung von anwendbaren Empfehlungen für die Anpassung von Hilfsangeboten für Menschen mit problematischem Kokain- und Crack-Konsum war.⁶³

Peter Burkhard⁶⁴ unterschied drei Hauptgruppen von Kokainkonsumierenden, von denen die ersten beiden hinlänglich bekannt seien, die dritte jedoch neu:

- Die Gruppe der so genannten «Jet setter» (meist rekreativer Gebrauch von Kokain);
- Die Gruppe der Personen «auf der Gasse», deren Kokainproblem eines unter vielen anderen Problemen ist. Diese Gruppe injiziert Kokain häufiger als die Angehörigen der anderen beiden Gruppen und trägt damit ein weitaus höheres Risiko schwerwiegender Folgen für die Gesundheit. Dies betrifft vor allem das Infektionsrisiko mit Hepatitis B und C sowie mit dem HI-Virus. Zudem tragen die unsicheren Lebensumstände und die soziale Marginalisierung dazu bei, dass Mitglieder dieser Gruppe oft delinquent werden, um ihren Konsum zu finanzieren.
- Die dritte Gruppe umfasse Menschen, die sozial noch gut integriert und bemüht seien, in der Legalität zu bleiben, aber deren Konsum Probleme bereitet. Für diese dritte Gruppe, so Burkhard, fehle ein adäquates Behandlungsmodell. Für die verschiedenen Konsumentengruppen sind jeweils unterschiedliche Behandlungsinstrumente erforderlich, wobei sich die Therapeuten der jeweiligen Klientel anpassen müssen.

Die Behandlung von Kokainabhängigkeit stellt das Behandlungssystem vor grosse Herausforderungen: interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine der zentralen Voraussetzungen, um den Bedürfnissen von Kokainabhängigen zu

⁶² EBDD 2004.

⁶³ Das Projekt war Teil eines Forschungsrahmenprogramms der EU und basiert auf der Zusammenarbeit verschiedener europäischer Grosstädte (Barcelona, Budapest, Dublin, Hamburg, London, Rom, Stockholm, Wien und Zürich). Die Gesamtstudienleitung lag beim Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg; die Studienleitung in der Schweiz liegt beim Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich. Zu den ersten Ergebnissen der Studie siehe Güttinger & Rehm 2005, Prinzleve et al. 2005.

⁶⁴ Gesamtleiter der therapeutischen Einrichtung «Die Alternative», Ottenbach.

begegnen. Das Problem der Suchtentwicklung ist nicht nur ein medizinisches Phänomen und kann auch nicht von der Medizin allein adäquat behandelt werden. Anstelle der Konkurrenz zwischen Pharmakotherapie und sozial- wie psychotherapeutischen Ansätzen sollte das Zusammenwirken aller therapeutischen Ansätze genutzt werden, die individuell auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten sind.

Die Therapie von Kokainabhängigen ist, wie im Falle jeder anderen Abhängigkeit, sehr aufwendig, da verschiedene Probleme gleichzeitig angegangen werden müssen: biologische Probleme ebenso wie psychologische, soziale und Probleme im Verhalten. Hinzu kommt, dass die therapeutische Beziehung zu Kokainabhängigen oft schwierig ist: Die Konsumierenden leiden oft unter substanzinduzierten Konzentrationsschwierigkeiten⁶⁵, und ihre veränderte sensorische und Zeitwahrnehmung stellen hohe Ansprüche an das Pflegepersonal, das sich bestmöglich und sehr individuell dem Zustand des Unterstützung Suchenden anpassen muss. Zudem kann die Substanz zu erhöhter Empfindlichkeit, Aggression und Depression führen, was die therapeutische Beziehung zusätzlich erschweren kann. Fachleute betonten an der Konferenz, dass sich insbesondere eine starke Strukturierung des therapeutischen Angebotes bei Kokainabhängigen bewähre. Die Einbindung des Patienten ist wesentlicher Bestandteil der therapeutischen Beziehung.

5.1.2 Behandlungsoptionen

Forschungen aus den USA zeigen Möglichkeiten auf, mittels verschiedener Medikamente therapeutische Fortschritte zu erzielen. Allerdings ist die Frage nach wirksamen Pharmakotherapien damit noch nicht ausreichend beantwortet. Professor Gerhard Wiesbeck⁶⁶ führte dies jedoch auch darauf zurück, dass die offizielle Diagnose «Kokainabhängigkeit» erst seit 1987 besteht. Eine Diagnose ist aber Voraussetzung für die Erforschung einer Krankheit.

⁶⁵ Obgleich Kokain nur etwa 10–15 Minuten im Gehirn verbleibt, kommt es durch den Konsum zu einer langfristigen Schwächung der Gehirnfunktion nach einmaligem Konsum (bis zu hundert Tagen).

⁶⁶ Bereichsleiter Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrische Universitätsklinik Basel.

Bisher stehen psychosoziale, edukative, psychotherapeutische und körperzentrierte Interventionen im Vordergrund. Dr. med. Jean-Jacques Déglon⁶⁷ zeigte jedoch die Grenzen auf, welche neurobiologische und genetische Determinanten der Sucht diesen Behandlungsoptionen bei der Therapie von Kokainabhängigen setzen. Unter Forschenden sei deshalb das Interesse an der Durchführung klinischer Studien zur Entwicklung neuer Medikamente zur Behandlung Kokainabhängiger gross. So wird von der britischen Biotech-Firma Xenova gegenwärtig im Rahmen klinischer Tests die Wirksamkeit eines Impfstoffs getestet, der die Bildung von Antikörpern gegen Kokain fördern soll, um so ehemalige Kokainkonsumierende vor einem Rückfall zu bewahren. Déglon stellte verschiedene Medikamente vor, die erwiesenermassen einen positiven Effekt in der Behandlung von Kokainabhängigen zeigen⁶⁸: sei dies durch die Reduktion des *Cravings*, die Verringerung der Rückfallgefahr, die Reduktion des Belohnungseffekts und der Euphorie, die mit dem Konsum von Kokain verbunden sind, oder andere Effekte, die mit der Kokainabhängigkeit verbunden sind. Erfolg versprechende Ergebnisse haben auch einige Versuche mit Methylphenidat SR (Ritalin[®]) ergeben⁶⁹. Dies ist der Grund, warum das Bundesamt für Gesundheit gegenwärtig eine Studie finanziert, die zum Ziel hat, Aufschluss über den Nutzen von Methylphenidat SR (Ritalin[®]) und kognitiv-behavioraler Therapie in der Behandlung des Kokainkonsums bei Patienten in heroingestützter Behandlung zu erhalten⁷⁰. Erste Ergebnisse der Studie werden voraussichtlich im Laufe des Jahres 2006 vorliegen.

⁶⁷ Direktor der *Fondation Phénix* in Genf.

⁶⁸ Zu neueren pharmakologischen Behandlungsansätzen für Kokainabhängige siehe auch Sofuoglu & Kosten 2005.

⁶⁹ Khantzian et al. 1984; Levin et al. 1998, Somoza et al. 2004.

⁷⁰ Bei der Studie handelt es sich um eine randomisierte placebo-kontrollierte Doppelblind-Studie über elf Wochen, in der die Effektivität und Praktikabilität von Methylphenidat mit verzögerter Wirkstofffreisetzung (Ritalin SR[®]) bei einer Gruppe kokain- und opiatabhängiger Patienten (DSM IV) geprüft und mit einem Placebo verglichen werden. Als zusätzliche Intervention werden in beiden Gruppen manualisierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieansätze in Gruppen durchgeführt. Beteiligt an der Studie sind Patienten aus der heroingestützten Behandlung der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel (Janus) und den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (KODA-I).

Der *Service d'abus de substances* der Universitätskliniken Genf plant gegenwärtig eine Studie, die den Nutzen des Antiepileptikums Topiramate für die Verringerung des Kokainkonsums von Patienten in Methadonbehandlung untersucht.⁷¹

Als von grossem Nutzen haben sich, begleitend zur Pharmakotherapie, verhaltenstherapeutische Ansätze erwiesen.⁷² Auf dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz basiert auch das dreistufige Behandlungsprogramm für Kokainabhängige, das im *Programme expérimental de prescription de stupéfiants* PEPS⁷³ Genf entwickelt wurde. Das Programm erlaube es, so Dr. med. Miguel Marset Fernández und Naïma Bockstael⁷⁴, die Behandlung den jeweiligen Konsumententypen und individuellen Besonderheiten des Klienten optimal anzupassen. Das Programm umfasst spezifische Zugänge für Patienten mit einem unkontrollierten Konsum und solche mit einem kontrollierten oder gelegentlichen Konsum. Neben den spezifischen Angeboten für diese beiden Konsumententypen bietet das PEPS individuelle Programme an, um einem Rückfall vorzubeugen. Mit diesen Massnahmen wird mit einigem Erfolg versucht, Patienten mit Kokainkonsum besser in die Behandlung einzubinden.

Zahlreiche Fachleute betonten, es sei wichtig, bei den neuen Modellen stärker strukturierte Behandlungssettings anzubieten. Im Bereich der stationären Therapie sollten Kurzzeittherapien und Time-Out-Angebote für Kokainabhängige angeboten werden. Solche Time-Out-Angebote bestehen zum Teil bereits, sollten jedoch möglichst in allen stationären Therapieeinrichtungen angeboten werden. Für Kokainkonsumierende, die sozial noch gut in Arbeit und Familie integriert sind, sollten Kuren während der abstinenter Phase angeboten werden. Neben den Angeboten im ambulanten und im stationären Bereich sollten für die neue Klientel zusätzliche, halb stationäre, halb ambulante Angebote

zur Verfügung stehen, wie etwa Kuren für abstinente ehemals Konsumierende.

Ihre Erfahrungen mit körperzentrierten Psychotherapien stellte Frau Dr. med. Isabelle Gothuey⁷⁵ vor: als begleitende Behandlungsoption zeigten diese positive Resultate in der Therapie von Kokainabhängigen.

Zahlreiche Institutionen haben ihr Angebot um kokainspezifische Behandlungsoptionen und Beratungen erweitert. Darunter die *Fondation Phénix*, das Drop-In Zürich und die Integrierte Psychiatrie Winterthur. 2005 legte eine Gruppe von Zürcher Experten das «Glossar Kokainbehandlungen: Übersicht über den Stand der Behandlungen von kokainbedingten Störungen» vor, das einen Überblick über verschiedene Behandlungsansätze und -optionen gibt. Es resümiert psychotherapeutisch-psychosoziale und pharmakologische Behandlungsansätze mit und solche ohne klaren wissenschaftlichen Wirkungsnachweis. Zudem macht es auf besondere Problemfelder aufmerksam⁷⁶. Eine regelmäßige Aktualisierung und Erweiterung des Glossars in enger Zusammenarbeit mit Fachleuten aus der Praxis ist vorgesehen⁷⁷. Ziel dieses Projektes ist es zunächst, die in der Schweiz eingesetzten Behandlungsoptionen zu erfassen und zu evaluieren. In einem weiteren Schritt sollen daraus Leitlinien für die Behandlung von Kokainabhängigen entwickelt werden.

5.1.2.1 Kokainverschreibung – ja oder nein?

2004 wurde in Fachkreisen und in den Medien mehrfach die Forderung nach wissenschaftlichen Versuchen mit der ärztlichen Verschreibung von Kokain laut. Anlass zur Diskussion gab der Beitrag von Dr. med. Daniel Meili⁷⁸: Er warf die Frage nach den Tabuthemen «kontrollierter Konsum» und «Kontrollierte medizinische Verschreibung» auf und sprach sich für eine Entideologisierung der Kokain-Substitutions-Debatte aus.

⁷¹ Es handelt sich um eine randomisierte, placebo-kontrollierte Studie mit einer Laufzeit von zwölf Wochen. Zum Einsatz von Topiramate in der Anti-Craving-Therapie siehe auch Bobes et al. 2004, Kampman et al. 2004.

⁷² Vgl. Carroll 1998; Gschwend et al. 2002; Hošek 2003; McLellan et al. 1993; Rosenblum et al. 1995.

⁷³ *Service d'abus de Substances* der Universitätskliniken Genf (2004).

⁷⁴ PEPS Genf.

⁷⁵ Oberärztin *Fondation de Nant*, Montreux.

⁷⁶ Stohler et al. 2005.

⁷⁷ Das Glossar steht als Download zur Verfügung unter www.kokainbehandlung.ch

⁷⁸ Chefarzt der Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD) Zürich.

Meili hielt fest, dass Drogenabhängigkeit kein linearer Prozess sei: Phasen des unkontrollierten Konsums wechselten sich oft mit Phasen des kontrollierten Konsums und gar der Abstinenz ab. Substitution stelle den Versuch dar, einen unkontrollierten Konsum in einen kontrollierten zu überführen⁷⁹. Durch die Illegalität und den unkontrollierten Konsum werde die Gefährlichkeit der Substanz potenziert: die ärztliche Verschreibung könne diese Gefährlichkeit um ein Vielfaches senken. Die Kokainverschreibung müsse allerdings beschränkt werden auf spezifische Untergruppen Kokainkonsumierender (sozial integrierte Kokainkonsumierende; reine Kokainisten mit unkontrolliertem Konsum; unkontrollierte Konsumierende mit Mischkonsum; mit Opiatsubstitution Behandelte sowie Personen mit komorbiden Erkrankungen). Entscheidender als die Reduktion der Dosis sei zunächst, den Konsumierenden in einen therapeutischen Rahmen einzubinden und Distanz zur illegalen Szene und deren Gruppendynamik zu schaffen – das schaffe Raum für neue Perspektiven und Entwicklungsschritte und rücke allenfalls auch die Abstinenz in den Bereich des Möglichen. Meili verwies in seinem Beitrag auf die 1994 in der Poliklinik Lifeline im Rahmen der Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Heroin gemachten Erfahrungen mit den Möglichkeiten zur Verschreibung von Kokain⁸⁰. Die Fallzahlen waren jedoch zu klein, um gesicherte Aussagen zur Machbarkeit der ärztlich kontrollierten Kokainverschreibung zu machen⁸¹. Einige der anwesenden Experten betonten, es sei durchaus möglich, mit Patienten unter Kokaineinfluss zu arbeiten. Der Einfluss der therapeutischen Beziehung auf den Konsum der Patienten zeige sich durchaus: häufig konsumierten Patienten nach einer Weile nur noch sporadisch, und es gelänge entgegen der von anderen Fachleuten vertretenen Ansicht recht gut, den Konsum zu kontrollieren.

⁷⁹ Vgl. Auch Schippers & Cramer 2002.

⁸⁰ Zarotti 1994.

⁸¹ Der bestehende Schlussbericht genügt den wissenschaftlichen Ansprüchen nicht. Zwei Drittel der Patienten, die an der Studie teilnahmen, wurden in deren Verlauf ausgeschlossen. Die Studie kann deshalb nicht zu einer fundierten fachlichen Diskussion beitragen.

Allerdings, so betonten Fachleute in der Diskussion, sei eine Kokainverschreibung mit zahlreichen Problemen behaftet: Kokain sei keine ungefährliche Substanz, und die Resultate bisheriger Studien sprächen gegen einen «Feldversuch» und mahnten zur Vorsicht. Zudem seien die anderen Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft⁸². Auch das Bundesamt für Gesundheit ist gegenüber den Forderungen einzelner Suchtfachleute nach einer Kokainverschreibung skeptisch. Es gibt noch zu viele offene Fragen und es gibt andere, Erfolg versprechende, z.B. verhaltenstherapeutische Ansätze, die prioritär geprüft werden müssen und zum Teil bereits geprüft werden. Auch Professor Uchtenhagen bedauerte, dass sich die gegenwärtige Diskussion über Behandlungsoptionen für Kokainabhängige

« [...] etwas zu schnell auf die Kokainverschreibung konzentriert und gar nicht zur Kenntnis nimmt, welche anderen, erprobten Ansätze schon vorhanden sind und inwiefern andere Verfahren, sowohl psychotherapeutische wie medikamentöse, für welche Art von Konsumenten sinnvoll sein könnten. »

Im Gegensatz zu Heroin ist es bei Kokain fraglich, ob bei abhängigen Konsumierenden ein Sättigungsgefühl erreicht werden kann. Die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse sprechen dagegen. Zudem ist die Wirkzeit von Kokain bedeutend kürzer als etwa bei Heroin; deshalb ist es schwierig, die Dosierung zu bestimmen – es ist zumindest zweifelhaft, ob die Verschreibung von Kokain die Patienten von der Gasse fernhalten würde. Hinzu kommt, dass die Einnahme von Kokain zu einer Reihe gravierender Nebenwirkungen und Schädigungen führen kann, die auch bei einer Verschreibung von Kokain auftreten und die Gesundheit von Patienten gefährden können. Auch aus wissenschaftlicher Sicht ist es nicht sinnvoll, die Verschreibung von Kokain zu prüfen, wenn es noch andere Ansätze gibt, die zu wenig erforscht sind. Das Bundesamt für Gesundheit ist bestrebt, alle verfügbaren Möglichkeiten zunächst sorgfältig auszuloten, bevor es einen Ansatz verfolgt, der aufgrund der Wirkungsweise

⁸² Vgl. auch Stohler 2004.

der Substanz problematisch ist und mit hohen Risiken für die Patienten verbunden sein kann⁸³. Zurzeit gibt es weltweit keine guten medizinischen Studien, welche belegen, dass die Verschreibung von Kokain an Abhängige sicher und wirksam ist. Ebenso gibt es in keinem Land mit anerkannter Arzneimittelbehörde eine Zulassung für Kokain mit der Indikation «Substitution von Kokainabhängigen»⁸⁴.

Die Abgabe von Kokain an betäubungsmittelabhängige Personen im Rahmen eines klinischen Versuches ist grundsätzlich denkbar, sofern sämtliche allgemeinen Voraussetzungen für klinische Versuche eingehalten werden. Allerdings bedarf es auch für die Abgabe von Kokain im Rahmen eines klinischen Versuchs zusätzlich einer besonderen kantonalen Bewilligung für die abgebenden Medizinalpersonen⁸⁵.

⁸³ Grundsätzlich gilt jedoch, dass die Verschreibung von Kokain an Suchtkranke keiner Bewilligung des Bundesamtes für Gesundheit bedarf. Die Verschreibung, Abgabe und Verabreichung von Kokain an betäubungsmittelabhängige Personen durch Medizinalpersonen bedarf gemäss Art. 15a Abs. 5 BetmG einer besonderen kantonalen Bewilligung, wofür in der Regel der Kantonsarzt zuständig ist. Hierbei würde es sich um eine einzel-fallweise Bewilligung handeln, d.h., die Medizinalperson würde für jeden einzelnen Patienten eine neue Bewilligung benötigen. Zusätzlich kommt in diesem Zusammenhang der Art. 11 Abs. 1 BetmG zum Tragen: «Die Ärzte und Tierärzte sind verpflichtet, Betäubungsmittel nur in dem Umfang zu verwenden, abzugeben und zu verordnen, wie dies nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften notwendig ist.»

