

ALKOHOL, TABAK UND ILLEGALE DROGEN



IN DER SCHWEIZ 1994-1996

SFA
ISPA

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA)
Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT <i>D. Brenner / P. Lehmann</i>	4
DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE <i>R. Müller</i>	6
PRODUKTION UND HANDEL	
Alkohol <i>R. Müller</i>	14
Tabak <i>R. Müller</i>	17
Illegale Drogen <i>H. Fahrenkrug</i>	20
KONSUM	
Alkohol <i>M. Meyer / G. Gmel</i>	24
Tabak <i>M. Meyer / G. Gmel</i>	30
Illegale Drogen <i>G. Gmel</i>	36
ABHÄNGIGKEIT <i>G. Gmel</i>	49
KRANKHEIT UND TOD	
Alkohol <i>G. Gmel</i>	58
Tabak <i>G. Gmel</i>	73
Illegale Drogen <i>G. Gmel / J.C. van Slooten</i>	80
BEHANDLUNG	
Alkohol <i>J.-A. Gauthier</i>	90
Tabak <i>V. El Fehri</i>	100
Illegale Drogen <i>H. Klingemann</i>	103
ÜBERLEBENSHILFE	
Arbeit und Wohnen <i>Chr. Moeckli</i>	124
Schadensbegrenzung / Schadensverminderung <i>U. Simmel</i>	129
SOZIALE REINTEGRATION UND REHABILITATION <i>U. Simmel</i>	133
SELBSTHILFE UND SELBSTORGANISATION <i>M. Meyer</i>	141
RECHT UND POLIZEI	
Alkohol <i>R. Müller</i>	144
Illegale Drogen <i>Chr. Buschan</i>	148
Illegale Drogen <i>J. Estermann</i>	152
SOZIALE KOSTEN <i>M. Meyer</i>	158
BILDUNG UND FORTBILDUNG <i>R. Stamm</i>	164
PRÄVENTION <i>L. Müller</i>	169
POLITIK	
Alkohol <i>R. Müller</i>	183
Tabak <i>R. Müller</i>	188
Illegale Drogen <i>H. Fahrenkrug</i>	194
SUCHTFORSCHUNG <i>M. Meyer</i>	204
ANHANG	209
LITERATURVERZEICHNIS	212

VORWORT

Seit rund zehn Jahren stellen die Probleme rund um Konsum und Handel von Drogen für die Schweizerinnen und Schweizer eines der zentralen Anliegen der Gesundheitspolitik dar. Allerdings stehen die Folgen des Alkoholmissbrauchs und des Tabakkonsums, die umfangmässig viel bedeutender sind, oft im Schatten des politischen Interesses und der Aufmerksamkeit der Medien. Zur Wahrnehmung der Verantwortung des Bundes für die Volksgesundheit sind Schritte erforderlich, die zum einen auf klaren Fakten basieren und die zum anderen den jeweiligen Problemen und ihrer Dimension auf angemessene Weise begegnen.

Die Drogenprobleme sind beunruhigend: Seit die Völkergemeinschaft 1912 den nichtmedizinischen Gebrauch von Betäubungsmitteln verboten hat, steigen die drogenbedingten kriminellen Handlungen und die drogenbedingten Schäden an. Die weltweite Dimension des Problems trägt ihren Teil zum Ohnmachtsgefühl bei, und das jugendliche Alter vieler Drogenopfer ist ein zusätzlicher emotionaler Faktor. Dennoch fällt die Bilanz der bisher unternommenen Anstrengungen - in der Schweiz und in vielen anderen Ländern - nicht ausschliesslich negativ aus. Die Zahl der Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen - und auch die Zahl derjenigen, die exzessiv konsumieren und starke Folgeschäden erleiden - bleibt trotz allem sehr beschränkt. Die überwiegende Mehrheit der Jugendlichen wollen keine Drogen zu sich nehmen, können sich Grenzen setzen und erkennen die Risiken. Die verstärkten Anstrengungen, die in unserem Land seit Mitte der achtziger Jahre zuerst in den Städten unternommen und später auf die Kantone und den Bund ausgedehnt worden sind, erlauben es, die dramatischen Folgen - Abhängigkeit, Sucht, Todesfälle, Krankheiten, Delinquenz, Ausgrenzung und Verelendung - in Grenzen zu halten. Es wäre eine Illusion zu glauben, diese Phänomene könnten vollständig ausgeremert werden. Aber durch einen entschiedenen, breitgefächerten und realistischen Problemzugang und das gemeinsame Engagement von Behörden, Fachleuten und Bevölkerung gelingt es, das Ausmass der Drogenprobleme stark einzuschränken.

Alkohol und Tabak gelten - im Gegensatz zu den illegalen Drogen - seit so langer Zeit und in so hohem Masse als fester Bestandteil unserer Kultur, dass man geneigt ist, über ihre negativen Auswirkungen hinwegzusehen. Der Handel mit Alkohol und Tabak und die Werbung für diese legalen Drogen gehören zum Alltagsbild jeder Stadt und zu jeder Dorfkulisse, und die Wirtschaft hütet die Industrie-, Agrar- und Wirtschaftszweige dieser beiden Genuss- und Suchtmittel wie zwei Kleinode unserer nationalen Produktion. Wer auf die negativen Folgen des Alkoholmissbrauchs und des Tabakkonsums aufmerksam gemacht und gegen sie gekämpft hat - beim Alkohol seit dem neunzehnten Jahrhundert, beim Tabak seit den sechziger Jahren - wird als Störenfried wahrgenommen, der zu Übertreibungen neigt und den anderen ein legitimes Vergnügen vermiesen will. Die Gesundheitsbehörden rufen weltweit zu Massnahmen zum Schutz der Gesundheit auf. Solche Massnahmen bedingen politische Wahrnehmungs- und Verhaltensänderungen. Es muss stets daran erinnert werden, dass der Konsum dieser „Genussmittel“ als direkte Folgen eine ganze Reihe von schweren Krankheiten und vorzeitige Todesfälle nach sich zieht. Davon sind zudem auch Menschen betroffen, die selber weder Alkohol noch Tabakwaren konsumieren. Die Zahl der alkoholbedingten Verkehrsunfälle ist nach wie vor sehr hoch: Man rechnet mit über hundert Todesopfern jährlich, die Dunkelziffer dürfte beträchtlich sein. Man schätzt, dass jährlich fast halb so viele Menschen als Opfer des Passivrauchens sterben wie am Drogenmissbrauch, die Zahl der tabakbedingten Todesfälle ist gar fünfzehnmal so hoch wie diejenige der Drogentoten. Die in der Schweiz durchgeführten Aktionen zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Alkohol-

und Tabakkonsums sind immer noch sehr bescheiden, vor allem wenn man bedenkt, wie viele Menschen davon betroffen sind. Die kürzlich vom Bundesrat beschlossenen Massnahmen dürften die seit längerem oder erst in jüngster Zeit unternommenen Anstrengungen verstärken und unterstützen: Im August 1995 ist ein Massnahmenpaket „Tabak“ angenommen worden, und 1998 wird ein Programm zum risikoarmen Alkoholkonsum lanciert werden. Die Schweiz wird dadurch weder zu einem Land von Abstinente(n) und Abstinente(n), noch sagt sie den Rauchenden den Krieg an. Aber das Bewusstsein der Behörden und der Bevölkerung soll geschärft und die Wirksamkeit der Präventions- und Behandlungsmassnahmen erhöht werden. Dieses Engagement ist zwangsläufig eine langfristige Verpflichtung und erfordert Ressourcen. Was bedeutet dieser Aufwand aber im Vergleich zum Preis, den die Gesellschaft für die Folgeschäden des Konsums dieser als Genussmittel etikettierten Substanzen zu bezahlen hat?

Man kann keine vernünftige Politik ohne objektive Informationen betreiben. Es gehört zu den Aufgaben des Bundesamtes für Gesundheit, die vielfältigen Dimensionen dieser Probleme und ihre Zusammenhänge möglichst vollständig aufzuzeigen und die bereits geleisteten Anstrengungen darzustellen. Die Erfüllung dieser Aufgabe erfordert die Zusammenarbeit aller Verantwortlichen in den einzelnen Kantonen. Ihnen ist im Frühjahr 1996 ein detaillierter Fragebogen unterbreitet worden, um so die in der ganzen Schweiz erfolgten Massnahmen zusammenzutragen. Zudem sind wissenschaftliche Studien angestrengt worden, um die Probleme zu erforschen und kennenzulernen, um sie letztlich besser beherrschen zu können. Die Essenz dieser Informationen wird im Bericht „Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1994 - 1996“ vorgelegt, dessen Redaktion der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme anvertraut worden ist. Allen, die zu dieser umfangreichen Datensammlung beigetragen haben, gebührt unser Dank. Wir hoffen, dass der vorliegende Bericht dazu beiträgt, dass Behörden, Fachleute und die Bevölkerung die Probleme legaler und illegaler Drogen besser verstehen und den Erfolg der bisher unternommenen Anstrengungen umfassender beurteilen können und gleichzeitig geeignete Instrumente für zukünftige Aktionen und Strategien geliefert werden.

*Bundesamt für Gesundheit
Facheinheit Sucht und Aids*

*Philippe Lehmann
Leiter der Sektion
Drogeninterventionen*

*Daniel Brenner
Leiter der Sektion Alkohol,
Tabak und Arzneimittel*

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Dieser Bericht gibt eine aktuelle, fortgeführte Gesamtbetrachtung über

- den Konsum,
- den Handel und die Produktion,
- die Prävention,
- die Behandlung Abhängiger sowie
- die Politik

hinsichtlich alkoholischer Getränke, Tabakwaren und illegaler Drogen. Obwohl die „Alltagsdrogen“ Alkohol und Tabak in unserem Land weit verbreitet sind und insbesondere alkoholische Getränke von vielen ohne weitere Folgen getrunken werden, verursachen die beiden Genussmittel insgesamt viel mehr gesundheitliche Probleme und Abhängigkeit als illegale Drogen. Dies rechtfertigt die vorliegende Gesamtschau, die der Versachlichung der Diskussion rund um die legalen und illegalen Drogen dienen soll.

Alkoholische Getränke

Fast 90 Prozent der erwachsenen Schweizer und Schweizerinnen konsumieren alkoholische Getränke. Diese sind in unserer Kultur tief verwurzelt, und es gibt tausend Gründe, sie zu trinken und sich auch zu betrinken.

- Ein Blick in die schweizerische und internationale Konsumstatistik zeigt: Der Pro-Kopf-Verbrauch alkoholischer Getränke hat hierzulande in der Zeitspanne von 1990 bis 1996 um nicht weniger als 1.6 Liter reinen Alkohols abgenommen. Gleichwohl gehört die Schweiz nach wie vor zu den Hochkonsumländern.
- Während Erwachsene in den letzten Jahren ihren Alkoholkonsum reduziert haben, greifen Jugendliche vermehrt zur Flasche: 12'000 Schulkinder im Alter von 11 bis 16 Jahren trinken jeden Tag Alkoholisches.
- Nur zehn Prozent der 15- bis 74jährigen verbrauchen die Hälfte des gesamthaft konsumierten Alkohols. Dabei sind Männer, die französische und die italienische Schweiz übervertreten. Weil die Konsumierenden, welche die restlichen 50 Prozent des Alkohols trinken, zahlenmässig so viele sind, verursachen sie insgesamt mehr Alkoholprobleme als jenes Zehntel übermässig Alkoholkonsumierender.
- Rund 300'000 Schweizer und Schweizerinnen sind alkoholabhängig oder trinken in einem Ausmass, welches einen Verdacht auf Alkoholabhängigkeit nahelegt. 40'000 Bewohner und Bewohnerinnen der Schweiz sind wegen Alkoholismus in Behandlung.
- Es gibt kaum ein menschliches Organ, das durch den Alkoholüberkonsum nicht geschädigt werden kann, doch werden vor allem die Leber, die Bauchspeicheldrüse, der Magen und das Hirn durch chronischen Alkoholmissbrauch bleibend geschädigt. In medizinischen Abteilungen von Akutspitälern ist bei den 30- bis 50jährigen Männern Alkoholismus denn auch die häufigste Diagnose. Starkes Alkoholtrinken ist auch ein bedeutender Risikofaktor bei der Entstehung von bösartigen Neubildungen.
- Allerdings kann sich ein bescheidener Alkoholkonsum (nicht mehr als ein Glas Alkoholisches pro Tag) auch schützend vor Herz-Kreislauf-Krankheiten auswirken. Dies ist vor allem bei Männern über 40 Jahre nachgewiesen. Trotzdem kann abstinent lebenden Personen nicht zum Alkoholkonsum geraten werden.

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Laut Statistik ist jeder zehnte Verkehrsunfall mit Verletzten und jeder fünfte mit Todesfolgen alkoholbedingt. Tatsächlich ist der alkoholbedingte Anteil an Verkehrstoten und -verletzten jedoch höher, weil nicht in jedem Fall untersucht wird, ob Alkohol eine Rolle gespielt hat. 1994 sind rund 18'000 Strafurteile aufgrund von Verstössen gegen Artikel 91 des Schweizerischen Strassenverkehrsgesetzes (Fahren in angetrunkenem Zustand) gefällt worden. Diese Zahl entspricht der Hälfte aller aufgrund von Verstössen gegen das Strassenverkehrsgesetz ergangenen Urteile sowie einem Viertel aller in diesem Jahr gesprochenen Urteile.
- Alkoholtrinken während der Schwangerschaft kann den Fötus schädigen. Man rechnet, dass bei zwei von tausend Geburten Alkoholschäden vorliegen.
- Zwar gibt es keine neueren Untersuchungen zu den volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums; rechnet man die Ergebnisse älterer Studien hoch, so ist heute mit sozialen Folgekosten des Alkoholkonsums in der Höhe von 3 Milliarden Franken pro Jahr zu rechnen.
- Produktion und Handel mit Alkoholika sind allerdings auch von volkswirtschaftlicher Bedeutung. So erzielen die 33'000 Rebbaubetriebe einen Umsatz von 1.5 Milliarden Franken und generieren eine Wertschöpfung von rund 900 Millionen Franken pro Jahr (1995). 1995 haben die 28 Brauereien rund 3.7 Millionen Hektoliter Bier produziert und rund 3'200 Personen beschäftigt. Um die vorhandenen Überkapazitäten abzubauen, sind 1997 allerdings 3 Brauereien von einer Betriebsschliessung bedroht. Spirituosen werden in der Schweiz nach wie vor hauptsächlich gewerblich produziert. 1994 sind annähernd 170'000 eingetragene Branntweinproduzenten gezählt worden.

Tabakwaren

- Im Ländervergleich (1990) liegt die Schweiz mit einem Pro-Kopf-Konsum von jährlich 2886 Zigaretten in Europa mit an der Spitze: In allen Nachbarländern wird weniger geraucht. Immerhin - in den letzten 20 Jahren hat die Raucherrate sowohl bei Frauen als auch bei Männern abgenommen, bei Männern allerdings stärker als bei Frauen; somit gleichen sich die Rauchmuster der Geschlechter an. Nach wie vor rauchen immer noch mehr Männer als Frauen.
- Bei Jugendlichen ist ein Anstieg der Raucherrate zu beobachten. Mädchen rauchen häufiger als Jungen.
- 1996 bezeichnen sich rund 30 Prozent der 15- bis 74jährigen als Raucher bzw. Raucherin, das sind rund 1.7 Millionen Personen.
- Zigaretten sind die beliebtesten aller Rauchwaren, rund 86 Prozent der Raucher und Raucherinnen konsumieren ausschliesslich diese.
- 85 Prozent aller Rauchenden greifen täglich zu Tabakwaren. Und nicht weniger als 700'000 Personen rauchen mehr als 20 Zigaretten pro Tag.
- 80 Prozent der Rauchenden möchten mit Rauchen aufhören. Jedes Jahr versucht rund eine halbe Million Menschen, mit dem Rauchen aufzuhören, doch nur etwas mehr als 10 Prozent gelingt es, vom Rauchen wirklich wegzukommen. D. h. Rauchen ist stark abhängigkeitsbildend. Geht man davon aus, dass bei einem Konsum von mindestens 10 Zigaretten pro Tag

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

eine Abhängigkeit vorliegt, gibt es in der Schweiz mehr als eine Million Nikotinabhängige.

- Weltweit sterben jährlich etwa 3 Millionen Menschen an den Folgen des Rauchens; in der Schweiz kommen zwischen 8'500 und 10'000 Menschen jährlich infolge Rauchens um. Rauchen ist die wichtigste verhütbare Ursache für den vorzeitigen Tod.
- Neben den „klassischen“ Folgekrankheiten des Rauchens wie Lungenkrebs, Emphysemen, Bronchitis, Herz-Kreislaufstörungen ist Rauchen mit der Entstehung einer Vielzahl von anderen Krankheiten verknüpft: Magengeschwüre, Geschwüre des Zwölffinger- und des Dünndarms sind heute eindeutig als Folgen des Tabakkonsums belegt. Rauchen schädigt das Immunsystem und kann die Entwicklung des Fötus negativ beeinflussen.
- Die Umstellung auf leichtere Zigaretten hat kaum zu einer Senkung der Krebssterblichkeit geführt, da Leichtraucher und Leichtraucherinnen tendenziell tiefer inhalieren und mehr rauchen, um den Nikotinpegel im Blut aufrechtzuerhalten.
- Die Schädlichkeit des Passivrauchens tritt in vielen Studien immer deutlicher zu Tage. In der Schweiz schätzt man die Zahl der Todesfälle durch Passivrauchen auf 200 jährlich. Rauchen Eltern stark, treten bei Kindern Erkrankungen der Atemwege verstärkt auf. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass Säuglinge rauchender Eltern ein erhöhtes Risiko für den plötzlichen Kindstod haben.
- Auch im Falle des Tabakrauchens gibt es keine neuere Schätzung über das Ausmass der sozialen Kosten. Rechnet man eine ältere Studie hoch, so ergibt sich für 1996 ein Gesamtbetrag von mindestens 1.2 Milliarden Franken an sozialen Kosten.
- Die Tabakindustrie beschäftigt rund 15'000 Leute (Handel, Industrie, Tabakanbau). Die Tabakverteilung erfolgt durch etwa 35'500 Verkaufspunkte, davon fast 17'000 Automaten. Damit zählen Zigaretten zu den am leichtesten erhältlichen Konsumgütern.

Illegale Drogen

Informationen über den Gebrauch illegaler Drogen bei der Allgemeinbevölkerung stammen vorwiegend aus Bevölkerungsbefragungen. Darin sind jedoch sozial randständige Personen unterrepräsentiert.

- Nach Bevölkerungserhebungen haben mehr als jeder fünfte Schweizer und mehr als jede zehnte Schweizerin im Alter von 15 bis 39 Jahren wenigstens einmal illegale Drogen konsumiert. Bei der überwiegenden Mehrheit ist dies Cannabis. 2.4 Prozent der Männer haben mindestens einmal Heroin konsumiert, 3.1 Prozent Kokain. Für die Frauen derselben Altersgruppe betragen die Erfahrungsraten 1.1 bzw. 1.5 Prozent.
- Nach einer Befragung (1994) bei 15- bis 16jährigen Schüler und Schülerinnen haben 20 Prozent der Mädchen und 26 Prozent der Knaben wenigstens einmal Cannabis konsumiert. Bei Amphetaminen betragen die Erfahrungsraten 7 Prozent bei Mädchen und 10 Prozent bei Knaben. Verglichen mit einer Befragung aus dem Jahre 1986 zeigt sich eine klare Zunahme.
- 3.5 Prozent der 15- bis 34jährigen haben bereits Ecstasy konsumiert (1996).

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Davon sind jedoch rund 40 Prozent Probierkonsumierende mit einem einmaligen Konsum.

- Aufgrund von Modellrechnungen (basierend auf Verzeigungen) lässt sich errechnen, dass die Anzahl Heroin und/oder Kokain Konsumierender von 29'500 im Jahre 1990 auf 44'000 im Jahre 1993 gestiegen ist. Neue Modellrechnungen indizieren einen Rückgang der Anzahl der Heroinkonsumierenden seit 1994.
- Verschiedene Schätzverfahren weisen darauf hin, dass die Anzahl von Heroin-/Kokainabhängigen nach wie vor bei ungefähr 30'000 Personen liegt.
- Häufiger Konsum von harten Drogen geht vielfach mit einem regelmässigen Konsum verschiedener anderer Drogen einher.
- Insgesamt haben die Verzeigungen wegen Konsums von Betäubungsmitteln - mit Ausnahme der Anzeigen wegen Heroinkonsums - in den Jahren 1994 bis 1996 zugenommen. Angestiegen ist auch die durchschnittliche Anzahl von Verzeigungen pro Person. 30 Prozent der wegen eines Verstopfes gegen das BetmG ins Strafregister eingetragenen Verurteilungen erfolgen ausschliesslich wegen Drogenkonsums, 20 Prozent wegen Drogenhandels, rund 50 Prozent wegen Drogenkonsums und -handels.
- Jeder Konsum von illegalen Drogen birgt gesundheitliche Risiken. Dieses Risiko hängt nicht nur von der chemischen Struktur und deren Einwirkung auf den menschlichen Organismus ab, sondern wird viel stärker von der Dosis, der Häufigkeit, der Dauer des Konsums, der Reinheit der Stoffes bzw. der Schädlichkeit der beigemengten Fremdstoffen, der Anwendungsart sowie der Empfindlichkeit der Konsumierenden beeinflusst.
- Das Spritzen von Drogen ist besonders gesundheitsgefährdend. Etwa 40 Prozent der an Aids Erkrankten haben Drogen injiziert. Immerhin ist der Anteil der Drogenkonsumierenden an den HIV-Neuinfektionen von 75 auf 19 Prozent zurückgegangen.
- Gemäss der amtlichen Statistik ist die Anzahl der Drogentoten rückläufig, sie betrug 1994 400 und 1996 311 Todesfälle. Die vom Bundesamt für Polizeiwesen veröffentlichte Statistik berücksichtigt indirekte Todesfälle (Todesfälle infolge drogenbedingter Infektionen, Unfälle und Suizide) jedoch nicht. Rechnet man diese hinzu, muss mit jährlich 750 bis 800 Drogentodesfällen gerechnet werden.
- Genaue Informationen über den Gesamtumfang des Drogenmarktes in der Schweiz sind nicht vorhanden. Schätzungen sind mit Vorsicht zu geniessen. Markt und Handel sind je nach Drogenart unterschiedlich organisiert. Seit der Schliessung der offenen Drogenszenen wickelt sich der Betäubungsmittelhandel weitgehend in Privatwohnungen ab. Experten schätzen, dass das Drogenangebot in den meisten Kantonen steigend ist. Die Preisentwicklung scheint in den einzelnen Kantonen unterschiedlich zu sein.
- Die Kosten für Repression, Betreuung, Behandlung, Wiedereingliederung, Schadensverminderung und Überlebenshilfe sowie für Prävention und Forschung belaufen sich auf 880 bis 1000 Millionen Franken pro Jahr.

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Die Behandlung Abhängiger

Die Schweiz verfügt über ein vielfältiges und differenziertes Behandlungssystem für Alkoholabhängige, dessen Wirksamkeit mehrfach nachgewiesen worden ist. Bei der Raucherentwöhnung leisten in zahlreichen Gemeinden die Fachstellen im Gesundheitsbereich professionelle Hilfe. Doch auch Hausärzte und Hausärztinnen sind Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerinnen für einen Rauchstopp. Das Therapieangebot für Drogenabhängige ist breit gefächert; dies gilt sowohl für die Trägerschaften als für die Therapiemodalitäten. Dabei sind insbesondere folgende Tendenzen zu verzeichnen:

- Der Trend zu einer verstärkten Inanspruchnahme ambulanter Therapien hat sich fortgesetzt. Besonders im Bereich der Überlebenshilfe und der Substitutions- bzw. der Erhaltungsprogramme ist eine starke Dynamik zu verzeichnen. Schadensverminderung ist mittlerweile fester Bestandteil der drogentherapeutischen Gesamtstrategie geworden. Die spezialisierte Suchtberatung entwickelt sich in Richtung eines integrierten Beratungsangebotes.
- Ein starker Anstieg der Ersatzbehandlungen mit Methadon ist insbesondere seit 1987 zu verzeichnen. Die Zahl der Methadonbehandlungen ist von 1'804 (1987) auf 14'000 (1994) angestiegen.
- Obgleich keineswegs von einem allgemeinen Einbruch der Nachfrage nach stationärer Drogentherapie gesprochen werden kann, gibt es Anzeichen für einen allmählich einsetzenden Schrumpfungs- und Umstrukturierungsprozess im stationären Drogentherapiektor. Das Platzangebot stationärer Therapieeinrichtungen entspricht etwa fünf Prozent der Anzahl aller Drogenabhängigen.
- Die Expansion des Therapieangebotes ist lange Zeit weitgehend unkontrolliert erfolgt. Erst die Kostenexplosion im Gesundheits- und Sozialwesen hat den Kostendruck auf Therapieangebote erhöht.
- Strukturmassnahmen der Kantone zielen darauf ab, das Therapieangebot zu koordinieren und zu vernetzen. Mehr Steuerung durch die Kantone, Konzentration der Einrichtungen, eine Vereinfachung der Trägerschaftsstrukturen sowie Regionalisierung sind angesagt. Qualitätssicherungsmaßnahmen, ein klares „Controlling“ und klare Leistungsaufträge werden ebenso wie Massnahmen zur Angebotsdifferenzierung (Flexibilisierung) eingeführt.

Die Prävention

Die „Präventionslandschaft“ der Schweiz ist durch eine grosse Vielfalt gekennzeichnet. In den letzten Jahren ist eine Reihe innovativer Projekte nicht zuletzt auf Initiative des Bundesamtes für Gesundheit entwickelt worden. Allerdings fehlt es weiterhin an Wirksamkeitsuntersuchungen.

- Präventives Handeln erfolgt zunehmend vernetzt. Die Zusammenarbeit in den Regionen und zwischen den einzelnen Kantonen hat sich vertieft. Vernetzung kommt allerdings mehr auf der Ebene des Erfahrungsaustausches zum Tragen und mündet eher selten in kantonsübergreifende Projekte.
- Die kantonale Vernetzung funktioniert je nach Kanton unterschiedlich. Der Kanton Zürich ist ein Beispiel dafür, wie Prävention dezentral organisiert werden kann. Die Kantone St. Gallen und Wallis setzen die Vernetzung dagegen auf zentrale Weise um.

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- Anstelle der Drogenprävention wird heute mehr ressourcenorientierte Gesundheitsförderung betrieben. Aktuelle Prävention betont weniger das Krankmachende als vielmehr das Gesundheitsfördernde.
- Im Gegenzug zu mehr Gesundheitsförderung rückt die Sekundärprävention (Früherkennung und Schadensverminderung) in den Vordergrund des Interesses der Prävention. Eine Umfrage bei den Kantonen zeigt, dass für die Massnahmenplanung der nächsten Jahre die Verstärkung der Sekundärprävention an erster Stelle der Prioritätenliste steht. Diese Entwicklung ist wohl nicht zuletzt auf die ungünstige wirtschaftliche Situation zurückzuführen: Sekundärprävention ist kostenwirksam, weil sie dort ansetzt, wo der Handlungsbedarf am notwendigsten ist. Schadensvermindernden Massnahmen wird immer grössere Bedeutung beigemessen, wollen sie doch negative Auswirkungen auf die biographische Entwicklung von Drogenkonsumierenden verhindern.
- Wirkungsvolle Prävention richtet sich nach den Kriterien des sozialen Marketings. Die Definitionen von homogenen Zielgruppen wird vorrangig. Insbesondere die geschlechtsspezifische Prävention gewinnt an Bedeutung.
- Massnahmen zur Qualitätssicherung sind heute unbestritten, geht es doch darum, die für die Prävention vorhandenen Mittel möglichst effizient einzusetzen. Wirksamkeitsanalysen sind indessen nach wie vor selten.
- Der Methodenmix ist entscheidend für die Wirkungsweise von präventiven Massnahmen. Personenbezogene Massnahmen, strukturorientierte Massnahmen sowie gesellschaftspolitische Massnahmen ergänzen sich. Öffentlichkeitsarbeit ist notwendig, um die gesellschaftliche Akzeptanz der Prävention zu steigern.

Alkoholpolitik

Die schweizerische Alkoholpolitik steht ganz im Zeichen der Liberalisierung und Deregulierung sowie der Europakompatibilität. Dabei verliert das Produkt „Alkohol“ zunehmend seinen Sonderstatus - es wird zum normalen Konsumgut.

- So ist auf der Ebene des Bundes beabsichtigt, im Zuge der Europakompatibilität einen Einheitssteuersatz für Spirituosen festzulegen. Ausländische Erzeugnisse werden stark verbilligt, inländische etwas teurer. Der Marktzutritt ausländischer Produkte wird erleichtert. Eine Senkung der Verwertungskosten und niedrigere Produzentenpreise sind unvermeidlich. Auch die Kontingentierung des Weinimports wird abgeschafft. Schliesslich ist die Pflicht des Bundes, die Überschussproduktion an Kernobstbranntwein zu übernehmen, in ein Recht umgewandelt worden. Ebenso ist das Verbot, in der Werbung Preise von Spirituosen anzugeben, gelockert worden. Auch dürfen Kartoffeln künftig gebrannt werden.
- Auf der Ebene der Kantone steht insbesondere die Bedürfnisklausel zur Debatte. In den meisten Kantonen ist sie mittlerweile abgeschafft worden. In einzelnen Kantonen sind die Öffnungszeiten von Gaststätten völlig liberalisiert worden. Gastwirtschaftsgesetze sollen gar völlig abgeschafft werden.
- Klare alkoholpolitische Vorstellungen des Bundes bestehen lediglich im Falle der Spirituosen und sind im Alkoholgesetz formuliert; Wein und Bier

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

sind ausgeklammert, obwohl sie rund 80 Prozent des gesamten Alkoholkonsums (in Liter reinen Alkohols) ausmachen. Eine interdepartementale Arbeitsgruppe hat deshalb auch gefordert, die vergorenen Getränke ebenfalls in gesundheitspolitische Überlegungen miteinzubeziehen und sie wie die Spirituosen einer sozialkostendeckenden Besteuerung zu unterwerfen.

- Die Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen - ein beratendes Organ des Bundesrates - hat verschiedentlich gefordert, dass der Bund eine gesundheitsorientierte Alkoholpolitik vorzulegen hätte, die sich an der auch von der Schweiz verabschiedeten Europäischen Charta Alkohol der WHO orientiert.

Tabakpolitik

Ziel allen tabakpolitischen Bemühens ist die Senkung der Sterblichkeit sowie des Krankheitsgeschehens, die durch den Tabakkonsum verursacht oder mitbedingt werden. Dieses Ziel kann durch die Kombination dreier Massnahmenbündel erreicht werden:

1. Information und Unterstützung, damit Nichtraucher nicht zu Rauchenden werden.
2. Hilfe und Ermutigung für Rauchende, damit sie ihre Gewohnheit aufgeben.
3. Schutz für Kinder und Erwachsene, damit diese nicht ungewollt dem Tabakrauch ausgesetzt werden.

Der Bundesrat hat erkannt, dass ein tabakpolitischer Handlungsbedarf besteht und 1995 ein Massnahmenpaket zur Verminderung gesundheitsschädigender Auswirkungen des Tabakkonsums verabschiedet. Schwerpunkte dieses Programmes sind:

- die Förderung der Zusammenarbeit
- die gezielte Information von speziellen Bevölkerungsgruppen
- ein besserer Schutz der Nichtraucher
- verstärkte Tabakprävention bei Jugendlichen
- Unterstützung der Tabakentwöhnung
- Förderung von Forschung und Ausbildung.

Der Bundesrat hat jedoch in seinem Programm alle angebotssteuernden Massnahmen - wie Steuererhöhungen auf Zigaretten, Verbot des Verkaufs von Tabakwaren an Minderjährige usw. - nicht berücksichtigt.

Drogenpolitik

Die drogenpolitische Diskussion ist in der Schweiz, wie auch im Ausland, durch viel Leidenschaftlichkeit und zuweilen durch Unsachlichkeit gekennzeichnet. Dies überrascht nicht, ist doch der Umgang mit Drogen und Drogenproblemen primär kein technisches Problem, sondern häufig eine Frage von Ethik und Moral.

- Drogenpolitik ist auch in den letzten Jahren ein zentrales innenpolitisches Thema geblieben. Die 1993 und 1994 eingereichten und voraussichtlich 1997 und 1998 zur Abstimmung kommenden Volksinitiativen „Jugend ohne Drogen“ und „Droleg“ verschärfen die drogenpolitische Diskussion zusätzlich.
- Die Ereignisse auf der offenen Drogenszene in Zürich und deren polizeiliche

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

Auflösung haben der Drogenpolitik verstärkte Aufmerksamkeit verschafft. Seit der Schliessung der öffentlichen Drogenszenen ist die Beschäftigung der Medien mit dem Drogenproblem etwas abgeflaut.

- Den beiden Drogeninitiativen setzt der Bundesrat seine „Vier-Säulen-Politik“ gegenüber, welche die Prävention, die Therapie, die Überlebenshilfe und die Repression miteinschliesst. Der Bundesrat konkretisiert seine Drogenpolitik, indem er sich sowohl für einen Ausbau der Repression des Drogenhandels als auch der Therapie und der Rehabilitation einsetzt. So sind die Zentralstelle für Betäubungsmittelbekämpfung personell aufgestockt und die Strafnormen für Geldwäscherei und das organisierte Verbrechen verschärft worden.
- Die wohl am heftigsten umstrittene Massnahme des Bundes ist die ärztliche Heroinverschreibung, die 1995 mittelfristig auf 800 Plätze erhöht worden ist; dies unter den kritischen Blicken benachbarter Länder und des UNO-Betäubungsmittel-Kontrollorgans in Wien.
- Die Suche nach einer Politik des Mittelweges zwischen einem absoluten Drogenverbot und einer Drogenfreigabe hat 1994 zu einem gemeinsamen Sechs-Punkte-Programm der drei Bundesratsparteien FDP, SP und CVP geführt. Der Konsens der drei Parteien ist allerdings später ins Wanken geraten.
- 100 führende Wirtschaftsvertreter haben ein Positionspapier veröffentlicht, welches die repressive Auflösung der Drogenszenen fordert, sich aber gleichzeitig für die Entkriminalisierung des Drogenkonsums ausspricht und die Heroinprogramme befürwortet. Ähnlich äussert sich die Verbindung der Schweizer Ärzte sowie eine Expertenkommission zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes. Die Vernehmlassung des Berichtes der Expertenkommission zeigt allerdings, dass kein völliger Konsens über die vorgeschlagenen Postulate besteht.
- Drogenpolitisch kontrovers ist auch die Debatte zwischen National- und Ständerat über einen Gegenvorschlag der Kleinen Kammer zur Initiative „Jugend ohne Drogen“ geführt worden.
- Mit einer Ausnahme haben 1996 alle Kantone eine schriftlich fixierte „drogenpolitische Orientierung“ besessen. Dabei besteht hinsichtlich der strikten Unterdrückung des Drogenhandels ein weitgehender Konsens. Bezüglich der Toleranz gegenüber dem Drogenkonsum und den Substitutions- und Heroinverschreibungsprogrammen unterscheiden sich die Ansichten der einzelnen Kantone deutlich voneinander.
- Die drogenpolitische Diskussion der letzten Jahre hat sich fast ausschliesslich auf illegale Drogen konzentriert. Damit sind die gesundheitlichen und sozialen Folgen des Gebrauchs von Alltagsdrogen weitgehend ausgeblendet und mithin verdrängt worden. Eine umfassende und - vor allem bei Jugendlichen - glaubhafte Drogenpolitik muss jedoch Alltagsdrogen miteinschliessen.

PRODUKTION UND HANDEL

ALKOHOL

14

Zwei Bierkonzerne kontrollieren mehr als 60 Prozent des Biermarktes in der Schweiz

Internationale Entwicklungen

Produktion und Vertrieb

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts sind alkoholische Getränke - wie viele andere industrielle Produkte auch - weitgehend von kleinen Betrieben produziert worden. Der Absatz hat sich auf lokaler, in Ausnahmefällen auch auf regionaler Ebene vollzogen. In den folgenden Jahrzehnten hat diese industrielle Struktur eine dramatische Wandlung erfahren: Durch Wellen von Zusammenschlüssen und Aufkäufen ist es zu einer beschleunigten Kapitalanhäufung bei den Produzenten alkoholischer Getränke gekommen. So sind grosse Konzerne entstanden, die ihre Produktions- und Vertriebsnetze national und international ausgedehnt haben und heute auch den grössten Teil der Mineralwasserproduktion kontrollieren. Diese Konzentration hat vor allem in der Bier- und Spirituosenindustrie und weniger in der Weinwirtschaft stattgefunden. In vielen Ländern haben die national und international ausgerichteten Vertriebsstrukturen zu einem Anwachsen der Erhältlichkeit und zu einer grösseren Angebotsvielfalt alkoholischer Getränke auch in stark ländlichen Gebieten geführt.

Parallel zur Konzentration der Produktion ist auch jene der Vertriebsstrukturen verlaufen: Der Getränkegross- und -zwischenhandel ist heute weitgehend im Besitz von Bierbrauereien. Auch sind ein Grossteil der Gaststätten entweder durch die Eigentumsverhältnisse, durch Darlehensgewährung oder durch entsprechende Klauseln in den Lieferverträgen fest an eine Brauerei oder eine Getränkegrosshandelsfirma gebunden. Dies ermöglicht den Brauereien eine Einflussnahme auf die Preisgestaltung der Getränke im Gastgewerbe und die Propagierung des Bieres als billiges Volksgetränk.

Die Konzentration des Einzelhandels ist etwas langsamer verlaufen, wobei jedoch das schnelle Wachstum von

Einzelhandelsketten auffällig ist. Diese verkaufen zunehmend auch Eigenmarken zu günstigen Preisen, was wiederum die Erhältlichkeit alkoholischer Getränke erhöht.

Neue Getränke

Auf der Verbraucherseite lassen sich in neuester Zeit folgende globale Trends auf dem Getränkemarkt erkennen:

Neue Produkte erobern den Markt. Boomende Modegetränke, dazu gehören auch Nischenprodukte, zielen auf Wirkung und sind an bestimmte Gegebenheiten geknüpft, zu denen sie konsumiert werden. Zugleich hat sich der Konsum von Getränken auf den ganzen Alltag ausgedehnt, wobei wechselnde Produkte gefragt sind. Dabei spielt auch der Wunsch eine Rolle, sich gesund und fit zu erhalten. Mineralwasser erfreuen sich steigender Beliebtheit. Starker Alkohol bleibt dem Abend und dem Wochenende vorbehalten. Beliebtestes alkoholisches Getränk bleibt das Bier. Es passt sich am besten an die wechselnden Gewohnheiten der Verbraucher an.

Neue Geschmacksrichtungen spielen sowohl bei alkoholischen wie auch bei alkoholfreien Produkten eine wichtige Rolle:

Premixgetränke auf der Basis unterschiedlichster Süssgetränke mit verschiedenen Alkoholzusätzen, Kaugummidrinks, Muntermacher mit Guarana, Taurin oder Koffein sowie knallbunte New-Age-Getränke auf Pflanzenbasis werden zunehmend Mode.

Entwicklungen in der Schweiz

Biermarkt

In der kapitalintensiven Brauindustrie zeichnet sich eine Entwicklung zum Oligopol ab:

Rund zwei Drittel der Schweizer Bierproduktion werden von zwei Bierkonzernen kontrolliert. Die Anzahl der Braustätten nimmt laufend ab. Hat man 1970 noch 59

PRODUKTION UND HANDEL ALKOHOL

Brauereien gezählt, sind es 1995 nurmehr 28, die insgesamt 3'250 Personen beschäftigt haben.

In der Schweiz sind im Braujahr 1994/95 insgesamt 4'431'078 Hektoliter Bier verkauft worden. Dies entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Absatzrückgang von 119'389 Hektolitern oder 2.6 Prozent (Vorjahr 0.4%). Mit der Einführung von neuen Bieren, z.B. Ice-Bier, versuchen die Brauer, sich neue Konsumentengruppen (Jugendliche und Frauen) zu erschliessen und so den Konsumrückgang aufzuhalten.

Ausländische Biere sind im Vormarsch. Von den in der Schweiz verkauften Bieren sind 3'730'082 Hektoliter (-3.2%) im Inland gebraut und 700'996 Hektoliter (+0.5%) importiert worden. Der Marktanteil der inländischen Biere liegt bei 84.2 Prozent (Vorjahr 84.7%). 33'025 Hektoliter Schweizer Bier sind (Vorjahr 37'778 hl) exportiert worden.

Die Bundeskasse hat im Braujahr 1994/95 mit rund 110 Millionen Franken von der Sonderbesteuerung des Bieres (ohne Mehrwertsteuer) profitiert.

Weinmarkt

Die Schweizer und Schweizerinnen haben 1995/96 praktisch gleich viel Wein wie in der vorangegangenen Periode getrunken, nämlich 291.5 Millionen Liter. Der seit Anfang der 90er Jahre fortschreitende Rückgang scheint zumindest gebremst. Gleichgeblieben ist in den letzten zehn Jahren auch die Vorliebe für Rotwein. Dessen Anteil liegt nach wie vor bei 60 Prozent. Deutliche Veränderungen treten aber bei einem Vergleich im grösseren Zeitraum zutage: Im Zehnjahresmittel 1986/95 sind nicht nur fünf Prozent weniger Wein als 1995/96 getrunken worden, sondern auch um mehr als fünf Prozent weniger Schweizer Wein. Dies bedeutet, dass der Weinmehrkonsum vollständig durch Importe gedeckt wird.

Der Weinbau in der Schweiz ist weitgehend kleingewerblich; 33'003 Betriebe betreiben Weinbau, davon haben lediglich 941 Betriebe mehr als 3 ha Anbaufläche und leben ausschliesslich vom Weinbau. Sie erhalten Direktzahlungen nach Artikel 31a und 31b des Landwirtschaftsgesetzes. In einzelnen Regionen, z.B. dem Wallis, spielt der Weinanbau für viele Besitzer, die weniger als 1 ha bewirtschaften, eine wichtige Rolle als Zusatzeinkommen.

In der Schweiz bestehen rund 2'000 konzessionierte Weinhandelsunternehmen, die 1995 171 Millionen Liter Wein importiert haben. Diese Menge liegt im Bereich der letzten fünf Jahre. Die Ausfuhr von Schweizer Wein hat dagegen eine Baisse erlebt: 1995 ist der Export im Vergleich zu 1994 um 18 Prozent (1995: 1.9 Mio. Liter; 1994: 1.3 Mio. Liter) gesunken.

Spirituosenmarkt

Im Gegensatz zum Ausland, wo zunehmend Grossbrennereien den Markt beherrschen, findet die Produktion von Spirituosen in der Schweiz vorwiegend im kleingewerb-

15

Weinbau in der Schweiz 1995		Tabelle A1
Rebbaubetriebe:	33'003	
Anbaufläche:	14'870 ha	
Produktion:	Total: 115 bis 120 Mio. Liter	
	Weisswein: 65 bis 70 Mio. Liter	
	Rotwein: 50 bis 55 Mio. Liter	
	im Durchschnitt: 77 bis 81 hl/ha	
Anteil der inländischen Produktion am Verbrauch:	Total: 42 Prozent	
	Rotwein: 27 Prozent	
	Weisswein: 79 Prozent	
Umsatz:	1'500 Mio. Fr. pro Jahr	
Bruttoertrag:	600 Mio. Fr. pro Jahr	
Wertschöpfung:	900 Mio. pro Jahr	
	durch:	Glasindustrie
		Grafische Industrie
		Kartonindustrie
		Kellereinrichtungen
		Transport
		Bau
		Handel

Quellet EAV (1996).

PRODUKTION UND HANDEL ALKOHOL

Tabelle A2
Produktion, Export und Import von Spirituosen 1995

	Liter 100prozentiger Alkohol
Inlandproduktion	3'271'000
Verkäufe der Eidg. Alkoholverwaltung	3'533'000
Import in Fässern	2'071'000
Import in Flaschen	716'000
Export	2'726'000

Quelle: EAV (1996)

lichen Rahmen statt, da alle Besitzer von Obstbäumen das Recht haben, ihre Früchte selbst zu brennen oder brennen zu lassen. Von den rund 170'000 Branntweinproduzenten in der Schweiz sind nur knapp 700 gewerbliche Brenner.

Das schweizerische Spirituosengewerbe steht zweifelsohne vor einem enormen Anpassungsdruck. Dies nicht nur wegen der sich verändernden Rahmenbedingungen, die aus der Öffnung der internationalen Märkte und der Harmonisierung der Besteuerung resultieren. Noch grössere Probleme stellt die aktuelle Entwicklung auf der Verbraucherseite. Im Laufe der vergangenen zehn Jahre ist der Konsum von Spirituosen in der Schweiz um über 30 Prozent zurückgegangen.

Gemäss dem Abkommen mit der WTO muss die Schweiz bis zum Juli 1999 die Steuern, die sie auf ausländischen und inländischen Spirituosen erhebt, vereinheitlichen. Die Diskriminierung der ausländischen Branntweine hört damit ebenso auf wie der besondere Schutz, welchen die Schweizer Spezialbrände auf dem inländischen Markt geniessen. Es obliegt dem Bundesrat, den Einheitsatz festzulegen. Zur Diskussion stehen Steuersätze zwischen 27 und 33 Franken pro Liter reinen Alkohols. Auf jeden Fall werden ausländische Destillate billiger und inländische eher teurer.

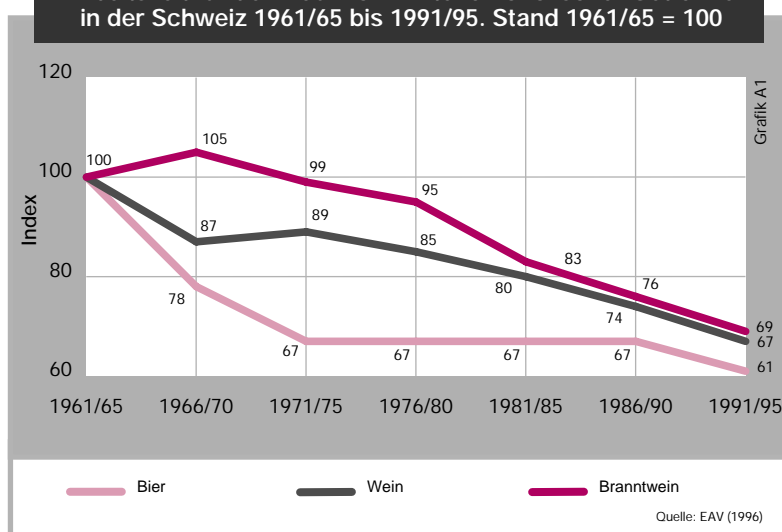
Der Reinertrag der Eidg. Alkoholverwaltung hat 1995/96 184 Millionen Franken betragen. Davon sind zehn Prozent an die Kantone (Alkoholzehntel) gegangen, der Rest an die Bundeskasse zugunsten der AHV/IV.

Obstweinmarkt

Seit Ende der 40er Jahre ist der Verbrauch von Obstwein kontinuierlich gesunken und hat 1995 nurmehr 241'000 Hektoliter betragen. Es ist den Obstweinproduzenten offenbar nicht gelungen, ihr Produkt bei den Konsumenten als trendiges Ethnogetränk anzupreisen.

16

Arbeitszeit für den Kauf von 1 Liter alkoholischer Getränke in der Schweiz 1961/65 bis 1991/95. Stand 1961/65 = 100



Die Ausgaben für alkoholische Getränke

Die Gesamtausgaben der Bevölkerung für alkoholische Getränke beliefen sich im Schnitt der Jahre 1991 bis 1995 auf 8.1 Milliarden Franken pro Jahr. Verglichen mit der Periode von 1986/90 sind die Ausgaben um 7.5 Prozent gestiegen. Im gleichen Zeitraum hat die Differenz zwischen der allgemeinen Teuerung (20.4%) und dem Preisanstieg für alkoholische Getränke (10 bis 14%) mindestens sechs Prozent betragen. Um diesen Anteil sind alkoholische Getränke real billiger geworden.

R. Müller

PRODUKTION UND HANDEL TABAK

Tabakanbau

1995 haben 442 Tabakpflanzler in der Schweiz auf 720 Hektaren rund 1'600 Tonnen Rohtabak produziert. Die Pflanzler haben damit 25 Millionen Franken erwirtschaftet. Im Vergleich zum Jahre 1991 ist die Anbaufläche um 87 Hektaren erweitert und der Ernteertrag um mehr als 200 Tonnen gesteigert worden. Die Anzahl der Pflanzler hat dagegen um 43 abgenommen.

Zwar erhalten die schweizerischen Tabakproduzenten keine direkten staatlichen Subventionen, doch können Fabrikanten und Importeure von Tabakwaren mit einer Abgabe von maximal 0.13 Rappen pro Zigarette belegt werden, wobei der entsprechende Ertrag für die Mitfinanzierung des einheimischen Tabakanbaus verwendet wird.

Gemessen am Import von über 40'000 Tonnen Rohtabak ist die inländische Produktion gering.

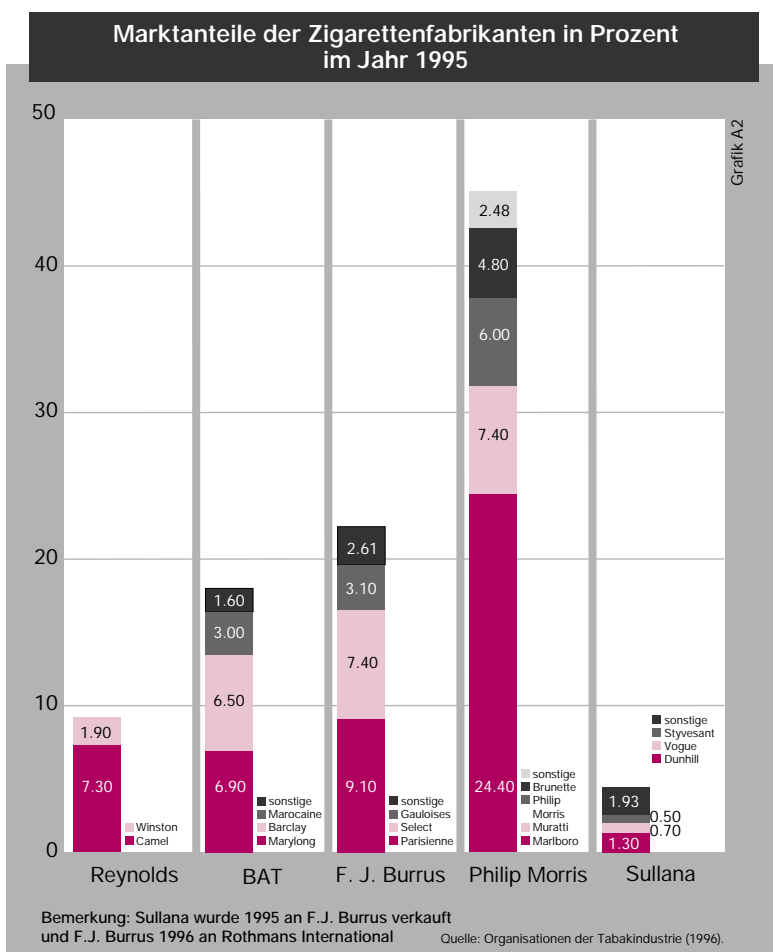
Zigarettenproduktion und Export in Millionen Stück 1991 bis 1996

	Produktion	Export
1991	33'381	17'330
1992	35'094	18'168
1993	33'707	17'778
1994	39'653	24'061
1995	41'877	26'370
1996	42'295	27'052

Quelle: Organisationen der Tabakindustrie (1997).

Produktion und Export von Zigaretten

1996 sind in der Schweiz mindestens 42 Milliarden Zigaretten produziert worden; die Produktion ist verglichen mit 1991 um rund 9 Milliarden gestiegen, der Verkauf dagegen hat im selben Zeitraum um 500 Millionen Stück abgenommen. Von den 42 Milliarden produzierten Zigaretten sind 1996 15.2 Milliarden im Inland verkauft und 27 Milliarden Stück exportiert worden. Über 98 Prozent



der schweizerischen Zigarettenproduktion sind Filterzigaretten.

Der Verkauf von Zigarren hat in der Schweiz zwischen 1991 und 1996 deutlich abgenommen (1991: 202 Mio. Stück, 1996: 167 Mio. Stück). Der Export von Zigarren ist nicht sehr bedeutend (1996: 21 Mio. Stück).