⁸⁴ Im Rahmen eines allfälligen Zulassungsverfahrens für ein Arzneimittel mit dem Wirkstoff Kokain für die Behandlung Kokainabhängiger müssten u. a. klinische Versuche durchgeführt werden. Die Voraussetzungen für die Durchführung von klinischen Versuchen finden sich in Art. 53 ff. des Heilmittelgesetzes (HMG; SR 812.21) und in der Verordnung über klinische Versuche mit Heilmitteln (VKlin; SR 812.214.2). Die zuständige Ethikkommission muss den Versuch befürworten, und die vollumfängliche Entschädigung der Versuchspersonen für allfällige Schäden, die sie im Rahmen des Versuchs erlitten haben, muss gewährleistet sein. Alle klinischen Versuche sind Swissmedic unter Einreichung einer vollständigen Dokumentation zu melden. Sind sämtliche Voraussetzungen erfüllt, wird der klinische Versuch von Swissmedic freigegeben (Art. 15VKlin).

⁸⁵ Gemäss Art. 15a Abs. 5 BetmG. Die Bestimmungen des BetmG sind nämlich gemäss Art. 2 Abs. 1 bis BetmG anwendbar, soweit das Heilmittelgesetz keine oder eine weniger weit gehende Regelung trifft. Die kantonale Bewilligungspflicht für die Abgabe von Kokain an betäubungsmittelabhängige Personen stellt eine solche weiter gehende Regelung dar und ist somit zusätzlich zu den heilmittelrechtlichen Bestimmungen anwendbar. Die Rechtfertigung einer solchen Bewilligungspflicht ergibt sich wiederum aus der Sicherheits- und Kontrollfunktion.

5.1.3 Kokainbeikonsum und opiatgestützte Substitution

Eine Studie zur Erhebung des Behandlungsbedarfs für primär Opiatabhängige im Kanton Tessin⁸⁶ kam zu dem Schluss, dass ca. 500 Personen zu den so genannten nicht integrierten Problempatienten zählten, d.h. ohne Kontakt zum Hilfesystem oder im Hilfesystem, aber ohne ausreichenden Behandlungserfolg. Insbesondere bei dieser Gruppe erwies sich der Kokainbeikonsum als hoch, und die soziale Integration als ausgesprochen schwach.

Die Experten der Suchthilfe Region Basel konstatieren, dass sich bei den ca. 1000 opiatabhängigen Personen, die an einem opiatgestützten Substitutionsprogramm teilnehmen und bei Eintritt häufig Mehrfachkonsum betrieben, mit der Dauer des Substitutionsprogramms eine deutliche Reduktion des Kokainbeikonsums feststellen lässt⁸⁷. Auch im Kanton Waadt wurde anlässlich der zweiten Evaluationsphase für die neuen Projekte im Bereich Drogenhilfe konstatiert, dass die Anzahl derjenigen, die Heroin und Kokain zusammen konsumierten, angestiegen sei; zudem sei der Beikonsum von Kokain unter denjenigen, die eine Methadonbehandlung absolvierten, nicht unbedeutend⁸⁸.

Der Beikonsum von Kokain kann eine opiatgestützte Substitutionstherapie erschweren und deren Erfolg gefährden. Auch kann er somatische und psychische Probleme potenzieren. Nachweisbar ist allerdings der positive Effekt der nicht-pharmakologischen Interventionsstrategien für Langzeitpatienten in der heroingestützten Behandlung auf die Reduktion des Kokainbeikonsums. So belegen Daten aus den Zentren für heroingestützte Behandlung, dass der Anteil der Patienten mit fast täglichem Kokainbeikonsum während des ersten Behandlungsjahres markant abnimmt und im weiteren Verlauf stabil bleibt.

Jean-Dominique Michel warnte allerdings vor den Gefahren, über den Erfolgen, die mit der opiatgestützten Substitution erzielt werden konnten, deren Grenzen zu vergessen:

⁸⁶ Rehm et al. 2003.

⁸⁷ transparent 2/2004: 5.

⁸⁸ Huissod et al. 2001: 8.

« [...] vous savez comme moi que depuis quelques années l'arrivée massive de la cocaïne sur le marché a fait péter le masque à beaucoup d'égards, c'est-à-dire, des gens soi-disant stabilisés ont recommencé à partir dans des comportements complètement destructeurs et compulsifs, et, du coup, ça a créé une interpellation, dont, à mon avis, il faut faire bon usage, c'est-à-dire, pas remettre en cause ce qui a été fait, mais en percevoir les limites. »

5.2 Komorbidität und Doppeldiagnose: Zusätzliche Risikofaktoren

Bei Menschen, die Stimulanzien konsumieren, werden häufig weitere psychiatrische Erkrankungen neben der Substanzabhängigkeit diagnostiziert. Solche Menschen werden unzureichend von bestehenden Versorgungsangeboten aufgefangen. Im Rahmen eines Workshops haben Konferenzteilnehmer den Handlungsbedarf in diesem Bereich erörtert, ausgehend von einer Evaluation der Erfahrungen aus spezialisierten therapeutischen Einrichtungen. Schwierigkeiten bereitet bei Doppeldiagnose-Patienten die Frage, welche Störung – die Suchterkrankung oder die andere diagnostizierte Störung – zuerst da war: So können vorbestehende psychiatrische Störungen zur Entwicklung einer Suchterkrankung beitragen, wenn Substanzen im Sinne einer Selbstmedikation eingesetzt werden. Auf der anderen Seite können aber auch Suchterkrankungen das Auftreten begleitender psychiatrischer Störungen beeinflussen oder hervorrufen, oder das Entstehen von Folgeerkrankungen zeitigen. Hinzu kommen die oft schwierigen Lebensumstände der Abhängigen. Die so entstehenden Mischbilder sind oft schwierig einzuordnen und entsprechend schwer zu therapieren. Bei komorbiden Störungen bestehen gute Heilungschancen; entscheidend, so PD Dr. Rudolf Stohler⁸⁹, sei allerdings das adäquate Verhalten des Therapeuten.

⁸⁹ Leitender Arzt des Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Markus Badertscher, Leiter des «CleaNex» der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern, hob hervor, dass affektive Störungen die häufigste Diagnose bei Kokainabhängigen sei. Studien zeigten, so Badertscher, dass eine prospektiv positive Korrelation bestehe von depressiven Symptomen und späterem pathologischen Suchtmittelkonsum⁹⁰.

5.3 Neue Konsumtrends: Herausforderungen für das Behandlungssystem

Im Workshop «Die neuen Substanzen – Herausforderungen an die Suchttherapie?» wurde der Blick auf die neuen Herausforderungen gerichtet, die veränderte Konsumtrends an das Behandlungssystem stellen. Im Zentrum des Workshops stand die Frage, ob es in der Therapie neuer Ansätze bedarf, um auf die neuen Substanzen und die mit ihrem Konsum verbundenen gesundheitlichen und sozialen Probleme zu reagieren.

Eine zentrale Frage ist auch im Bereich sowohl der ambulanten wie der stationären Therapie die Frage, was getan werden kann, um früh genug zu intervenieren, und so die Erfolgchancen einer Therapie zu erhöhen. Dazu muss zunächst gewährleistet sein, dass die Klientel durch das bestehende Behandlungsangebot auch erreicht wird. Einig waren sich die Konferenzteilnehmer darin, dass es keiner eigentlich neuen Einrichtungen bedarf: allerdings müssten die bestehenden Einrichtungen des Beratungs- und Behandlungssystems befähigt werden, besser auf die Bedürfnisse einer neuen Klientel zu reagieren und den spezifischen, mit dem Designerdrogenkonsum verbundenen Problemlasten Rechnung zu tragen. Dabei muss zwingend auch zwischen den verschiedenen Substanzen unterschieden werden, die unter dem Begriff «Designerdrogen» zusammengefasst werden.

⁹⁰ Vgl. hierzu auch Goodwin et al. 2002, Rounsaville 2004.

Bestehende Therapieplätze müssten besser genutzt und bei Bedarf umgestaltet werden. Auch müssten die Grundversorger verstärkt sensibilisiert und besser geschult werden. Professor Dr. med. Jacques Besson⁹¹ weist den Grundversorgern eine eminent wichtige Rolle im *Screening* und *Staging* der Fragen rund um den Konsum ihrer Patienten zu.



In Lausanne beispielsweise arbeiten die niedergelassenen Mediziner eng mit den Spezialisten des *Centre St-Martin* und mit Sozialarbeitern zusammen, um den jeweiligen Bedürfnissen der Abhängigen möglichst gut entgegenzukommen. Aus diesem Netzwerk heraus entstanden ist das *Collège romand de médecine de l'addiction* (CoRoMA)

In der Regel kann mit Konsumierenden von Designerdrogen primär ambulant, in einem möglichst strukturierten und strukturierenden Rahmen, gearbeitet werden – stationäre Aufenthalte erweisen sich aber zur Bewältigung von Krisen als wichtige Säule im Behandlungsangebot.

Dr. med. Toni Berthel⁹² betonte insbesondere die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit: Für die Behandlung substanzabhängiger Menschen müssen nicht nur die spezifischen Suchtmechanismen, spezifischen Substanzwir-

kungen und -gefahren, sondern auch die psychologischen und sozialen Zusammenhänge bekannt sein. Auf diesem Wissen aufbauend sollten klare Konzepte entwickelt und die Hilfeleistungen koordiniert werden.

Die Konferenzteilnehmer waren sich einig, dass verschiedene Lücken geschlossen werden müssen, damit das Behandlungssystem adäquat auf die Herausforderungen reagieren kann, die im Umgang mit dem Konsum von Kokain und Designerdrogen auf das System zukommen. Handlungsbedarf besteht zu den folgenden Punkten:

- Verbesserung der epidemiologische Datenlage
- Forschung zur Gefährlichkeit der «neuen» Drogen als Grundlage für eine klare Definition der Kriterien, nach welchen der Konsum als problematisch beurteilt werden soll
- Analyse des Therapiebedarfs
- Verbesserung der wissenschaftlichen Evidenz als Grundlage für politische Entscheide
- Behandlungsforschung und -evaluation: Verbesserung der Triage; Entwicklung neuer Behandlungsansätze und Adaption ausländischer Interventionsansätze an Schweizer Verhältnisse

⁹¹ Chefarzt des *Centre St-Martin* und Vizerektor der Universität Lausanne.

⁹² Stellvertretender Chefarzt der Integrierten Psychiatrie Winterthur.

5.4 Therapie – nicht nur eine Frage der Medizin

Einige Konferenzteilnehmer bedauerten, dass die Diskussionen um mögliche Therapieangebote an der Konferenz den Fokus zu stark auf die medizinische Perspektive gelegt haben. Sie waren der Ansicht, dass den anderen Perspektiven der in der Therapie Tätigen zu wenig Raum gegeben worden sei. Denn auch wenn die medizinische Versorgung von Abhängigen ein wichtiger Pfeiler staatlichen Handelns im Umgang mit den bestehenden Problemlasten sei, so sind doch die Leistungen anderer im therapeutischen System Tätiger in gleicher Weise von Bedeutung. Kaum eine medizinische Therapie kann dauerhafte Erfolge zeitigen, wenn sie nicht den ganzen Menschen einbezieht und neben seinen medizinischen Problemen auch Fragen wie Sicherung einer stabilen Wohn- und Arbeitssituation, Klärung allfälliger finanzieller Probleme, die Suche nach allfälligen Ausbildungsmöglichkeiten sowie die Steigerung der autonomen Lebensgestaltung begleitend an die Hand nimmt.

Es waren denn auch niederschwellige Angebote, welche in allen diesen Aspekten begleitende Arbeit leisten, die als erste mit den akuten Problemlasten des zunehmenden Kokainkonsums um die Mitte der 1990er Jahre konfrontiert waren. Auch im Hinblick auf die neue Klientel sind es nicht selten Angebote aus dem nichtmedizinischen Bereich, welche ein Gros der Lasten tragen, die Menschen mit ihrem Konsum entwickeln. Im System der verschiedenen Angebote im Drogenbereich kommt den schadenmindernden Angeboten, wie sie in der Schweiz in den 90er Jahren entwickelt wurden, eine besondere Bedeutung zu.

Schadenminderung

6 Schadenminderung

Die Angebote der Schadenminderung haben vorrangig den Gesundheitsschutz und die soziale Integration des Konsumierenden im Blick: Konsumierenden soll ermöglicht werden, die Phase ihrer Abhängigkeit möglichst ohne bleibende gravierende Schäden zu überleben. In den 1990er Jahren sind diese Angebote mit Blick auf die offenen Drogenszenen schwer abhängiger Heroin- und Kokainkonsumierender in den grossen Schweizer Städten im Sinne einer Überlebenshilfe entstanden. Im Vordergrund stand das Bemühen, weitere mit der Sucht verbundene gesundheitliche Schäden wie die Infektion mit HI-Viren oder Hepatitis C möglichst gering zu halten. Die begleitenden Massnahmen sollen zur sozialen Integration Abhängiger beitragen (Wohnen, Ausbildung und berufliche Wiedereingliederung).

6.1 Risiko HIV- und Hepatitis B- und C-Infektion

Schätzungsweise zwischen 50'000 und 70'000 Personen in der Schweiz sind mit dem Hepatitis C-Virus infiziert, zwischen 20'000 und 30'000 Personen mit dem HI-Virus. Besonders gefährdet durch Infektionen wie Hepatitis C und HIV sind intravenös Drogen Konsumierende, die nicht steriles Injektionsmaterial verwenden⁹³. Aber auch diejenigen Konsumierenden, die Kokain sniffen oder rauchen, tragen ein erhöhtes Infektionsrisiko, da der Kokainkonsum die körpereigene Abwehr schwächt und sich nach einer Infektion die Viren schneller im Körper ausbreiten⁹⁴.

Die Zahl der intravenös Drogen Konsumierenden hat in den letzten Jahren abgenommen, ebenso die Zahl der neuen intravenös Konsumierenden⁹⁵. Problematisch bleiben jedoch das hohe Niveau der Hepatitis C- und B-Infektionen und – wenngleich auch in geringerer Masse – die Zahl der HIV-Infektionen bei Drogenkonsumierenden⁹⁶. Aus diesem

⁹³ Zudem ist die Prognose dieser Konsumentengruppe in der Regel schlechter, da viele neben der intravenös konsumierten Droge einen problematischen Alkoholkonsum aufweisen – damit verbunden steigt das Risiko einer Chronifizierung, wenn sich der Konsument mit dem Hepatitis C-Virus infiziert hat.

⁹⁴ Vgl. auch Hagan, Thiede & Des Jarlais 2005; Nair et al. 2004 ; Roth et al. 2005 ; Tashkin 2004.

⁹⁵ Zobel et al. 2002.

⁹⁶ Hausser 2001: 50; Zobel et al. 2002.

Grund hat das Bundesamt für Gesundheit eine nationale Kampagne zur Verstärkung der Präventionsmassnahmen in diesem Bereich lanciert.⁹⁷

6.2 Sexuell übertragbare Krankheiten

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen kann die Fähigkeit des Menschen beeinträchtigen, die Folgen seines Handelns in Form einer Risikobilanz abzuwägen. Dies gilt nicht nur für Kokain und Designerdrogen, sondern auch für den Alkohol (wie etwa beim Fahren im angetrunkenen Zustand). Kokain und zahlreiche den Designerdrogen zugerechnete Stimulanzien haben eine enthemmende Wirkung und vermitteln gleichzeitig das Gefühl von mehr Selbstvertrauen. Andere, sedierend wirkende Substanzen wie z.B. Gammahydroxybutyrat (GHB) vermindern die körperliche Reaktionsfähigkeit – eine nicht unproblematische Kombination im Hinblick auf mögliche gesundheitliche Risiken. Es steigt nicht nur das Risiko für Unfälle, sondern z.B. auch für die sexuelle Gesundheit.

Die Wirkung der Substanz kann ein besonderes Gefühl der Intensität, Lust oder der sexuellen Leistungsfähigkeit vermitteln, ein Erlebnis, das nicht selten von Konsumenten gesucht wird. So legte Dr. med. Claude Uehlinger vom Psychosozialen Dienst Fribourg am Beispiel eines Patienten dar. Der Betreffende habe zunächst Stereoiden (für eine erhöhte Leistungsfähigkeit beim Sport) konsumiert; inzwischen konsumiere er alle zwei bis drei Wochen Kokain. Oft habe er auch sexuelle Kontakte unter Einfluss von Kokain – er traue sich mehr, und habe das Gefühl, eine bessere Leistung zu erbringen. Neben diesem gesuchten Effekt sinkt jedoch das Risikobewusstsein – und damit oft auch die Fähigkeit und/oder Bereitschaft, sich selbst und den anderen vor möglichen Infektionen zu schützen⁹⁸.

⁹⁷ Zu Hepatitis C in der Schweiz siehe auch www.hepatitis-info.ch und www.hepch.ch, der Link zum gleichnamigen, von der Schweizerischen Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit erstellten, Handbuch Hepatitis: Prävention + Therapie.

⁹⁸ Vgl. dazu auch Colfax et al. 2005; Ladd & Petry 2003.

Mit dem ausgeprägteren sexuellen Risikoverhalten nimmt nicht nur das Risiko einer HIV-Infektion zu, sondern auch das Infektionsrisiko für andere, sexuell übertragbare Krankheiten wie z. B. für Chlamydien, Herpes oder Hepatitis B.

6.3 Gewalt und Randständigkeit: Risiken für die Gesundheit

Erfahrungen von struktureller Gewalt und Ausbeutung sowie persönliche Gewalterfahrungen, die für die meisten Drogenabhängigen, insbesondere für Frauen, zum Alltag gehören, standen im Mittelpunkt der Diskussion im Rahmen des Workshops «Drogenkonsum und Sexwork». Im Zentrum standen dabei insbesondere die Gewalterfahrungen von Männern und Frauen im Sexgewerbe, welche durch ihre Arbeit eine besondere Vulnerabilität für Suchtverhalten entwickeln, und häufig durch soziale Randständigkeit sexueller Ausbeutung und Gewalt ausgesetzt sind.

Martine Baudin und Rosalind Jaquet⁹⁹ erörtern in ihrem Beitrag die komplexen Beziehungen zwischen Drogenkonsum, sexueller Gewalt und Ausbeutung von drogenabhängigen Frauen aus der Perspektive ihrer Erfahrungen im Rahmen diverser niederschwelliger Angebote, in denen sie tätig sind¹⁰⁰. Auslöser für die Prostitution bei Frauen ist in der Regel nicht die Sucht – sondern die Randständigkeit. Die besondere Vulnerabilität von Frauen im Sexgewerbe, so Baudin und Jaquet, habe sehr viel zu tun mit dem Wunsch nach Schutz; die Suchtentwicklung sei häufig Folge der Prostitution und der damit verbundenen Ausbeutungs- und Gewalterfahrungen. Der Zugang zu betroffenen Frauen ist auf der strukturellen Ebene durch die Marktsituation erschwert und auf der individuellen Ebene behindert durch massive Schamgefühle der Frauen, durch ihre Biografie und dadurch, dass sie kaum mehr Zugang zum eigenen Körper haben.

⁹⁹ Mitarbeiterinnen des *Quai 9*, Genf.