Fünf Zigarettenproduzenten haben sich 1995 den schweizerischen Markt geteilt. Mit der Übernahme von Sullana durch F.J. Burrus hat sich die Konzentration im schweizerischen Zigarettenmarkt weiter verstärkt. 1996 ist F.J. Burrus von Rothmans International übernommen worden, so dass die schweizerische Zigarettenindustrie nun gänzlich in der Hand von internationalen Tabakmultis ist.

Vier Tabakkonzerne teilen sich den Schweizer Markt

PRODUKTION UND HANDEL TABAK

Rauchende wechseln nur selten ihre gewohnte Zigarette und wenn, dann meistens zur leichteren Version derselben Marke

18

Vertrieb

Das Vertriebsnetz von Tabakwaren ist in der Schweiz sehr dicht; die Verteilung erfolgt durch 38'000 Verkaufspunkte, einschliesslich der rund 17'000 Automaten. Es gibt kaum ein Konsumgut hierzulande, das mit weniger Aufwand und unter geringerer sozialer Kontrolle zu erhalten ist.

Beschäftigung

Tabakanbau, -industrie und -handel beschäftigen gemäss Angaben der Tabakindustrie in der Schweiz rund 14'600 Personen.

Tabaksteuern

Laut Bundesgesetz über die Tabakbesteuerung wird eine Sondersteuer auf Tabakwaren erhoben, die der AHV und IV zufließt. Der Nettosteuerertrag hat für das Jahr 1995 1'333 Millionen Franken (1991: 981 Mio. Franken) betragen. Die Tabaksteuer wird rein fiskalisch und nicht gesundheitlich begründet.

Die Ausgaben für Tabakwaren

Alle Schweizer und Schweizerinnen haben zusammen 1995 rund 3 Milliarden Franken für Raucherwaren ausgegeben; das ergibt pro Kopf rund 430 Franken. Rechnet man mit 1.7 Millionen Rauchern und Raucherinnen in der Schweiz, vervierfachen sich die Ausgaben des einzelnen für Tabakprodukte auf rund 1'700 Franken im Jahr.

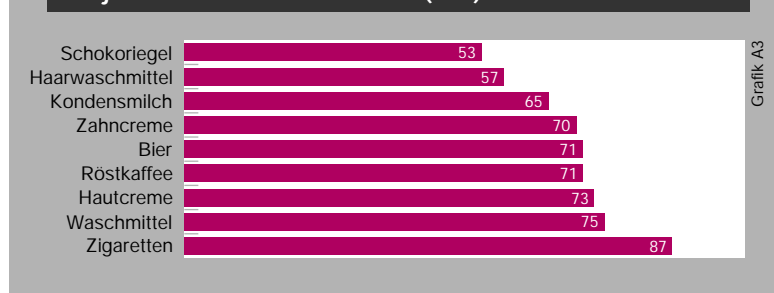
Marketing

Zigaretten sind eines der am meisten beworbenen Produkte in der Schweiz. Zwischen 80 und 120 Millionen Franken werden alljährlich für die Werbung und Verkaufsförderung (Sponsoring von Sport- und Kulturveranstaltungen, brand stretching, product placement) von Raucherwaren ausgegeben. Bei diesem enormen finanziellen Einsatz gehe es - so die Zigarettenindustrie - nur darum, in einem konkurrenzorientierten Markt Marktanteile zu erobern oder zu halten.

Dabei erfreuen sich Zigaretten im Vergleich zu anderen Konsumgütern einer hohen Markentreue. Nur relativ wenige Raucher und Raucherinnen wechseln von ihrer bevorzugten Zigarette zu einer anderen - und wenn zumeist innerhalb einer Marke. Häufig wird dann die leichtere Zigarette derselben Marke bevorzugt. Zudem ist die Zigarettenindustrie oligopolistisch organisiert; die Vielfalt der Marken wird von einer kleinen Anzahl von Zigarettenproduzenten angefertigt. Der grosse Aufwand für die Werbung würde sich somit kaum lohnen, wenn es lediglich darum ginge, Raucher und Raucherinnen zum Markenwechsel zu motivieren.

Fest steht jedoch, dass die meisten Personen in der Jugendzeit mit dem Rauchen anfangen; auch sind sich die Experten einig, dass der persönlichen Umwelt des Kindes bzw. des Jugendlichen eine entscheidende Bedeutung zukommt, ob jemand zum Raucher (zur Raucherin) wird oder nicht. Das Rauchverhalten der Eltern und Geschwister zu Hause sowie jenes des Freundes-, Bekannten- und Kollegenkreises in der Schule oder am Arbeitsplatz schaffen die sozialen Voraussetzungen und Bedingungen für den Rauchbeginn von Jugendlichen. Die Frage ist, ob in diesem Begründungszusammenhang die Werbung überhaupt einen nennenswerten Einfluss darauf hat, ob Kinder und Jugendliche mit Rauchen beginnen.

Von je 100 Verbrauchern kaufen (fast) immer dieselbe Marke



Es fehlt nicht an Untersuchungen, die vor allem mittels ökonomischer Methoden versucht haben, den Zusammenhang zwischen Werbeaufwendungen und der Nachfrage nach Zigaretten nachzuweisen. Mit unterschiedlichen Resultaten: Die einen finden einen Einfluss der Werbung auf die Nachfrage nach Zigaretten, die anderen nicht. Es ist indessen grundsätzlich schwierig, mittels ökonomischer Studien die Wirksamkeit der Werbung zu beweisen, weil die Nachfrage nach einer Zigarettenmarke die Werbeaufwendungen mehr bestimmt als dies umgekehrt der Fall ist. Dazu kommt, dass solche Untersuchungen alle anderen, die Nachfrage nach Zigaretten bestimmenden Größen unberücksichtigt lassen. Dies erklärt etwa den Sachverhalt, dass selbst in Ländern, wo die Zigarettenwerbung untersagt ist, der Zigarettenkonsum steigt.

Oft wird auch argumentiert, dass Teilwerbeverbote für Zigaretten bewiesen hätten, dass Werbeverbote nichts nützten. Beispiele zeigen jedoch, dass die Tabakindustrie bei Verboten der Anzeigen- und Fernsehwerbung um so mehr in Sport- und Kultursponsoring investiert.

Jedes Jahr beginnen in der Schweiz Tausende von Kindern und Jugendlichen mit Rauchen, Hunderttausende von Erwachsenen wollen - meist erfolglos - aufhören. Auch wenn nur ein geringer Prozentsatz von ihnen in ihrem Entscheid von der Werbung beeinflusst wird, hat sich der Werbeaufwand gelohnt. Studien zeigen etwa, dass Kinder, die rauchen, ihre bevorzugte Marke schon sehr früh wahrgenommen haben und dass jene Marken am häufigsten wahrgenommen werden, die auch am stärksten beworben werden. Je häufiger ein Kind raucht, desto mehr nimmt es die Botschaften der Zigarettenwerbung wahr.

R. Müller

*Jedes Jahr gibt die
Tabakindustrie
etwa 80 bis 120
Millionen Franken
für Werbung aus*

PRODUKTION UND HANDEL

ILLEGALE DROGEN

Am häufigsten werden Cannabis, Heroin, Kokain und Ecstasy gehandelt

20

Die Schweiz gilt als attraktiver Finanzplatz und als Drehscheibe für den Drogenhandel und die Geldwäscherei

Genauere Informationen über den Gesamtumfang des Drogenmarktes in der Schweiz sind nicht erhältlich. Die in der Öffentlichkeit häufig genannten Zahlen über Umsätze, Gewinne und Handelsstrukturen auf dem Markt illegaler Drogen sind allesamt Schätzungen. Denn zum Schwarzmarkt der Ware „Droge“ kann es selbstverständlich keine offiziellen Handelsstatistiken geben.

Aussagen zum jährlichen Umsatz an Betäubungsmitteln wie „In der Schweiz beträgt der illegale Drogenhandel rund 2 bis 2.5 Milliarden Franken“⁽¹⁾ sind somit mit Vorsicht zu betrachten und werden von der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes⁽²⁾ nicht übernommen.

Diese spricht nur von „beträchtlichen“ Umsätzen und Gewinnen und leitet diese Aussage aus dem Marktwert der beschlagnahmten Mengen von Heroin und Kokain ab, deren Anteil an der Gesamtmenge der im Umlauf befindlichen illegalen Drogen allerdings nur schlecht abschätzbar ist (5 bis 10%).

Einig sind sich die Experten über die hauptsächlich gehandelten illegalen Betäubungsmittel in der Schweiz: Cannabis, Heroin, Kokain und mit zunehmender Bedeutung auch Ecstasy und synthetische Drogen sowie illegal vertriebene Medikamente wie Rohypnol.

Die Vertriebsstruktur und die Händlerorganisation des schweizerischen Drogenhandels lassen sich ebenfalls nur schwer feststellen: Während an der Bandenmässigkeit des Handels wohl nicht zu zweifeln ist, will sich die Expertenkommission über Verbindungen zum eigentlichen organisierten Verbrechen nicht festlegen.

Der schweizerische Betäubungsmittelmarkt ist nach Ansicht der Bundesanwältin umfangmässig für das international organisierte Verbrechen

zu geringfügig, um hier massiv tätig zu werden⁽³⁾.

Eine einschlägige Fachforschung zur Organisation der Angebotsseite des Drogenhandels in der Schweiz besteht jedoch hierzulande nicht. Wirtschaftswissenschaftler⁽⁴⁾ haben sich fast ausschliesslich mit den Kostenaspekten des Drogenproblems bzw. den Wechselwirkungen zwischen therapeutischen oder repressiven Massnahmen und den Preisen auf lokalen Heroinmärkten beschäftigt.

Die globalen Aspekte der Drogenökonomie bleiben in ihrer Wirkung auf den schweizerischen Drogenmarkt unerforscht, einige soziologische Spekulationen über die Schwarzmarktsituation des Drogenhandels an einzelnen Orten ausgenommen⁽⁵⁾.

So existieren keinerlei Untersuchungen über die Preiselastizitäten auf dem Drogenmarkt oder die Auswirkungen von drogenpolitischen Massnahmen auf das Marktgeschehen.

Hingegen ist die Schweiz attraktiv als Finanzplatz und Drehscheibe für Geldwäscherei⁽⁶⁾. Andere Stimmen wännen die Schweiz aufgrund „ihrer zentralen geographischen Lage, der stabilen wirtschaftlichen und politischen Verhältnisse und der sprichwörtlichen Diskretion ihrer Banken“ ökonomisch bereits in den Händen der „Drogenmafia“⁽¹⁾. Die wenigen - durch Medienberichte an die Öffentlichkeit gedruckenen - Affären über Geldwäscherei von Drogengeldern haben allerdings ausgereicht, dass nun versucht wird, das angeschlagene Image des Finanzplatzes Schweiz durch eine entsprechende neue Geldwäscherei-Gesetzgebung und strengere Kontrollen wieder aufzubessern (siehe das Kapitel Politik- Illegale Drogen).

Substanzspezifische Drogenmärkte

Nach einhelliger Auffassung der oben

zitierten neueren Studien und Expertisen ist der schweizerische Markt und Handel von illegalen Drogen je nach Drogenart unterschiedlich organisiert.

Betrachtet man die einzelnen Substanzen und ihre Märkte, so werden Heroin und Kokain gebrauchsfertig aus dem Ausland eingeführt (aus der Türkei, dem Balkan und Südamerika). Schätzungen über den finanziellen Umfang des Heroinmarktes im Jahre 1991 ⁽⁶⁾ belaufen sich auf einen Umsatz von ca. 1 Milliarde Franken pro Jahr.

Der Heroinhandel wird seit der Schliessung der offenen Drogenszenen anfangs 1995 fast ausschliesslich an nicht-öffentlichen Orten (Privatwohnungen) abgewickelt. Tätig sind dabei zu unterschiedlichen Anteilen ausländische wie schweizerische Staatsbürger und -bürgerinnen.

Der Anteil süchtiger Kleinhändler und -händlerinnen, häufig schweizerischer Herkunft, spielt dabei eine besondere Rolle und wirft besondere juristische Fragen für die Entkriminalisierungs-Debatte des Drogenkonsums auf.

Der Cannabismarkt in der Schweiz wird ebenfalls durch ausländische Produkte (aus der Türkei, aus Marokko und Holland) dominiert. Allerdings steigt nach Ansicht der Experten der Anteil des illegal produzierten einheimischen Cannabis. Entsprechend spielen Schweizer und Schweizerinnen beim Strassenhandel auch eine zentrale Rolle.

Über die Herkunft und Verteilung neuer synthetischer Drogen auf dem schweizerischen Markt ist wenig bekannt. Erst grössere Beschlagnahmungen der Polizei und chemische Analysen werden hier Klarheit schaffen, ob die Ecstasy-Pillen wie bisher vorwiegend aus dem Ostblock stammen, ob Holland nun diese Versorgerrolle übernommen hat oder ob die

einheimische Produktion den Marktbedarf bereits deckt.

Die Situation auf den kantonalen Drogenmärkten

Die folgenden Ausführungen zu Markt-, Preis- und genereller Situationsentwicklung auf den kantonalen Drogenmärkten für den Zeitraum zwischen 1994 und 1996 basieren auf den Aussagen der kantonalen Stellen in der Kantonsbefragung ⁽⁷⁾. Substanzspezifisch lassen sich folgende Trends innerhalb des Berichtszeitraums festhalten:

Cannabis:

Das Angebot an Cannabis ist in der Mehrzahl der Kantone bei fallenden Preisen gestiegen oder gleichgeblieben. Der Durchschnittspreis pro Gramm liegt nach Angaben der Kantonsstellen etwas unterhalb von zehn Franken. Verschiedene Bergkantone halten in ihren Begleitkommentaren fest, dass der Anteil des einheimisch angebauten Cannabis gestiegen ist. Der Cannabishandel liegt zumeist in den Händen von schweizerischen Staatsangehörigen.

Heroin:

Die Situation auf den kantonalen Heroinmärkten wird angebotsmässig als eher gleichbleibend - mit deutlich fallenden Preisen - beschrieben. Die Preisstrukturen sind regional sehr unterschiedlich, der Minimalpreis für ein Gassengramm liegt oft deutlich unter einhundert Franken. Bei Abnahme von grösseren Mengen sinkt der Grammpreis. Einige Kantone berichten über eine verschlechterte Qualität des Stoffes. Der Heroinhandel wird von den informierenden Stellen überwiegend in den Händen von Ex-Jugoslawen und Kosovo-Albanern gesehen. Obwohl die grossen offenen Drogenszenen in den Metropolen nicht mehr existieren, berichten eine Reihe von kleinen Kantonen einen fortgesetzten Zufluss von Heroin aus den Grossstädten in ihr Gebiet. Die Schliessung der grossstädtischen offenen Drogensze-

PRODUKTION UND HANDEL

ILLEGALE DROGEN

Nach der Auflösung der offenen Drogen-szenen bilden sich dezentrale und versteckte Drogenmärkte

nen hat zu keiner Verteuerung des Heroins geführt, sondern zu Dumpingangeboten durch konkurrierende Händlergruppen.

Kokain:

Das Kokainangebot ist weiterhin gleichbleibend bis steigend auf dem Markt; die Preise sind in etwa gleich hoch wie vor drei Jahren (zweihundert Franken pro Gramm Kokain, lokal auch weniger). Als spezielle Händlergruppe werden auf den städtischen Drogenmärkten häufig Schwarzafrikaner beobachtet.

LSD/Halluzinogene:

Das LSD-Angebot ist auf den meisten kantonalen Drogenmärkten steigend (11 Kantone) bis gleichbleibend. Am Durchschnittspreis von zwanzig Franken pro LSD-Tablette hat sich seit 1993 nichts geändert.

Stimulanzien:

Die Markt- und Preissituation für Amphetamine bleibt in der Mehrzahl der Kantone im dunkeln, dennoch scheint sich das Angebot in acht Kantonen erhöht zu haben. Deutlich verbessert hat sich gegenüber 1993 die Informationslage hinsichtlich der Modedroge „Ecstasy“. Nunmehr 19 Kantone bestätigen ein wachsendes Angebot. An der Preisstruktur, die regional unterschiedlich zwischen zwanzig und sechzig Franken pro handelsüblicher Dosis liegt, hat sich seit 1993 nichts geändert. Mit Ecstasy wird besonders im Umfeld von Tanzveranstaltungen (Rave-Parties) gehandelt, meist von Schweizern und Schweizerinnen.

Nichtverordnete Medikamente:

Bezüglich Rohypnol, Kodein und nicht-verordnetem Methadon herrscht bei den Kantonsstellen hinsichtlich des Kodeins grosses Unwissen. Beim Rohypnol (einem verschreibungspflichtigen Benzodiazepin) und dem illegalen Methadon wird die Situation seit 1993 als stabil in Angebot und Preis (durchschnittlich fünf Franken pro Rohypnol-Tablette und einen Franken pro Milli-

gramm Methadon) bezeichnet. Die Kantone geben an, dass es an illegal vertriebenen Medikamenten keinen Mangel gibt, in Grenzgebieten ist ein Schmuggel aus dem Ausland zu beobachten.

Trendangaben der Kantone zur Situation auf den Drogenmärkten

Aufgefordert, die wichtigsten Tendenzen auf ihren Drogenmärkten zu beschreiben, liessen sich die Kantone folgendermassen vernehmen:

Seit Auflösung der „offenen Drogen-szenen“ vollzieht sich der Drogenhandel nunmehr „dezentral“ und „verdeckt“. Privatwohnungen gelten als bevorzugte Verkaufsorte, doch auch das Umfeld von Gaststätten, Cafés, Bahnhöfen, Einkaufszentren und sogar die öffentlichen Verkehrsmittel fungieren als Handelsplätze. Vereinzelt werden auch Drogenhilfseinrichtungen wie Gassenzimmer als Verkaufsstätten genannt.

„Schneller“ und „hektischer“ sind zwei Adjektive, die in den Kantonsaussagen häufig in Verbindung mit dem Drogenhandel fallen und den Stil der Marktinteraktionen im Vergleich zu früher kennzeichnen. Dies ist als Folge der verstärkten Repression des öffentlich sichtbaren Drogenhandels zu sehen, die die Vorgänge im „verdeckten“ Drogenhandel beschleunigt.

Das Angebot an Drogen wird von den Kantonsstellen je nach Drogentyp als unverändert gross beschrieben, lokal sogar als wachsend („Marktüberschwemmung“) und „wechselhaft“ bezeichnet. Verschiedene Kantone konstatieren eine Verschlechterung der Qualität der angebotenen Drogen.

Allgemein betont wird eine „höhere Professionalität“ der Drogenhändler seit 1993. So existiert heute ein telefonischer Bestellservice für Drogen mit Direktlieferung der bestellten Ware. Auch das mobile Telefon hat

Tabelle A4

**Entwicklung des Drogenangebotes und der Drogenpreise
in den Kantonen von 1993 bis 1996**

Psychotrope Substanz	Angebot auf den kantonalen Drogenmärkten	Preisentwicklung
Cannabis	steigend	gleichbleibend
Heroin	gleichbleibend bis steigend	sinkend
Kokain	steigend	gleichbleibend bis sinkend
LSD	steigend	gleichbleibend
Amphetamine	steigend	nicht einschätzbar
Ecstasy	steigend	gleichbleibend bis sinkend
Rohypnol	steigend	gleichbleibend
Kodein	nicht einschätzbar	nicht einschätzbar
Methadon	gleichbleibend bis steigend	nicht einschätzbar

Quelle: Meyer & Zander (1997).

erfolgreich Einzug in den Drogenhandel gehalten.

Auf dem grossen Drogenversorgungsmarkt Zürich ist zwar der „Schandfleck“ Letten verschwunden, doch haben sich dafür nach Angaben der Kantonsstellen in den Vorstädten neue verdeckte Drogenhandelsplätze gebildet. Die Anzahl der Abhängigen, die sich als Kleinhändler betätigen, hat sich ebenfalls nicht reduziert.

Die Metropolen bleiben zentrale Einkaufsmärkte für grössere Drogenmengen, die dann über Feinverteiler-Netze auf Sekundärmärkten in den kantonalen Regionalzentren oder in anderen Kantonen weiterverkauft werden. Eine schweizerische Region, in der keine Drogen gehandelt werden, gibt es nicht mehr.

Die Händlerringe, besonders auf den oberen Organisationsebenen und für importierte „harte Drogen“, liegen - wie bereits betont - nach Angaben der kantonalen Stellen eindeutig in den Händen von Nichtschweizern und -schweizerinnen.

Lediglich auf der Ebene der Kleinverteiler - und dies besonders bei Can-

nabis und Modedrogen (Ecstasy) - finden sich überproportional viele Schweizer und Schweizerinnen. Von einigen Kantonen wird die hohe Gewaltbereitschaft rivalisierender Drogenhändlerbanden hervorgehoben.

H. Fahrenkrug

Illegale Drogen sind flächendeckend in der ganzen Schweiz erhältlich

- 1 Kraushaar & Liebherr (1996).
- 2 BAG (1996).
- 3 Del Ponte (1994).
- 4 Danthine & Balletto (1990), Bernasconi (1993)
- 5 Braun & Diekmann (1994).
- 6 BFS (1995a).
- 7 Meyer & Zander (1997).

KONSUM ALKOHOL

Alkohol - ein besonderes Konsumgut

Alkoholische Getränke sind seit Jahrtausenden Bestandteil menschlicher Kultur. Erst mit der Industrialisierung setzt der heute übliche Massenkonsum ein der mittlerweile in allen sozialen Gruppen der Gesellschaft verbreitet ist.

Alkoholische Getränke sind keine gewöhnlichen Konsumgüter. Sie sind einerseits Genuss- und Nahrungsmittel andererseits Rauschmittel. Sie wirken toxisch auf fast alle Organe des Körpers.

- Wer über Jahre ständig überhöhte Alkoholmengen trinkt, gefährdet seine Gesundheit und riskiert, abhängig zu werden.
- Wer innerhalb kurzer Zeit übermässig viel Alkohol konsumiert, beeinträchtigt sein Wahrnehmungs-, Reaktions- und Denkvmögen; er gefährdet sich und andere.

Beide Konsumformen sind häufig zu beobachten und schädigen in erheblichem Mass die gesamte Gesellschaft. Deshalb haben die meisten Industrienationen Richtlinien erlassen, die die Produktion und den Verkauf alkoholischer Getränke regeln und den Konsum steuern sollen.

Weinland Schweiz

Rund 60 Prozent der Erwachsenen (15 Jahre alt und älter) in der Schweiz konsumieren regelmässig (mindestens einmal in der Woche) alkoholische Getränke. Hauptsächlich werden Wein und Bier getrunken. Weniger als 20 Prozent des schweizerischen Alkoholverbrauchs werden in Form von Spirituosen konsumiert. Noch vor 50 Jahren hat der Most (Obstwein) in der Schweiz eine wichtige Rolle gespielt; heute ist er fast bedeutungslos ⁽¹⁾.

Obwohl insgesamt mengenmässig mehr Bier als Wein getrunken wird, hat Wein in der Schweiz die grössere



Bedeutung. 50 Prozent des in der Schweiz getrunkenen Alkohols wird in Form von Wein konsumiert, 30 Prozent in Form von Bier. Da Weingläser viel kleiner als Biergläser sind, aber Wein mindestens doppelt soviel Alkohol wie Bier enthält, gibt der Litervergleich von Bier und Wein nur begrenzt Auskunft über den Beliebtheitsgrad eines Getränkes.

Männer trinken in allen Regionen etwa die gleiche Menge Bier. Gemessen am reinen Alkohol, hat Wein für die Deutschschweizer etwa die gleiche Bedeutung wie Bier. Dagegen wird von den Männern in der französischen und italienischen Schweiz Wein deutlich bevorzugt.

Frauen bevorzugen in der ganzen Schweiz mehrheitlich Wein.

Sprachregionale Unterschiede im Gesamtkonsum beruhen auf dem deutlich höheren Weinkonsum in der französisch- und italienischsprachigen Schweiz ⁽²⁾.

Die Schweiz im internationalen Vergleich

Die Schweiz zählt zu den Alkohol-Hochkonsumländern. Zusammen mit Deutschland, Frankreich, Portugal und Spanien gehört sie zu den Staaten, die weltweit den höchsten Alkohol-pro-Kopf-Konsum aufweisen.

50 Prozent des Gesamtkonsums alkoholischer Getränke werden in Form von Wein konsumiert

In vielen europäischen Ländern geht der Alkoholkonsum in den letzten 15 Jahren zurück. Gleichzeitig werden die traditionsbedingten Konsumunterschiede zwischen den einzelnen Ländern immer geringer: In Staaten mit einem traditionell hohen Weinkonsum nimmt der Bieranteil zu, in „Bierländern“ werden die Anteile des Weins am Alkoholkonsum grösser. Tendenziell steuern die meisten Länder auf einen Getränkemix von 50 Prozent Bier, 35 Prozent Wein und 15 Prozent Spirituosen zu ⁽³⁾.

In der Schweiz kann diese Homogenisierung nicht festgestellt werden: der Weinanteil hat sich zwischen 1975 und 1995 sogar leicht erhöht und liegt jetzt bei über 50 Prozent. In dieser Zeit hat sich der durchschnittliche Gesamtkonsum der über 15jährigen um mehr als zwei Liter reinen Alkohols verringert. Dies ist auf eine Reduzierung bei allen alkoholischen Getränken zurückzuführen ⁽⁴⁾.

Die dreigeteilte Schweiz

Die kulturellen Unterschiede der einzelnen Sprachregionen spiegeln sich auch in den verschiedenen Trinkgewohnheiten wider.

Mehr als 30 Prozent der Tessiner und Tessinerinnen trinken täglich Alkohol; die meisten davon Wein. Es gibt aber auch fast 25 Prozent Nichttrinker und -trinkerinnen im Tessin. Die Gruppe der mässig Alkoholkonsumierenden ist entsprechend klein; sie beträgt weniger als 50 Prozent.