¹⁰⁰ Zu den Angeboten im Einzelnen siehe www.premiereligne.ch.

Projekt Male Sex Work

Nicht nur Frauen, sondern auch Männer im Sexgewerbe sind Opfer sexueller Gewalt und/oder Ausbeutung. Ein Projekt im Rahmen der Prävention unter männlichen Sexworkern ist das «Male Sex Work» (MSW) – ein Projekt der Aids-Hilfe Schweiz, welches in grösseren Schweizer Städten durchgeführt wird. Eines der zentralen Ziele des Projekts ist die Förderung des präventiven Verhaltens in Bezug auf Aids sowie andere sexuell übertragbare Krankheiten.

Weitere Informationen zum Projekt unter:
www.malesexwork.ch

6.4 Die Notwendigkeit begleitender sozio-ökonomischer Massnahmen

Die Konferenzteilnehmer waren sich darin einig, dass allfällige therapeutische Massnahmen für Konsumierende von Massnahmen begleitet sein müssen, welche auf den Erhalt oder das erneute Schaffen von sozialer Integration des Individuums abzielen. Dafür braucht es Schutzzräume für Frauen und Männer, eine kontinuierliche soziale Begleitung und langfristige Bemühungen, um Beziehungen aufbauen zu können. Insbesondere im Falle schwer kokainabhängiger Konsumierender mit sozialer Desintegration sind Massnahmen zur Stabilisierung wie die Schaffung einer festen Wohnmöglichkeit, Angebote zur Schaffung von Tagesstruktur und Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung von besonderer Bedeutung. Vor allem im Hinblick auf Letztere unterstrichen die Konferenzteilnehmer den Bedarf an zusätzlichen Angeboten. Sie forderten, Kantone und Beratungsstellen sollten überprüfen, inwiefern sie solcher Angebote bedürfen, und über welche Möglichkeiten sie verfügen, gegebenenfalls solche Angebote innerhalb ihres bereits bestehenden Angebots einzugliedern.

Für Konsumierende von Kokain, aber teilweise auch von Designerdrogen, sind zudem die Frage nach der Abklärung der finanziellen Situation und unterstützende Massnahmen in diesem Bereich oft wichtig, um die soziale Integration des Individuums nachhaltig zu fördern oder eine drohende Desintegration zu verhindern. Im Falle von Kokainabhängigen sind neben den bereits in Deutschland erprobten Kurzbera-

tungen für Kokainabhängige auch Budgetberatungen sowie das Modell von Lohnverwaltungen unter Umständen notwendig und können den Betroffenen dabei helfen, sich zu stabilisieren.

Viele der skizzierten Massnahmen leisten einen wichtigen Beitrag dazu, das Individuum auch psychisch zu entlasten. Insbesondere bei schwer Kokainabhängigen ist der Stress, unter dem sie stehen – sei es durch die stark von Gewalt geprägte Szene «auf der Gasse», sei es durch belastende Begleitumstände des regelmässigen und exzessiven Konsums (Verlust der Wohnung, Verlust des sozialen Netzes, Finanzsorgen) – ein kontinuierlicher Begleiter von Konsumierenden und auch eine der häufigen Ursachen für einen Rückfall.

6.5 Is risk fun? Schadenminderung im Partysetting

Präventionsarbeit im Partysetting ist kaum von der Schadenminderung zu trennen. Die Abgabe von Informationsmaterial zu den Regeln des *safer use* und den Risiken der einzelnen Substanzen, die Beratungsgespräche vor Ort, das Pillentesting oder die Abgabe von Trinkwasser oder Präservativen – sind Tätigkeiten, die zwischen der Sekundärprävention und der Schadenminderung oszillieren.

Die Erfahrungen aus Zürich und Lausanne legen nahe, dass es gerade die niederschwellige, aufsuchende Arbeit ist, die den Zugang zur neuen Klientel der Party- und Clubszene verbessern hilft. Das Labor, so Alexander Bücheli, mache neugierig und rege zum Gespräch an¹⁰¹. Gleichzeitig liefere das Testing wichtige Informationen zur Dosierung und möglichen, nicht erwünschten Stoffen, die in den Proben enthalten seien – gegebenenfalls ein Grund für die betref-

fenden Personen, die zum Testen abgegebene Substanz anschliessend nicht mehr – oder nur noch teilweise – zu konsumieren.

Die Ergebnisse aus einer im Kanton Waadt durchgeführten Studie weisen in diese Richtung: 72% der befragten Ecstasy-Konsumierenden gaben an, ein Pillentesting in Anspruch nehmen zu wollen, sofern es angeboten werde. Die Studie zeigt zudem, dass insbesondere Konsumierende aus dem Techno-Milieu auf Vor-Ort-Angebote der Schadenminderung ansprechen¹⁰². Ähnliche Erfahrungen präsentierte auch der Psychologe Alexander Eggerth¹⁰³ in seinem Beitrag zur «Entwicklung des Konsumverhaltens von Wiener Freizeitkonsumenten und -konsumentinnen».

Zieht man in Betracht, dass es sich bei den Besuchern solcher Anlässe um eine der spezifischen Risikogruppen handelt – problematischer Konsum von meist mehreren Substanzen, jungliches Alter und geringe Kenntnis der *safer-use*-Regeln – sind die Daten zu einem verbesserten Zugang zu dieser Zielgruppe von besonderer Bedeutung.

6.6 Individuelle, aber auch gesellschaftliche Schadenminderung

Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen erweitert in ihrem 2005 erschienenen Bericht «Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen» den Begriff der Schadenminderung¹⁰⁴. Ausgehend von dem Grundsatz, dass Massnahmen der Schadenminderung die Gesundheit der Konsumierenden schützen oder die Gesellschaft von schädlichen Wirkungen entlasten, empfiehlt die Kommission, sowohl die individuelle als auch die gesellschaftliche Schadenminderung seien als Bestandteile der Suchtpolitik von Bund, Kantonen und Gemeinden zu integrieren¹⁰⁵.

¹⁰¹ Dies ist jedoch nur eine der verschiedenen Massnahmen, mit der Streetwork Zürich Präventionsarbeit und Schadenminderung im Club- und Partybereich betreibt: neben verschiedenen Massnahmen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit werden Schulungen für Lehrer, Präventionsfachleute und Clubmitarbeiter angeboten, Multiplikatoren ausgebildet, Roundtables mit Clubbestreibern, der Sanität der Stadt Zürich, dem Amt für Gewerbedelikte und weiteren Akteuren organisiert sowie eine Homepage betrieben, die neben Wissenswerten zu Substanzen auch Informationen zu Testings, *safer use* und Beratungen Online anbietet (www.saferparty.ch).

¹⁰² Chinet et al. 2004.

¹⁰³ Eggerth et al. 2005. Eggerth ist Mitarbeiter des Projekts ChEck iT! des Vereins Wiener Sozialprojekte.

¹⁰⁴ EKDF 2006.

¹⁰⁵ EKDF 2006.



Diese Forderung beinhaltet etwa Massnahmen, um offene Drogen- oder Alkoholszenen zu verhindern, oder das Fahren im angetrunkenen Zustand. Die Empfehlung macht deutlich, wie stark die Bemühungen von Prävention, Schadenminderung und Repression ineinander greifen sollten, um eine wirksame Arbeit im Sinne der gesellschaftlichen Schadenminderung zu leisten.

Um die Zusammenarbeit zwischen Fachleuten des Gesundheitswesens und Vertretern von Polizei und Justiz im Sinne der vier Säulen der Schweizer Drogenpolitik ging es auch in den Diskussionen im Workshop «Kokain und Designerdrogen: Problemlasten für Polizei, Justiz und Gesundheitswesen».

Repression



7 Repression und Kontrolle

Es herrschte weitgehend Konsens unter den Konferenzteilnehmern darüber, dass eine engere Zusammenarbeit zwischen den vier Säulen – Prävention, Therapie, Schadenminderung und Repression zugunsten einer kohärenten und tragfähigen Suchtpolitik vonnöten sei. Insbesondere die Vertreter der Polizei verliehen ihrem Wunsch Ausdruck, nicht allein die Last der Repression zugewiesen zu bekommen – sondern im Sinne einer umfassenden Suchtpolitik auf eine verbesserte inhaltliche Koordination zwischen Polizei und Sozial- und Gesundheitswesen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene zählen zu können. Ebenso wichtig sei die Wertschätzung der in der Repression geleisteten Arbeit durch die in den anderen drei Säulen der Schweizer Drogenpolitik Tätigen.

In den vergangenen Jahren waren hier nennenswerte Fortschritte zu verzeichnen: Dies zeigen die zahlreichen Projekte zur Sicherung des öffentlichen Raumes, die in der Regel auf einer engen Zusammenarbeit zwischen Polizei und Sozialarbeit beruhen. Dies zeigt aber auch die Initiative der Roundtables in Zürich, an denen sich Clubbetreiber, Wirtschaftspolizei, die Sanität der Stadt Zürich und aufsuchende Sozialarbeiter beteiligen, um gemeinsam Sicherheits-, Ordnungs- und Gesundheitsrisiken in der Zürcher Clubszene anzugehen.

Die effiziente Zusammenarbeit von Polizei und Justiz spielt eine entscheidende Rolle für das Greifen gesundheitspolitischer Strategien in den Bereichen Prävention, Therapie und Schadenminderung. Die mit Handel und Konsum von Kokain und Designerdrogen verbundenen Probleme (z.B. Beschaffungskriminalität, Verkehrs- und andere Delikte unter Drogeneinfluss u.a.) stellen an Polizei und Justiz besondere Anforderungen. Die Probleme im Bereich der Repression wurden im Workshop «Kokain und Designerdrogen: Problemlasten für Polizei, Justiz und Gesundheitswesen» evaluiert, und konkrete Schritte diskutiert, diesen Problemen wirksamer zu begegnen.

7.1 Drogenhandel als prioritäres Problem

Dass die Frage der ordnungs- und sicherheitspolitischen Aspekte des Substanzkonsums eine zentrale Frage ist, zeigen auch die Zahlen der Betäubungsmittelstatistik, welche der Dienst für Analyse und Prävention des Bundesamtes für Polizei jährlich publiziert. Im Jahr 2004 wurden zum ersten Mal mehr als 50'000 Verzeigungen wegen Widerhandlungen gegen das Betäubungsmittelgesetz registriert. Dies bedeutet eine Zunahme zum Vorjahr um 7,9%¹⁰⁶.

Die sichergestellte Menge Kokain hat sich zwischen 2003 und 2004 fast verdoppelt (361 kg 2004). Eine ähnlich grosse Menge Kokain wurde zuletzt im Jahr 1997 beschlagnahmt. Aber auch die sichergestellten Mengen von Ecstasy, LSD und Methadon haben zugenommen¹⁰⁷. Sieht man die Verzeigungen wegen Handels nach Betäubungsmittelsorten an, so führt hier der Kokainhandel die Reihe aller Betäubungsmittel an (3482 Verzeigungen), vor Marihuana (2283) und Heroin (1395). Hinsichtlich der Anzahl Verzeigungen wegen Konsums steht Kokain 2004 an zweiter Stelle hinter Marihuana, gefolgt von Haschisch und Heroin¹⁰⁸.

Angaben der *Commission on Narcotic Drugs* zufolge war Kokain 2004 die nach Cannabiskraut und -harz am dritthäufigsten gehandelte Droge weltweit¹⁰⁹. Mit Ausnahme von Deutschland und Italien gaben alle EU-Staaten an, dass die Zahl der Sicherstellungen von Kokain im Zeitraum von 1997 bis 2002 angestiegen ist; auch die Menge des sichergestellten Kokains hat in diesem Zeitraum zugenommen¹¹⁰.

¹⁰⁶ Fedpol 2005.

¹⁰⁷ Fedpol 2005.

¹⁰⁸ Fedpol 2005.

¹⁰⁹ EBDD 2004.

¹¹⁰ EBDD 2004.



Die eigentlichen Probleme, so Esther Maurer, Polizeidirektorin und Stadträtin der Stadt Zürich, stellten sich bei der Bekämpfung des Drogendeals:

« Der Drogenhandel, seine Auswüchse und seine Vernetzungen zu verschiedensten anderen Delikten sind für die Gesellschaft und für die Städte schädlicher und destabilisierender als der Drogenkonsum, auch wenn der Kokainkonsum einzelner Individuen zu teilweise schweren gesundheitlichen Schäden führt und damit unser Gesundheits- und Sozialsystem belastet. »

Marginalisierung und Kriminalisierung von Konsumierenden, so führte auch Peter Cohen aus, führten nicht zu einer Lösung des Problems – ihr Effekt sei gefährlicher als die Substanzen und deren Konsum. Das Ziel, so waren sich die Anwesenden einig, müsse daher nicht die Kriminalisierung der Konsumierenden sein, sondern vorrangig eine Reduktion des Angebots illegaler Substanzen auf dem Schweizer Markt.

Diese Ansicht vertrat auch Dr. Michael Bovens¹¹¹. Er erläuterte, Dealer könnten oft wegen der kleinen Mengen, die sie jeweils bei sich trügen, strafrechtlich nicht verfolgt

¹¹¹ Chef der Sektion Chemie des Wissenschaftlichen Dienstes der Stadtpolizei Zürich.

werden – zudem sei der Handel sehr gut organisiert. Ähnliche Beobachtungen ergänzten Vertreter der Polizei aus der Romandie und anderen Deutschschweizer Städten.

Die Polizei hat in den vergangenen Jahren nicht nur ein starkes Anwachsen des Kokainmarktes beobachtet; die tendenzielle Abnahme des Kokainpreises und die Zunahme des Reinheitsgehaltes wertet sie darüber hinaus als Indizien für die grosse Verfügbarkeit der Substanz in der Schweiz. Gehandelt wird in verschiedenen Szenen: auf der Strasse, in der Party- und Clubszene, im Rotlichtmilieu und in verdeckten, so genannten angepassten Szenen¹¹².

Ein leichtes Schrumpfen des Kokainmarktes im Kanton Genf hingegen stellte Zoltan Gombas¹¹³ für die Zeit von 1999 bis 2003 fest. Im gleichen Zeitraum seien auch die Beschlagnahmungen von Ecstasy und LSD zurückgegangen. Gombas führte allerdings aus, dass dieser Rückgang vor allem die polizeilichen und juristischen Aktivitäten widerspiegeln: Insbesondere im Hinblick auf Ecstasy sei die Strafverfolgung minim (es sei denn, das Bundesgericht werte eine Beschlagnahmung als schweren Fall¹¹⁴).

Gombas erläuterte, dass, seit das Kokain «die Strasse erobert habe» und nicht mehr – wie bis Mitte der 1990er Jahre – vornehmlich in Jet-Set-Kreisen konsumiert werde, und dass die Strafverfolgung aufgrund der angestiegenen Anzahl der Konsumierenden massiv erschwert sei. Aufgrund der Anzahl der Fälle sei man aus Ressourcengründen dazu gezwungen, bei den kleineren Vergehen weniger stark durchzugreifen – auch die Justiz werde der Zunahme der Fälle kaum noch Herr.

Im Kokainhandel aktiv sind sowohl schweizerische, als auch albanische, dominikanische, italienische, libanesische, serbische und südamerikanische Händler. Der Kleinhandel ist zu grossen Teilen in der Hand westafrikanischer Händler, die jedoch nur einen Bruchteil vom Gesamtvolumen des Marktes beanspruchen. Nach Einschätzung des Bundesamtes für Polizei ist zudem mit einem weiteren Wachstum des Kokainmarktes in der Schweiz zu rechnen.¹¹⁵

¹¹² Fedpol 2004b.

¹¹³ Chef der Betäubungsmittelbrigade der Kantonspolizei Genf.

¹¹⁴ Siehe dazu den Bundesgerichtsentscheid 125 IV 90 vom 21. April 1999.

¹¹⁵ Fedpol 2004b.

7.2 Lücken im Gesetz

Aus der Sicht von Dr. Michael Bovens ist insbesondere die Wirksamkeit der heute gültigen Gesetze und Verordnungen im praktischen Alltag unbefriedigend, vor allem im Bereich Designerdrogen: So fehlten Amphetamine im Betäubungsmittelgesetz, wo sie als Derivate umschrieben werden; die im Gesetz aufgeführte, abschliessende Substanzenliste widerspiegeln nicht den realen, illegalen Markt. Daher gilt es, soweit möglich zu verhindern, dass chemische Stoffe für die illegale Herstellung von synthetischen Drogen, den so genannten Designerdrogen, verwendet werden¹¹⁶.

Den Möglichkeiten auf gesetzgeberischer Seite sind jedoch Grenzen gesetzt. Nicht selten sind diejenigen Stoffe, die bei der Herstellung von Designerdrogen zum Einsatz kommen, für legale Herstellungsprozesse in der chemischen Industrie von grosser Bedeutung. Hier gilt es, eine Güterabwägung zu leisten zwischen den Interessen der chemischen Industrie – und ihres Marktes – und dem Interesse, die Gesundheit derjenigen zu schützen, die solche Substanzen illegal konsumieren und dadurch potenziell Schaden nehmen.

Im Hinblick auf eine Verbesserung der gesetzlichen Rahmenbedingungen schlug Bovens folgende Massnahmen vor: alle Stoffe sollen über eine Derivateklausel abgegrenzt werden. Damit könne juristisch vorgegangen werden, ohne vorgängig die toxikologischen Wirkungen des Stoffs bestimmen zu müssen – was zu lange dauerte; eine solche Liste «E» müsse laufend durch Bundesamt für Gesundheit und Bundesamt für Polizei ergänzt werden¹¹⁷. Ferner sollten bei den Bestimmungen zum mengenmässig schweren Fall Metamphetamin und MDMA aufgenommen sowie die Grenzmenge für Amphetamin reduziert werden.

¹¹⁶ Zahlreiche Stoffe, die zur Herstellung von Designerdrogen verwendet werden, finden sich zum einen im Betäubungsmittelgesetz vom 3. Oktober 1951 (BetmG), zum anderen in der «Verordnung über die Vorläuferchemikalien und andere Chemikalien, die zur Herstellung von Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen verwendet werden» (auch: Vorläuferverordnung, VorlV) vom 29. Mai 1996.

¹¹⁷ Eine solche Klausel könnte sich auf Art. 7 des BetmG vom 3. Oktober 1951 stützen.

7.3 Forderung eines Monitoring- und Frühwarnsystems

Wiederkehrende Forderung der versammelten Experten war die Einführung eines flächendeckenden, gesamtschweizerischen Monitoring- und Frühwarnsystems, das allen vier Säulen dient. Ein solches System böte ein griffiges Instrument, um nützliche Informationen über Trends zu liefern und so zu helfen, spezifische Risikogruppen und ihr Konsumverhalten frühzeitig zu erkennen, und um Produktion und Handel illegaler Substanzen wirksamer zu begegnen.

Besonders intensiv wurde diese Frage in einem der angebotenen Workshops diskutiert. Die Workshop-Teilnehmer wogen zunächst den Nutzen eines nationalen Frühwarnsystems gegen die damit verbundenen Kosten ab: Ist der Aufwand gerechtfertigt, wenn man die relative Grösse der Population der Konsumenten von Designerdrogen bedenkt? Während einige Teilnehmer die Meinung vertraten, ein Frühwarnsystem könne nie mit der Realität Schritt halten, waren andere davon überzeugt, dass ein solches System zur Reduktion von Morbiditätsraten und zur Prävention im Allgemeinen beitragen könne.