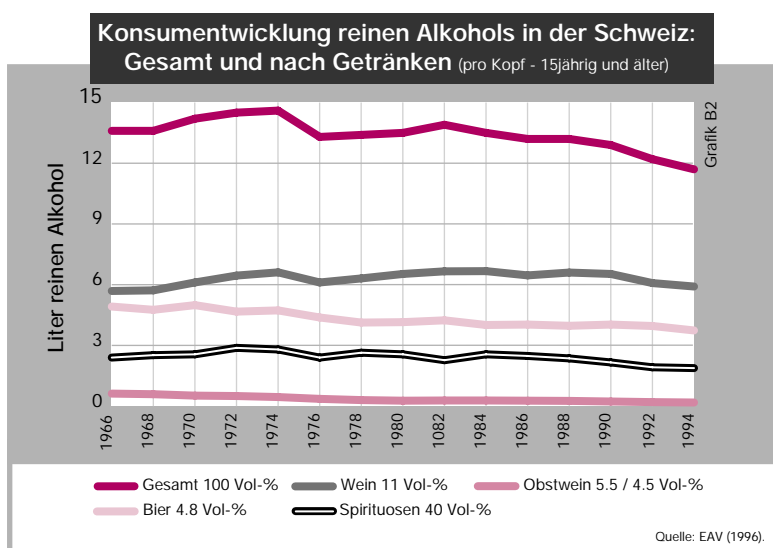
Genau umgekehrt verhalten sich die Deutschschweizer und -schweizerinnen: Beinahe 13 Prozent trinken täglich Alkohol - allerdings auch nur knapp 12 Prozent (11.7%) gar keinen. Dies führt zu einem grossen Anteil (75%) mässig Alkoholtrinkenden in der deutschsprachigen Schweiz.

Die Romands konsumieren weniger häufig Alkohol als die Tessiner und Tessinerinnen (24 Prozent täglich)

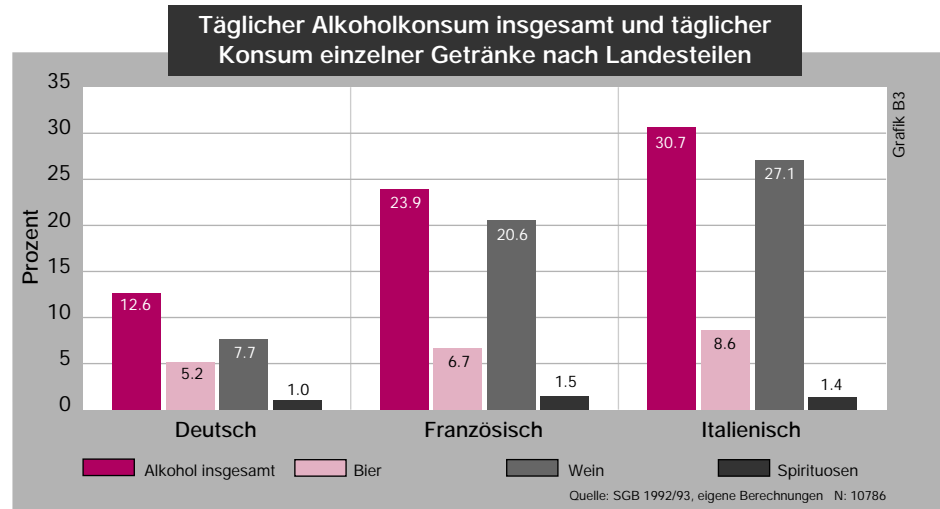
Konsumententwicklung im internationalen Vergleich				
Konsumvergleich in Liter reinen Alkohols sortiert nach der Veränderung in Prozent				
	Durchschnitt 1981 bis 1985	Durchschnitt 1991 bis 1995	1995	Veränderung in Prozent Vergleich Durchschnitt 1981 bis 1985 zu 1995
China *	2.3	3.1	4.4	91.3
Irland	6.6	8.4	9.2	39.0
Türkei	0.7	0.9	0.9	21.6
Japan	5.7	6.6	6.6	16.2
Tschechien	9.6	9.6	10.1	4.8
Finnland	6.4	7.0	6.6	3.1
Norwegen	4.0	4.0	4.1	2.5
England	7.1	7.3	7.3	2.2
Dänemark	10.0	9.9	10.0	0.4
Schweden	5.3	5.4	5.3	0.0
Polen	6.6	6.4	6.4	-2.7
Österreich	10.2	10.0	9.8	-3.9
Russland	6.1	5.4	5.8	-4.6
Holland	8.7	8.0	8.0	-8.0
Deutschland	10.9	10.5	9.9	-9.2
Bulgarien	9.0	8.2	8.1	-9.8
Ungarn	11.5	10.3	10.2	-11.6
Portugal	12.6	11.0	11.0	-12.6
Belgien	10.6	9.4	9.1	-14.5
USA	8.1	6.8	6.8	-16.0
Schweiz	11.2	10.0	9.4	-16.1
Spanien	12.3	10.1	10.2	-17.1
Frankreich	13.9	11.6	11.5	-17.3
Australien	9.4	7.7	7.6	-19.5
Italien	11.3	8.8	8.8	-22.1
Kanada	8.1	6.4	6.2	-23.8
Ukraine	5.7	2.9	1.6	-71.9

* Angaben nur von 1988 bis 1994 verfügbar: 1988 = 2.3 Liter, Durchschnitt 1990 - 1994 = 3.08 Liter, 1994 = 4.4 Liter, Steigerung 1988 bis 1994 um 91.3 Prozent
Quelle: Produktschap voor Gedistilleerde Dranken(1997).

und haben einen geringfügig grösseren Anteil an Nichttrinkern und -trinkerinnen als die Deutschschweizer und -schweizerinnen (12.2%) ⁽⁵⁾.



KONSUM ALKOHOL



Männer trinken immer noch bedeutend mehr Alkohol als Frauen

26

Die unterschiedlichen Konsumtraditionen zeigen sich auch bei den bevorzugten Getränkearten: In der Romandie und im Tessin wird vor allem Wein konsumiert, in der Deutschschweiz haben Bier und Wein den gleichen Stellenwert ⁽⁶⁾.

Alkohol - eine Männersache?

In den meisten Gesellschaften trinken Männer mehr und häufiger Alkohol als Frauen ⁽⁷⁾. In der Schweiz sind dreiviertel der täglich Alkoholkonsumierenden Männer. Dagegen trinken doppelt so viele Frauen wie Männer nie beziehungsweise kaum alkoholische Getränke ⁽⁸⁾.

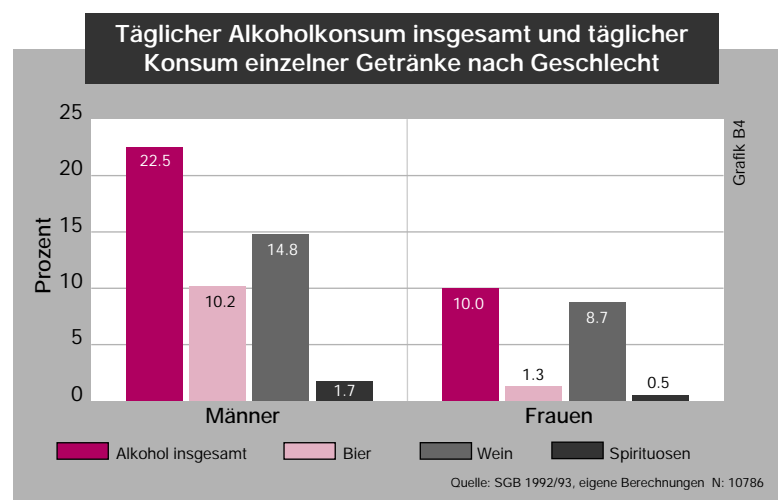
Wenn Frauen Aufgaben und Verantwortungen übernehmen, die traditionell eher Männern vorbehalten sind, steigt ihr Alkoholkonsum deutlich an. Denn:

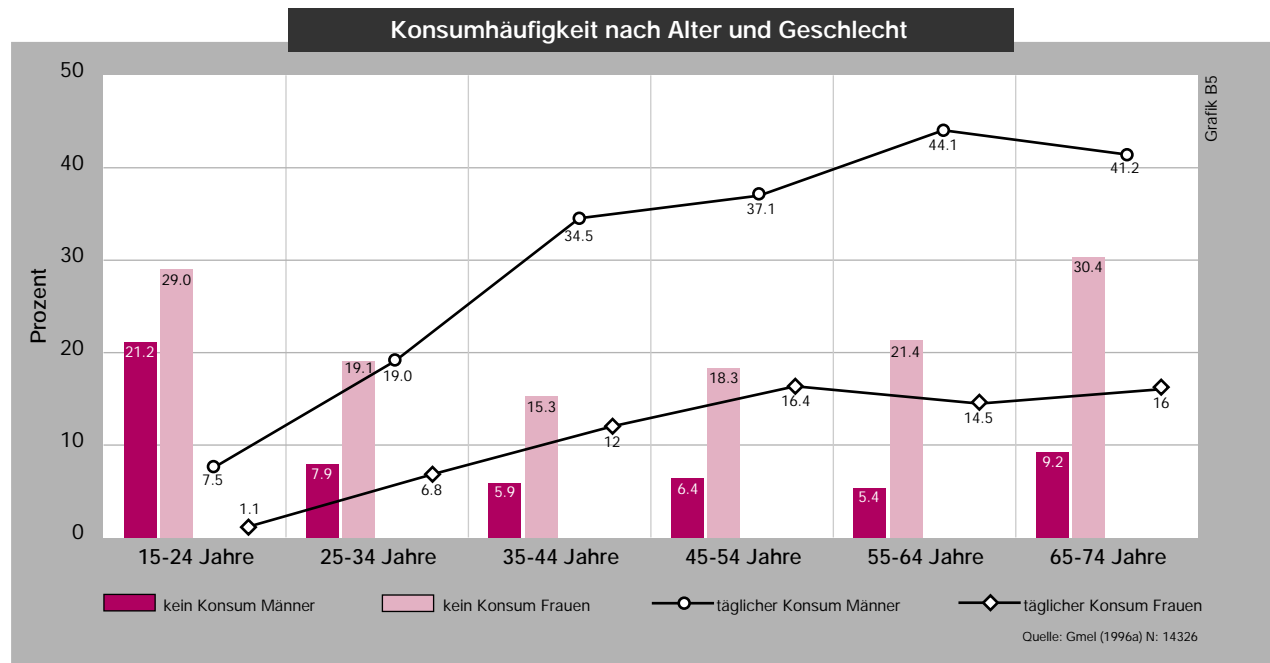
Mit dem beruflichen Erfolg steigen auch die finanziellen Möglichkeiten, häufiger und teurere alkoholische Getränke zu kaufen. Zudem gleichen Frauen in leitenden Funktionen ihr Konsumverhalten häufig demjenigen der Männer an. Trotzdem trinken sie weniger als Männer in vergleichbaren Positionen.

Üben Männer eine Tätigkeit mit einer relativ hohen sozialen Kontrolle aus, ist ihr Alkoholkonsum eher mässig. Arbeiten sie jedoch eher frei oder in Berufen mit einer starken Alkoholkonsumtradition, ist die Wahrscheinlichkeit des täglichen Alkoholkonsums relativ hoch. Entsprechend ist der Alkoholkonsum bei Selbständigen, Aussendienstmitarbeitern und manuell Arbeitenden am höchsten und bei Büroangestellten und Führungskräften am niedrigsten.

Nur bei Frauen wird ein Zusammenhang zwischen der familiären Situation und der Höhe des Alkoholkonsums festgestellt:

Frauen mit der Dreifachbelastung Haushalt, Kinder und vollzeitlicher Berufstätigkeit trinken mehr und häufiger alkoholische Getränke als





der Durchschnitt. Auch kann bei Müttern, die keinem Beruf nachgehen, ein Konsumanstieg festgestellt werden, wenn die Kinder den Haushalt verlassen. Auf Männer hat dieses Ereignis keine Auswirkungen⁽⁶⁾.

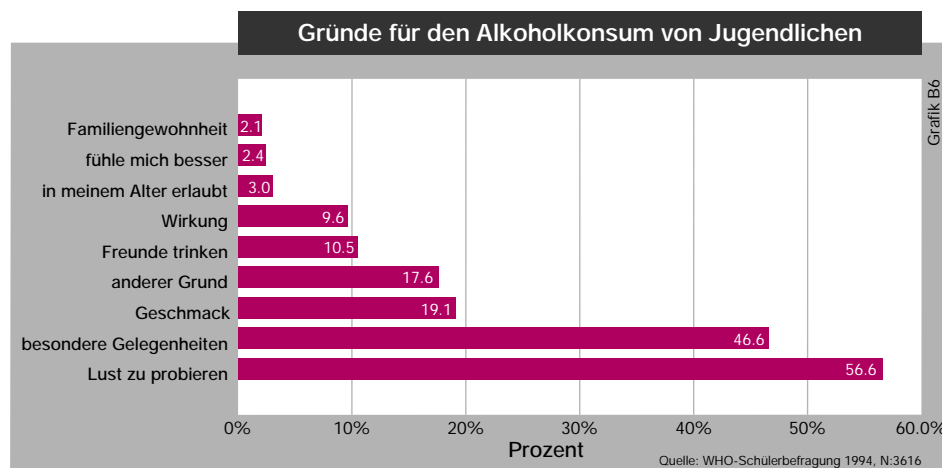
Alkohol und Alter

Das Konsumverhalten wird stark durch Altersnormen geprägt. Diese sind für Frauen in jedem Alter restriktiver als für Männer:
Die Konsumhäufigkeit steigt bei

Frauen mit zunehmendem Alter gleichmässig und nur langsam an.

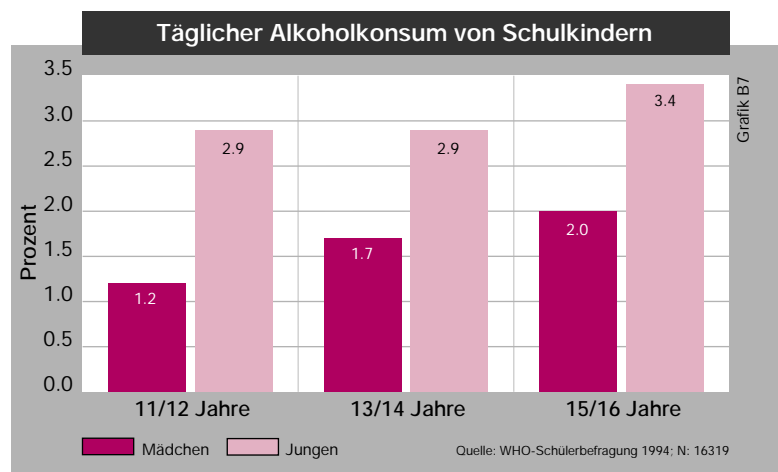
Männer unterliegen dagegen einer starken Konsumerwartung des sozialen Umfeldes, die zum Teil den starken Anstieg der täglichen Alkoholtrinkenden mit steigendem Alter erklärt. Bei den 35- bis 44jährigen Männern konsumiert jeder dritte täglich Alkohol. Bei den 55- bis 64jährigen fast jeder zweite.

Bei den über 45jährigen steigt der



Für die meisten Jugendlichen ist Trinkenlernen eine normale Entwicklungsleistung

KONSUM ALKOHOL



*12'000 Schul Kinder
in der Schweiz
trinken jeden Tag
Alkohol*

28

Anteil der Nichttrinkenden, vor allem bei den Frauen. Meistens sind gesundheitliche Gründe ausschlaggebend: Einerseits verträgt der Körper mit zunehmendem Alter Alkohol immer weniger gut, andererseits nehmen altersbedingte Krankheiten und Medikamenteneinnahme zu, die Alkoholkonsum untersagen. Deshalb ist sowohl die Gruppe der täglich Alkoholkonsumierenden wie auch die Gruppe der Nichttrinker und -trinkerinnen bei den über 65jährigen Menschen in der Schweiz besonders gross⁽⁸⁾.

*Alkohol risikoarm
konsumieren
heisst, weder für
sich noch andere
Probleme schaffen*

Mit Alkohol „erwachsen“ werden Kinder begreifen schon früh, dass der Konsum alkoholischer Getränke zum Leben der Erwachsenen gehört. Da sie als Kinder vom „offiziellen“ Konsum dieser Getränke ausgeschlossen werden, symbolisiert das erste eigene Glas Bier oder Wein häufig den begehrten Eintritt in die Erwachsenenwelt: Oft gibt es dieses bei einem Familienfest, verbunden mit der Feststellung, „jetzt sei man gross genug dafür“⁽⁹⁾.

Während bei den 11- bis 12jährigen vor allem die Lust am Ausprobieren oder das besondere Gefühl, bei einem Familienfest nunmehr dazuzu-

gehören, zum Alkoholkonsum führt, trinken ältere Schul Kinder eher, weil sie den Geschmack und die Wirkung des Alkohols mögen.

Übermässiger Alkoholkonsum von Schulkindern ist häufig mit Schulproblemen, Schwierigkeiten in der Pubertät oder Auseinandersetzungen mit den Eltern verknüpft.

Acht Prozent der 11- bis 16jährigen trinken mindestens einmal wöchentlich Bier, zwei Prozent trinken mindestens wöchentlich Wein, drei Prozent Schnaps und vier Prozent Aperitifs.

Knapp drei Prozent der 11- bis 16jährigen trinken täglich Alkohol; vier Prozent dieser Altersgruppe haben regelmässig einen Rausch.

Noch trinken Jungen mehr und häufiger Alkohol als Mädchen. Doch diese holen auf:

Während bei den Jungen der Anteil der täglich Konsumierenden seit 1978 nahezu gleichgeblieben ist, hat er sich bei den Mädchen seitdem fast verdoppelt. Im Gegensatz zu den Erwachsenen ist Bier nicht nur bei Jungen, sondern auch bei den Mädchen das beliebteste Getränk⁽¹⁰⁾.

Wichtigste Trinkregeln

- 1) Gesunde Erwachsene sollten nicht mehr als zwei Gläser Wein, Bier oder Spirituosen pro Tag trinken.
- 2) Alle, die weniger oder keinen Alkohol trinken, sollten nicht aus gesundheitlichen Gründen mehr Alkohol konsumieren
- 3) Es ist ratsam, nicht täglich Alkohol zu trinken.
- 4) Alle, die mehr als zwei Gläser täglich trinken, sollten ihren Alkoholkonsum reduzieren.
- 5) Vor dem Lenken eines Autos oder vor anderen Aufmerksamkeit erfordern Tätigkeiten ist kein Alkohol zu konsumieren.
- 6) Kranke, Schwangere, Kinder und Jugendliche sollten möglichst keinen Alkohol trinken.



Wieviel ist zuviel?

Alkoholkonsum birgt zweierlei Risiken:

einerseits die langfristige gesundheitliche Gefährdung durch regelmässigen starken Konsum, andererseits die kurzfristigen Folgen übermässigen Trinkens. Ein allgemeingültiges unbedenkliches Limit gibt es nicht. Das liegt daran, dass jeder Mensch anders auf Alkohol reagiert. Gewicht, Geschlecht, körperlicher Zustand und viele andere Faktoren spielen eine Rolle.

Gesunde Erwachsene sollten nicht mehr als zwei Standardgetränke pro Tag konsumieren und nicht täglich Alkohol trinken. Ein Standardgetränk enthält etwa 10 bis 12 Gramm reinen Alkohols. Das entspricht etwa 3 dl Bier, 1 dl Wein oder 2.5 cl Spirituosen. In der Schweiz konsumieren rund 27 Prozent der Männer und 7 Prozent der Frauen mehr als 20 Gramm reinen Alkohols pro Tag und setzen so langfristig ihre Gesundheit aufs Spiel ⁽⁶⁾.

M. Meyer / G. Gmel

*Täglicher
Alkoholkonsum
von mehr als
2 Standard-
getränken birgt
ein erhöhtes
gesundheitliches
Risiko*

- 1 EAV (1996).
- 2 Gmel et al. (1996).
- 3 Edwards et al. (1994).
- 4 Schmid & Gmel (1996).
- 5 SGB 1992/93, eigene Berechnungen.
- 6 Müller (1983).
- 7 Fillmore et al. (1991).
- 8 Gmel (1996a).
- 9 Abbet & Müller (1991).
- 10 Le Gauffey et al. (1995a).

KONSUM TABAK

Tabak ist von den Spaniern im 16. Jh. nach Europa gebracht und hier vorerst nur als Heilpflanze verwendet worden. Erst die Verbreitung in Zigarettenform zu Beginn dieses Jahrhunderts hat zu der heutigen Bedeutung der Tabakwaren für die Gesellschaft geführt.

Gesamthaft werden auf der ganzen Welt rund 6'500'000 Tonnen Tabak im Jahr konsumiert; davon zwischen 4'200'000 und 5'500'000 Tonnen Zigaretten. Bei einem ungefähren Gewicht von 0.75 Gramm je Zigarette ergibt dies einen weltweiten Verbrauch von etwa 6'500'000 Millionen Zigaretten im Jahr ⁽¹⁾.

700'000 Schweizerinnen und Schweizer rauchen mehr als 20 Zigaretten am Tag

30

...der allgegenwärtige Tabakrauch

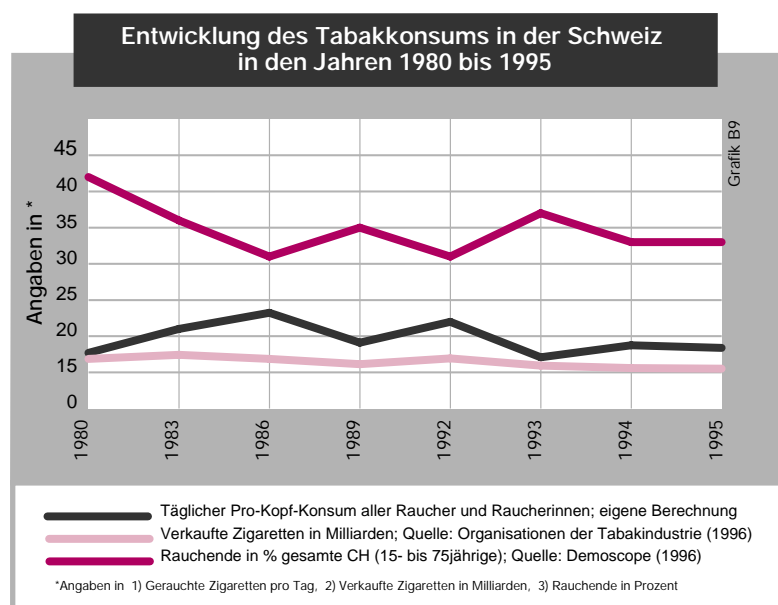
Nach den Ergebnissen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) konsumieren in der Schweiz etwa 1.7 Millionen Menschen Tabakprodukte; das sind rund 30 Prozent der Schweizer Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter. Weitere 21 Prozent haben das Rauchen aufgegeben. Somit hat knapp die Hälfte der Schweizer und Schweizerinnen im Alter von 15 Jahren und älter noch nie geraucht ⁽²⁾.

Zigaretten sind die beliebtesten aller Rauchwaren: rund 86 Prozent der Raucher und Raucherinnen konsumieren sie. Ausschliesslich zu Zigarren greifen fünf, zu Pfeifen vier und zu Zigarillos nur ein Prozent aller Tabakkonsumierenden. Vier Prozent konsumieren unterschiedliche Tabakprodukte; dabei jedoch überwiegend Zigaretten ⁽²⁾.

Rund 85 Prozent aller Raucher und Raucherinnen greifen täglich zu ihrem bevorzugten Tabakprodukt. Davon konsumieren fast die Hälfte jeden Tag mehr als zwanzig Zigaretten und gelten damit als stark Rauchende ⁽²⁾. Nimmt man die Zahlen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93 als Basis, raucht die Schweizer Bevölkerung (15 Jahre und älter) im Schnitt rund 5 Zigaretten am Tag ⁽²⁾. Berechnet man allerdings den Durchschnittskonsum für die gleiche Bevölkerungsgruppe anhand der Verkaufszahlen, ergibt sich ein täglicher Pro-Kopf-Konsum von über sieben Zigaretten (1995) ⁽³⁾.

15 Jahre lang - von Mitte der 70er bis Ende der 80er Jahre - hat der Anteil der Raucher und Raucherinnen an der Gesamtbevölkerung abgenommen; insgesamt um 20 Prozent. Allerdings hat sich in dieser Zeit die Gesamtmenge der verkauften Zigaretten nur geringfügig verringert: Somit rauchen im Vergleich zu den 80er Jahren weniger Raucherinnen und Raucher mehr Zigaretten (vgl. Grafik B9).

In den letzten fünf Jahren ist der Anteil der rauchenden Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung nahezu gleichgeblieben. Da der Raucheranteil bei den Männern stärker zurückgeht als bei den Frauen, steigt der Frauenanteil an der rauchenden Bevölkerung. Aber immer noch rauchen mehr Männer als Frauen. Auch sinkt das Durchschnittsalter aller Tabakkonsumierenden, weil Jugendliche immer früher zur Zigarette greifen.



**Tabakrauch enthält über 4'000 verschiedene Bestandteile.
Die für den Menschen schädlichsten Substanzen sind:**

Nikotin zählt zu den stärksten bekannten Giften. Der Verzehr von 30 bis 50 Milligramm Nikotin ist tödlich. Eine durchschnittlich starke Zigarette enthält etwa 1 Milligramm Nikotin. Die beruhigende bzw. anregende Wirkung des Nikotins - je nach Stimmungslage und konsumierter Menge - wird von den meisten Rauchern und Raucherinnen gesucht. Starker Nikotinkonsum führt zur körperlichen Abhängigkeit.

Teer beinhaltet über 40 krebserregende Stoffe. Im Gegensatz zum Nikotin übt Teer keinen Einfluss auf die Gemütslage aus. Teerablagerungen schädigen die Atemorgane langfristig.

Kohlenmonoxid ist ein gefährliches Atemgift. Es mindert die Bindung des Sauerstoffs an die roten Blutkörperchen und verringert so die Sauerstoffversorgung des Körpers ⁽⁴⁾.

Der Blick über die Landesgrenze

Im Landesvergleich von 1990 liegt die Schweiz mit einem Pro-Kopf-Konsum von jährlich 2'886 Zigaretten in Europa mit an der Spitze: In allen Nachbarländern wird weniger geraucht (vgl. Grafik B10).

Zudem konsumieren die Europäer und Europäerinnen im Durchschnitt mehr Tabak als die Bewohner und Bewohnerinnen der anderen Kontinente. Der europäische Pro-Kopf-Verbrauch liegt im Jahr bei 2'305 Zigaretten. Allerdings gibt es auch innerhalb Europas grosse Unterschiede:

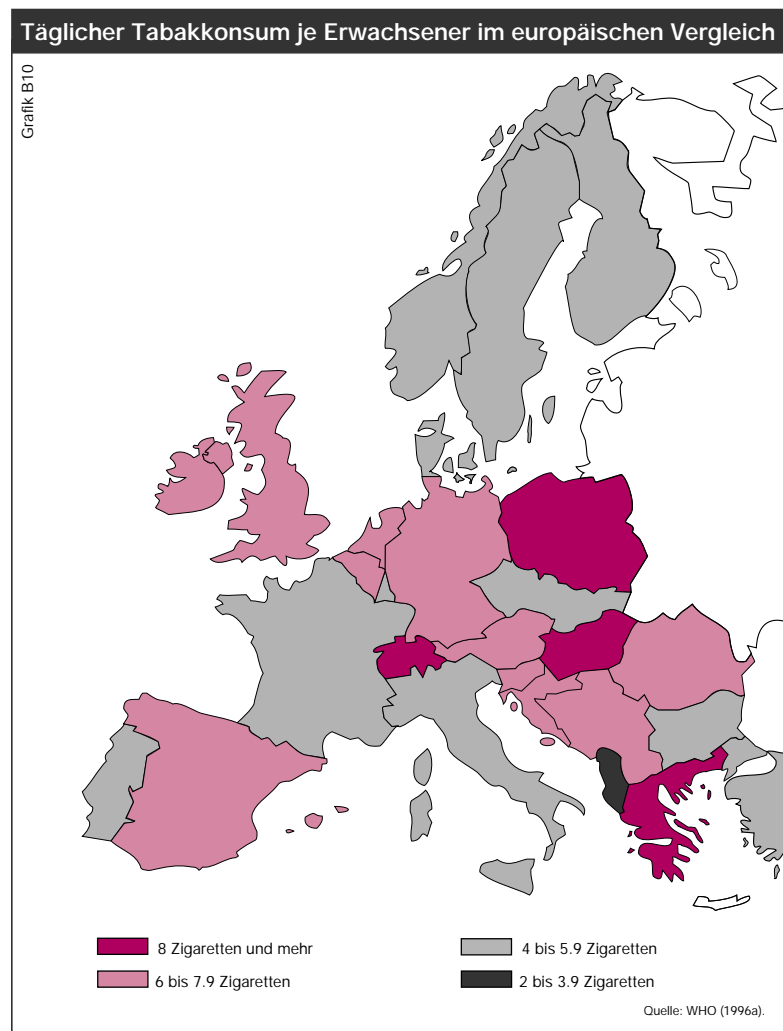
Zypern und Malta führen mit 4'831 bzw. 3'968 Zigaretten diese Statistik an; am anderen Ende liegt Norwegen mit einem jährlichen Pro-Kopf-Konsum von 830 Zigaretten.

Afrika ist der Kontinent mit dem niedrigsten Pro-Kopf-Konsum: 615 Zigaretten pro Jahr. Es folgen Nord- und Südamerika mit 1'186 Zigaretten. In diesen beiden Kontinenten gibt es ein deutliches Gefälle zwischen den mehr und den weniger industrialisierten Ländern: Die USA verzeichnen einen Pro-Kopf-Verbrauch von 2'605 Zigaretten, Kanada einen von 2'193.

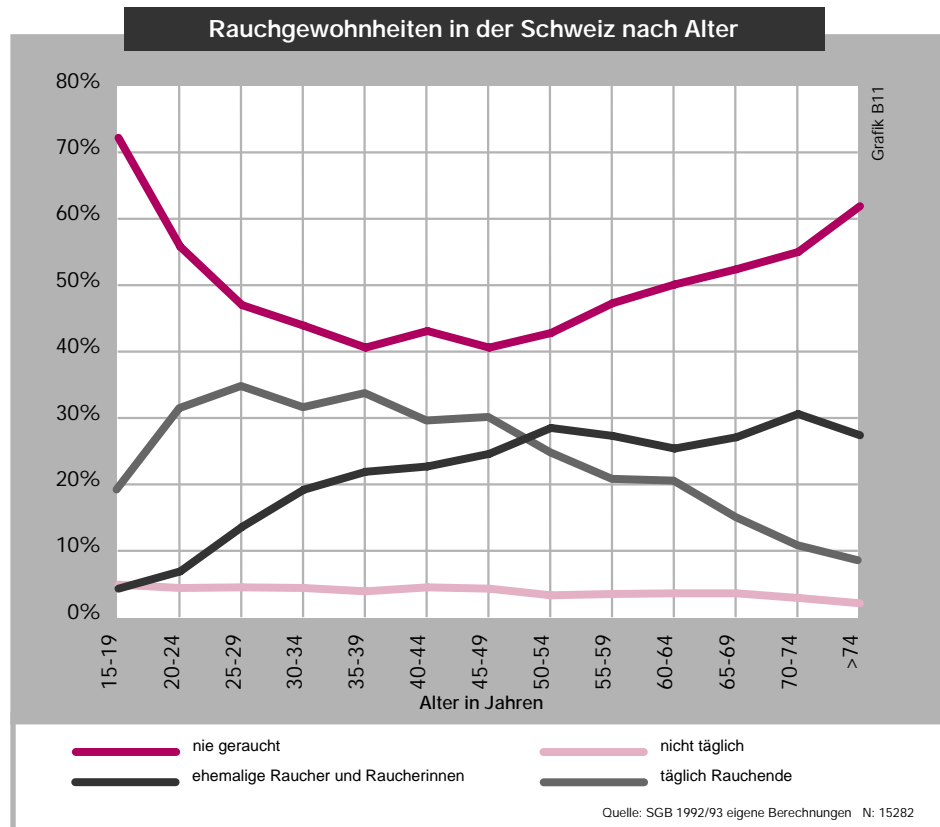
Das gleiche Bild zeigt sich in Asien und Ozeanien:

Der durchschnittliche Konsum pro Kopf liegt bei 1'609 Zigaretten. In den industrialisierten Staaten liegt dieser Verbrauch wieder deutlich darüber:

So verbraucht Japan je Einwohner bzw. Einwohnerin 3'081 Zigaretten im Jahr.



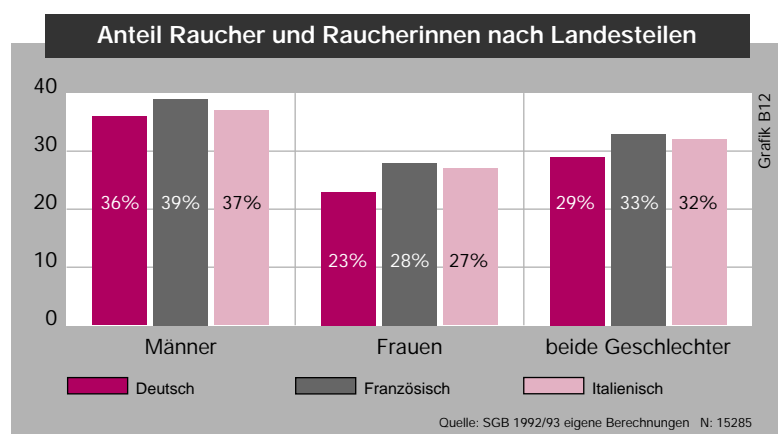
KONSUM
TABAK



In vielen industrialisierten Ländern der Welt geht der Tabakkonsum zurück. Weiterhin gilt, dass es in nahezu allen Ländern weniger Raucherinnen als Raucher gibt und rauchende Frauen weniger Tabak konsumieren als rauchende Männer. In Ländern mit steigendem Tabakkonsum wird auffallend aggressiv für Zigaretten geworben⁽⁵⁾.

Beim Rauchen wenig Unterschiede zwischen den Sprachregionen

Rund 30 Prozent der schweizerischen Bevölkerung rauchen: In der französisch- und italienischsprachigen Schweiz sind es etwas mehr, in der deutschsprachigen Schweiz etwas weniger (vgl. Grafik B12).



Der Vergleich der Konsummengen in den einzelnen Sprachregionen weist keine grossen Unterschiede aus: In allen Landesteilen rauchen rund 34 Prozent der Tabakkonsumenten und -konsumentinnen weniger als 10 Zigaretten, etwa 28 Prozent rauchen 10 bis 19 Zigaretten, und rund 39 Prozent rauchen mehr als 20 Zigaretten am Tag.

Bezieht man jedoch das Geschlecht in diesen Vergleich mit ein, ergeben sich zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen den Landesteilen: Die Tessiner Raucherinnen rauchen

deutlich weniger als die Raucherinnen in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz:
Nur jede zweite konsumiert mehr als 10 Zigaretten am Tag. In der übrigen Schweiz liegt dieser Anteil bei etwa 65 Prozent. In der französischsprachigen Schweiz gibt es die meisten starken Raucherinnen, während in der deutschsprachigen Schweiz die meisten Frauen zwischen 10 und 20 Zigaretten konsumieren.

Bei den Männern ist das Bild ausgeglichener:
Die Tessiner Raucher konsumieren nur wenig mehr Zigaretten pro Tag als die Männer in den beiden anderen Landesteilen, die Raucher in der französischsprachigen Schweiz rauchen etwas weniger als jene in der deutschen Schweiz ⁽²⁾.

Rauchen - noch eine Männersache?
Zwar gleichen sich die Geschlechter in ihrem Rauchverhalten weiter an - trotzdem gibt es aber immer noch mehr Raucher als Raucherinnen (vgl. Grafik B12). In der Schweiz sind etwa 60 Prozent der rauchenden Bevölkerung Männer. Allerdings rauchen bei den Jugendlichen mehr Mädchen als Jungen ⁽⁶⁾!

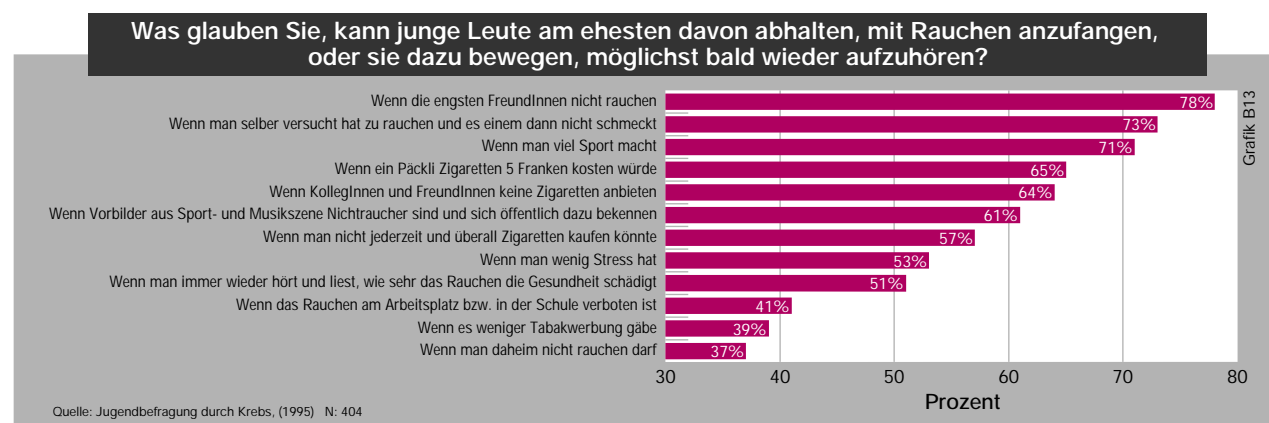
Es rauchen nicht nur mehr Männer als Frauen; Männer rauchen auch deutlich häufiger:
44.5 Prozent der Raucher und nur 31 Prozent der Raucherinnen konsumie-

ren mehr als 20 Zigaretten am Tag. Entsprechend ist der Anteil der leichten (35.7%) und mittelstarken (33.2%) Tabakkonsumierenden bei den Frauen grösser als bei den Männern (30.4% und 25.1%).

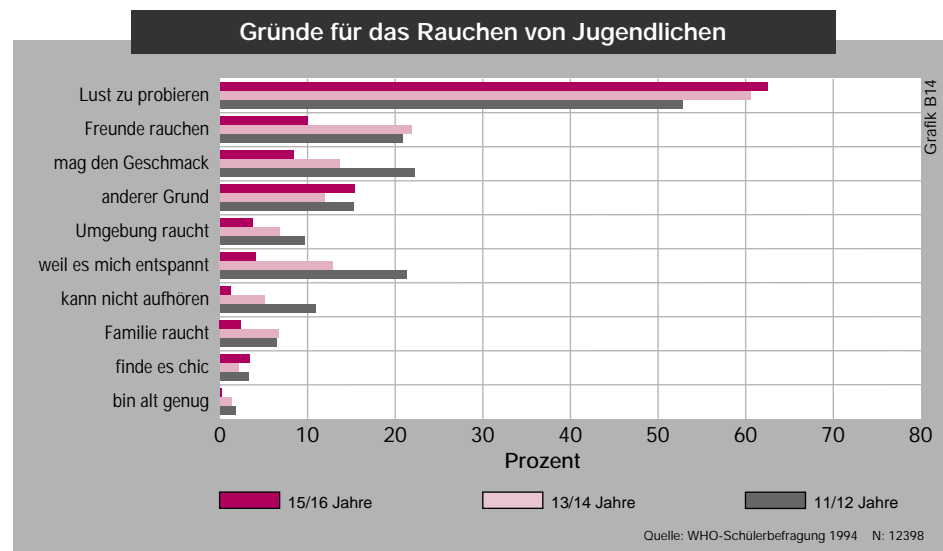
In der Konsummenge pro Tag unterscheiden sich Männer und Frauen je nach Sprachregion zum Teil erheblich: So beträgt die Differenz zwischen den starken Tabakkonsumenten und den starken Tabakkonsumentinnen im Tessin fast 20 Prozentpunkte. Da die Frauen in der französisch- und deutschsprachigen Schweiz mehr rauchen als die Tessinerinnen, ist in diesen beiden Landesteilen das Konsumverhalten zwischen den Geschlechtern etwas ausgeglichener. Trotzdem ist auch in der Deutschschweiz und in der Romandie der Stark-Rauchende-Anteil bei den Männern über 10 Prozentpunkte höher als bei den Frauen ⁽²⁾.

Rauchen und Alter
Gelegentliches, d.h. nicht tägliches, Rauchen ist in jedem Alter relativ selten; am häufigsten (4.9%) findet man es in der Altersgruppe der 15- bis 19jährigen. In diesem Alter beginnt in der Regel der Einstieg in den Tabakkonsum. Deshalb ist in dieser Gruppe Probierkonsum häufiger anzutreffen als in anderen Altersgruppen. Der Anteil der nicht täglich Tabakkonsumierenden geht dann

Mehr Männer rauchen als Frauen, bei Jugendlichen ist das Verhältnis umgekehrt



KONSUM TABAK



34

*Die meisten
Raucher und
Raucherinnen
rauchen täglich*

kontinuierlich bis auf 2.1 Prozent bei den über 74jährigen zurück.

Im Alter zwischen 20 und 50 ist der Anteil der täglich Konsumierenden konstant um 30 Prozent. Die Zunahme bei den Ex-Rauchern und -Raucherinnen wird durch die Abnahme bei den Nie-Rauchern und -Raucherinnen kompensiert. Dieses Bild ändert sich jedoch ab einem Alter von 50 Jahren. Während in diesen Altersgruppen die Anteile an Ex-Rauchern und -Raucherinnen relativ stabil bleiben, nehmen die Anteile an Nie-Rauchern und -Raucherinnen zu und die Anteile an Tabakkonsumenten und -konsumentinnen ab (vgl. Grafik B13). Eine plausible Erklärung für dieses Phänomen ist die höhere Sterblichkeit von Rauchern und Raucherinnen über 50: Wenn Raucher und Raucherinnen bzw. auch Ex-Tabakkonsumenten und -konsumentinnen in diesem Alter häufiger sterben, steigen analog die Anteile an Nie-Rauchern und -Raucherinnen an der Bevölkerung ⁽²⁾.

*Der Anteil täglich
rauchender
Jugendlicher steigt*

Die Jugend - die wichtigste neue Konsumentengruppe
Wie beim Alkohol spielt auch beim Rauchen das Vorbild der Erwachsenen eine grosse Rolle. Kinder sehen Eltern, Verwandte oder Freunde mit

der Zigarette und deuten daher das Rauchen als ein positives Verhalten.

In der Pubertät hat die Zigarette eine starke symbolische Bedeutung: Den Erwachsenen soll deutlich gemacht werden, dass man gleichberechtigt behandelt werden möchte. Auch symbolisiert das Rauchen die Ablösung von den Eltern. Unter Gleichaltrigen vermittelt das Rauchen ein Gefühl der Gruppenzugehörigkeit zu den anderen Rauchenden und dient der Abgrenzung zu denjenigen, die noch nicht „erwachsen“ sind ⁽⁷⁾.

Das erste Mal greifen Kinder und Jugendliche meistens aus Freude am Ausprobieren zur Zigarette. Für den Übergang vom Probierkonsum zum regelmässigen Tabakkonsum sind häufig die beschriebenen Konstellationen des sozialen Umfelds verantwortlich. Die Folge: schon 7.5 Prozent der 16jährigen Raucher und Raucherinnen sagen von sich, sie könnten nicht mehr aufhören (vgl. Grafik B14).

Jugendliche Raucher und Raucherinnen konsumieren heute regelmässiger als früher. Zwischen 1986 und 1990 ist der Anteil der täglich rauchenden Jugendlichen im Alter von 11 bis 16 Jahren von 4.1 auf 6.6 Prozent ⁽⁶⁾ (vgl. Grafik B15) gestiegen.

Mit dem Rauchen beginnen die meisten als Teenager. Über 60 Prozent der Einsteiger und Einsteigerinnen sind unter 20 Jahre alt und sogar 88 Prozent haben vor Erreichen des 25. Lebensjahres mit dem Rauchen angefangen. Jungen beginnen im allgemeinen früher mit dem Rauchen als Mädchen ⁽⁶⁾.

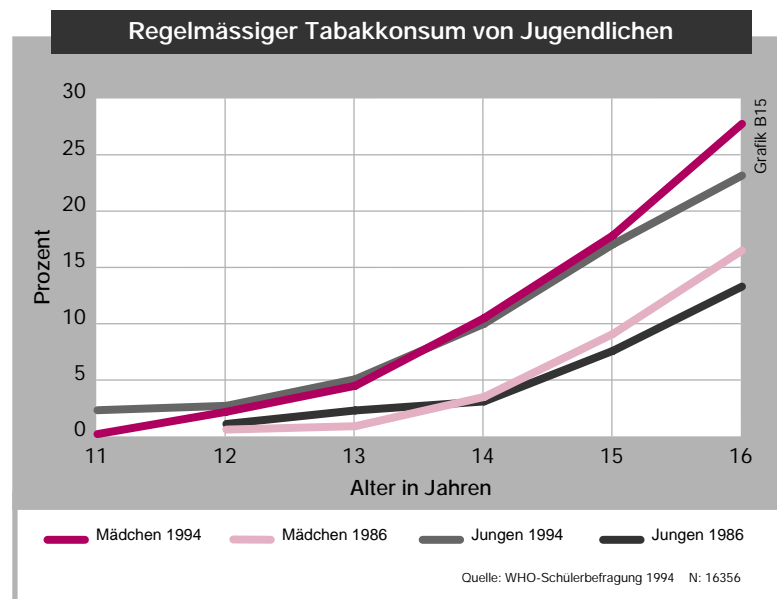
Das Einstiegsalter liegt in der Romandie etwas niedriger als in der Deutschschweiz und im Tessin ⁽²⁾.

In der Schweiz haben 50 Prozent aller Lebenszeitraucher mit dem Tabakkonsum bis zu ihrem 18. Lebensjahr begonnen ⁽²⁾. Diverse Studien in der Schweiz ^(2, 6, 8) zeigen konsistent, dass der Anteil an täglich Rauchenden bei den 15- bis 16jährigen zwischen 14 und 15 Prozent liegt. Inkonsistent wird die Frage beantwortet, ob der Anteil rauchender Jugendlicher insgesamt zugenommen hat. Während eine Studie befindet, der Anteil an jugendlichen Rauchenden wäre insgesamt im wesentlichen derselbe geblieben ⁽⁸⁾, ergibt der Vergleich der Schweizerischen Schülerbefragung von 1986 und 1994 ⁽⁶⁾ jedoch einen Anstieg von acht Prozent im Jahr 1986 auf 15 Prozent im Jahr 1994 bei den täglich Rauchenden 15- bis 16jährigen. Beiden Studien gemein ist, dass insbesondere Mädchen vermehrt rauchen und zumindest bei den 15- bis 16jährigen inzwischen mehr Mädchen täglich rauchen als Jungen.

Der Ausstieg

Ein Jahr vor der Schweizerischen Gesundheitsbefragung haben in der Schweiz etwa 520'000 Personen (nicht ganz 1/3 aller Raucher und Raucherinnen) versucht, mit dem Rauchen aufzuhören und mindestens 14 Tage lang keine Tabakprodukte mehr konsumiert. Zum Zeitpunkt der Befragung (Frühjahr 1992 bis Frühjahr 1993) sind davon etwa 425'000 wieder zu aktiven Tabakkonsumierenden geworden ⁽²⁾.

Nach einer anderen Untersuchung



halten rund 90 Prozent den Rauchstopp in den ersten Tagen durch. Im Verlauf der ersten drei Monate nehmen die Rückfälle jedoch rasch zu: Nach einem Jahr rauchen 85 bis 90 Prozent der Aufhörwilligen wieder ⁽⁹⁾. Ein soziales Umfeld - vor allem Familie und Arbeitsplatz -, in dem geraucht wird, sowie persönliche Probleme erschweren den Rauchstopp.

M. Meyer / G. Gmel

Nur 20 Prozent der Tabakkonsumierenden verspüren keinen Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören

- 1 WHO (1996a).
- 2 SGB 1992/93, eigene Berechnungen.
- 3 Demoscope (1995).
- 4 Schweizerische Krebsliga (1991).
- 5 Chapman (1992).
- 6 Le Gauffey et al. (1995a).
- 7 Abbet & Müller (1991).
- 8 Narring et al. (1994).
- 9 Lagrue & Cormier (1996).

KONSUM ILLEGALE DROGEN

36

Datengrundlage

Schweizerische Statistiken zum Konsum illegaler Drogen basieren im wesentlichen auf fünf verschiedenen Datenquellen:

1. Befragungen der Allgemeinbevölkerung

Die umfangreichste Befragung zum Konsum illegaler Drogen bei der Allgemeinbevölkerung ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93, in der fast 7'000 Bewohner und Bewohnerinnen der Schweiz im Alter zwischen 15 und 39 Jahren zu ihrem Drogenkonsum befragt worden sind.

Erhebungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen finden in Form von Rekrutenbefragungen, aber auch in speziellen Studien wie z.B. der Umfrage des Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUMSP) in Lausanne bei 15- bis 20jährigen Jugendlichen statt. Auch die unter der Schirmherrschaft der WHO in vierjährigen Abständen stattfindenden Schülerbefragungen der SFA sind Erhebungen der Allgemeinbevölkerung.

Ein wesentlicher Nachteil bei Befragungen der Allgemeinbevölkerung ist, dass sozial randständige Gruppen in der Stichprobe jeweils unterrepräsentiert sind.

Prävalenz: Die Prävalenz einer Krankheit bezeichnet die Anzahl an Erkrankten zu einem bestimmten Zeitpunkt oder während eines bestimmten Zeitraumes in einer genau zu bezeichnenden Grundgesamtheit an Personen, die sich diesem Erkrankungsrisiko aussetzen.

Inzidenz: Die Inzidenz bezeichnet die Anzahl an Neuerkrankungen in einer genau zu bezeichnenden Grundgesamtheit innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

Prävalenz und Inzidenz werden häufig als Raten angegeben, d.h. dem Anteil an Fällen pro 100 oder 1000 Personen in der jeweiligen Population. Prävalenz und Inzidenz einer Krankheit beeinflussen sich zwar wechselseitig, sind aber nicht notwendigerweise gleichsinnig. So hat beispielsweise Diabetes eine hohe Prävalenz und eine geringe Inzidenz, dagegen haben Erkältungskrankheiten eine geringe Prävalenz bei hoher Inzidenz. Erkältungskrankheiten treten zwar häufiger auf als Diabetes, dauern jedoch nur einige Tage, wogegen Diabetes, wenn einmal aufgetreten, als Krankheitsbild bestehen bleibt.

Quelle: Beaglehole et al. (1993)

2. Statistiken der Polizei

Polizeistatistiken geben Auskunft über die Anzahl der Verzeigungen wegen Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz. Dabei können Erstverzeigungen als grober Indikator für die Inzidenz des Drogenkonsums angesehen werden.

Nachteil dieser Statistiken ist, dass die Höhe der Verzeigungsrate von der Intensität der polizeilichen Aktivitäten abhängig ist.

3. Erhebungen bei bekannten

Drogenkonsumenten und -konsumentinnen

Die zunehmende Bedeutung der Schadensreduktionsansätze in der Drogenarbeit, beispielsweise zur Verringerung der Aids-Inzidenz bei Personen mit intravenösem Drogenkonsum, hat zu einer Verstärkung der niedrigschwelligen Angebote und einer Ausweitung der Versuche von nicht vorrangig psychotherapeutisch orientierten Behandlungsmethoden (Methadon- und kontrollierte Heroinabgabe) geführt. Die mit diesen Angeboten verbundenen Evaluationen bringen neben den Informationen über den Erfolg und Nutzen dieser Programme auch Daten über die Klienten und Klientinnen, die diese Angebote aufgreifen.

Erhebungen bei betreuten Drogenkonsumenten und -konsumentinnen ergeben nur ein verzerrtes Bild, weil fast ausschliesslich Schwerstabhängige entsprechende Angebote nutzen.

4. Befragungen von sogenannten verdeckten - sozial integrierten -

Drogenkonsumenten und -konsumentinnen

In der Schweiz etabliert sich zunehmend ein weiterer, vergleichsweise neuer Forschungsstrang: die Erkundung sogenannter verdeckter Populationen integrierter Drogenkonsumenten und -konsumentinnen. Diese Personen bleiben durch die Art ihres Drogenkonsums verhältnismässig unauffällig und verweigern in der Regel Befragungen aus Angst vor Entdeckung. Auch in Behandlungs-

oder Polizeistatistiken sind sie deshalb unterrepräsentiert.