Die Frage, welche Anforderungen sich an ein Frühwarnsystem stellen, und welche Modelle es bereits gibt, waren Gegenstand des Beitrages von Frank Zobel¹¹⁸. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit hat das IUMSP verschiedene Frühwarnsysteme im Drogenbereich analysiert im Hinblick auf eine mögliche Implementierung in der Schweiz¹¹⁹. Gegenwärtig ist es schwierig, neue Substanzen oder Konsumformen vor deren grösserer Verbreitung aufzuspüren (Ziel eines Substanzmonitorings). Ähnliches gilt auch für die Milieus, in denen neue Substanzen oder Konsumformen auftauchen (Verhaltens- und Kontextmonitoring); entsprechende Untersuchungen werden alle vier bis fünf Jahre durchgeführt, was den Informationsprozess stark verlangsamt. Der Nutzen eines Frühwarnsystems besteht unter anderem darin, neue Substanzen und Konsumformen zu

¹¹⁸ *Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP)*, Lausanne.

¹¹⁹ Zobel & Arnaud 2002.

identifizieren und deren mögliche Wirkungen einer ersten Evaluation zu unterziehen, um dann eine schnelle Antwort auf Trends zu bieten.

Um neue Substanzen und Trends schnell aufzuspüren, regte Zobel in seinen Ausführungen an, zurückzugreifen auf z.B. qualitative Untersuchungen in diversen Milieus, auf lokale Daten (Polizei, Gesundheitsbehörden) oder auf Scheinkäufe von Substanzen zu Analysezwecken. Die so erhaltenen Daten könnten, so Zobel, von Expertengruppen analysiert werden, und sollten in einer zentralen Datenbank greifbar sein, um Resultate möglichst schnell verbreiten zu können.

Für Dr. Christian Zingg¹²⁰ ist die Notwendigkeit eines Monitoring- und eines Frühwarnsystems im Bereich von Designerdrogen aus polizeilicher Sicht deshalb gross, da Produktion, Handel und Konsum dieser Substanzen – im Gegensatz zu anderen Betäubungsmitteln – einen besonders dynamischen Prozess darstellten. Polizei, Untersuchungs- und Gesundheitsbehörden seien auf ein Monitoring bzw. auf eine systematische Analyse der Designerdrogen gleichermaßen angewiesen. Zingg verwies darauf, dass regionale Monitoring-Projekte insbesondere für Ecstasy-Tabletten Erfolg versprechende Resultate erzielt haben.

Die Workshopteilnehmer diskutierten weitere Anregungen für die Umsetzung eines solchen Systems; sie kamen dabei zu folgenden Schlüssen:

- eine verstärkte Zusammenarbeit mit Personen aus den verschiedenen Szenen (nicht nur der Partyszene) kann wertvoll sein für die Informationsgewinnung;
- Institutionen mit Leistungsverträgen könnten als «Seismographen» fungieren;
- die Validierung der gesammelten Daten sollte durch eine Expertenkommission erfolgen.

Die Einrichtung eines nationalen Frühwarnsystems sowie eines Systems zum Substanzmonitoring wird gegenwärtig nicht angestrebt. Der Aufbau solcher Systeme auf nationaler Ebene ist mit beträchtlichen Kosten verbunden; realistischer erscheint die Beteiligung an Systemen und Modellen, die bereits in Europa etabliert wurden, und auf welche die Schweiz durch die Schengener Abkommen auch Zugriff hat. Koordination, Vernetzung und Austausch auf nationaler Ebene sind dabei zentrale Schritte in die erwünschte Richtung – die möglichst schnelle Reaktion auf neue Substanzen und neue Konsummuster. Die Frage, welche Massnahmen in diesem konkreten Zusammenhang zu treffen sind, ist derzeit Gegenstand von Abklärungen des Bundesamtes für Gesundheit.

Gleichzeitig zeigen Initiativen wie das erste, vom Contact Netz organisierte Expertentreffen vom 31. März 2005, dass ein Bedürfnis nach der Einrichtung eines schweizweiten Frühwarn- und Monitoringsystems besteht. In Ermangelung eines solchen Systems wurden an dem oben genannten Treffen Arbeitsgruppen konstituiert, die sich mit der Schaffung eines Schweizerischen Kompetenznetzes im Bereich illegaler Substanzen befassten, um die Möglichkeiten und Grenzen eines solchen Netzwerkes auszuloten.

Neben dem von vielen Seiten geforderten Frühwarnsystem sowie der Einrichtung eines regelmässigen Substanz- und Konsumverhaltensmonitorings in der Schweiz, wurden im Rahmen der Konferenz jedoch noch zahlreiche weitere Anliegen formuliert, die vor allem auf den bestehenden Forschungsbedarf im Hinblick auf den Umgang mit Kokain und Designerdrogen verwiesen.

¹²⁰ Wissenschaftlicher Dienst der Stadtpolizei Zürich.

Forschung

8 Forschung

Fachreferate und Workshops haben aufgezeigt, dass die Datengrundlage für die Bestimmung des tatsächlichen Ausmasses des Konsums von Kokain und Designerdrogen in der Schweiz lückenhaft ist. Zudem müssen verschiedene Aspekte des Konsums von Designerdrogen und Kokain näher erforscht werden. Während z.B. gut erforscht ist, welche gesundheitlichen Folgen der Kokainkonsum haben kann, ist die Langzeitwirkung von MDMA erst ansatzweise bekannt. PD Dr. med. Franz Vollenweider¹²¹ präsentierte den aktuellen Stand der MDMA-Forschung. Er zeigte auf, dass bezüglich der Langzeitwirkung von MDMA ein dringender Forschungsbedarf besteht. In Tierstudien ist nachweisbar, dass Ecstasy neurotoxische Veränderungen bewirkt. Ob der chronische Konsum auch beim Menschen zu Gehirnschäden führt, insbesondere im Bereich von Lernen und Gedächtnis, ist jedoch noch unklar. Darüber, ob sich die betroffene Gehirnregionen nach ein paar Jahren erholen oder ob Ecstasy-Konsumierende im Alter Spätfolgen zeigen, kann bislang nur spekuliert werden.

Auch hinsichtlich der Entwicklung und Evaluation von Therapien – sowohl für Kokainkonsumierende als auch für Konsumierende von Designerdrogen – besteht Forschungsbedarf. Es existieren bereits einige randomisierte, kontrollierte Studien zur pharmakologischen Behandlung Kokainabhängiger. Wünschenswert wären Meta-Analysen der bestehenden Studien, um Aussagen zur Frage zu machen, welche Therapien sich bewährt haben oder – gegebenenfalls in Kombination mit anderen – bei welchen Patienten sinnvoll sind. Zu vertiefen wären Studien im Gefolge vorhergehender Studien z.B. im Falle des Einsatzes von Disulfiram. Eine 2004 veröffentlichte, placebo-kontrollierte Doppelblind-Studie (Laufzeit: 12 Wochen) ergab, dass der Einsatz von Disulfiram mit begleitenden, kognitiv-verhaltenstherapeutischen Massnahmen den Kokainkonsum von Kokainabhängigen signifikant reduzierte, am ausgeprägtesten bei Patienten ohne Alkoholprobleme¹²². Für den Einsatz von Disulfiram in der Therapie von Kokainabhängigen wäre jedoch weitere



Forschung vonnöten, die sich jedoch bereits auf die Erkenntnisse der genannten Studie stützen könnte.

Die Entwicklung neuer therapeutischer Ansätze für die Behandlung von Menschen, die von Designerdrogen abhängig sind, sollte vorangetrieben werden. Einige Überlegungen, in welche Richtungen solche Ansätze entwickelt werden sollten, wurden an der Konferenz bereits angedeutet (vgl. dazu «Therapie und Behandlungsoptionen»).

Nicht jeder Konsum jeder Substanz ist jedoch gleich gefährlich. Eine mehrfach an der Konferenz aufgeworfene Forderung ist diejenige nach vermehrter Erforschung der Frage, welche Schutz- und welche Risikofaktoren einen Konsum gefährlich respektive weniger gefährlich werden lassen. Obgleich verschiedene Schutz- und Risikofaktoren bereits bekannt seien, fehle es noch immer an Wissen, z.B. zu geschlechtsspezifischen Aspekten. Ebenso fehlen weitere Erkenntnisse über die Rahmenumstände, welche einen Ausstieg aus der Sucht begünstigten. Auch über die Kompetenzen, die Konsumierende benötigen, damit ihr Konsum nicht problematisch wird, oder damit sie aus dem problematischen Konsum wieder herausfinden, wissen wir bislang zu wenig. Hier wären Längsschnittstudien von Vorteil, die Aufschlüsse geben können nicht nur über die Entwicklung der Konsumkarrieren, sondern insbesondere auch über die Faktoren, die eine Rolle für den positiven Verlauf einer solchen spielen.

¹²¹ Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

¹²² Carroll et al. 2004.

Neben Erkenntnissen dazu, welche Ressourcen Menschen mobilisieren können müssen, um keine – nennenswerten – Probleme mit dem Konsum zu entwickeln bzw. den Ausstieg aus der Sucht besser zu bewältigen, sind eine Reihe von Forschungen wünschenswert, die uns mehr wissen lassen über die verschiedenen Konsumentengruppen und deren spezifische Profile und Konsumgewohnheiten. Nach wie vor wissen wir zu wenig über die so genannten «neuen Konsumierenden», über ihre Konsummuster, und auch über die Settings, in denen konsumiert wird. Hier wären qualitative Studien aus soziologischer oder ethnologischer Perspektive hilfreich, um aufgrund systematischer Analysen Wege zu entwickeln, die einen verbesserten Zugang zu diesen Gruppen erlauben und die Erfolgchancen der Präventionsarbeit in diesen Zielgruppen erhöhen. Ähnliches gilt auch für die Situation von Menschen mit Migrationshintergrund, die Suchtprobleme aufweisen – auch hier ist der Zugang von Präventionsfachleuten meist begrenzt, und qualitative Studien über Konsumentenprofile, Konsummuster und -präferenzen sowie -settings könnten wertvolle Informationen für die Gestaltung wirksamer Präventionsarbeit liefern. Hinweise, inwieweit das Geschlecht bei den erwähnten Gruppen eine Rolle spielt und bei der Behandlung miteinbezogen werden muss, fehlen ebenfalls.

Forschungen in der Neurobiologie haben zahlreiche neue Erkenntnisse über die Ursachen und Entstehung, sowie über die Entwicklung von Suchtverhalten liefern können. Allerdings sind hier weitere Forschungen vonnöten; auch für den Transfer der wissenschaftlichen Erkenntnisse muss systematisch gesorgt werden. In dieser Wissensvermittlung kommt dem Bund eine entscheidende Rolle zu. Die Konferenzteilnehmer verliehen dem Wunsch Ausdruck, dass das Bundesamt für Gesundheit wissenschaftliche Erkenntnisse schneller und systematischer interessierten Kreisen zugänglich mache.

Wenngleich im Rahmen des Schweizer Modells der vier Säulen in der Drogenpolitik viel geleistet worden ist, so fehlt es auch hier an weiterer Forschungsarbeit; es fehlt an einer Evaluation der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren der vier Säulen, um daraus wertvolle Erkenntnisse zu gewinnen, wo diese Zusammenarbeit bereits gut funktioniert,

welche Bereiche ausgebaut werden müssten zugunsten eines verbesserten Funktionierens der vier Säulen, und in welchen Bereichen Synergien noch nutzbar gemacht werden können.

Eine verstärkte Durchlässigkeit und ein verbessertes Zusammenspiel der vier Säulen ist auch Ausgangspunkt der Überlegungen der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen: in ihrem Bericht «Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen» entwickelt die Kommission ein neues, erweitertes Modell der Vier Säulen der Schweizer Drogenpolitik, das durch die Erweiterung neu die Form eines Würfels erhält¹²³. Damit legt die Kommission ein Prüfmodell vor, das zum Ziel eine kohärente und nachvollziehbare Politik aller psychoaktiver Substanzen – inklusive Tabak und Alkohol – hat.

Neben den genannten Aspekten existieren zahlreiche weitere, wünschenswerte Forschungsfelder; aber nicht nur die Forschung selbst, sondern vor allem auch der Transfer der gewonnenen Erkenntnisse war ein zentraler Aspekt in den Diskussionen an der Konferenz. Überlegungen zum Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis und von Erfahrungswissen in die Wissenschaft wurden besonders intensiv diskutiert im Workshop «Kokain und Designerdrogen: Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung von Suchtfachleuten».

¹²³ EKDF 2006.

Weiterbildung

9 Weiterbildung

« Global beurteilt die Weltgesundheitsorganisation die Zukunft der Suchtgefährdung, im Rahmen der Gefährdung unserer psychischen Gesundheit überhaupt, am meisten beeinflusst durch ökonomische Globalisierung und zunehmende Armut. Menschen mit Bedrohungsgefühlen, ohne ausreichende soziale Sicherheit, werden in diese Falle tapen. Das ist die Prognose der Weltgesundheitsorganisation. Und der wichtigste Faktor, den sie dabei identifiziert haben, ist wiederum ein Mangel an Bildungschancen, um Zukunftschancen zu haben.

Wenn man das hört, dann weiss man, [...] dass wir da noch ein gutes Stück Arbeit vor uns haben, [...] dass wir Suchtspezialisten mit diesem Problem allein nicht fertig werden. Und die ersten grossen Versuche in Amerika kommen schon zu uns mit der Botschaft: wenn man nicht das gesamte Gesundheitssystem einbezieht, wenn man nicht die gesamten Sozialsysteme mit einbezieht, um mit Menschen umgehen zu können, die ein Substanzkonsum-Problem haben, werden wir keine Chance haben, wir werden uns immer nur hintendrein mit denen beschäftigen, die am schlimmsten dran sind. Und das ist die grosse Herausforderung für die Weiterbildung der Zukunft. »

Prof. Dr. Ambros Uchtenhagen

Die gegenwärtigen Aus- und Weiterbildungsangebote bezüglich der Problematik des Designerdrogen- und Kokainkonsums wurden im Workshop «Kokain und Designerdrogen: Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung von Suchtfachleuten» einer kritischen Prüfung unterzogen. Die Teilnehmer des Workshops hielten fest, dass Massnahmen zur Weiterbildung hinsichtlich Kokain und Designerdrogen sehr wünschenswert seien. Allerdings sei gut zu überlegen, welche Art von Weiterbildung für welches Segment anzubieten ist.

Das «Förderprogramm Weiterbildung im Suchtbereich»

Das Programm, entwickelt von der ExpertInnenkommission für Weiterbildung im Suchtbereich im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, hat primär die Förderung professioneller Berufsausübung der Suchtfachleute zum Ziel. Das Zielpublikum der Weiterbildungsangebote sind aber nicht nur hauptberuflich im Suchtbereich Tätige, sondern auch von der Suchtproblematik punktuell Betroffene (z.B. Pflegebereich, Polizei) sowie Freiwillige, die nichtberuflich im Suchtbereich arbeiten. Mit dem Förderprogramm werden u.a. das suchtspezifische Wissen vertieft, die Interdisziplinarität verstärkt und die professionelle Berufsausübung gefördert. Es werden drei Angebotstypen unterschieden: Kurse, praxisnahe Angebote und Curricula.

Mehr Informationen zu den Angeboten der EWS unter: www.ews-cfd.ch

9.1 Anforderungen an die Weiterbildung

Generell ist das Wissen über wirksame Interventionen im Bereich Kokain und Designerdrogen – aber auch im Hinblick auf den an Bedeutung mehr und mehr zunehmenden Mischkonsum von psychoaktiven Substanzen – noch ungenügend. Dies gilt auch für spezifische Aspekte wie pharmakologisches und neurobiologisches Wissen über die Substanzen, effiziente und effektive Präventionsmöglichkeiten (insbesondere bei der so genannten «neuen» Klientel), Konsumentenprofile, die Indikationsprozesse bei der Therapie, Therapiemöglichkeiten und -besonderheiten, Gesundheitsrisiken (insbesondere des *compassionate use*), Möglichkeiten der Nachbehandlung nach dem Entzug, den Umgang mit jugendlichen Konsumierenden mit fehlendem oder mangelndem Problembewusstsein, oder den Umgang mit aggressiven, Kokain konsumierenden Klienten – um einige Beispiele zu nennen. Der reale Bedarf an Weiterbildung müsse, so die Teilnehmer des Workshops, regelmässig im Feld erhoben und geplant werden.

Für Jakob Huber¹²⁴ muss die Weiterbildung als Instrument zur Aufarbeitung dieser Wissensdefizite in Zukunft eine zentrale Rolle einnehmen. Die Workshopteilnehmer teilten diese Meinung: der Wissenstransfer auf verschiedenen Ebenen – und die horizontale wie vertikale Durchlässigkeit dieses Transfers sollte gefördert werden, z.B. mittels eines nationalen Netzwerks, aber auch über Internet oder Auskunftstelefon. Notwendig sei auch eine intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Viviane Prats¹²⁵ hielt fest, dass der Freizeitkonsum in der Partyszene neue Anforderungen an die Weiterbildungsangebote im Suchtbereich stelle. Bislang, so Prats, wisse man zu wenig über die neuen Konsumenten, das Setting, Konsumformen und -muster. Sie hob die Bedeutung von soziologischer und ethnologischer Expertise hervor, um diese Kenntnisse über die neuen Konsumkontexte und -formen zu vertiefen.

Prats forderte, neben Angeboten für Vertreter aus allen vier Säulen der Schweizer Drogenpolitik sollten sich die Angebote vermehrt auch an nicht direkt im Suchtbereich Tätige wenden – neben Allgemeinpraktikern auch an Vertreter aus Freiwilligenorganisationen im Partybereich (wie etwa *Prevtech*¹²⁶ oder *Aware Dance Culture*¹²⁷). Diese unterschiedlichen Adressaten für Weiterbildungsangebote, so Prats, haben jedoch auch sehr unterschiedliche Bedürfnisse – vielen könne jedoch mit einem Weiterbildungsangebot «à la carte» gedient werden.

Die ExpertInnenkommission für Weiterbildung im Suchtbereich des Bundesamtes für Gesundheit hat mit ihren Weiterbildungsangeboten bereits jetzt den gegenwärtigen Tendenzen Rechnung getragen und Weiterbildungen zu Mischkonsum und der Behandlung von Kokainabhängigen für Ärzte angeboten.

9.2 Offene Fragen: Umgang mit Abhängigkeit und Gewalt

Eines der gemeinsamen Probleme von Angeboten aus dem Bereich der Therapie und Schadenminderung kam an der Konferenz in den verschiedensten Zusammenhängen immer wieder zur Sprache: Die Ratlosigkeit der in der Suchthilfe Tätigen gegenüber gewaltbereiten Klienten, vornehmlich unter Einfluss von Kokain. Der Zugang zu dieser Klientel sei sowohl in der Soziotherapie, als auch in der Psychotherapie durch die potenzielle Aggression der Patienten gegen Therapierende erschwert – auch die Effizienz der Therapie leide in solchen Situationen. Die in der Suchthilfe Tätigen hoben die Belastung hervor, die dieses Phänomen für ihre Angebote bedeute, und forderten Orientierungshilfen und Unterstützungsmassnahmen von Seiten des Bundes, um besser damit umzugehen zu lernen.