5. Expertenbefragungen

Befragungen von Experten, wie die vom Bundesamt für Gesundheit im Rahmen der gesetzlichen Informationspflicht durchgeführte Kantonsbefragung, bieten zwar einen Überblick zu generellen Konsumtrends. Sie sind aber in der Regel nicht geeignet, um präzise Angaben über

die Anzahl der Konsumenten und Konsumentinnen oder deren Konsummuster zu erhalten.

Ergebnisse von Befragungen der Allgemeinbevölkerung

Die zur Zeit grösste Studie zum Konsum illegaler Drogen ist die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB). Ihre Daten verdeutlichen, dass wenigstens jeder resp.

Jeder/jede sechste im Alter zwischen 15 und 39 Jahren hat wenigstens einmal illegale Drogen konsumiert

Tabelle B2

Lebenszeitprävalenzen im Konsum verschiedener illegaler Drogen (15-bis 39jährige Schweizer/-innen)

	Frauen		Männer		Gesamt	
	%	WB	%	WB	%	WB
Irgendeine Droge	11.5	149'400	22.0	278'000	16.7	427'400
Haschisch/Marihuana	11.1	144'100	21.5	271'300	16.3	415'300
Heroin	0.7	8'900	1.9	23'600	1.3	32'500
Kokain	1.8	23'500	3.5	44'600	2.7	68'100
Methadon	0.3	3'700	0.5	6'900	0.4	10'600
Crack/Freebase	0.1	1'200	0.0	400	0.1	1'600
Amphetamine und andere Stimulantien (Ecstasy, MDM)	0.6	7'800	1.5	19'500	1.1	27'300
Halluzinogene (LSD, Meskalin, Psilocibin)	1.2	15'000	3.0	37'900	2.1	53'000
andere (Morphin, Kodein)	0.3	3'800	0.7	9'300	0.5	13'100

WB= Wohnbevölkerung der Schweiz 1992; N= 6'854
Quelle: Rehm (1995).

37

Tabelle B3

Drogenkonsumierenden (in %) unter den 15- bis 20jährigen nach SGB- und IUMSP-Befragung in 1992/1993

		SGB		IUMSP	
		Frauen N=644	Männer N=664	Frauen N=3'993	Männer N=5'275
Cannabis	Lebenszeitprävalenz	9.9	19.9	-	-
	Monatsprävalenz	3.7	6.8	-	-
Heroin	Lebenszeitprävalenz	0.9	0.9	1.1	2.4
	Monatsprävalenz	0.6	0.3	0.6	1.0
Kokain	Lebenszeitprävalenz	0.5	1.2	1.5	3.1
	Monatsprävalenz	0.5	0.5	0.6	1.1
Amphetamine/Stimulantien	Lebenszeitprävalenz	0.3	1.7	1.3	2.8
	Monatsprävalenz	0.0	0.5	0.5	1.1
Halluzinogene	Lebenszeitprävalenz	0.3	1.7	3.6	6.8
	Monatsprävalenz	0.0	0.3	1.0	2.4

Quellen: IUMSP: Narring et al. (1994); SGB: SGB 1992/93, eigene Berechnungen
Bemerkungen: SGB Amphetamine inkl. Ecstasy; SGB Monatsprävalenz = Konsum 1-bis 3mal im Monat oder häufiger; IUMSP Halluzinogene inkl. Ecstasy

KONSUM ILLEGALE DROGEN

Vor allem Neugierde führt zum Erstkonsum illegaler Drogen; die Angst vor gesundheitlichen Problemen schreckt besonders davor ab

Tabelle B4
Lebenszeitprävalenz (in %) des mehr als 10maligen Konsums von Cannabis und Opiaten gemäss der „Rekrutenbefragungen“ 1971, 1978 und 1993 bei etwa 20jährigen.

	1971	1978	1993
Cannabis	5.9	6.6	18.5
Opiate	1.0	0.8	1.7*

Quellen: 1971, 1978: Sieber & Angst (1981); 1993: Wyder et al. (1996)
Bemerkungen: 1971 und 1978 adjustiert nach geschlechtsspezifischen Stichprobenanteilen 1993
* = inklusive Kokain und Halluzinogene

jede 6. Schweizer oder Schweizerin im Alter zwischen 15 und 39 Jahren zumindest einmal im Leben illegale Drogen konsumiert hat. Bei der überwiegenden Mehrheit ist dies Cannabis (vgl. Tabelle B2).

Trotz der grossen Anzahl an Studien zum illegalen Drogenkonsum ist es aufgrund der unterschiedlichen Stichproben und Fragengestaltungen schwer, ein einheitliches Bild vom

Konsum illegaler Drogen in der Schweiz zu zeichnen. Tabelle B3 verdeutlicht dieses Problem anhand des Vergleiches der Studie des IUMSP und der SGB bei 15- bis 20jährigen Jugendlichen.

Die Studie des IUMSP weist drei- bis vierfach höhere Prävalenzen für verschiedene Drogen auf als die SGB. Die Unterschiede sind wahrscheinlich auf unterschiedliche Stichprobensamensetzungen zurückzuführen. Im Gegensatz zur SGB sind bei der IUMSP-Befragung keine Jugendlichen in Volksschulen, ohne weiterführende Ausbildung und an Universitäten befragt worden. Dies mag die im Vergleich zu anderen Studien in der Schweiz deutlich höheren Anteile an illegalen Drogenkonsumierenden in der Allgemeinbevölkerung erklären. Für den Konsum von Cannabis liegen uns keine Vergleichsdaten für diese Altersgruppe in der Untersuchung des IUMSP vor.

Eine weitere wichtige Datenquelle stellen die im Rahmen von Rekrutenbefragungen erhobenen Daten dar. Tabelle B4 gibt einen Überblick zu vergleichbaren Studien seit 1971. Die Aussagen zu Frauen basieren auf nationalen Zusatzstichproben der jeweiligen Rekrutenjahrgänge.

Wird bedacht, dass in der Befragung von 1993 Opiate, Kokain und Halluzinogene zu einer einzigen Kategorie zusammengefasst worden sind, weisen die Daten darauf hin, dass die Prävalenz des Opiatkonsums bei etwa 20jährigen in der Zeitspanne von 1971 bis 1993 nicht zugenommen hat. Das bedeutet nicht, dass die Gesamtanzahl der Opiatkonsumentinnen dieser Altersgruppe nicht gestiegen ist. Es ist noch einmal zu betonen, dass sozial desintegrierte Konsumenten und Konsumentinnen selten in diesen Stichproben anzutreffen sind, so dass eine Zunahme der Prävalenz des Opiatkonsums aufgrund dieser Daten nicht ausgeschlossen werden kann. Darüber hinaus sind Prävalenzen bei 20jähri-

Jahres- und Monatsprävalenzen (in %) der WHO-Schülerbefragungen 1986 und 1994 bei 15- bis 16jährigen Schülern und Schülerinnen

Tabelle B5

		Mädchen		Jungen	
		1986	1994	1986	1994
Cannabis	Lebenszeitprä.	11.1	20.1	11.0	25.5
	Monatsprä.	6.0	10.5	8.6	15.9
LSD (1986)/ Halluzinogene (1994)	Lebenszeitprä.	1.7	1.8	1.8	1.5
	Monatsprä.	1.6	0.6	1.2	0.5
Amphetamine	Lebenszeitprä.	4.1	7.1	2.7	10.1
	Monatsprä.	3.1	2.1	2.0	3.5
Ecstasy	Lebenszeitprä.	k.A.	1.8	k.A.	1.5
	Monatsprä.	k.A.	0.6	k.A.	0.5
Opiate	Lebenszeitprä.	1.5	0.7	1.8	1.1
	Monatsprä.	0.5	0.4	1.0	0.6
Kokain	Lebenszeitprä.	1.8	0.9	2.2	1.2
	Monatsprä.	1.1	0.5	1.5	0.5
andere	Lebenszeitprä.	3.3	3.6	4.5	5.0
	Monatsprä.	2.3	1.5	3.4	1.8

Quelle: Abbet & Müller (1991), 1994: eigene Berechnungen
Anmerkung: k.A. = keine Angaben

gen kaum aussagekräftig für Lebenszeitprävalenzen in der Gesamtbevölkerung.

Der Konsum von Cannabis ist seit Ende der 70er Jahre deutlich im Ansteigen begriffen. Diese Aussage wird auch durch die Ergebnisse aus den Schülerbefragungen bestätigt, die 1986 und 1994 repräsentativ für die gesamte Schweiz durchgeführt worden sind (vgl. Tabelle B5).

Gründe für den Konsum und den Nicht-Konsum von Drogen
Wichtige von den Jugendlichen

angegebene Gründe für den Drogenkonsum sind erstens die Neugierde (Lust zu probieren), zweitens die gesuchte Wirkung der Drogen und drittens die Tatsache, dass Freunde/Freundinnen und Schulkameraden resp. -kameradinnen ebenfalls Drogen nehmen (Beispiel der Gleichaltrigen).

Die Furcht vor gesundheitlichen Konsequenzen und vor einer Abhängigkeit, sowie der hohe Preis der Drogen sind die wichtigsten Gründe, keine Drogen zu konsumieren. Verbote dagegen spielen für die Nicht-

Tabelle B6

Angeführte Gründe für Drogenkonsum von Jugendlichen, die schon einmal Drogen konsumiert haben (Mehrfachantworten möglich)

Grund	Anzahl Antworten	Prozent der Antworten	Prozent der Fälle
weil ich Lust habe, zu probieren	123	43.6	81.5
weil ich die Wirkung von Drogen mag	65	23.0	43.0
aus einem anderen Grund	26	9.2	17.2
weil meine Freunde Drogen nehmen	20	7.1	13.2
weil es für mich nicht gefährlich ist	13	4.6	8.6
weil ich mich besser fühle, wenn ich Drogen nehme	12	4.3	7.9
weil es sie in meiner Umgebung gibt	11	3.9	7.3
weil es unter Jugendlichen üblich ist	9	3.2	6.0
weil ich es nicht schaffe, davon loszukommen	3	1.1	2.0
Total der Antworten	282	100.0	186.8

Quelle: Schmid (in Vorbereitung)

Anmerkungen: Befragt wurden N=603 Jugendliche. Die Antworten beziehen sich auf 151 Jugendliche mit Drogenerfahrung. 48 Jugendliche mit Drogenerfahrung gaben keine Antwort.

39

Tabelle B7

Angeführte Gründe, keine Drogen zu nehmen, von Jugendlichen, die keine Drogen konsumieren (Mehrfachantworten möglich).

Grund	Anzahl Antworten	Prozent der Antworten	Prozent der Fälle
weil es schlecht für die Gesundheit ist	341	22.7	85.7
weil ich riskieren würde, nicht mehr davon loszukommen	330	21.9	82.9
weil es zu teuer ist	210	14.0	52.8
weil es meinen Charakter verändern kann	203	13.5	51.0
weil ich die Wirkung nicht mag	109	7.2	27.4
weil meine Eltern es nicht gut finden oder es mir verbieten	102	6.8	25.6
weil es gesetzlich verboten ist	102	6.8	25.6
aus einem anderen Grund	69	4.6	17.3
weil ich keine Gelegenheit dazu habe	39	2.6	9.8
Total der Antworten	1'505	100.0	378.1

Quelle: Schmid (in Vorbereitung)

Anmerkungen: Befragt wurden N=603 Jugendliche. Die Antworten beziehen sich auf 398 Jugendliche ohne Drogenerfahrung. 6 Jugendliche ohne Drogenerfahrung gaben keine Antwort.

KONSUM ILLEGALE DROGEN

Etwa 20 bis 50 Prozent der regelmässigen Techno-Party-Besucher und Besucherinnen konsumieren Ecstasy

Konsumierenden nur eine untergeordnete Rolle ⁽¹⁾. Präventives Bemühen muss deshalb darauf achten, die legitime Furcht der Jugendlichen vor den gesundheitlichen Konsequenzen nicht zu reduzieren. Zu nahezu gleichen Ergebnissen kommt eine Befragung bei 16- bis 17jährigen Freiburger Schülern und Schülerinnen sowie Lehrlingen ⁽²⁾ (vgl. Tabellen B6 und B7).

Ecstasykonsum

Substanzspezifische Umfragen in der Allgemeinbevölkerung sind zur Zeit nur für den Konsum von Ecstasy bekannt ⁽³⁾.

Danach haben 1996 3.5 Prozent der Schweizer Bevölkerung zwischen 15 und 34 Jahren bereits Ecstasy konsumiert. Davon sind jedoch etwa 40 Prozent Probierkonsumierende mit einem einmaligem Konsum. Bei den regelmässigen Rave-Party-Gängern konsumieren etwa 20 Prozent Ecstasy.

Nach einer weiteren Studie beim harten Kern von Technoanhängern und -anhängerinnen (die meisten Personen wurden über Aufrufe in Technomagazinen rekrutiert) liegt der Anteil an Ecstasykonsumierenden bei etwa 50 Prozent ⁽⁴⁾.

Die beiden angeführten Studien ^(3, 4) zeigen deutlich, dass wer Ecstasy konsumiert, häufiger auch andere illegale und legale Suchtmittel zu sich nimmt. Dies wirft aus präventiver Sicht die Frage auf, ob es nicht falsch ist, den Ecstasykonsum zu problematisieren ohne gleichzeitig auf den Konsum anderer Drogen einzugehen. Weil bei regelmässigem Ecstasykonsum auch bei höherer Dosis sich die erwünschten Wirkungen nicht mehr zeigen, ist zu fragen, ob regelmässigem Ecstasykonsum nicht eine Einsteigerfunktion für LSD und Amphetamine zukommt. Wissenschaftliche Belege dafür gibt es aber nicht.

Allgemein besteht - wie auch in anderen Ländern - bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ein Trend weg von betäubenden, hin zu euphorisierenden und leistungssteigernden Drogen. Dies kann als eindeutiger Hinweis gesehen werden, dass dem gesellschaftlichen Anspruch, im richtigen Moment fit, dynamisch und gut gestimmt zu sein, auch im Konsum illegaler Drogen entsprochen wird.

Ergebnisse von Polizeistatistiken

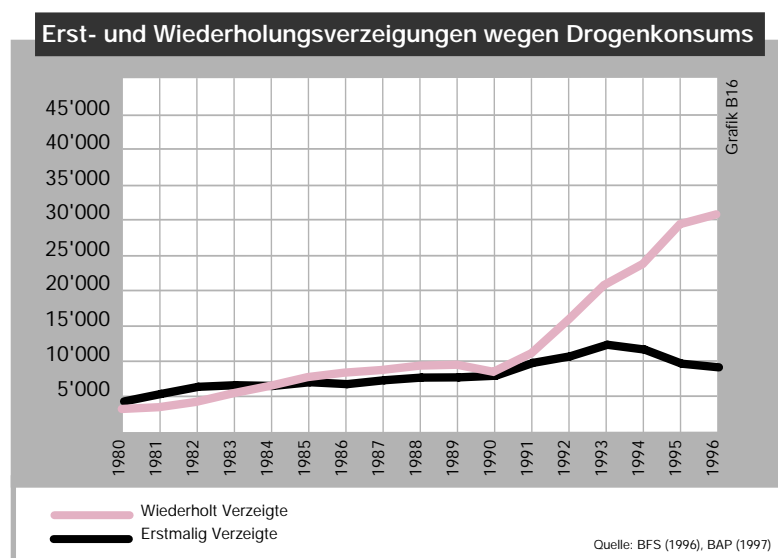
Verzeigungsstatistiken der Polizei sind immer auch ein Spiegelbild der polizeilichen Aktivität und stellen somit häufig mehr einen „Leistungsausweis“ der Polizei dar als eine Angabe über die tatsächliche Anzahl der Drogenkonsumierenden.

Die Verzeigungen wegen des Konsums verschiedener Substanzen sind seit 1980 stetig im Anstieg begriffen. Nur bei Verzeigungen wegen Opiatkonsums (überwiegend Heroin) ist seit 1993 ein Rückgang festzustellen (vgl. Grafik 13 im Kapitel Recht und Polizei - Illegale Drogen).

Obwohl ansteigende Verzeigungszahlen vorrangig mit einer zunehmenden Verstärkung der Drogenrepression begründet werden, kann bei entsprechender Modellierung gezeigt werden, dass Verzeigungszahlen als Indikatoren für die Prävalenz des

40

Die polizeilichen Erstverzeigungen wegen Opiatkonsums sind seit 1993 rückläufig



Drogenkonsums benützt werden können. Knolle kommt bei entsprechenden Berechnungen aufgrund der Verzeigerate zum Schluss, dass die Anzahl aller Drogenkonsumierenden von 86'500 Personen (davon 29'500 Heroin-/Kokainkonsumierende) im Jahr 1990 auf 98'100 Personen (davon 44'000 Heroin-/Kokainkonsumierende) im Jahre 1993 angestiegen ist ⁽⁵⁾.

1991 hat der Bundesrat das Vier-Säulen-Programm (Repression, Prävention, Therapie, Schadensbegrenzung) neu formuliert. Die Grafik B16 zeigt, dass ab 1991 die Zahl der Verzeigungen insgesamt, insbesondere aber jene von Wiederholungstätern und -täterinnen extrem angestiegen ist. Zugleich wird deutlich, dass seit etwa 1993 die Anzahl der Erstverzeigungen - trotz steigender Gesamtanzahl an Verzeigungen - rückläufig ist.

Die vorliegenden Zahlen lassen verschiedene Interpretationen zu:

- Zum einen kann man einen tatsächlichen Rückgang der Inzidenz des Drogenkonsums seit 1993 annehmen.
- Zum anderen kann argumentiert werden, dass eine erhöhte polizeiliche Aktivität zunächst nur zu einer besseren Erfassung der Drogenkonsumierenden und damit auch zu einem erhöhten absoluten Anteil an Erstverzeigungen geführt hat. Die Anzahl der Erstverzeigungen ist nur deshalb rückläufig, weil die Gesamtheit der Personen, die wegen Drogenkonsums und -handels angezeigt werden können, wegen der polizeilichen Tätigkeit zunehmend ausgeschöpft ist.

Gegen die zweite Annahme spricht jedoch die Tatsache, dass ein leichter Rückgang bzw. eine Stabilisierung der drogenbedingten Todesfälle (in erster Linie als Folge von Opiatkonsum) seit 1991 festzustellen ist.

(vgl. Grafik C3 im Kapitel Abhängigkeiten - Illegale Drogen). Die Datenlage spricht somit für einen realen Rückgang der Anzahl von Heroinkonsumierenden.

Jede sechste wegen Drogenkonsums verzeigte Person ist eine Frau; seit 1991 sind die Anteile der Geschlechter in etwa konstant. Diese Daten aus den Polizeistatistiken liegen jedoch nur für Verzeigungen insgesamt und nicht für die Erstverzeigungen vor. Da insbesondere die Wiederholungsverzeigungen in diesem Zeitraum angestiegen sind, kann der Anstieg im Durchschnittsalter in erster Linie mit der wiederholten Verzeigung älterer, bereits bekannter Drogenkonsumierenden erklärt werden.

Ergebnisse von Studien bei erfassten Drogenkonsumierenden

Der überwiegende Teil der neueren Literatur zu erfassten Drogenkonsumenten und -konsumentinnen kommt aus der Evaluation niedrigschwelliger Drogenhilfsangebote. Niedrigschwellig bedeutet, dass der Zugang zu diesen Angeboten für die Konsumenten und Konsumentinnen erleichtert ist, da zum einen kostenfreie (oder mit geringen Kosten verbundene) Dienste angeboten werden und zum anderen die Benutzung an keine Voraussetzung wie Abstinenz oder Aufgabe der Anonymität geknüpft ist.

Niedrigschwellige Angebote richten sich in erster Linie an intravenös Drogenkonsumierende zur Verringerung der Hepatitis- und Aids-Infektionsrisiken. Sie zielen darauf ab, Überlebenshilfen zu bieten, sowie jene Personen zu erreichen, die durch andere Behandlungsangebote nur schwer erfasst werden können. Langfristig soll dank niedrigschwelliger Hilfe eine Stabilisierung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes und die Überführung in höherschwellige, abstinenzorientierte Behandlungen mit dem Ziel einer Reintegration in die Gesellschaft erreicht werden.

Drei Viertel der statistisch erfassten Drogenkonsumierenden sind männlich

KONSUM ILLEGALE DROGEN

Überblick zu Evaluationsstudien niedrigschwelliger Drogenangebote in der Schweiz

Autoren	Nydegger & Schumacher	Lanz, Sempach & Scholz	Ronco, Spuhler & Kaiser	Ronco, Spuhler, Coda & Schöpfer	Meier Kressig
Untersuchungs-ort	Zürich	Zürich	Luzern	Basel	Zürich
Erhebungszeit-punkt	Januar 1995	4 Stichtage 1991/92	4 Tage im Juli 1993	je eine Woche Juni/Juli 1993 und 1994	Juli/August 1994
Frauenanteil	27 Prozent	25 Prozent, aber höher in jüngeren Alterskategorien	19 Prozent	25 Prozent	11.5 Prozent
Altersdurchschnitt	30.0	28.3	überwiegend 20- bis 30jährige	überwiegend 20- bis 30jährige	38.4
Altersspanne	18 bis 50 Jahre	-	-	(15 bis 51 Jahre)	-
Konsumdauer	über 10 Jahre (Neueinsteigende bis 30 Jahre)	9.2 Jahre	-	-	-
Methadon	49 Prozent der Personen in Methadonprogrammen konsumieren mehrmals wöchentlich Heroin, Kokain oder Cocktails	45 Prozent konsumieren Methadon, davon 55.2 Prozent täglich	50 Prozent konsumieren täglich, fast alle befinden sich in Methadonprogrammen	-	27 Prozent konsumieren täglich, hoher Anteil konsumiert zusätzlich weitere Suchtmittel
Konsum	60 Prozent konsumieren mindestens mehrmals wöchentlich Heroin, Kokain oder Cocktails	66 Prozent konsumieren kombiniert Heroin, Kokain, Cannabis und Cocktails, Alkohol und Nikotin; allgemein: 83.5 Prozent Heroin, 80.9 Prozent Cannabis, 79.6 Prozent Kokain, 71.6 Prozent Cocktails	fast alle harten Drogen	-	im Vormonat: 10 Prozent keine Suchtmittel, 50 Prozent täglich oder gelegentlich weiche Drogen (inkl. Alkohol), mehr als ein Drittel täglich oder gelegentlich harte Drogen
Intravenöser Konsum Lifetime	82.5 Prozent	50 Prozent intravenös, 25 Prozent wechseln zwischen intravenösen Konsumphasen und nicht-intravenösen Konsumphasen hin und her, 25 Prozent nie intravenös	hoch, da speziell auf Fixerraum und Spritzenabgabe ausgerichtet.	80 Prozent in den letzten 6 Monaten	-
Behandlung	90 Prozent Behandlungserfahrung	70.2 Prozent zur Zeit oder früher in Behandlung	-	-	-

42

Die Schweiz ist eines der führenden Länder bei der Abgabe sterilen Injektionsmaterials

Die verschiedenen Studien über niedrigschwellige Angebote (vgl. Tabelle B18) zeichnen ein verhältnismässig homogenes Bild der Besucher und Besucherinnen dieser Einrichtungen: Im Schnitt haben sie eine zehnjährige Konsumvergangenheit mit bereits mehreren vergeblichen Behandlungen und Entzügen hinter sich. Etwa drei Viertel der Besucher sind männlich. Das Durchschnittsalter liegt bei etwa 30 Jahren, wobei Frauen in der Regel etwas jünger sind und mit dem Konsum etwas früher begonnen haben.

Indes: sowohl wesentlich ältere (bis 50 Jahre) als auch sehr junge (15 Jahre) Konsumenten und Konsumentinnen frequentieren die Einrichtungen. Der Anteil an multiplen Drogengebern und -gebern ist sehr hoch, ebenso wie der Anteil jener Personen, die intravenös konsumieren (jeweils etwa 80%).

Niedrigschwellige Angebote erreichen die angestrebte Zielgruppe gut. Diese nutzt in erster Linie die klassischen Angebote der Überlebenshilfe, wie die Versorgung mit sterilem

Spritzenmaterial bzw. die Methadonsubstitution.

Angebote, die Eigeninitiative verlangen, werden relativ selten in Anspruch genommen, so dass der Nutzwert solcher Einrichtungen sich mehr und mehr auf die „Funktion reiner Versorgungsbetriebe beschränkt“⁽⁶⁾.

Obwohl in einigen Teilen der Schweiz (insbesondere der Westschweiz), in denen keine Spritzenabgabeprogramme existieren, eine mögliche Unterversorgung an sterilem Spritzenmaterial bestehen mag, ist die Schweiz weltweit eines der führenden Länder, was die Abgabemenge an sterilen Spritzen anbelangt. Je geschätztem Konsumenten resp. geschätzter Konsumentin werden jährlich etwa 240 Spritzen abgegeben. Diese Rate ist um etwa vier- bis fünfmal höher als in anderen Ländern⁽⁷⁾. In einigen niedrigschwelligen Angeboten werden täglich etwa zehn Spritzen pro Besucher und Besucherin abgegeben^(8, 9).

Der überwiegende Anteil an Personen, die die entsprechenden Einrichtungen frequentieren, sind Methadonbeziehende. Von den Klienten/Klientinnen in Methadonprogrammen konsumiert mindestens die Hälfte täglich oder fast täglich weiterhin andere illegale harte Drogen. Deshalb wird zum Teil kritisiert, dass die Methadon-Einnahme den bisherigen Drogenkonsum nicht ersetze, sondern ihn vielfach nur ergänze⁽⁸⁾. Dass viele Klienten und Klientinnen in Methadonprogrammen neben Methadon auch Heroin konsumieren, wird auch im Methadon-Bericht⁽¹⁰⁾ bestätigt. Nur 3 von 26 Kantonsärzten beurteilen Methadonbehandlungen zur Erreichung einer Heroinabstizienz als wirksam⁽¹⁰⁾.

Ergebnisse von Studien bei „verdeckten“ Populationen

Während Studien in der Allgemeinbevölkerung, zumindest was den Kon-

sum harter Drogen anbelangt, überwiegend Aussagen über Probier- und Einmalkonsumierende erlauben, vermitteln Untersuchungen über Heroinverschreibungsversuche und niedrigschwellige Angebote vor allem Kenntnisse über schwerstabhängige erfasste Konsumenten und Konsumentinnen.

Mit „integrierten Konsumenten oder Konsumentinnen harter Drogen in verdeckten Populationen“ sollen hier allgemein Konsumierende gemeint sein, die zwar eine mehrjährige Konsumerfahrung aufweisen, diesen Konsum jedoch in einen verhältnismässig unauffälligen Lebensstil integriert haben. Die wohl weitreichendste Definition des Begriffes „integrierter Konsum“ stammt von Estermann⁽¹¹⁾:

- mindestens zwanzigmaliger Konsum harter illegaler Drogen (Kokain, Heroin und andere (Opiate)
- mindestens einmal im letzten Jahr
- keine Erfassung in Dateien der Polizei wegen Vergehens gegen das Betäubungsmittelgesetz und keine Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten.

Auf der Basis von weniger als zwanzig biographischen Interviews mit integrierten Drogenkonsumenten und -konsumentinnen wird ihre Anzahl in der Schweiz auf etwa 30'000

Häufig konsumieren Personen, die am Methadonprogramme teilnehmen, weiter illegale Drogen

Integrierte Drogenkonsumierende versuchen einen unauffälligen Lebensstil zu führen

Tabelle B9

Konsum von „integrierten“ Konsumierenden harter Drogen und Konsumierenden harter Drogen in Behandlung in den letzten 6 Monaten

	integrierte Konsumierende	in Behandlung befindliche Konsumierende
Heroin und Kokain	40%	64%
nur Heroin	12%	16%
nur Kokain	48%	8%
keine der beiden	0% nach Def.	12%

Quelle: Kübler & Hausser (1996)
N: integrierte Konsumierende: 506
sich in Behandlung befindende Konsumierende: 238

KONSUM ILLEGALE DROGEN

44

Verdeckt Drogenkonsumierende achten auf einen kontrollierten und Nebenwirkungen vermeidenden Konsum

geschätzt. Diese Zahl entspricht in etwa der Schätzung der Anzahl der Personen mit abhängigen, schwer compulsiven Mustern des Drogengebrauchs ⁽¹¹⁾.

Daten über die Gruppe integrierter Konsumenten und Konsumentinnen liefert eine weitere Studie ⁽¹²⁾. Dabei ist die Definition der Untersuchungsgruppe auf Personen mit Konsum harter Drogen in den letzten 6 Monaten und zumindest 25maligem Lebenszeitkonsum von Heroin und/oder Kokain beschränkt worden. Zudem sollten die Versuchspersonen während zweier Jahre keinen Kontakt zu einer Behandlungseinrichtung gehabt haben. Einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass 36 Prozent der Personen der Untersuchungsgruppe bereits zumindest einmal in Behandlung gewesen sind und 27 Prozent gar eine Haftstrafe wegen Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz verbüsst haben.

Die „verdeckten Drogenkonsumenten und -konsumentinnen“ haben sich mit einer Kontrollgruppe von durch das therapeutische System erfassten Drogenkonsumenten und -konsumentinnen vergleichen lassen (vgl. Tabelle B9):

Bei integrierten Konsumenten und Konsumentinnen überwiegt der Kokainkonsum, bei den Konsumierenden in Behandlung dagegen der Heroinkonsum. Diese Personen haben länger illegale Drogen konsumiert, haben zu 83 Prozent schon einmal in ihrem Leben Drogen intravenös gespritzt; 63 Prozent in den letzten sechs Monaten. Die sozial integrierten Drogenkonsumenten und -konsumentinnen haben nur zu 33 Prozent schon einmal Drogen gespritzt und nur zu 18 Prozent in den letzten sechs Monaten.

Auch der Konsum anderer abhängigkeitsbildender Stoffe liegt bei den Personen der Kontrollgruppe höher: Sie trinken häufiger Alkohol, rauchen mehr, nehmen eher auch Barbiturate

und Rohypnol ein. Nur der Konsum von Amphetaminen (einschliesslich von Ecstasy) ist bei den integrierten Drogenkonsumenten und -konsumentinnen höher.

Unter den integrierten Drogenkonsumenten und -konsumentinnen finden sich mehr Frauen und höher gebildete Personen als bei der Vergleichsgruppe der Konsumierenden in Behandlung.

Integrierte Konsumenten und Konsumentinnen haben zudem eher einen festen Wohnsitz (91%) und ein festes Einkommen (68%) als die Personen der Vergleichsgruppe (fester Wohnsitz: 76%; festes Einkommen: 38%). Somit sind auch die Anteile derjenigen, die sich durch illegale Aktivitäten finanzielle Mittel beschaffen, bei den integrierten Drogenkonsumenten und -konsumentinnen (7%) niedriger als bei den Konsumenten und Konsumentinnen der Kontrollgruppe (21%).

Obwohl sich viele dieser Beobachtungen auch in anderen Studien wiederfinden lassen ^(11, 13), könnten die Vergleiche der Studie von Kübler und Hauser durch die Stichprobenselektion verzerrt sein:

Ein grösserer Teil der interviewten integrierten Drogenkonsumenten und -konsumentinnen kommt aus der Romandie, wo es weniger niederschwellige Drogenhilfen gibt. Dagegen überwiegen in der Kontrollgruppe Teilnehmende aus der Deutschschweiz. Sie ist jedoch schon wegen der Fallzahl von mehr als 500 integrierten Drogenkonsumierenden aussagekräftiger als die Studien von Estermann oder Caiata mit weniger als zwanzig integrierten Drogenkonsumierenden.

Resultate aus Expertenbefragungen

Art. 36 des BtmG sieht regelmässige Berichte des Bundesamtes für Gesundheit über die Drogensituation in den Kantonen vor. Die folgenden Analysen basieren auf der Kantons-

befragung von 1996, welche die Kantone allerdings zum Teil lückenhaft beantwortet haben. Gefragt worden ist nach markanten Konsumententwicklungen in den letzten drei Jahren, ohne dass Vorgaben durch Nennung bestimmter Drogen gemacht worden sind.

Konsumententwicklung illegaler Drogen in den Kantonen

Die markanteste Konsumententwicklung wurde für die Droge **Ecstasy** in den Kantonen registriert. Insgesamt ist Ecstasy in 11 von 16 deutschsprachigen und fünf von sechs französischsprachigen Kantonen explizit als neues Phänomen aufgeführt worden. Eine Vermischung im Verständnis der Eingruppierung hat zum Teil bei den anderen Kantonen stattgefunden, die eine Zunahme von synthetischen Drogen konstatiert und damit (auch) Ecstasy gemeint haben.

Synthetische Drogen - wobei **Speed** ebenfalls mehrfach hervorgehoben wird - nehmen zunehmend einen wichtigen Raum im Drogenmarkt von sieben deutschsprachigen Kantonen ein. Die französischsprachigen Kantone haben diesbezüglich nur sehr verallgemeinernd geantwortet, so dass hierzu keine Aussage getroffen werden kann.

Hinsichtlich **Kokains** haben ebenfalls sieben deutschsprachige Kantone

eine bemerkenswerte Entwicklung in Richtung eines erhöhten Konsums konstatiert. In der französischsprachigen Region wird die Entwicklung des Kokainkonsums parallel mit jenem von Ecstasy gesehen.

Für **LSD** geben ebenfalls sieben deutschsprachige und drei französischsprachige Kantone einen steigenden Konsumtrend in den vergangenen drei Jahren an.

An Bedeutung gewonnen haben auch die **illegal gehandelten Medikamente**:

In der deutschsprachigen Schweiz werden von insgesamt fünf Kantonen explizit Rohypnol, Amphetamine und Benzodiazepine erwähnt. Zwei französischsprachige Kantone benennen Benzodiazepine, ein Kanton konstatiert eine starke Zunahme bei Rohypnol, und ein weiterer sieht eine Stabilität in der Konsumententwicklung bei illegal gehandelten Medikamenten.

Hinsichtlich der Entwicklung des **Heroinkonsums** herrscht in der deutschsprachigen Schweiz Uneinigkeit: Vier Kantone sehen die Konsumententwicklung für Heroin als rückläufig an, fünf sehen sie hingegen ansteigen. In der Romandie wird die Konsumententwicklung hinsichtlich des Heroins von zwei Kantonen als stabil bezeichnet, von weiteren drei als

Der Konsum von Cannabis, Amphetaminen und vor allem von Ecstasy hat in den letzten drei Jahren zugenommen

Zusammenfassend lassen sich folgende Merkmale integrierter Konsumenten und Konsumentinnen harter Drogen festhalten ⁽¹³⁾:

- Versuch, die Menge, Qualität und Applikationsform konstant zu halten, dazu gehören möglichst keine extreme Dosierung (keine sichtbare Wirkung, notfalls Verwendung von Augentropfen zur Pupillenerweiterung), genaue Qualitätsprüfungen und kein intravenöser Konsum.
- Haupteinkommensquelle hat der Arbeitslohn zu bleiben. Budget für den Konsum wird vorab fixiert.
- Um Stigmatisierung zu vermeiden, wird der konventionelle Habitus beibehalten, die Kontakte mit anderen Drogenabhängigen vermieden. Zumindes wird versucht, Kontakte zu Nicht-Drogenkonsumierenden aufrechtzuerhalten und sich die Drogen ausserhalb der Stadt bei stets identischen Personen zu besorgen (gemäss einer anderen Studie möglichst über private Kontakte unter Vermeidung der offenen Drogenszenen ⁽¹¹⁾).
- Stress und Chaos, die die Aufdeckung (und damit die Aufhebung der Repressionsimmunität ⁽¹¹⁾) erleichtern würden, müssen vermieden werden. Deshalb wird der nächste Drogenkonsum meist weit im voraus geplant und entsprechend Geld zurückgelegt.

KONSUM ILLEGALE DROGEN

*Etwa 90 Prozent
der Drogenkonsumierenden rauchen
regelmässig*

46

ansteigend. Im Vergleich zu dem zuvor untersuchten Zeitraum bis 1993 ist hier die auffälligste Veränderung eingetreten: damals waren fast alle Kantone der Ansicht, dass der Heroinkonsum deutlich ansteige.

Die Entwicklung des **Cannabiskonsums** wird von den meisten Kantonen überhaupt nicht beachtet. Lediglich zwei deutschsprachige Kantone bemerken eine steigende Konsumentwicklung bei Jugendlichen. Zwei französischsprachige Kantone sehen die Lage hinsichtlich des Cannabis-Konsums als stabil.

Konsumform

Nachdem im Untersuchungszeitraum bis 1993 als überwiegende neue Konsumform das Folienrauchen in bezug auf Heroin aufgeführt worden ist, beschreiben sieben Kantone der deutschsprachigen Schweiz nunmehr diese Konsumform als auffällig abnehmend. Vier deutsch- und zwei französischsprachige Kantone sehen dagegen Folienrauchen als zunehmend an.

Auffällig ist auch, dass fünf der deutschsprachigen Kantone sowie vier der Romandie feststellen, dass die intravenösen Konsumformen, insbesondere von Heroin, insgesamt deutlich abgenommen haben, wobei als Grund die erfolgreiche Aidsprävention angeführt wird. Ein weiterer französischsprachiger Kanton konstatiert nur ein zeitweiliges Abnehmen intravenösen Heroinkonsums in den letzten drei Jahren und sieht den Grund hierfür in dem Angebot des zwischenzeitlich eingeführten Spritzenaustauschs, der einige Drogenkonsumierende wieder zur intravenösen Konsumform zurückgebracht habe. Zwei Kantone der Romandie geben das Sniffen von Heroin als die die Injektion verdrängende Konsumform an.

Mehrfachkonsum illegaler Drogen

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird Mehrfachkonsum mit unterschiedlich

klaren Abgrenzungen bzw. synonym zu Begriffen wie multipler Konsum abhängigkeitsbildender Substanzen, multipler Drogenkonsum, Polytoxikomanie usw. verwendet.

Bezieht man den Konsum von Alkohol und Tabak mit ein, sind ein Grossteil der Raucher und Raucherinnen und Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen Polytoxikomane, denn insbesondere unter starken Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen finden sich viele starke Raucher und Raucherinnen (um die 90%).

Aus den Analysen der spezialisierten Behandlungseinrichtungen im Alkohol- und Medikamentenbereich (SAKRAM/CIRSA) ist bekannt, dass etwa 30 Prozent der Klienten und Klientinnen wegen gleichzeitig problematischen Konsums von Alkohol und Medikamenten und zusätzlich etwa zehn Prozent wegen gleichzeitiger Probleme durch den Konsum von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen behandelt werden.

Etwa 90 Prozent der regelmässig Drogenkonsumierenden sind gleichzeitig auch regelmässige Raucher und Raucherinnen ⁽¹⁴⁾.

In der klinischen Diagnose (DSM IV Code: 304.80) wird „Polysubstanz-Abhängigkeit“ für ein Verhalten gebraucht, bei dem eine Person während der letzten 12 Monate wiederholt wenigstens drei verschiedene Substanzen (ohne Koffein und Nikotin) konsumiert hat, wobei keine Substanz ein vorherrschendes Konsummuster zeigt. Weiter wird keine Abhängigkeit für die einzelnen Substanzen diagnostiziert, sondern nur für die Gruppe aller Substanzen insgesamt.

Definitionen dieser Art sind in der Praxis nur schwer anwendbar, und Daten zu multiplen Konsummustern in der Schweiz können diesen Anforderungen nicht entsprechen, da die verwendeten Datenerhebungsinstrumente dafür nicht geeignet sind.

Im folgenden konzentriert sich die Diskussion auf multiplen Substanzkonsum bei illegal Drogenkonsumierenden; dabei bleibt unberücksichtigt, ob es sich bei den Substanzen um solche mit eindeutig unterschiedlicher pharmakologischer Zusammensetzung und Wirkung handelt.

Insbesondere die Evaluation bzw. die Befragungen in niederschweligen Einrichtungen bzw. Kontakt- und Anlaufstellen oder auch die Versuche kontrollierter Opiatabgabe zeigen, dass die überwiegende Mehrheit der erfassten Konsumenten und Konsumentinnen harter illegaler Drogen Mehrfachkonsum aufweisen.

Generell ist die Tendenz zu beobachten, dass häufiger Konsum harter Drogen mit einem hohen Konsum verschiedener Drogen einhergeht. Nach einer Studie des Sozialamtes der Stadt Zürich über Kontakt- und Anlaufstellen konsumieren etwa 60 Prozent der Befragten im Durchschnitt täglich drei oder mehr Drogen (einschliesslich Nikotin und Alkohol, wobei Alkohol selten ist) ⁽¹⁴⁾. In einer früheren Befragung ⁽¹⁵⁾ haben zwischen 70 und 80 Prozent multiplen Drogengebrauch (einschliesslich Alkohols, aber ohne Nikotin) aufgewiesen, d.h. zwei, meist aber drei und mehr Substanzen sind auf täglicher bzw. mehrmals wöchentlicher Basis konsumiert worden. Alkohol ist nicht unter den drei wichtigsten Nennungen zu finden gewesen (Heroin, Kokain, Haschisch/Marihuana).

In einer Untersuchung (nach der Auflösung der offenen Drogenszene in Zürich), die auch niederschwellige Einrichtungen mit Methadonabgabe sowie eine Befragung bei methadonabgebenden Apotheken und Ärzten/Ärztinnen einbezogen hat, haben die jeweiligen Nutzer dieser Einrichtungen durchschnittlich fast fünf verschiedene Suchtmittel (ohne Alkohol und Nikotin) konsumiert. In derselben Studie ist auch Methadon als fester Bestandteil im multiplen

Konsummuster aufgetreten. Die meisten Methadonprogrammteilnehmenden haben weiterhin harte und weiche Drogen konsumiert ⁽¹⁶⁾.

Ein klassischer Indikator für multiplen Drogenkonsum stellt der Cocktailkonsum dar, d.h. der Konsum eines Gemisches aus Kokain und Heroin. Verschiedene Befragungen zeigen, dass 40 bis 60 Prozent der Besucher und Besucherinnen verschiedener (niederschwelliger) Einrichtungen im Monat vor der Befragung Drogen in Form eines Cocktails konsumiert haben. Bei der Untersuchung der Kontakt- und Anlaufstellen der Stadt Zürich in den Jahren 1991/92 hat knapp die Hälfte der Besucher und Besucherinnen einen täglichen Cocktailkonsum angegeben.

Die Multiville-Studie über Behandlungsanfragen zwischen 1991 und 1993 bei Drogenabhängigen deutet jedoch auf einen Rückgang des Cocktailkonsums zugunsten eines vermehrten Heroinkonsums hin ⁽¹⁷⁾. Einschränkend muss hier jedoch gesagt werden, dass es sich dabei um die „Hauptdroge“ Cocktail (12% der Behandlungsanfragenden) und damit nicht um den Cocktailkonsum allgemein handelt und dass in den untersuchten Einrichtungen die Unterscheidung von Heroin- und Cocktailkonsum nicht einheitlich behandelt worden ist.

In letzter Zeit wird ein vermehrtes Ansteigen des Konsums von (teilweise verschriebenen) Medikamenten - insbesondere Barbiturate oder Benzodiazepine - bei harten Drogen Konsumierenden beobachtet. Die Dunkelziffer für den kombinierten Konsum von Medikamenten und harten Drogen ist relativ hoch, da der Konsum von Medikamenten bei Drogenkonsumenten und -konsumentinnen als verpönt gilt oder gar nicht im Sinne eines „Drogenkonsums“ betrachtet wird ⁽¹⁷⁾. In beiden Fällen wird die Einnahme von Medikamenten in Befragungen eher verschwiegen.

Häufiger Konsum harter Drogen geht vielfach mit einem regelmässigen Konsum anderer Drogen einher

Konsumenten und Konsumentinnen harter Drogen betreiben zunehmend auch Medikamentenmissbrauch

KONSUM ILLEGALE DROGEN

*Die Zahl von
Mehrfachge-
brauchenden von
Drogen hat
zugenommen*

Die epidemiologischen Daten sind jedoch rudimentär. So ist auf eine gehäufte Kombination von Drogen- und Medikamentenkonsum aus der Tatsache geschlossen worden, dass in der offenen Drogenszene am Platzspitz Medikamentenverpackungen in Massen gefunden worden sind ⁽¹⁸⁾.

Verschiedene Berichte, insbesondere aus der Zürcher Szene, lassen auf einen Konsum von Barbituraten und Benzodiazepinen bei etwa 20 bis 50 Prozent der Konsumenten und Konsumentinnen harter Drogen schliessen ⁽¹⁵⁾.

Auch in Befragungen der Allgemeinbevölkerung zeigt sich, dass (Lebenszeit-) Konsumierende harter Drogen dazu neigen, mehrere illegale Substanzen zu konsumieren ⁽¹⁹⁾. So haben nur etwa ein Viertel aller Lebenszeitkonsumenten und -konsumentinnen harter Drogen im Alter von 17 bis 45 Jahren ausschliesslich eine Droge konsumiert (meist Kokain). 80 bis 90 Prozent der Konsumenten und Konsumentinnen anderer harter Drogen als Kokain haben jedoch auch Kokain konsumiert. Über 50 Prozent haben bis zu vier verschiedene Substanzen und der Rest fünf oder mehr Substanzen konsumiert, wobei Cannabis oder Haschisch explizit aus der Liste der Substanzen ausgeschlossen worden ist.

Die Tendenz zu mehrfachem Konsum illegaler Substanzen bei Lebenszeitkonsumenten und konsumentinnen harter Drogen scheint schon recht früh in der Drogenkarriere aufzutreten. Immerhin hat ein Drittel aller Konsumierender harter Drogen in der Allgemeinbevölkerung ⁽¹⁹⁾ zwischen 15 und 20 Jahren zwei oder mehr Substanzen konsumiert (ohne Cannabis).

Auch in der Expertenbefragung besteht weitgehendst Einigkeit, dass sich der multiple Substanzgebrauch weiter verbreitet.

G. Gmel

- 1 Le Gauffey et al. (1995b).
- 2 Schmid (in Vorbereitung).
- 3 SFA (1996).
- 4 Ayer & Gmel (1996).
- 5 Knolle (1997a).
- 6 Lanz et al. (1996).
- 7 Benninghoff et al. (1996).
- 8 Ronco et al. (1996a).
- 9 Ronco et al. (1996b).
- 10 BAG (1995a).
- 11 Estermann et al. (1996).
- 12 Kübler & Hausser (1995).
- 13 Caiata (1996).
- 14 Sozialamt der Stadt Zürich (1992a).
- 15 Sozialamt der Stadt Zürich (1991).
- 16 Sozialamt der Stadt Zürich (1992b).
- 17 IFS (1995).
- 18 Cattaneo et al. (1993).

Zum Begriff der Abhängigkeit

Über die Kriterien für die Diagnose einer Substanz-Abhängigkeit besteht eine weitgehende Übereinstimmung in der Fachwelt. Eine Abhängigkeit wird bei Vorliegen von wenigstens drei der sechs folgenden Kriterien diagnostiziert (ICD-10):

1. innerer Zwang zum Konsum
2. verminderte Kontrollfähigkeit (Nicht-Aufhören-Können)
3. körperliche Entzugssymptome bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
4. Nachweis einer Toleranz (Erhöhung der Dosis, um die gleiche Wirkung zu erzielen)
5. Vernachlässigung anderer Interessen, erhöhter Zeitaufwand für Beschaffung, Konsum oder Erholung vom Konsum
6. fortgesetzter Substanzkonsum trotz Wissens um bereits vorliegende Gesundheitsschäden

Die Anwendung dieser Diagnosekriterien setzt einige Erfahrung voraus; sie werden deshalb in der Regel nur in der klinischen Praxis angewendet.

Zudem ist es üblich, zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit zu unterscheiden.

Zum Begriff des Missbrauchs

Im Gegensatz zum Abhängigkeitsbegriff besteht keine Einigkeit über den Begriff des Missbrauchs von psychoaktiven Stoffen. In der Allgemeinbevölkerung wird häufig jeder Gebrauch von illegalen Drogen als missbräuchlich definiert.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert missbräuchlichen Konsum (ICD-10) in erster Linie im Sinne eines akut gesundheitsschädigenden Verhaltens. Die Amerikanische

Psychiatrische Gesellschaft dagegen fasst missbräuchlichen Konsum vielmehr als „sozial auffälliges Verhalten“ auf (DSM-IV).

Methoden zur Erfassung der Anzahl Abhängiger in der Allgemeinbevölkerung

Die Anzahl der Substanz-Abhängigen in der Allgemeinbevölkerung abzuschätzen, ist schwierig. Im Prinzip gibt es vier Möglichkeiten der Informationsgewinnung:

Erstens können **Behandlungsstatistiken** von Einrichtungen herangezogen werden, die Fach-Diagnosen erstellen (z.B. die Statistik der VESKA). Auch Statistiken von Einrichtungen, die Abhängige behandeln oder beraten (SAMBAD, SAKRAM, FOS und die Methadonstatistik), können Anhaltspunkte geben.

Diese gesamtschweizerischen Behandlungsstatistiken geben jedoch nur ein sehr lückenhaftes Bild über die Anzahl der Abhängigen:

- Viele Behandlungseinrichtungen werden statistisch nicht erfasst: Die medizinische Statistik der VESKA beinhaltet beispielsweise nur die Daten von ungefähr der Hälfte aller schweizerischen Akut-Abteilungen; nur etwa 60 Prozent der psychiatrischen Einrichtungen werden von dieser Statistik erfasst.

Substanzabhängigkeit wird auf der ganzen Welt nach den gleichen Kriterien diagnostiziert

VESKA:	Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser
SAMBAD:	Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich
SAKRAM:	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige
FOS:	Forschungsverbund stationäre Suchttherapie
Methadonstatistik:	Gesamtschweizerische Statistik der Methadonbehandlungen in Zusammenarbeit mit den Kantonsärzten

ABHÄNGIGKEIT

Die Anzahl Abhängiger kann nach der Anzahl Diagnosen, mittels Bevölkerungsbefragungen, mittels Befragungen von Experten oder anhand von Kranken- oder Sterblichkeitsdaten geschätzt werden

50

- Selbst wenn die statistischen Daten vollständig wären, würden sie nur einen Überblick über die *behandelten* Patienten und Patientinnen geben und nur bedingt etwas über die Gesamtzahl der substanzabhängigen Menschen in der Schweiz aussagen.

Eine zweite Möglichkeit bietet die **Verwendung von Daten aus Bevölkerungsbefragungen**, z.B. aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB).

In Bevölkerungsbefragungen können jedoch keine aufwendigen Methoden zur Erhebung einer möglichen Abhängigkeit oder eines regelmässigen Substanzmissbrauchs eingesetzt werden, weil der Befragungszeitaufwand dafür zu gross wäre. Deshalb sind bei Befragungen der Allgemeinbevölkerung in der Regel nur grobe Schätzungen aufgrund von Konsumdaten und den Ergebnissen sogenannter Screening-Instrumente möglich. Unter einem Screening - Instrument versteht man gemeinhin eine Reihe von Fragen, deren bejahende Beantwortung auf einen möglichen missbräuchlichen Konsum hinweist, ohne ihn klinisch präzise diagnostizieren zu können.

Die Schätzungen der Anzahl abhängig oder missbräuchlich Konsumierender aufgrund allgemeiner Bevölkerungsumfragen können jedoch auch aus weiteren Gründen unzuverlässig sein:

- Die Neigung der Antwortenden, die eigene Konsummenge zu beschönigen, verharmlost das Gesamtbild. Zudem verweigern etwa starke Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen wesentlich häufiger die Teilnahme an Befragungen als Menschen, die mässig Alkohol konsumieren.
- Der missbräuchliche Konsum von legalen und illegalen Drogen führt sehr häufig zu einer sozialen Desintegration (unregelmässiges Arbeitsverhältnis und/oder kein festes Wohnverhältnis). Diese Personen sind für Befragungen zu Hause oder mittels Telefon kaum zu erreichen.

Eine dritte Datenquelle ist die **Befragung von Experten**. Expertenmeinungen sind jedoch häufig durch subjektive Erfahrungen beeinflusst und oftmals auf lokale Besonderheiten begrenzt.

Diagnose Alkoholismus (1994)

Tabelle C1

	Total	Hochrechnung
Akut-Abteilungen (VESKA)	11'177	25'000
Psychiatrische Kliniken (VESKA)	4'269	7'000
Alkoholklienten in spezialisierten Beratungsdiensten (SAMBAD)*	670	7'000
Behandlung in spezialisierten stationären Kliniken (SAKRAM/CIRSA)**	927	1'000

Quelle: VESKA (1995), SAKRAM (1995)

VESKA Daten sind Austrittsdiagnosen: SAKRAM/CIRSA : Eintrittsdaten, SAMBAD Eintrittsdaten:

* Schätzung nach SAMBAD Eintrittsdaten für das erste Halbjahr 1994

** Schätzung für SAKRAM/CIRCA auf der Basis von neun antwortenden Kliniken in der Deutschschweiz und fünf antwortenden Kliniken in der französischen Schweiz;

Berechnungen für Akut-Abteilungen beruhen auf den ICD-9-Diagnosen Alkoholpsychose (291), Alkoholismus (303) und Alkoholmissbrauch (305.0).