¹²⁴ Präsident der ExpertInnenkommission für Weiterbildung im Suchtbereich und Geschäftsleiter des Contact Netz Bern.

¹²⁵ Wissenschaftliche Mitarbeiterin des *Rel'ier*, Lausanne, und Präsidentin des *Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies* (GREAT).

¹²⁶ www.prevtech.ch

¹²⁷ www.awaredance.ch

9.3 Anpassungen sind notwendig – Austausch auch



Um adäquate Behandlungsmodelle entwickeln zu können, so waren sich die Anwesenden einig, bedarf es nicht nur des verstärkten Engagements in der Forschung – zentral ist vor allem auch der Austausch darüber, was in der Praxis bereits gemacht wird, welche Interventionen sich als sinnvoll erwiesen haben, und welche Interventionen mit welchen Klienten bzw. in welchen Situationen und Kontexten funktionieren. Der Austausch über das Praxis- und Erfahrungswissen, um voneinander zu lernen und gemeinsam auf veränderte Situationen reagieren zu können, war eines der grössten Anliegen der Konferenzteilnehmer. Gleichzeitig müsse eine permanente Reflexion über das erworbene Praxiswissen erfolgen. Immer wieder wurde dabei auch der Bund angesprochen: Diesen Austausch zu fördern, Plattformen zu schaffen und für den Transfer des Wissens und die Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Ebenen Sorge zu tragen, sei eine der wichtigsten Aufgaben des Bundes, derer er sich in der Zukunft verstärkt annehmen müsse. Insbesondere im Hinblick auf die Grundversorger, so zahlreiche Konferenzteilnehmer, müsse sichergestellt werden, dass die Therapiegrundlagen allgemein zugänglich seien und ausreichend suchtspezifische Weiterbildungen angeboten werden. Denn niedergelassene Ärzte sind meist nicht auf Suchtfragen spezialisiert, aber die ersten, die von Patienten kontaktiert werden, wenn diese ein Problem mit ihrem

Konsum entwickeln. Eine ähnliche Schlüsselfunktion, wenngleich auch zu Teilen für eine andere Klientel, besitzen Lehrer, für die ebenfalls spezifische Weiterbildungen angeboten werden sollten, um sie für die Suchtproblematik zu sensibilisieren und ihnen Fachinformationen zu vermitteln.

Die Workshopteilnehmer waren sich einig, dass in der Organisation solcher Angebote auch den regionalen Fachstellen und regionalen sowie überregionalen Netzwerken eine besondere Bedeutung zukommt. Im Bereich der Weiterbildung wegweisend sind die vorhandenen Netzwerke in der Romandie: Westschweizer Suchtmediziner haben sich mit dem «Collège Romand de Médecine de l'Addiction» (CoRoMA)¹²⁸, unter anderem zum Ziel gesetzt, den Wissenstransfer zwischen im Suchtbereich tätigen Ärzten und niedergelassenen, nicht spezialisierten Ärzten zu erleichtern und zu fördern. Auch die von der «Fédération Romande des Organismes de Formation dans le Domaine des Dépendances» (fordd) angebotenen Weiterbildungen im Suchtbereich tragen wesentlich zur hohen Qualität der Weiterbildung im Suchtbereich bei. Von diesen Netzwerken zu profitieren und zu lernen, gehört zu den vom Bundesamt für Gesundheit geförderten und propagierten Möglichkeiten der Weiterbildung und des Austauschs im Suchtbereich.

¹²⁸ www.romandieaddiction.ch

9.4 Die Politik ist gefordert

Ein klarer politischer Wille ist eine wesentliche Voraussetzung für eine innovative Drogenpolitik. Verschiedentlich wurde an der Konferenz der Hoffnung Ausdruck gegeben, dass der Nationalrat einer Revision des Betäubungsmittelgesetzes am 14. Juni 2004 zustimmen werde. Diesem Anliegen verliehen auch die Teilnehmer des Roundtable-Gesprächs am zweiten Konferenztag Ausdruck: Nationalrat Felix Gutzwiller (FDP), Stadträtin Esther Maurer (SP)¹²⁹, Nationalrätin Anne-Catherine Menétrey-Savary (Grüne), und die beiden Suchtexperten Dr. med. Robert Hämmig¹³⁰ und Dr. med. Carlo Caflisch¹³¹ diskutierten über die Herausforderungen, vor die uns der Umgang mit dem Kokain- und Designerdrogenkonsum die vier Säulen – Prävention, Therapie, Schadenminderung und Repression stellt.

Die vier Anwesenden vertraten ähnlich wie Nationalrätin Christa Markwalder (FDP) in ihrem Beitrag die Ansicht, dass es in erster Linie klarer Entscheide in der Politik bedürfe. Um die Suchtproblematik auf individueller, gesellschaftlicher und politischer Ebene wirksam angehen zu können, sei es wichtig, sich zu lösen vom Blick auf einzelne Suchtmittel und dafür den Menschen mit seinem Suchtproblem in den Mittelpunkt zu stellen. Gefragt sind Lösungen, die auf einer wissenschaftlich fundierten, pragmatischen und nachvollziehbaren Suchtpolitik beruhen¹³².

Die Weiterentwicklung der Drogenpolitik zu einer kohärenten Suchtpolitik wäre auch der verschiedentlich geforderten gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik förderlich.

Die Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen ist wissenschaftlich und fachlich kaum zu begründen. Würde bei der Zuordnung zu legalen und illegalen Substanzen auf die mit dem Konsum verbundenen Problemlasten und Aus-

wirkungen auf die öffentliche Gesundheit abgestellt, wäre es folgerichtig, den Konsum von Tabak und Alkohol zu kriminalisieren. Das rückt gleichzeitig die Frage ins Zentrum, unter welchen Umständen der Staat die individuelle Freiheit begrenzen darf. Dies ist letztlich eine philosophische Frage, für die es im wissenschaftlichen Sinne keine «richtige» oder «falsche», sondern nur eine politische Antwort gibt.

Mit dem zweiten Nichteintretensentscheid des Nationalrates vom 14. Juni 2004 ist ein suchtpolitisches Vakuum entstanden, das offen lässt, in welche Richtung es drogenpolitisch weitergehen soll. Es besteht die Hoffnung, dass die von einer überparteilichen Gruppierung initiierte Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes dazu beitragen kann, die drogenpolitische Diskussion wieder zu intensivieren und das Bekenntnis zu einer pragmatischen, innovativen Drogenpolitik zu bekräftigen. Besondere Bedeutung hat dabei das Anliegen von mehr Kohärenz der politischen Massnahmen im Suchtbereich.

¹²⁹ Präsidentin des Nationalen Drogenausschusses NDA.

¹³⁰ Leiter des Integrierten Drogendienstes, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern und Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM.

¹³¹ Drop-In I, Zürich.

¹³² Vgl. die Empfehlungen der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen EKDF zum künftigen Umgang mit psychoaktiven Substanzen in der Schweiz (EKDF 2006).

Fazit

10 Fazit

« Es geht uns darum, zu verhindern, dass Menschen, aus welchen Gründen auch immer sie in den Kokain- oder Designerdrogen-Konsum einsteigen, nicht auf diesem Wege tiefer in die Sucht geraten und sich am Schluss ein so schwerwiegendes, allenfalls sogar tödliches Suchtverhalten etabliert hat, dass es zu einem menschlichen, aber auch gesellschaftlichen Drama werden kann. »

Prof. Thomas Zeltner, Direktor BAG

Mit der Nationalen Designerdrogen- und Kokainkonferenz hat das Bundesamt für Gesundheit auf Anregung des Nationalen Drogenausschusses eine Plattform für die Auseinandersetzung mit der zunehmenden und äusserst komplexen Problematik des Konsums von Kokain und Designerdrogen geschaffen.

Die Konferenzteilnehmer waren sich darin einig, dass der Kokain- und Designerdrogenkonsum gemessen an den Problemlasten, die mit dem Alkohol- und Tabakkonsum verbunden sind, derzeit nicht zu den dringendsten Problemen der öffentlichen Gesundheit zählen. Die insgesamt steigende Tendenz und die zunehmende Verbreitung des Konsums dieser Drogen vor allem unter Jugendlichen machen jedoch deutlich, dass erheblicher Handlungsbedarf besteht.

Eine spezielle Herausforderung stellt die Behandlung von Kokainabhängigen dar. Es gibt eine ganze Reihe von Behandlungsansätzen, deren Potential aber wegen der noch mangelhaften Koordination und Vernetzung nicht ausgeschöpft werden kann. Defizite bestehen auch in der Forschung, das heisst insbesondere in der Epidemiologie und der Evaluation der gegenwärtigen Therapieansätze. Obwohl es eine ganze Reihe vielversprechender Behandlungsansätze für Kokainabhängige gibt, bedarf es – so der Tenor unter den Konferenzteilnehmern – der Systematisierung und Integration der verschiedenen Ansätze, um Synergien zu nutzen und adäquat auf Veränderungen in der Drogen- und Suchtproblematik reagieren zu können.

Designerdrogen werden in der Schweiz gegenwärtig in geringerem Ausmass konsumiert als Kokain. Für spezifische Risikogruppen kann dieser Konsum jedoch zu erheblichen Problemen führen. Die Langzeitwirkungen des Konsums sind zu wenig bekannt. Auch hier bedarf es der Forschung.

Die vom Bundesamt für Gesundheit im Hinblick auf die Konferenz in der Broschüre «Kokain und Designerdrogen» dokumentierten Empfehlungen wurden von den Referenten und Konferenzteilnehmern grundsätzlich begrüsst. Sie werden dem Bundesamt für Gesundheit auch weiterhin als Grundlage für die geplanten und teilweise bereits eingeleiteten Massnahmen im Umgang mit dem Problem des Kokain- und Designerdrogenkonsums dienen.

Unter den Teilnehmern der Konferenz bestand ein Konsens darüber, dass es keines gross angelegten Massnahmenpaketes im Bereich Designerdrogen und Kokain bedürfe. Gefordert sind stattdessen gezielte Massnahmen, welche die bestehenden Angebote und Strukturen befähigen, sich auf neue Konsumtrends und -muster auszurichten; die Einrichtungen müssen flexibler und schneller auf neue Konsummuster und auf Veränderungen im Konsumverhalten reagieren können.

Einigkeit bestand auch darin, dass nachhaltige Veränderungen nur durch das koordinierte Zusammenspiel aller Kräfte auf den Ebenen Bund, Kantone, Gemeinden und Fachleuten erzielt werden können. Während Kantone, Gemeinden und Fachinstitutionen vor allem für die Umsetzung der Massnahmen verantwortlich sind, ist der Bund vor allem gefordert in Bezug auf die

- Koordination und Vernetzung
- Grundlagenbeschaffung
- Förderung der Innovation
- Weiterbildung
- Qualitätssicherung

Die in diesem Zusammenhang geäusserten Anliegen waren zahlreich. Immer war jedoch auch klar, dass mit Blick auf die angespannte Ressourcenlage auf allen Ebenen klare Prioritäten gesetzt werden müssen.

Massnahmen



11 Kokain und Designerdrogen – Massnahmen des Bundesamtes für Gesundheit

Ausgehend von den Ergebnissen der Konferenz und den bestehenden Grundlagen hat sich das Bundesamt für Gesundheit für die im Folgenden skizzierten Massnahmen entschieden:

11.1 Gegenwärtige Prioritäten

Unter Berücksichtigung der wissenschaftlich evidenten Problemlasten setzt das Bundesamt für Gesundheit im Suchtbereich seine Prioritäten gegenwärtig in erster Linie beim Tabak und beim Alkohol. Im Zusammenhang mit der Problematik des Konsums von Kokain- und Designerdrogen werden die Grundlagenbeschaffung, der Wissenstransfer, die Koordination und Vernetzung sowie die Innovationsförderung im Vordergrund stehen.

11.1.1 Grundlagenbeschaffung

An der Konferenz wurde deutlich, dass insbesondere hinsichtlich Behandlungsmöglichkeiten von Kokainabhängigen zusätzlicher Handlungsbedarf besteht. Das Bundesamt für Gesundheit plant, in den Jahren 2006–2008 sein Engagement in Bezug auf die Erarbeitung von Grundlagen zur Behandlung der Kokainabhängigkeit zu verstärken.

Es ist vorgesehen, das Zürcher Projekt zur Evaluation der bestehenden Therapiemodelle und -erfahrungen in der Behandlung von Kokainabhängigen zu unterstützen. Im Rahmen des Projektes soll das nationale und international vorhandene Wissen zu wirksamen Therapieansätzen sowie bestehende Erfahrungen erfasst, systematisiert, evaluiert und weiterentwickelt werden. Die regelmässige Aufdatierung eines «Glossars zur Behandlung kokainbedingter Störungen» soll dazu beitragen, den Wissenstransfer unter medizinischen und psycho- sowie sozialtherapeutischen Spezialisten, und zwischen Spezialisten und niedergelassenen Ärzten mit kokainabhängigen Patienten zu verbessern. Damit sollen Grundlagen für das mittelfristige Ziel der Entwicklung von Behandlungsempfehlungen bei Kokainabhängigkeit geschaffen werden.

Ebenfalls ist geplant, die Lausanner Studie zur Wirksamkeit von Topiramaten zur Verringerung des Kokainkonsums bei Patienten in Methadonbehandlung zu unterstützen. Die Ergebnisse der Studie zum Einsatz von Ritalin und kognitiv-

behavioraler Therapie zur Reduktion des Kokainkonsums von Patienten in heroingestützter Behandlung werden voraussichtlich im Frühjahr 2006 vorliegen. Allfällige weitere Massnahmen bleiben vorbehalten.

Im Rahmen seiner Möglichkeiten ist das Bundesamt für Gesundheit bestrebt, die Systematisierung des vorhandenen Wissens zu Konsumkontexten, -mustern und -formen sowie zu den Langzeitschäden des Konsums von Designerdrogen an die Hand zu nehmen.

Fortführen wird das Bundesamt für Gesundheit die Abklärungen der Voraussetzungen für ein Substanz- und Angebotsmonitoring.

11.1.2 Wissenstransfer

Die kontinuierliche Information von Suchtfachleuten sowie von nicht auf Suchtfragen spezialisierten Ärzten über die in der Schweiz bestehenden Behandlungsmöglichkeiten bei Kokainabhängigkeit soll gefördert werden. Geplant ist zudem ein *Reader's Digest* zu neuen Therapieformen.

In der Schweiz bestehen bereits Netzwerke, die einen Wissenstransfer von Fachleuten zu Grundversorgern zum Ziel haben. Das Bundesamt für Gesundheit wird diese Netzwerke verstärkt unterstützen, um den Wissenstransfer betreffend die Behandlung von Kokainabhängigkeit zu fördern.

Die Konferenzteilnehmer stimmten darin überein, dass im Feld Weiterbildungsbedarf im Hinblick auf Kokainkonsum und die ihn begleitenden Probleme besteht. Diesem Anliegen soll im Rahmen des Mandates der ExpertInnenkommission Weiterbildung im Suchtbereich (EWS) Rechnung getragen werden.

Wünschenswert, aber gegenwärtig nicht prioritär ist die Systematisierung des vorhandenen Wissens zu Konsumkontexten, -mustern und -formen sowie zu den Langzeitschäden des Konsums von Designerdrogen.

11.1.3 Vernetzung und Koordination

Für die Verstärkung der Vernetzung von Fachleuten, Institutionen und Behörden auf nationaler Ebene werden Mittel des von der KOSTE/FASD im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit verwalteten Impuls- und Entwicklungsfonds eingesetzt.

Dies gilt insbesondere für die Bereiche der Therapie und Schadenminderung, in welchen die Vernetzung von Fachleuten gefördert werden wird, mit dem Ziel, Wissen und Erfahrungen zu *best practices* auszutauschen, zu evaluieren und gemeinsam weiter zu entwickeln. Dabei sollen auch die bestehenden Fachgremien und Austauschplattformen von Behörden sowie zwischen Behörden und Experten genutzt werden.

Mit regional und national ausgerichteten Veranstaltungen zu den Problemlasten und gegenwärtigen Lösungsansätzen soll der Austausch zwischen den Kantonen und Städten gefördert und damit die Voraussetzungen für mehr Kohärenz im Umgang mit der Kokain- und Designerdrogenproblematik geschaffen werden.

Ausgehend von der evidenten Tendenz zum Mischkonsum, bzw. zum Gebrauch verschiedenster legalen (Alkohol und Tabak) wie illegalen psychoaktiven Substanzen wird das Bundesamt für Gesundheit die Koordination bzw. die Integration der verschiedenen, substanzspezifischen Programme und Massnahmenpakete des Bundes im Rahmen eines Leitbildes Sucht anstreben.

Mit dem gleichen Ziel sollen die drei suchtspezifischen eidgenössischen Kommissionen in ihrem Bestreben nach einer Intensivierung der Zusammenarbeit unterstützt werden. In diesem Zusammenhang kommt dem von der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF) in ihrem jüngsten Bericht vorgeschlagenen, erweiterten Modell der drogenpolitischen vier Säulen eine wegweisende Bedeutung zu (EKDF 2006).

11.1.4 Innovationsförderung

Das bestehende Beratungs- und Behandlungsangebot hat sich bisher grundsätzlich bewährt. Das in den 1990er Jahren aufgebaute Angebot ist jedoch vornehmlich auf die Problemlasten Opiatkonsumierender ausgerichtet. Viele Strukturen und Institutionen haben ihr Angebot bereits im Rahmen ihrer Möglichkeiten an die veränderte Problemlage angepasst. Der Aufbau völlig neuer Dienstleistungen und Angebotsstrukturen ist nicht notwendig. Ziel der vom Bundesamt für Gesundheit angestrebten Innovationsförderung ist es, Institutionen und Strukturen zu befähigen, möglichst schnell und flexibel auf neue Trends reagieren zu können. Für die Finanzierung entsprechender Projekte werden Mittel des Impuls- und Entwicklungsfonds der KOSTE/FASD bereitgestellt.

Die an der Konferenz geäusserte Forderung von Präventionsfachleuten nach einer Weiterentwicklung der zielgruppenspezifischen und substanzspezifischen Präventionsansätze wird vom Bundesamtes für Gesundheit mittels eines verstärkten Engagements im Bereich der Sekundärprävention (Früherfassung und Früherkennung) wahrgenommen.

Referenzen

12 Referenzen

- BAG 2004a: Kokain und Designerdrogen. Thesenpapiere des Bundesamtes für Gesundheit zur Nationalen Designerdrogen- und Kokainkonferenz. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- BAG 2004b: Designerdrogen. Ein Grundlagenpapier des Bundesamtes für Gesundheit zur Nationalen Designerdrogen- und Kokainkonferenz. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG).
- Bieleman, B, A. Díaz, G. Merlo & Ch. D. Kaplan (Hg.) 1993: Lines Across Europe. Nature and Extend of Cocaine Use in Barcelona, Rotterdam and Turin. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bobes, J., J. E. Carreño, C. E. Gutiérrez, G. I. San Narciso, M. J. Antuna, T. Díaz, J. J. Fernández, A. Cerceda, C. E. Álvarez, P. Marina, M. García-García 2004: Estudio de la efectividad del control del craving con topiramato por dependencia de sustancias. *Actas Españolas de Psiquiatría* 32 (5):299–306.
- BFS 2003: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS 2005: BFS Aktuell. Freizeitgestaltung in der Schweiz. Die Situation im Jahr 2003. Kultur, Informationsgesellschaft, Sport 16. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS & SFA 2003: Ambulante Suchtberatung 2001. Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich. Gesundheit 14. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- BFS & SFA 2004: Ambulante Suchtberatung 2002. Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich. Gesundheit 14. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS).
- Büttner, J.-M. 2003: Kontrapunkt: No risk, no fun – oder: von der Steigerung der Dosis. *laut&leise. Magazin der Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich*, 3: 3.
- Carroll, K. M. 1998: A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. *Therapy Manuals for Drug Addiction* 1. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Carroll, K. M., L. R. Fenton, S. A. Ball, C. Nich, T. L. Frankforter, J. Shi & B. J. Rounsaville 2004: Efficacy of Disulfiram and Cognitive Behavior Therapy in Cocaine-Dependent Outpatients. A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry* 61 (3): 264–272.
- Chinet, L., M. Bernard, P. Stéphan & A. Rubin 2004: Enquête en milieu techno: profils de consommation, prise de risque et accès à l'aide. *Dépendances* 22: 16–20.
- Colfax, G, T. J. Coates, M. J. Husnik, Y. Huang, S. Buchbinder, B. Koblin, M. Chesney & E. Vittinghoff 2005: Longitudinal patterns of methamphetamine, popper (amyl nitrite), and cocaine use and high-risk sexual behavior among a cohort of san francisco men who have sex with men. *Journal of Urban Health* 82 (1, Suppl. 1): i62–i70.
- Dahinden, J., C. Delli & W. Grisenti 2004: Nationale Machbarkeitsstudie Projektmodell «Migration und Sucht». Schlussbericht. Neuchâtel: Swiss Forum for Migration and Population Studies SFM.
- Daumann, J., G. Hensen, B. Thimm, M. Rezk, B. Till & E. Gouzoulis-Mayfrank 2004: Self-reported psychopathological symptoms in recreational ecstasy (MDMA) users are mainly associated with regular cannabis use: further evidence from a combined cross-sectional/longitudinal investigation. *Psychopharmacology* 173 (3–4): 398–404.
- Decorte, T. 2000: The Taming of Cocaine. Cocaine Use in European and American Cities. Brussels: VUB University Press.
- Delgrande Jordan, M. 2005: act-info im stationären Alkohol- und Medikamentenbereich. Ergebnisse der KlientInnenbefragung 2004. Deskriptive Statistik. Lausanne: SFA/ISPA.
- De Preux, E., F. Dubois-Arber & F. Zobel 2004. Current trends in illegal drug use and drug related health problems in Switzerland. *Swiss Medical Weekly* 21/22: 313–321.
- Domenig, D. 2001: Migration, Drogen, transkulturelle Kompetenz. Bern: Verlag Hans Huber.
- Eggerth, A., M. Keller-Ressel, S. Lachout & R. Schmid 2005: Konsumtypen bei Freizeitdrogenkonsumenten in Österreich. *Sucht* 51 (2): 88–96.
- EKDF (Eidgenössische Kommission für Drogenfragen) 2006: Von der Politik der illegalen Drogen zur Politik der psychoaktiven Substanzen. Bern: Verlag Hans Huber.
- EBDD 2004: Jahresbericht 2004: Stand der Drogenproblematik in der Europäischen Union und in Norwegen. Lissabon: Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).
- EMCDDA 2000: Mapping available information on social exclusion and drugs, focussing on «minorities» across 15 EU Member States. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- Fabian, C. & L. Guggenbühl 2000: Suchtprävention mit Risikogruppen. Theoretische Grundlagen, Projektbeschreibungen, Wege von der Theorie zur Praxis. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung (ISF) Nr. 107. Zürich: ISF.
- Fallu, J.-S., J. Rehm & S. Zähringer 2004: Recension des écrits sur les drogues de synthèse en Europe avec un regard de plus près en Suisse et ses pays voisins: pharmacologie, prévalence, profils, facteurs de risque, méfaits et prévention. Rapport de recherche No. 177. Zurich: Institut de recherche sur les addictions.
- Fedpol 2004a: Schweizerische Betäubungsmittelstatistik. Bern: Bundesamt für Polizei (Fedpol), Dienst für Analyse und Prävention.
- Fedpol 2004b: Bericht innere Sicherheit Schweiz 2003. Bern: Bundesamt für Polizei (Fedpol), EJPD.
- Fedpol 2005: Schweizerische Betäubungsmittelstatistik. Bern: Bundesamt für Polizei (Fedpol), Dienst für Analyse und Prävention.
- Fondation neuchâteloise pour la prévention et le traitement des addictions 2003: CAPPT Fleurier, CENEA La Chaux-de-Fonds, Le Locle, Neuchâtel, CPTTMN La Chaux-de-Fonds, Drop-In Neuchâtel.
- Frank, D. A., M. Augustyn, W. Grant Knight, T. Pell & B. Zuckerman 2001: Growth, Development, and Behavior in Early Childhood Following Prenatal Cocaine Exposure. A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association* 28 (285, 12): 1613–1625.

- Goodwin, R. D., D. A. Stayner, M. J. Chinman, P. Wu, J. K. Tebes & L. Davidson 2002: The relationship between anxiety and substance use disorders among individuals with severe affective disorders. *Comprehensive Psychiatry* 43 (4): 245–252.
- Gruppo Abele, TNI – IECAH & UNICRI 2003: Synthetic Drugs Trafficking in Three European Cities: Major Trends and the Involvement of Organised Crime. Final Report. Turin: Gruppo Abele.
- Gschwend, P., S. Eschmann, F. Güttinger, S. Rey-Riek, J. Rehm & A. Uchtenhagen 2002: Konsum von Kokain vor, in und nach der heroingestützten Behandlung in der Schweiz. *Suchttherapie* 3: 8–12.
- Güttinger, F. & J. Rehm 2005: Konsummuster bei verschiedenen Gruppen von Kokaingebrauchern in Zürich: Implikationen für das Drogenhilfesystem. *Sucht* 51 (4): 225–232.
- Hänni, C. 1998: Im Spannungsfeld zwischen Arzneimittel und Rauschgift. Zur Geschichte der Betäubungsmittelgesetzgebung in der Schweiz. Veröffentlichungen der Schweizerischen Gesellschaft für Geschichte der Pharmazie, Bd. 19. Bern: SGGP/SSHP.
- Hagan, H., H. Thiede & D. C. Des Jarlais 2005: HIV/hepatitis C virus co-infection in drug users: risk behavior and prevention. *AIDS* 19, Suppl. 3: 199–207.
- Hausser, D. 2001: Politique drogue à Genève. Bilan 1999–2000 et perspectives à l'horizon 2005. Rapport de recherche No. 153. Lausanne: Institut de recherche sur l'environnement construit, Département d'architecture, Ecole polytechnique fédérale de Lausanne.
- Hošek, M. 2003: Psychosoziale Betreuung von schwer Drogenabhängigen: Beitrag der sozialen Arbeit zum Ergebnis der heroingestützten Behandlung (HeGeBe). Dissertation. König.
- Huissod, T., P. Morency, S. Samitca, F. Benninghoff, R. Geense, V. Dupertuis-dit-Neveu, J.-P. Gervasoni & F. Dubois-Arber 2001: Résumé: Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud. Deuxième phase d'évaluation 1998–2000. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive (Raisons de Santé, 63).
- Ladd, G. T. & N. M. Petry 2003: Antisocial personality in treatment-seeking cocaine abusers: Psychosocial functioning and HIV risk. *Journal of Substance Abuse Treatment* 24 (4): 323–330.
- Kampman, K. M., H. Pettinati, K. G. Lynch, C. Dackis, T. Sparkman, C. Weigley & C. P. O'Brien 2004: A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 75 (3): 233–240.
- Khantzian, E. J. 1983: An extreme case of cocaine dependence and marked improvement with methylphenidate treatment. Case Report. *American Journal of Psychiatry* 140 (6): 784–785.
- Khantzian, E. J., F. Gawin, H. D. Kleber & C. E. Riordan 1984: Methylphenidate treatment of cocaine dependence: a preliminary report. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1 (2): 107–112.
- KOFOS [Koordinationsstelle des FOS] (Hg.) 2001: Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie im Jahr 2000. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung, Nr. 119. Zürich: Institut für Suchtforschung.
- Koordinationsstelle act-info-FOS (Hg.) 2004: Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2003. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung, Nr. 180. Zürich: Institut für Suchtforschung.
- Koordinationsstelle act-info-FOS (Hg.) 2005: Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2004. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung, Nr. 196. Zürich: Institut für Suchtforschung.
- Levin, F. R., S. M. Evans, D. M. McDowell & H. D. Kleber 1998: Methylphenidate treatment for cocaine abusers with adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry* 59 (6): 300–305.
- Maag, V. 2003: Epidemiology of the use and abuse of illegal drugs and medical drugs – Switzerland in the European context. *Therapeutische Umschau* 16 (6): 309–312.
- McLellan A. T., I. O. Arndt, D. S. Metzger, G. E. Woody & C. P. O'Brien 1993: The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment. *Journal of the American Medical Association* 269: 1953–1959.
- Nair, M. P., S. A. Schwartz, S. D. Mahajan, C. Tsiao, R. P. Chawda, R. Whitney, B. B. Don Sykes & R. Hewitt 2004: Drug abuse and neuropathogenesis of HIV infection: role of DC-SIGN and IDO. *Journal of Neuroimmunology* 157 (1–2): 56–60.
- Narring, F., A. Tschumper, L. Inderwildi Bonivento, A. Jeannin, V. Addor, A. Bütikofer, J.-C. Suris, C. Diserens, F. Alsaker, P.-A. Michaud 2004: Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20-Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004 (Raisons de santé, 95b).
- Prinzleve, M., C. Haasen & «CocaineEU»-Studiengruppe 2005: Kokainhydrochlorid und Crack: Ein Vergleich zwischen Kokainkonsumgruppen ohne intravenösen und ohne Opioidkonsum. *Sucht* 51 (4): 209–216.
- Rehm, J., R. Lengler, H. Bolliger, A. Uchtenhagen & B. Fischer 2003: Erhebung des Behandlungsbedarfes für Personen mit primären Opioidproblemen im Kanton Tessin. Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 162. Zürich: ISF.
- Rosenblum, A., S. Magura, J. Foote, M. Palij, L. Handelsman, M. Lovejoy & B. Stimmel 1995: Treatment Intensity and Reduction in Drug Use for Cocaine-Dependent Methadone Patients: A Dose-Response Relationship. *Journal of Psychoactive Drugs* 27 (2): 151–159.
- Roth, M. D., K. M. Whittaker, R. Choi, D. P. Tashkin & G. C. Baldwin 2005: Cocaine and {sigma}-1 receptors modulate HIV infection, chemokine receptors, and the HPA axis in the huPBL-SCID model. *Journal of Leukocyte Biology* 4: 1198–1203.
- Rounsaville, B. J. 2004: Treatment of cocaine dependence and depression. *Biological Psychiatry* 15, 56 (10): 803–809.
- Sanitätsdepartement, Polizei- und Militärdepartement, Justizdepartement Kanton Basel-Stadt 2001: Struktur und Problemfelder der aktuellen Drogenpolitik. Interdepartementaler Bericht der beteiligten Departemente (SD [ff], PMD, JD) über die institutionelle Verankerung der Vier-Säulen-Politik im Kanton Basel-Stadt z. Hd. Der Regierungsrätlichen Delegation für Suchtfragen vom 17. Oktober 2001.

Schmid, H., M. Delgrande Jordan, E. N. Kuntsche & H. Kuendig 2003: Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Ausgewählte Ergebnisse einer Studie, durchgeführt unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Forschungsbericht Nr. 39. Lausanne: SFA/ISPA.

Schippers, G. M. & E. Cramer 2002: Kontrollierter Gebrauch von Heroin und Kokain. *Suchttherapie* 3: 71–80.

SFA 1997: Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994–1996. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA/ISPA.

SFA 2004a: Zahlen & Fakten. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA/ISPA.

SFA 2004b: Soziale Kosten des Alkoholmissbrauchs in der Schweiz. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA/ISPA.

Sofuoglu, M. & T. R. Kosten 2005: Novel approaches to the treatment of cocaine addiction. *CNS Drugs* 19 (1): 13–25.

Somoza, E. C. T. M. Winhusen, T. P. Bridge, J. P. Rotrosen, D. G. Vanderburg, J. M. Harrer, J. P. Mezinskis, M. A. Montgomery, D. A. Ciraulo, L. R. Wulsin, J. A. Barrett 2004: An open-label pilot study of methylphenidate in the treatment of cocaine dependent patients with adult attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Addictive Diseases* 23 (1): 77–92.

Spinatsch, M. 2004: Eine neue Suchtpolitik für die Schweiz? Grundlagen und Materialien für eine verstärkte Integration der suchtpolitischen Aktivitäten des Bundes. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Stohler, R. 2004: Behandlung von Kokainabhängigen mit Kokain – bisherige Erfahrungen. http://www.infoset.ch/de/dokumente/2004_08_kokainsubstitution.pdf

Stohler, R., T. Berthel, M. Herzig, P. Burkhard, T. Meyer, M. Olgjati, D. Meili & B. Sprenger 2005: Glossar Kokainbehandlungen: Übersicht über den Stand der Behandlungen von kokainbedingten Störungen. www.kokainbehandlung.ch

Streetwork Zürich 2003: Prävention und Pillentesting an Zürcher Parties 2001–2003. Zürich: Ambulante Drogenhilfe, Sozialdepartement der Stadt Zürich.

Tashkin, D. P. 2004: Evidence implicating cocaine as a possible risk factor for HIV infection. *Journal of Neuroimmunology* 147 (1–2): 26–27.

Transparent: Die Hauszeitung der Suchthilfe Region Basel. November 2004/02.

Uchtenhagen, A. 2005: Nicht Fremdheit, sondern Randständigkeit ist das Problem. *laut & leise. Magazin der Stellen für Suchtprävention im Kanton Zürich*, 3: 5–7.

Zarotti, G. 1994: Pilotversuch mit Cocain-Base-Zigaretten: Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Projekt Lifeline, Poliklinik für diversifizierte Verschreibung von Betäubungsmitteln, Soziale Dienste der Stadt Zürich. Unveröffentlichtes Manuskript.

Zobel, F. & S. Arnaud 2002: Un système d'alerte pour les drogues illégales. Raisons de santé 79. Lausanne: Hospices cantonaux – DUMSC.

Zobel, F., R. Thomas, S. Arnaud, E. de Preux, T. Ramstein, B. Spencer, A. Jeanin, F. Dubois-Arber et al. 2002: Evaluation globale du Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro). Quatrième rapport de synthèse 1999–2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive



Teilnehmer



Nationale Designerdrogen- und Kokainkonferenz 3./4. Juni 2004

Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Stand: 3./4. Juni 2004)

| Name | Vorname | Funktion | Institution | Ort |
|---------------------------|--------------|--|--|------------|
| Aemmer | Petra | Stv. Projektleiterin | Bundesamt für Gesundheit, Fachstelle für Migration und Gesundheit | Bern |
| Aliesch | M. Berry | Suchtberater | Suchthilfe Region Basel, Aussenwohngruppe Stadtlärm | Basel |
| Allemann | Daniel | Laborant | Kantonsapothekeramts, Pharmazeutisches Kontrolllabor | Bern |
| Antoniazzy | Marie | Sozialpädagogin | RELEASE Centre d'accueil et de prévention | Fribourg |
| Aragon | Marcelo | Projektleiter | RELEASE Centre d'accueil et de prévention | Fribourg |
| Arnaud | Sophie | Forschungsbeauftragte | Institut Médecine Sociale et Préventive IUMSP | Lausanne |
| Bachmann | Alwin | Projektmitarbeiter Pilot P | Streetwork, Aware Dance Culture | Biel |
| Badertscher, med. pract. | Markus | Oberarzt, Leiter CleaNex | Universitäre Psychiatrische Dienste, CleaNex | Bern |
| Bähr | Felicia | | Arxhof | Niederdorf |
| Baltiger | Brigitte | | Amt für Lebensmittelkontrolle und Veterinärwesen, Kontrollstelle für Arzneimittel | Schaan |
| Bamert | Herbert | Beauftragter für Suchtfragen | Amt für Gesundheitsvorsorge | St. Gallen |
| Barman | Jean-Daniel | Generalsekretär LVT | Ligue valaisanne contre les toxicomanies LVT | Sion |
| Batzli | Stefan | | cR Kommunikation Bern AG | Bern |
| Baudin | Martine | Koordinatorin | Groupe Sida Genève, Quai 9, espace d'accueil et d'injection | Genève |
| Beaud | Jean-Charles | Sozialpädagoge | RELEASE Centre d'accueil et de prévention | Fribourg |
| Bendel-Zraggen, lic. phil | Heidi | Beauftragte für Suchtfragen | Kantonsärztlicher Dienst | Luzern |
| Benedikt | Arnold | | SD Basel-Stadt, Gesundheitsdienste, Fachstelle Suchtfragen | Basel |
| Berger | Kurt | Regionalleiter | ContactThun Oberland | Thun |
| Berset | Christel | Projektbeauftragte | Bundesamt für Gesundheit, Nationale Gesundheitspolitik Schweiz | Bern |
| Berthel, Dr. med. | Toni | Stv. Chefarzt | Integrierte Psychiatrie Winterthur - ipw | Winterthur |
| Bertoli | Luigi | | DROP-IN Biel | Biel |
| Besson, Prof. Dr. med. | Jacques | Vizektor Universität Lausanne; Chefarzt Centre Saint-Martin | Centre Saint-Martin, Division d'abus de substances (DAS) | Lausanne |
| Biedermann | Antonia | Präsidentin | VEV DAJ Verband der Eltern- und Angehörigenvereinigung Drogenabhängiger | Bolligen |
| Bitterli | Max | Sozialarbeiter | Methadontherapiezentrum des Contact Netz | Bern |
| Blaser, Dr. med. | Marie-Claude | | CAPTT | Fleurier |
| Blättler | Richard | | Ambulante Drogenhilfe der Stadt Zürich | Zürich |
| Bodenschatz | Caroline | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel | Bern |
| Bolliger | Oliver | Sozialarbeiter HFS | Beratungsstelle Drop-In SRB | Basel |
| Bona | Angela | Studentin | HSG St. Gallen | Zürich |
| Bösch | Adrian | | Drop in Basel | Basel |
| Boudier | Bruno | Direktor | Fondation Bartimée | Grandson |

| Name | Vorname | Funktion | Institution | Ort |
|---------------------|------------|---|--|-----------------------|
| Bovens, Dr. | Michael G. | Sektionschef Chemie | Stadtpolizei Zürich, Wissenschaftlicher Dienst | Zürich |
| Brahier | Jean-Marc | IPA | Police Cantonale JU | Délémont |
| Brand | Madeleine | Sozialpädagogin | Argos | Thônex |
| Brenner, Dr. | Daniel | Stv. Kantonsarzt, Sektionschef | Gesundheitsdepartement, Kantonsärztlicher Dienst | Aarau |
| Broers, Dr. med. | Barbara | Leitende Ärztin | Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de Médecine Communautaire | Genève |
| Broggi | Patrizio | Direktor | Centro Residenziale a Medio Termine CRMT | Gerra Piano |
| Brönnimann | Fritz | Projektverantwortlicher Migration | Contact Netz Bern | Bern |
| Bruderer | Roger | | Polikliniken Lifeline + Crossline | Zürich |
| Brüderlin | Ruth | | Redaktion Facts, Ressort Gesellschaft, Redaktion Abhängigkeiten | Zürich |
| Brügger | Adrian | Student | | Fribourg |
| Brunold | Herbert | Stellvertretender Leiter | Bundesamt für Gesundheit, Kompetenzzentrum für Evaluation (CCE) | Liebfeld |
| Bücheli | Alex | SA FH | Ambulante Drogenhilfe der Stadt Zürich, Streetwork | Zürich |
| Büechi | Martin | Leiter Sektion Grundlagen und Forschung | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Grundlagen und Forschung | Bern |
| Burkhard | Peter | Gesamtleiter | «Die Alternative» – Verein für umfassende Suchttherapie | Ottenbach |
| Bürki, Dr. med. | Christoph | | KODA kontrollierte Drogenabgabe | Bern |
| Buschan | Christian | Kommissär, Leiter Psychologischer Fachdienst | Bundesamt für Polizei Fedpol, Stab | Bern |
| Buser | Tobias | Sachbearbeiter für Drogenfragen | Direktion für Soziale Sicherheit der Stadt Bern | Bern |
| Cachelin | Paul-André | Suchtberater | DROP-IN | Neuchâtel |
| Cafilisch | Jürg | Betriebsleiter | Poliklinik ZOKL 2 | Zürich |
| Cafilisch, Dr. med. | Carlo | | Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Drop-in I | Zürich |
| Castra | Umberto | Projektleiter Migration und Sucht | Contact Netz Bern | Bern |
| Chanson | Luc | Oberinspektor | Police de Sûreté vaudoise - Etat de Vaud | Lausanne |
| Chinet | Léonie | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | SUPEA Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent | Lausanne |
| Christen Fernandes | Adelheid | Fachpsychologin FSP | Unikat Balsthal | Balsthal |
| Christinet | Natalie | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Rel'ier Prévention des toxicomanies | Lausanne |
| Cohen, Ph D | Peter | Direktor | Centre for Drug Research (CEDRO) | Amsterdam |
| Corpataux | Yves | Chef der Betäubungsmittel- brigade | Police Cantonale Fribourg | Fribourg |
| Coste | Jean-Marie | | DROP-IN | Neuchâtel |
| Cotting | Marcel | Direktor | Centre de Prévention et de traitement de la toxicomanie CPTT | La Chaux- de-Fonds |

| Name | Vorname | Funktion | Institution | Ort |
|----------------------------|----------------|--|--|---------------------|
| Croquette-Krokar, Dr. med. | Marina | Chefärztin a.i. | Hôpitaux Universitaires de Genève, Service d'abus de Substances | Genève |
| Cueni | Christa | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Rechtsbereich 4 | Bern |
| De Giorgi | Agnès | Sozialpädagogin | REALEASE Centre d'accueil et de prévention | Fribourg |
| Déglon, Dr. med. | Jean-Jacques | Chefarzt/Direktor | Fondation Phénix | Chêne- Bougeries |
| Del Curto | Petra | Beauftragte für Suchtprävention und Gesundheitserziehung | Service de la santé publique | Fribourg |
| Demierre, Dr | Georgers | Kantonsarzt | Direction de la santé publique et des affaires sociales | Fribourg |
| Derron | Stéphan | | Fraktionsbüro E-Fraktion | Bern |
| Dietrich | Nicolas | | KOSTE Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich | Bern |
| Dolezal, Dr. med. | Brigitte | Assistenzärztin | Methadon Therapiezentrum MeTz | Bern |
| Dombrowski | Daniela | Abteilungsleitung Gesundheitsförderung | Pro Juventute | Zürich |
| Dubach, Dr. med. | Amparo | | KODA kontrollierte Drogenabgabe | Bern |
| Ducret | Emmanuel | | Groupe Sida Genève | Genève |
| Duft | Manuela | FH Sozialpädagogin | Suchtberatungsstelle Wil | Wil |
| Dupertuis | Valérie | | Rel'ier Prévention des toxicomanies | Lausanne |
| Eckmann | Franziska | | KOSTE Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich | Bern |
| Eggenberger | Christina | Wissenschaftlicher Mitarbeiterin | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Grundlagen und Forschung | Bern |
| Eggerth, Mag. | Alexander | | Verein Wiener Sozialprojekte | Wien |
| Eggmann | Felix | | Psychiatrische Klinik Will, Entzugs-Therapiestation 08/3 | Will |
| Egli | Thomas | Wissenschaftlicher Mitarbeiter | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Drogen | Bern |
| Eich | Dorothea | Sozialarbeiterin | Suchthilfe AVS, Bezirk Zofingen | Zofingen |
| Eichler | Michael | | Kantonale Psychiatrische Klinik Herisau, Psychiatrischer Dienst | Herisau |
| Eisenring | Karl | | Arxhof | Niederdorf |
| Engler | Hanspeter | Supervisor | Suchthilfe Region Basel, Aussenwohngruppe Stadtlärm | Basel |
| Ernst, lic. phil. | Marie-Louise | Beauftragte zur Förderung gendergerechter Arbeit im Suchtbereich | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Drogen | Kaufdorf |
| Fahrenkrug, Dr. phil. | Hermann | | Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA | Lausanne |
| Fallu | Jean-Sébastien | | Institut für Suchtforschung ISF | Zürich |

| Name | Vorname | Funktion | Institution | Ort |
|------------------------|----------|---|--|--------------------|
| Fanghännel, lic. phil. | Kyra | Psychologin | Suchthilfe AVS, Bezirk Zurzach | Döttingen |
| Fasel | Nicole | Praktikantin | Bundesamt für Gesundheit, Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention | Liebefeld |
| Feller | Andrea | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Ambulante Drogenhilfe der Stadt Zürich | Zürich |
| Feuz | Thomas | Pressevertreter | Zentralsekretariat EDU Schweiz, Redaktion «EDU Standpunkt» | Thun |
| Flückiger | Susanne | Betriebsleiterin | Polikliniken Lifeline + Crossline | Zürich |
| Flura | Bruno | Psychologe FSP | Suchtprävention und Drogenberatung | Schaffhausen |
| Follonier | Gaëtan | Krankenpfleger | Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Département Universitaire de Psychiatrie Adulte | Lausanne |
| Fopp | Marianne | Projektberaterin | ZEPRA | Chur |
| Frei, lic. phil. | Helen | Psychologin | Suchthilfe AVS, Bezirk Zurzach | Zürich |
| Frey | Josef | Beauftragter für Suchtprävention | Justizdepartement Basel-Stadt, Abteilung Jugend, Familie und Prävention | Basel |
| Fritschi | Maya | Betreuerin | Perspektive Anlaufstelle | Solothurn |
| Gabriel | Angela | Sozialpädagogin | Verein kirchliche Gassenarbeit Luzern Paradiesgässli | Luzern |
| Gacond | Alain | Oberarzt Heroingestützte Behandlung Aargau | Psychiatrische Klinik Königsfelden | Windisch |
| Gadient, lic. phil. | Martina | Psychologin | Soziale Dienste Sarganserland | Sargans |
| Gaillard | Marianne | Krankenschwester | Fondation Bartimée | Grandson |
| Ganci | Donald | Betriebsleiter | Ambulante Drogenhilfe der Stadt Zürich, Streetwork | Zürich |
| Geiser | Martin | Verantwortlicher für Präventionsprogramme | Radix Promotion de la santé | Bern |
| Gerber | Melanie | Studentin | | Oster- mundigen |
| Gerber, lic. phil. I | Urs | | Fachhochschule Aargau, Departement Soziale Arbeit | Brugg |
| Gerlich | Miriam | | Institut für Suchtforschung ISF | Zürich |
| Giacobini, lic.iur. | Luca | | K+A Kontakt- und Anlaufstelle des Contact Netz | Bern |
| Gianinazzi | Andrea | Beauftragter für Suchtfragen | Sezione Sanitaria | Bellinzona |
| Gilardi | Sabrina | | Antenna Icaro | Locarno |
| Gisiger | Rolf | | Haus Felsenau | Bern |
| Gohl | Thomas | | C.R.M.T. | Thönex |
| Gombas | Zoltan | Chef Betäubungsmittelbrigade | Police Cantonale de Genève, Police Judiciaire, Brigade de stupéfiants | Genève |
| Gothuey, Dr. med. FMH | Isabelle | Oberärztin | Fondation de Nant, Unité Ambulatoire spécialisée pour toxicodépendants (UAS) | Montreux |
| Graf | Michel | Direktor | Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA | Lausanne |

| Name | Vorname | Funktion | Institution | Ort |
|----------------------------|----------------|--|---|------------|
| Graser | Monika | Administrative Assistentin | Bundesamt für Gesundheit, Nationale Gesundheitspolitik Schweiz | Bern |
| Grecuccio | Yvan | | DROP-IN | Neuchâtel |
| Gruber | Simone | Sekretariat/Sachbearbeitung | Amt für Gesundheitsvorsorge | St. Gallen |
| Gstöhl, lic. rer. publ. | Heidi | Abteilungssekretärin | Verwaltung Soziale Dienste der Stadt St. Gallen | St. Gallen |
| Gugger, Dr. med. | Barbara | Oberärztin | Methadon Therapiezentrum MeTz | Bern |
| Gujer | Anna Regula | | Clinique psychiatrique Beverin | Cazis |
| Güttinger | Franziska | | Institut für Suchtforschung ISF | Zürich |
| Gutzwiller, Prof. Dr. med. | Felix | Direktor des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin | Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin | Zürich |
| Haller | Dieter | Leiter Wissen@Praxis | Wissen@Praxis - Forschungs- und Entwicklungsstelle des Contact Netz | Bern |
| Halm | Sebastian | Student | | Köniz |
| Hämmig, Dr. med. | Robert | Leiter des Integrierten Drogendienstes | Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Integrierter Drogendienst | Bern |
| Handschin | Josef | Leiter | Fachstelle Suchtprävention | Liestal |
| Hanselmann | Verena | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Bundesamt für Gesundheit, Fachstelle Migration und Gesundheit | Bern |
| Heggli | Regula | Studentin | | Fribourg |
| Heidl | Bernhard | Psychologe FSP, Therapeutischer Leiter | TG SMARAGD | Reinach |
| Heller | Nicolas | | Stiftung für Sucht- und Jugendprobleme, Haus Gilgamesch | Basel |
| Helmlin, Dr. pharm., MBA | Hans-Jörg | Laborleiter | Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Kantonsapothekeramt | Bern |
| Herren | Beat | | Haus Felsenau | Bern |
| Herzig | Michael | Beauftragter für Sucht- und Drogenfragen | Sozialdepartement der Stadt Zürich | Zürich |
| Herzog | Heidi | | Spektrum Familienplatzierungen | Basel |
| Hess | Franziska | Bereichsleiterin | Jugendfachstelle | Lyss |
| Hiba, Dr. med. | Miroslav | | Arztpraxis BADAL | Basel |
| Hofmann | Ursula | Administrative Assistentin | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Drogen | Bern |
| Holenstein, lic.phil. I | Daniela | | Drogentherapeutisches Ambulatorium | Luzern |
| Hošek | Martin | Wissenschaftlicher Mitarbeiter | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Drogen | Bern |
| Hotz | Ruedi | | FASD Schweizerische Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich | Fribourg |
| Huber | Christian | Sozialpädagoge/ Systemtherapeut | ContactThun Oberland | Thun |
| Huber | Jakob | Geschäftsleitung Contact Netz; Präsident EWS | Contact Netz Bern, EWS ExpertInnenkommission des Bundesamtes für Gesundheit für Weiterbildung im Suchtbereich | Bern |

| Name | Vorname | Funktion | Institution | Ort |
|---------------------|----------------|--|---|-------------|
| Hubrich | Rita | Sozialarbeiterin/ Familientherapeutin | Contact Bern, Jugend- Eltern und Suchtberatung | Bern |
| Hug-Beeli, Dr. iur. | Gustav | | | Zürich |
| Huguenin | François | | trans-AT Porrentruy | Porrentruy |
| Hurni | Ralph | Leiter Sicherheits- und Verkehrspolizei | Stadtpolizei St. Gallen | St. Gallen |
| Imboden-Menzi | Verena | Sozialpädagogin | Contact Thun Oberland, Werkstatt 18 | Steffisburg |
| Imhof | Lucas | Arbeitsagoge | Contact Thun Oberland, Werkstatt 18 | Steffisburg |
| Jann | Markus | Leiter Sektion Drogen | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Drogen | Bern |
| Jaquet | Rosalind | Krankenschwester | Groupe Sida Genève Quai 9, espace d'accueil et d'injection | Genève |
| John | Gabi | Diplompsychologin, Leiterin Psychotherapie | TG SMARAGD | Reinach |
| Jolidou | Bernard | Pädagoge | Fondation Bartimée | Grandson |
| Joller | Chlaus | Sozialarbeiter | Beratungsstelle für Suchtfragen | Stans |
| Joos | Kurt | Teamleiter | Direktion für öffentliche Sicherheit, Stadtpolizei Bern | Bern |
| Joris | Vincent | Projektleiter | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Grundlagen und Forschung | Bern |
| Kälin | Barbara | | Krankenzimmer für Obdachlose | Zürich |
| Kammerer | Monika | | Jugend-, Eltern- und Suchtberatung des Contact Netz | Bern |
| Kasper | Tanya | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Bundesamt für Gesundheit, Kompetenzzentrum für Evaluation (CCE) | Liebefeld |
| Katla | Nahid | Diplom-Psychologin | Jugend- und Drogenberatungsstelle Baden | Baden |
| Keller | Christian | | Stiftung für Sucht- und Jugendprobleme, Haus Gilgamesch | Basel |
| Keller | Niklaus | | Polizei Kanton Solothurn, Beratungsdienst Suchtprävention | Solothurn |
| Keller | René | | SD Basel-Stadt, Gesundheitsdienste/Fachstelle Suchtfragen | Basel |
| Kellermann | Heike | Dipl. Sozialarbeiterin FH | Rüthihs Krisenstation und Wohnheim | Frenkendorf |
| Kibora | Corine | | Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA | Lausanne |
| Kick | Ursula | Sozialarbeiterin | Drop in Basel | Basel |
| Kinzel | Udo | Präventionsbeauftragter Baselland | Gesundheitsförderung BL | Liestal |
| Kiser | Joe | Detektiv, Wachtmeister mit besonderer Verantwortung | Kantonspolizei Luzern, Drogenfahndung | Luzern |
| Kleiner | Gaston | Adjutant, Stv. Chef | Kommissariat Fahndung Stadtpolizei Zürich | Zürich |
| Klossner | Norbert | Oberleutnant | Kantonspolizei Zürich | Zürich |

| Name | Vorname | Funktion | Institution | Ort |
|------------------------|------------|--|--|-----------------|
| Kofel | Hanspeter | Projektleiter | Jugendberatungs- und Suchtpräventionsstelle SAMOWAR | Thalwil |
| Kokkou | Maria | | KODA kontrollierte Drogenabgabe | Bern |
| Kölliker | Stephan | | Universität Basel | Basel |
| Kostka | René | Projektleiter | Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung | Zürich |
| Kunz, Dr. med. | Marta | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Grundlagen und Forschung | Bern |
| Künzi, Dr. med. | Urs | Wissenschaftlicher Mitarbeiter | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Grundlagen und Forschung | Bern |
| Lachout | Sophie | | Verein Wiener Sozialprojekte | Wien |
| Lauer, Dr. med. | Daniel | Kantonsarzt | Etat de Vaud, Service de la Santé publique | Lausanne |
| Le Toux | Gaetan | Psychologe | Fondation Phénix | Chêne-Bougeries |
| Lee, Dr. med. | Chung-Yol | Leiter Facheinheit Sucht und Aids | Bundesamt für Gesundheit | Bern |
| Leimlehner, lic. iur. | Erich | Leiter Abteilung Analyse AOK I | Bundesamt für Polizei Fedpol | Bern |
| Lerch | Res | Leiter Zentrale Dienste | Rehabilitationszentrum Lutzenberg | Lutzenberg |
| Lévy, lic. sc.pol. | Anne | Fachassistentin des Leiters Facheinheit Sucht und Aids | Bundesamt für Gesundheit | Bern |
| Liggenstorfer | Roger | Präsident | Eve & Rave Schweiz | Solothurn |
| Linder | Régine | | FASD Schweizerische Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich | Fribourg |
| List | Thomas | Beauftragter für Jugendschutz | Amt für Soziale Dienste | Schaan |
| Lomier Viret, Dr. med. | Catherine | Ärztin | Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois | Yverdon |
| Lubini | Christiane | Mitarbeiterin BIPS (Bus Itinérant Prévention Sida) | Groupe Sida Genève | Genève |
| Lutz | Sabrina | | Ambulante Drogenhilfe der Stadt Zürich | Zürich |
| Maag | Verena | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Grundlagen und Forschung | Bern |
| Maaskola, med. pract. | Julius | | Psychiatrie-Zentrum Hard | Embrach |
| Mägli | Daniel | | ContactThun OberlandWerkstatt 18 | Steffisburg |
| Mainka | Till | | KODA kontrollierte Drogenabgabe | Bern |
| Mani | Christophe | Verantwortlicher Bereich Schadenminderung | Groupe Sida Genève | Genève |
| Markert | Mathias | | DiaMo Narcotics GmbH | Thun |
| Markwalder | Christa | Nationalrätin | | Burgdorf |
| Marset, Dr. med. | Miguel | Oberarzt | PEPS Programme expérimental de prescription de stupéfiants | Genève |
| Martino | Heloisa | Projektassistentin | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Drogen | Bern |
| Maurer | Albert | Psychologe IAP | Sozialpsychiatrischer Dienst des Kantons Schwyz | Goldau |
| Maurer | Esther | Vorsteherin | Polizeidepartement Stadt Zürich | Zürich |

| Name | Vorname | Funktion | Institution | Ort |
|---------------------------|-------------------|--|---|-------------------------|
| Médioni | Laurent | Leiter Abteilung Betäubungsmittel | Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel | Bern |
| Meier | Michael | Assistenzarzt | Poliklinik ZOKL 2 | Zürich |
| Meier | Christine | Leiterin | Drop in Biel | Biel |
| Meier | Hedy | | | Zürich |
| Meili | Reto | Student | | Bern |
| Meili | Bernhard | Wissenschaftlicher Mitarbeiter | Bundesamt für Gesundheit, Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention | Bern |
| Meili, Dr. med. | Daniel | Geschäftsleitung/Chefarzt | ARUD Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen | Zürich |
| Ménétrety-Savary | Anne-Catherine | Nationalrätin | | St-Saphorin (Lavaux) |
| Menzi | Peter | | Streetwork Biel | Biel |
| Messaoud | Benmebarek | Psychiater | Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires SMPP | Lausanne |
| Messerli | Janine | Medienbeauftragte SFA | Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA | Lausanne |
| Meury | Walter | Geschäftsführer | Suchthilfe Region Basel SRB | Basel |
| Meyer | Arnold | Clubbetreiber | Rohstofflager Veranstaltungs-GmbH | Zürich |
| Mezzerà | Tanya | Suchtberaterin | Fachstelle für Suchtfragen und Prävention | Aarau |
| Michel | Jean Dominique | Generalsekretär Pro Mente Sana – Romandie | Pro Mente Sana – Romandie | Genève |
| Moehlecke, Dr. med. | Thomas | | Poliklinik ZOKL 1 | Zürich |
| Moldovanyi, Dr. med. | Andreas | Leitender Arzt HeGeBe | Polikliniken Lifeline + Crossline | Zürich |
| Monnat Diserens, Dr. med. | Martine | Leitende Ärztin | Centre St. Martin, Département universitaire de médecine et santé communautaires | Lausanne |
| Moser | Cornelia | Psychologin | Unité Ambulatoire Spécialisée | Montreux |
| Moser | Heinz | Sozialpädagoge, Supervisor | Fachstelle für Suchtfragen und Prävention | Aarau |
| Moser | Eric | | Streetwork Gassennahe Beratung und Animation des Contact Netz | Biel |
| Motschi | Sibylla | Betreuerin/Stellenleiterin | Perspektive Anlaufstelle | Solothurn |
| Motta | Alessandro | | Antenna Icaro | Locarno |
| Muest | Celia | Sozialpädagogin | RELEASE Centre d'accueil et de prévention | Fribourg |
| Mühlheim | Barbara | Betriebsleiterin | KODA Kontrollierte Drogenabgabe | Bern |
| Mülchi | Kathrin | Studentin | | Bern |
| Müller | Stephan | Sozialpädagoge | Suchthilfe Region Olten | Olten |
| Müller | Regula | Drogenkoordinatorin | Direktion für Soziale Sicherheit der Stadt Bern | Bern |
| Münchow, Dr. med. | Beate | | Poliklinik ZOKL 1 | Zürich |
| Mürner | André | Student | | Scharnachtal |

| Name | Vorname | Funktion | Institution | Ort |
|-------------------|----------------|--|--|--------------|
| Nahon | Vreni | Sozialtherapeutische Mitarbeiterin | Alternative, Rehabilitation Fischerhuus | Birmensdorf |
| Narring, Dr. med. | Françoise | Stv. Oberärztin; Verantwortliche Consultation Santé Jeunes | Hôpitaux Universitaires de Genève, Consultation Santé Jeunes | Genève |
| Neu | Frederic | Psychotherapeutin | Fondation Bartimée | Grandson |
| Neubrand | Mario | | Poliklinik ZOKL 2 | Zürich |
| Neuenschwander | Hansjürg | Geschäftsführer | Suchthilfe AVS, Geschäftsstelle | Aarau |
| Niggli | Jürg | Geschäftsleiter | Stiftung Suchthilfe | St. Gallen |
| Niklaus | Scarlett | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Bundesamt für Gesundheit, Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention | Bern |
| Nobs | Susanne | Sozialarbeiterin FH | Perspektive Beratungsstelle für Suchtprobleme | Solothurn |
| Noser | Thomas | Geschäftsleitung OXA | | Zürich |
| Nussbaum | Rafael | Student | | Bern |
| Olbrich, Dr. med. | Hans | Leitender Arzt | Arud Basel, Arztpraxis BADAL | Basel |
| Ott | Eva | | Ikarus | Winterthur |
| Perren | Richard | | Ligue valaisanne contre les toxicomanies LVT | Brig |
| Pillout | Virgine | | Streetwork, Aware Dance Culture | Biel |
| Poupon | Fernand | | trans-AT Délémont | Délémont |
| Prats | Viviane | Präsidentin GREAT | GREAT Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies | Yverdon |
| Pythoud | Nicolas | Generalsekretär | GREAT Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies | Yverdon |
| Rainer | Götz | | Drop-in Biel | Biel |
| Ramseier | Nicolas | Student | | Muri b. Bern |
| Reinle | Christophe | Adjutant, Chef Betäubungsmittelbrigade | Police judiciaire municipale de Lausanne | Lausanne |
| Reisewitz | Roland | | Verein Kirchliche Gassenarbeit | Luzern |
| Reusser | Regula | Chefin Spezialfahndung 2 | Kantonspolizei Bern | Bern |
| Rezny | Linda | Studentin | | Fribourg |
| Rihs, Dr. | Margret | | Centre Saint-Martin, Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, Centre du Jeu Excessif | Lausanne |
| Rindlisbacher | Simone | | SD Basel-Stadt, Gesundheitsdienste, Fachstelle Suchtfragen | Basel |
| Rodrick | M. Dwight | | Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA | Lausanne |
| Romanens | Danielle | Pflegefachfrau | Centre Saint-Martin | Lausanne |

| Name | Vorname | Funktion | Institution | Ort |
|-------------------|----------------|--|--|----------------|
| Rothe | Ursula | | Psychiatriezentrum Luzerner Landschaft, Station B22 | St. Urban |
| Rubin | Alexandra | | PREVTECH | Prilly |
| Rufener | Christian Bubi | Sozialarbeiter | Kontakt- und Anlaufstelle des Contact Netz | Bern |
| Ryser | Liliane | | Aids-Hilfe Schweiz | Zürich |
| Ryser | Remo | Projektberater | ZEPRA | St. Gallen |
| Ryser | Andreas | | DiaMo Narcotics GmbH | Thun |
| Sahli | Karin | Sozialpädagogin | RELEASE Centre d'accueil et de prévention | Fribourg |
| Sana | Sanaoullah | | Bundesamt für Polizei Fedpol | Bern |
| Sanchez-Mazas | Pablo | Oberarzt | Centre St. Martin | Lausanne |
| Saner | Michel | Chef Kriminalpolizei | Police cantonale jurassienne | Délémont |
| Saraceni | Maria | Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Stv. Sektionsleiterin | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Grundlagen und Forschung | Bern |
| Schädeli | Lars | Leiter Niederschwellige Institutionen | Departement Soziales | Winterthur |
| Schaerer | Natacha | Krankenschwester | PEPS Programme expérimental de prescription de stupéfiants | Genève |
| Schärer | Yves | | Drogenenzugsstation Marchstein | Ittigen |
| Schärmeli | Andrea | Wissenschaftlicher Mitarbeiterin | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Drogen | Bern |
| Scheller | Patrick | | Prävention Gassenarbeit Eggstein | Burgdorf |
| Schlegel | Hubert | Vorsteher | Soziale Dienste der Stadt St. Gallen | St. Gallen |
| Schmid | Otto | | Psychiatrische Universitätsklinik Basel | Basel |
| Schmid, Dr. | Holger | Vizedirektor | Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA | Lausanne |
| Schmundt | Manuela | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Drogen | Bern |
| Schneider | Joël | Sozialpädagoge in Ausbildung | RELEASE Centre d'accueil et de prévention | Fribourg |
| Schnetzer | Veronika | | Suchtfachstelle | St. Gallen |
| Schori, lic. iur. | Yolande | | Bundesamt für Polizei Fedpol | Bern |
| Schweizer | Ariane | Stellenleiterin | HeGeBeThun | Thun |
| Sempio | Nella | Leiterin MUSUB | MUSUB Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel | Basel |
| Sidler | Jaqueline | Leiterin der Präventionsabteilung Drogenprobleme SFA | Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere | Lausanne |
| Siegrist | Jürg | | Gesundheitsdepartement, Fachstelle für Suchtfragen | Aarau |
| Simon, Dr. med. | Olivier | Oberarzt | Centre Saint-Martin, Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, Centre du Jeu Excessif | Lausanne |
| Simona | Rebecca | | Antenna Icaro | Locarno |
| Sonderegger | Jacqueline | | MD Doctors Direct GmbH | Egg bei Zürich |
| Stadelmann | Patrick | | Suchthilfe AVS, Bezirk Zofingen | Zofingen |

| Name | Vorname | Funktion | Institution | Ort |
|--------------------------------|----------------|---|--|------------|
| Stäger | Lisa | | Haus Felsenau | Bern |
| Stähli | Markus | | Poliklinik DBB | Horgen |
| Stamm | René | Wissenschaftlicher Mitarbeiter Stv. Sektionsleiter | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Drogen | Bern |
| Stämpfli | Barbara | | Antenna Icaro | Locarno |
| Staub | Athos M. | Präsident | ARUD Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen | Zürich |
| Steiner | Silvia | Projektassistentin | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Drogen | Bern |
| Steiner, Dr. pharm. | Samuel | Kantonsapotheker | Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Kantonsapothekeramt | Bern |
| Steinmann | Daniel | | Schulprojekt Contact Netz | Bern |
| Stocklas | Cornelia | Studentin | | Bern |
| Stohler, PD Dr. med. | Rudolf | Leitender Arzt Drogenbereich | Psychiatrische Universitätsklinik Zürich | Zürich |
| Stoppa | Attilio | Delegierter für Drogenfragen | Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich | Zürich |
| Strasser | Hannes | Oberarzt | Psychiatrische Universitätsklinik Basel | Basel |
| Strom | Jonas | Sozialarbeiter HFS | Psychiatrische Universitätsklinik Basel | Basel |
| Studer | Guido | Heimleiter | Wohnheim Schmelzi | Grenchen |
| Stutz | Max | | Suchtberatung Zug | Zug |
| Stutzmann | Nicole | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Drogen | Bern |
| Sutter | Karin | Klinikleiterin | Hôpitaux Universitaires de Genève, Division d'abus de substances | Genève |
| Testa, Dr. med. | Silvano | Leitender Arzt | Clinica Psichiatrica Cantonale | Mendrisio |
| Tharin | Anne | | Groupe Sida Genève, Secteur Prévention | Genève |
| Theunert, lic. phil. | Markus | Geschäftsleiter | Fachverband Sucht | Zürich |
| Thur | Lillian | | InfoDoc Gesundheitsförderung RADIX | Zürich |
| Trachsel | Ursula | Leiterin Abteilung Suchtfragen | Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Sozialamt | Bern |
| Truttmann | Regula | Praktikantin | JBO Jugend-, Eltern- und Suchtberatung des Contact Netz | Langenthal |
| Uchtenhagen, Prof. Dr. med. | Ambros | Präsident des Stiftungsrates | Institut für Suchtforschung ISF | Zürich |
| Uehlinger, Dr. med. FMH | Claude | Stv. Chefarzt | Service psycho-social Fribourg, Unité spéc. en toxicomanie du service psycho-social UST | Fribourg |

| Name | Vorname | Funktion | Institution | Ort |
|---------------------------|----------------|---|--|------------|
| Vieli | Rolf | Projektleiter | Polizeidepartement Stadt Zürich, Langstrasse PLUS | Zürich |
| Villiger | Anne-Barbara | Oberärztin | Klinik für Suchtkranke, Entzugsstation | Neuenhof |
| Villiger | Sandra | Wissenschaftliche Mitarbeiterin | Bundesamt für Gesundheit, Sektion Grundlagen und Forschung | Bern |
| Vogel | Jürg | Betriebsleiter | BIWAK - Behandlungszentrum für Heroingestützte Therapie | Burgdorf |
| Volet | Lise | Psychiatrieschwester | | Vevey |
| Vollenweider | Anne-Corinne | Leiterin Sektion Rechtsbereich 4 | Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Recht | Bern |
| Vollenweider, PD Dr. med. | Franz X. | | Psychiatrische Universitätsklinik Zürich | Zürich |
| Vouillamoz | Philippe | Verantwortlicher Therapie | CAP LVT Centre d'aide et de prévention | Martigny |
| Vuille | Rodolphe | Geschäftsführender Sekretär | EWS ExpertInnenkommission des Bundesamtes für Gesundheit für Weiterbildung im Suchtbereich | Bern |
| Weber | Philipp | Beauftragter für Gesundheits- und Suchtfragen | Koordinationsstelle für Gesundheits- und Suchtfragen der Stadt Thun | Thun |
| Weimann | Markus | | Servizio di Psichiatria e di Psicologia Medica | Savosa |
| Weiss Geser | Jeannette | | Kantonsspital St. Gallen Infektiologie, Sozialberatung | St. Gallen |
| Widmer | Werner | Projektleiter MSW (Male Sex Work) | Aidshilfe Schweiz | Zürich |
| Wiesbeck, Prof. Dr. med. | Gerhard | Bereichsleiter Abhängigkeitserkrankungen | Psychiatrische Universitätsklinik Basel, Abhängigkeitserkrankungen | Basel |
| Williner | Markus | Student | | Bolligen |
| Zahnd | Laurent | | PREVTECH | Prilly |
| Zahner | Roger | | Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich | Zürich |
| Zahno | Benedikt | Psychiatrische Krankenpflege | Zürcher Aidshilfe | Zürich |
| Zanini | Giovan Maria | Stv. Kantonsapotheker | Ufficio del Farmacista cantonale | Mendrisio |
| Zeltner, Prof. | Thomas | Amtsleiter | Bundesamt für Gesundheit | Bern |
| Ziegler | Geneviève | | Secrétariat général de la Direction de la sécurité sociale et de l'environnement | Lausanne |
| Zimmermann | Pascale | Pressevertreterin | Tribune de Genève | Genève |
| Zingg | Christian | Wissenschaftlicher Mitarbeiter | Stadtpolizei Zürich, Wissenschaftlicher Dienst | Zürich |
| Zink, Dr. med. | Robert | Leitender Arzt | Stadtärztlicher Dienst | Zürich |
| Zobel | Frank | | IUMSP Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive | Lausanne |
| Zullino, Dr. med. | Daniele | Leitender Arzt | Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Unité de Toxicodépendance La Calypso | Prilly |

Programm

Programm

3. Juni 2004

Designerdrogen- und Kokainkonsum: Ein Problem für die öffentliche Gesundheit?

Moderation:

Manuela Schmundt (Bundesamt für Gesundheit)
Geneviève Ziegler (Mitglied der Eidgenössischen Kommission
für Drogenfragen EKDF; Generalsekretariat der Direktion
für soziale Sicherheit und Umwelt, Lausanne)

- 9.30 Eröffnung der Konferenz
Prof. Dr. med. Thomas Zeltner
(Direktor Bundesamt für Gesundheit)
-
- 10.00 Begrüssung
Die nationale Konferenz – eine Wegleitung
Dr. phil. Manuela Schmundt (Konferenz-
organisatorin, Sektion Drogen, Bundesamt für
Gesundheit)
-
- 10.15 **Epidemiologie des Kokain- und
Designerdrogenkonsums in der Schweiz**
Dr. phil. Holger Schmid (Vizedirektor der
Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere
Drogenprobleme SFA, Lausanne)
-
- 10.45 Pause

- 11.15 **Cocaine use and its social and health
consequences**
Ph. D Peter Cohen (Direktor des Centrum
voor drugsonderzoek CEDRO der Universität
Amsterdam)
-
- 11.45 **La situation de la consommation et du trafic
de drogues de synthèse et de la cocaïne
à Genève (poursuite pénale)**
Zoltan Gombas (Chef Betäubungsmittelbrigade,
Kantonspolizei Genf)
-
- 12.15 Stehlunch
-
- 14.00 **Workshops**
-
- 16.00 Pause
-
- 16.30 **Aktueller Stand der MDMA-Forschung**
PD Dr. med. Franz X. Vollenweider (Psychiatrische
Universitätsklinik, Zürich)
-
- 17.00 **Aspects neurobiologiques de la poly-
toxicomanie (et ses implications cliniques)**
Prof. Dr. med. Jacques Besson (Vizektor der
Universität Lausanne)
-
- 17.30 Abschluss des ersten Konferenztages
Markus Jann
(Bundesamt für Gesundheit, Leiter der Sektion
Drogen)
-
- 18.00 Apéro

4. Juni 2004

Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Kokain- und Designerdrogenproblematik in der Schweiz

Moderation:

Manuela Schmundt (Bundesamt für Gesundheit)
Geneviève Ziegler (Mitglied der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen EKDF; Generalsekretariat der Direktion für soziale Sicherheit und Umwelt, Lausanne)

9.00 **Kokain und Designerdrogen: Perspektiven aus dem Bundesamt für Gesundheit**

Dr. med. Chung-Yol Lee, MPH (Vizedirektor des Bundesamtes für Gesundheit und Leiter der Facheinheit Sucht und Aids)

9.20 **Die Check iT – Sekundäranalyse: Entwicklung des Konsumverhaltens von Wiener Freizeitkonsumenten und -konsumentinnen**

Mag. Alexander Eggerth (Verein Wiener Sozialprojekte – Check iT, Wien)

10.15 **Consommation de drogues de synthèse et de cocaïne en Suisse: Défis et problèmes du point de vue anthropologique**

Jean-Dominique Michel (Sozialanthropologe, Generalsekretär der Pro Mente Sana-Romandie)

10.45 Pause

11.15 **Der Konsum von Designerdrogen und Kokain in der Schweiz: Herausforderungen und Problemlasten aus der Sicht der Politik**

Eine Stimme aus der Politik

Herausforderungen und nächste Schritte im Umgang mit dem Problem des Designerdrogen- und Kokainkonsums in der Schweiz

Moderation:

Anne Lévy (Bundesamt für Gesundheit)
Geneviève Ziegler (Mitglied der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen EKDF; Generalsekretariat der Direktion für soziale Sicherheit und Umwelt, Lausanne)

11.45 Ad-hoc-Gruppen

Lösungsansätze und mögliche Handlungsträger
anschliessend: Diskussion im Plenum

12.30 Stehlunch

14.00 Podiumsgespräch

Zukünftige Schritte im Umgang mit dem Problem des Designerdrogen- und Kokainkonsums in der Schweiz

Moderation: Prof. Dr. med. Felix Gutzwiller (Nationalrat, Direktor Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Zürich)

■ Anne-Catherine Menétrey-Savary (Nationalrätin, Lausanne)

■ Dr. med. Carlo Caflisch (Drop-in I, Zürich)

■ Dr. med. Robert Hämmig (UPD Bern)

■ Esther Maurer (Vorsteherin des Polizeidepartements und Stadträtin der Stadt Zürich)

15.30 Pause

16.00 **Plenum: Die nächsten Schritte**

16.30 **Am Ende der Konferenz – ein Ausblick**

Prof. Dr. med. Dr. phil. Ambros Uchtenhagen
Präsident des Stiftungsrates des Instituts für Suchtforschung, Zürich

17.00 Ende der Konferenz