Berechnungen für Psychiatrische Abteilungen beruhen auf der ICD-10-Diagnose «Störungen durch Alkohol (F10)»

Als vierte Möglichkeit schliesslich kann die Anzahl der Substanzabhängigen anhand bestimmter **messbarer Indikatoren** - wie etwa Krankheits- und Sterblichkeitsdaten - hochgerechnet werden. Solche Schätzungen beruhen auf den starken, langjährig beobachteten Zusammenhängen der Anzahl der Abhängigen und der mit der Abhängigkeit verbundenen messbaren Indikatoren.

Alkoholabhängige

Wie viele Personen sich jährlich in Behandlung ihrer Alkoholabhängigkeit begeben, lässt sich nur schwer abschätzen, da - wie bereits ausgeführt - die in der Schweiz verfügbaren Statistiken unvollständig sind.

Rechnet man die vorliegenden Behandlungsdaten auf alle Akutabteilungen medizinischer Abteilungen von Spitälern sowie auf die spezialisierten Behandlungseinrichtungen hoch, so werden in der Schweiz jährlich wenigstens 40'000 Personen wegen Alkoholabhängigkeit oder -missbrauchs betreut (vgl. Tabelle C1). In diese Berechnung werden Patienten und Patientinnen mit weiteren gesundheitlichen Problemen, die entweder durch übermässigen Alkoholkonsum verursacht oder

durch diesen massgeblich beeinflusst worden sind, wie z.B. Unfälle, verschiedene Krebsarten, Bluthochdruck usw. (vgl. dazu das Kapitel - Krankheit und Tod) nicht einbezogen.

Trotz des rückläufigen Alkoholkonsums pro Kopf der Bevölkerung hat sich an der Bedeutung des Alkoholproblems in der Schweiz kaum etwas geändert:

- 1994 nimmt Alkoholismus in Allgemeinspitälern bei Frauen und Männern zwischen 35 und 54 Jahren einen Platz unter den vier häufigsten Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) ein (vgl. Tabelle C2).
- In psychiatrischen Kliniken wird bei etwa 14 Prozent aller Fälle eine gesundheitliche Störung wegen übermässigen Alkoholkonsums (ICD-10-Code F10) diagnostiziert: Dies ist die häufigste Diagnose bei Männern zwischen 35 und 74 Jahren und bei Frauen zwischen 35 und 54 Jahren.

Aufgrund vieler Studien wird ein täglicher Konsum von 20 bis 40 Gramm reinen Alkohols bei Frauen und von 40 bis 60 Gramm bei Männern als *gesundheitsgefährdend*

In psychiatrischen Kliniken ist bei Männern zwischen 35 und 74 Jahren Alkoholismus die häufigste Diagnose

51

Tabelle C2

Anzahl an Haupt- und Nebendiagnosen (Alkoholabhängigkeit: ICD-9-Code: 303) in medizinischen Abteilungen von allgemeinen Krankenhäusern und Anteil bzw. Rangplätze an allen Diagnosen

	Männer			Frauen		
	Anzahl	Anteil	Rang	Anzahl	Anteil	Rang
25-29	103	2%	6			
30-34	236	4%	2	85	2%	7
35-39	370	5%	1	161	3%	1
40-44	508	6%	1	182	3%	2
45-49	668	5%	1	272	3%	2
50-54	656	4%	3	241	3%	4
55-59	574	3%	4	141	1%	12
60-64	493	2%	11	139	1%	24

Anteil = Anteil an allen Haupt- und Nebendiagnosen

Rang = Rang innerhalb der 25 häufigsten Diagnosen intern-medizinischer Abteilungen (N=156)

Quelle: VESKA (1995)

ABHÄNGIGKEIT

In der Schweiz ist mit mindestens 300'000 Alkoholabhängigen zu rechnen

52

angesehen. Ein stärkerer Konsum wird als *gesundheitsschädigend* eingestuft. Diesen Konsummengen liegen die nachfolgenden Berechnungen zu Grunde. Sie sind keinesfalls im Sinne einer Trinkmengen-Empfehlung zu werten (vgl. Kapitel Konsum - Alkohol).

Auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragung lässt sich errechnen, dass etwa 290'000 Männer und 185'000 Frauen durch Alkoholkonsum ihre Gesundheit *gefährden*. Davon konsumieren etwa 150'000 Männer und 50'000 Frauen Alkohol in eindeutig *gesundheitsschädigender* Weise. Gesundheitsgefährdender oder gesundheitsschädigender Alkoholkonsum ist indessen nicht mit Abhängigkeit gleichzusetzen; es ist aber davon auszugehen, dass ein grosser Teil dieser Personen alkoholabhängig ist bzw. in Gefahr läuft, alkoholabhängig zu werden.

Ein einfaches, leicht zu erhebendes Screening-Instrument zur groben Abschätzung des Umfangs von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit ist der CAGE, der aus vier Fragen besteht (vgl. Grafik C1). In der einschlägigen Literatur wird davon ausgegangen, dass die Bejahung von zumindest zwei Fragen des CAGE bei mehr als 80 Prozent der Fälle auf regelmässigen Alkoholmissbrauch oder auf eine Alkoholabhängigkeit hinweist. Rechnet man die Prozentsätze einer Studie der SFA mit 953 Teilnehmern und Teilnehmerinnen in der gesamten Schweiz hoch, so haben 1995 fast 400'000 Personen zumindest zwei der vier CAGE-Krite-

rien bei sich im letzten Jahr festgestellt. Aufgrund dieser Studie ist somit in der Schweiz mit 320'000 alkoholmissbrauchenden oder -abhängigen Personen zu rechnen. Diese hohe Zahl ist umso besorgniserregender, da die Untersuchungsanlage der SFA-Studie eher auf eine Unter- als eine Überschätzung schliessen lässt.

Ein weiterer Indikator für die Anzahl der Alkoholismus-Fälle in einem Land liefert die sogenannte Jellinek-Formel. Diese Berechnung basiert auf der Anzahl der Todesfälle durch Leberzirrhose. Legt man dieser Formel die Zahlen der Jahre 1990 bis 1992 zugrunde, so gibt es in der Schweiz etwa 120'000 Alkoholiker und Alkoholikerinnen.

Obwohl Leberzirrhosen und Alkoholabhängigkeit eng verbunden sind, ist die Genauigkeit der Jellinek-Formel stark anzuzweifeln: Selbst langjährigem gesundheitsschädigendem Alkoholkonsum gegenüber zeigt sich die Leber verhältnismässig resistent. Selbst für Männer, die über einen Zeitraum von neun Jahren - sieben Jahre bei Frauen - täglich zwischen 80 und 160 Gramm reinen Alkohols konsumieren, besteht ein geringes Risiko, eine Leberzirrhose zu entwickeln. Auch senken medizinische Interventionen und Behandlungen das Risiko, an einer Leberzirrhose zu sterben. Schätzungen, die auf Leberzirrhosedaten basieren, geben somit eher einen Hinweis auf exzessive Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen, die einen Konsum weit jenseits der gesundheitsgefährdenden Grenze aufweisen, als auf die

Die vier Fragen des CAGE

Grafik C1

C: Konsum reduzieren
A: Aufgeregt
G: Gewissensbisse
E: Erwachen

Hatten Sie schon das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten?
Hat es Sie auch schon aufgeregt, wenn andere Leute Ihr Trinkverhalten kritisieren?
Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums auch schon Gewissensbisse?
Haben Sie morgens zum Erwachen auch schon als erstes Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder den Kater loszuwerden?

ABHÄNGIGKEIT

Tabelle C3

Rangfolge der Experteneinschätzung des Abhängigkeitspotentials verschiedener Substanzen

Substanz	Schweiz	USA
Heroin	1	2
Nikotin	2	1
Kokain	3	3
Alkohol	4	4
Marihuana	5	6
Koffein	6	5

Für die Schweiz: Einschätzung von 15 Experten
 Für die USA: Einschätzung von 2 Experten

Abhängigkeit ist definiert über die Schwierigkeit, aufhören zu können, rückfällig zu werden, abhängig zu konsumieren und trotz negativer Effekte zu konsumieren

Quelle: Fahrenkrug & Gmel (1996), Hiltz (1995)

Die Anzahl alkoholmissbrauchender oder -abhängiger Personen ist in der Schweiz in den letzten Jahren *nicht* angestiegen. Vielmehr weisen die Daten von Bevölkerungsumfragen und die Entwicklung des Pro-Kopf-Konsums auf eine Abnahme der Anzahl gesundheitsgefährdend Alkoholkonsumierender hin.

Tabakabhängige

Dass Rauchen abhängig macht, ist heute unbestritten. Die dafür hauptsächlich verantwortliche Substanz ist Nikotin. Experten schätzen das Abhängigkeitspotential von Nikotin ähnlich wie das von Heroin ein (vgl. Tabelle C3).

Obwohl die Symptome der Nikotinabhängigkeit und die der Entzugerscheinungen (depressive Stimmung, Schlaflosigkeit, Konzentrations-schwierigkeiten, reduzierter Herzschlag, Gewichtszunahme usw.) allgemein gut bekannt und dokumentiert sind, gibt es keine allgemeingültige Regel, ab welcher Tabakkonsummenge pro Tag von einer Nikotinabhängigkeit gesprochen werden kann. Allgemein wird angenommen, dass Raucher und Raucherinnen bereits bei einem längerfristigen Tageskonsum von vier bis neun Zigaretten abhängig werden, beziehungsweise sind.

Das Abhängigkeitspotential von Nikotin ist jenem von Heroin gleichzusetzen

53

Anzahl der Alkoholabhängigen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die in der Schweiz häufig genannte Zahl von 150'000 Alkoholikern und Alkoholikerinnen vermutlich eine drastische Unterschätzung darstellt und dass diese Zahl eher verdoppelt werden muss, mithin ist mit annähernd 300'000 Alkoholabhängigen zu rechnen.

Tabelle C4

Anzahl der Nikotinabhängigen bei unterschiedlichen Grenzwerten

Angenommener Grenzwert für Nikotinabhängigkeit bei Rauchenden	Anteil aller Rauchenden	Anzahl Nikotinabhängige in der Schweiz (Hochrechnung)	Anteil der Rauchenden, die abhängig sind
20 und mehr Zigaretten täglich	38.9 %	664'500	38.9%
10 bis 19 Zigaretten täglich	28.4 %	1'150'500	67.3%
5 bis 9 Zigaretten täglich	11.7 %	1'350'600	79.0%
bis 4 Zigaretten täglich	10.0 %	1'520'600	89.0%
weniger als 1 Zigarette täglich	11.0 %	1'708'400	100.0%

N Rauchende = 4'595, entspricht gewichtet 30.1% der Gesamtbevölkerung
 Pfeife, Zigarren und Zigarillos sind nach folgendem Schlüssel (vgl. Abelin & Gsell 1967) in Zigaretten umgerechnet worden: Pfeife, Zigarillo=2.5 Zigaretten; Zigarre=5 Zigaretten

Quelle: SGB 1992/1993, eigene Berechnung

Rund eine Million Personen in der Schweiz sind nikotinabhängig

ABHÄNGIGKEIT

*Cannabis,
Halluzinogene und
Ecstasy
verursachen vor
allem eine
psychische
Abhängigkeit*

54

Amerikanische Studien schätzen, dass zwischen 50 und 80 Prozent der Raucher und Raucherinnen nikotinabhängig sind. Definiert man Nikotinabhängigkeit konservativ als täglichen Konsum von zehn Zigaretten und mehr, so sind in der Schweiz über 67 Prozent der Raucher und Raucherinnen oder mehr als eine Million Personen nikotinabhängig (vgl. Tabelle C4).

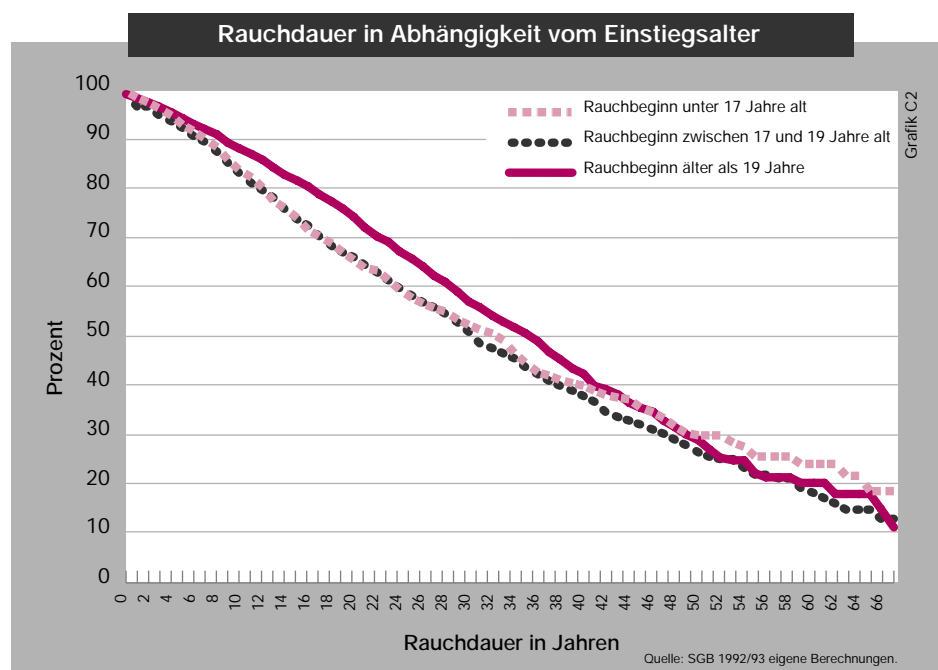
Rauchen wird sehr schnell zu einer Gewohnheit. So wurde schon vor fast dreissig Jahren in einer Studie in Grossbritannien festgestellt, dass Personen, die täglich vier Zigaretten und mehr (mindestens einen Monat lang) konsumieren, zu 94 Prozent über einen Zeitraum von mindestens fünf Jahren rauchen⁽¹⁾. Raucher und Raucherinnen, die bis zum 20. Lebensjahr anfangen zu rauchen, werden später zu 95 Prozent täglich Tabakprodukte konsumieren⁽²⁾. Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zeigen gar, dass auch ein später Beginn mit dem Tabakkonsum (im Alter von 20 Jahren und später) mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit verbunden ist, Lang-

zeitkonsument oder -konsumentin zu werden. Bei einem Konsumbeginn vor dem 16. Geburtstag raucht die Hälfte der Raucher und Raucherinnen 33 Jahre und länger; bei einem Konsumbeginn im Alter von 17 bis 19 Jahre sind es 31 Jahre. Bei einem späteren Konsumbeginn beträgt die Rauchdauer bei der Hälfte der Raucher und Raucherinnen jedoch 36 Jahre (vgl. Grafik C2).

Abhängige von illegalen Drogen

Was als legale oder illegale Drogen bezeichnet wird, ist allein von der jeweils herrschenden Rechtsgrundlage bestimmt und erlaubt keine Aussage über das Abhängigkeitspotential der einzelnen Droge. Die Liste der international verbotenen Drogen umfasst eine Vielzahl von Stoffen, die zum Teil sehr unterschiedliche Formen der Abhängigkeit hervorrufen. Deshalb spricht die Weltgesundheitsorganisation nicht von einer „allgemeinen Drogenabhängigkeit“, sondern unterscheidet „Typen von Drogenabhängigkeiten“.

Obwohl die Gefahr einer potentiellen



psychischen Abhängigkeit bei chronischem Cannabiskonsum inzwischen unbestritten ist, scheinen - im Gegensatz etwa zum Konsum von Kokain und Opiaten - Symptome einer physischen Abhängigkeit - wenn überhaupt - eine untergeordnete Rolle zu spielen. Über eine Toleranzentwicklung wird zwar bei extremem Konsum von Cannabis berichtet, doch gibt es bis heute keine klinisch bedeutsamen Nachweise über Entzugserscheinungen.

Auch bei den Halluzinogenen und den Entaktogenen (MDMA) ist die Abhängigkeit in erster Linie psychischer und nicht physischer Natur.

Im folgenden wird deshalb vor allem auf die Abhängigkeit von Opiaten und Kokain eingegangen.

Der Anteil an Lebenszeitkonsumenten und -konsumentinnen von Opiaten und Kokain bei allgemeinen Bevölkerungsumfragen liegt seit 25 Jahren in der Altersgruppe der 15- bis 25jährigen konstant bei etwa drei Prozent. Da jedoch Umfragen in der Allgemeinbevölkerung, wie bereits ausgeführt, nur sehr eingeschränkt aussagefähig sind und Lebenszeitprävalenzen kaum Aussagekraft für die aktuelle Prävalenz des Konsums besitzen, können sie allenfalls einen groben Anhaltspunkt über die Anzahl der Drogenkonsumierenden geben.

In neuerer Zeit wird vermehrt über eine „verdeckte Population“ von Konsumenten und Konsumentinnen harter Drogen berichtet. Zu dieser Gruppe werden Personen gezählt, die trotz ihres Konsums harter Drogen sozial noch gut integriert sind. Diese Konsumenten und Konsumentinnen haben Techniken entwickelt, die sie relativ gut vor einer Ergreifung durch die Polizei schützen. Personen dieser konsumierenden Gruppe achten auf einen unauffälligen Konsum und vermeiden möglichst jegliche Aktivität, die ihr Geheimnis verraten könnte. Für diesen Personenkreis ist die Nichtteilnahme an Interviews

oder Befragungen aus Angst vor dem Entdecktwerden geradezu zwingend.

Auch die klassischen Indikatoren wie die Todesfall- oder die Verzeigungsstatistiken der Polizei lassen einen breiten Interpretationsspielraum bei der Bestimmung der Anzahl der Abhängigen zu: So können schwankende Verzeigungszahlen durch eine Veränderung der polizeilichen Tätigkeit begründet werden. Die Anzahl der Todesfälle kann durch Veränderungen der Drogenkonsumpraktiken und durch die Reinheit der angebotenen Stoffe beeinflusst werden.

Schätzung der Anzahl Drogenabhängiger aufgrund von Verzeigungsstatistiken

Die Anzahl der Verzeigungen aufgrund des Konsums verbotener Substanzen steigt seit 1980 stetig an. Die Zunahme wird insbesondere ab 1990 deutlich. Nur für Opiate (überwiegend Heroin) ist seit 1993 ein Rückgang der Verzeigungszahlen festzustellen.

Seit 1991 ist insbesondere die Anzahl der Verzeigungen von Wiederholungstätern und -täterinnen extrem angestiegen. Ab 1993 werden weniger Erstverzeigungen registriert, obwohl die Anzahl aller Verzeigungen wegen Verstößen gegen das BetmG weiter steigt.

Diese Entwicklung kann einerseits mit einem tatsächlichen Rückgang der Anzahl von Neueinsteigenden nach 1993 begründet werden. Andererseits könnte die Abnahme von Erstverzeigungen nur eine Folge der verstärkten polizeilichen Aktivität vor 1993 sein, die zunächst zu einem erhöhten absoluten Anteil an Erstverzeigungen geführt hat: Da die Drogenkonsumenten und -konsumentinnen, die sich aufgrund ihrer Lebenssituation (Obdach- und/oder Arbeitslosigkeit) einer Verzeigung wegen Konsums oder Handels illegaler Drogen aussetzen, ab 1993 zum grössten Teil bereits polizeilich erfasst worden sind, geht der Anteil der Erstverzeigungen nun zurück.

Anhand der vorhandenen Statistiken kann die Zahl der Abhängigen von Opiaten und Kokain nicht präzise bestimmt werden

ABHÄNGIGKEIT

Die Anzahl Abhängiger von harten Drogen hat sich in den letzten Jahren stabilisiert. Nach wie vor ist mit etwa 30'000 Abhängigen zu rechnen

56

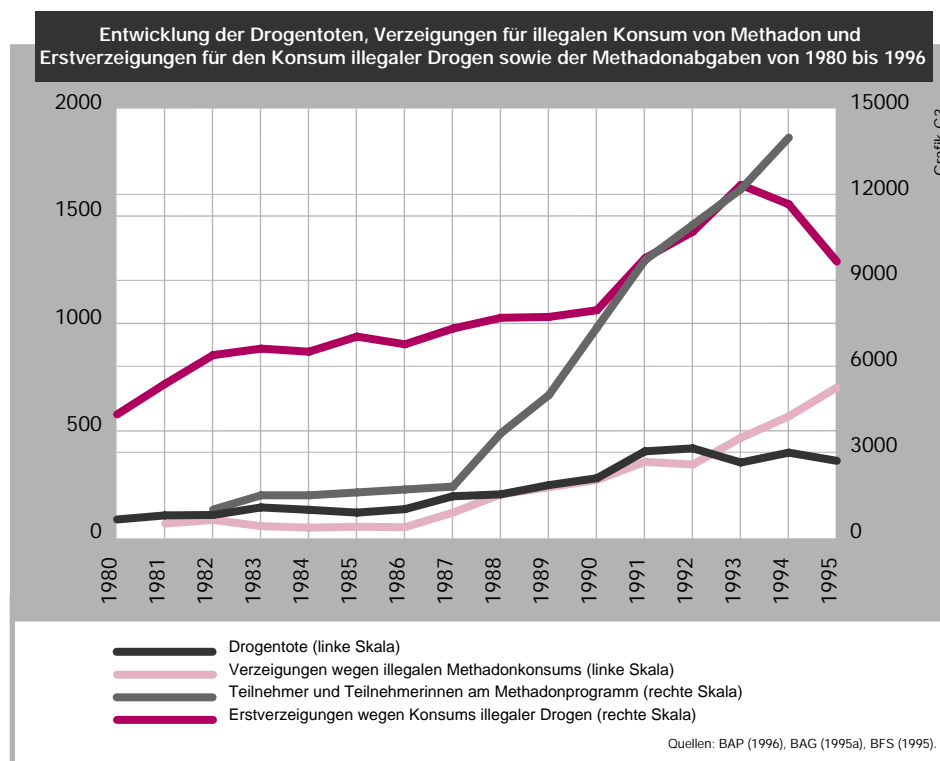
Gegen letzteres spricht jedoch zumindest teilweise, dass auch ein leichter Rückgang bzw. eine Stabilisierung der drogenbedingten Todesfälle festzustellen ist (vgl. Grafik C3). Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass der Rückgang der Anzahl an Erstverzeigungen von Opiatkonsumentinnen in den letzten zwei Jahren auf eine Verminderung der Anzahl der Erstkonsumenten und -konsumentinnen von Opiaten (vor allem Heroin) hinweist. Die Anzahl der Verzeigungen aller übrigen Drogen nimmt jedoch tendenziell zu.

In den letzten Jahren ist vermehrt versucht worden, anhand der Verzeigungszahlen und den Zahlen der Drogentoten unter Zuhilfenahme mathematischer Modelle eine Abschätzung der Anzahl an Konsumenten und Konsumentinnen harter Drogen vorzunehmen. Estermann hat auf diesem Wege einen harten Kern von etwa 30'000 Drogenabhängigen ermittelt. Er beziffert die Anzahl der Konsumenten und Konsumentinnen harter Drogen (Kokain und Heroin)

insgesamt auf etwa 60'000. Er geht davon aus, dass die Zahl der Drogenkonsumierenden zwischen 1990 und 1993 nicht signifikant gestiegen ist⁽³⁾.

Die Analysen für die Jahre zwischen 1990 und 1993 von Knolle zeigen dagegen, dass sowohl die Anzahl aller Konsumenten und Konsumentinnen illegaler Drogen von 86'500 auf 98'100 als auch die von Heroin- und Kokainkonsumierenden von 29'000 auf 44'000 gestiegen ist⁽⁴⁾. Knolle verwendet für seine Schätzung polizeiliche Verzeigungsdaten, wobei jedoch explizit ein Ansteigen in der Verzeigungsrate - beispielsweise durch verstärkte repressive Massnahmen oder durch unterschiedliche Anzeigeraten (für Populationen, die sich dem Verzeigungsrisiko unterschiedlich stark aussetzen) - mathematisch geeignet modelliert wird⁽⁵⁾.

Die Schätzung von Knolle berücksichtigt nur Personen, die sich durch den Kauf oder Konsum illegaler Drogen dem Risiko einer Verzeigung



aussetzen. Teilnehmer und Teilnehmerinnen an Methadonprogrammen sind bei dieser Schätzung nicht berücksichtigt, sofern sie sich keine illegalen Drogen beschaffen. Nicht berücksichtigt sind zudem verdeckte Populationen. Estermann vermutet, dass diese Gruppe in etwa ebensogross ist, wie diejenige, die der polizeilichen Erfassung (stärker) ausgesetzt ist ⁽³⁾.

Schätzung der Anzahl Drogenabhängiger aufgrund der Anzahl von Drogentoten

Im internationalen Vergleich schwankt die Drogensterblichkeit je nach Studie zwischen ein und drei Prozent. Das heisst, dass pro Jahr zwischen ein und drei Prozent der Drogenabhängigen infolge ihrer Sucht sterben. Geht man davon aus, dass in der Schweiz die Sterblichkeit zwischen ein und zwei Prozent beträgt, so hat die Zahl der Drogenabhängigen zwischen 1993 und 1996 von maximal 35'300 auf 31'100 (bei Drogensterblichkeit von einem Prozent) bzw. von mindestens 17'650 auf 15'550 (bei Drogensterblichkeit von zwei Prozent) abgenommen. Indes: In offiziellen Verlautbarungen und in der öffentlichen Diskussion wird die Zahl der Drogentoten unterschätzt. In den Polizeistatistiken sind weder die drogenbedingten tödlichen Folgen von Aids noch jene von Hepatitisviren oder anderer bakterieller Infektionen enthalten.

Zusammenfassend ist folgendes festzuhalten: Im ersten Schweizerischen Drogenbericht wird die Zahl der Abhängigen von harten Drogen auf jeweils 30'000 Personen für die Jahre von 1990 bis 1992 geschätzt. Zwischen 1990 und 1992/93 hat die Anzahl der Drogenabhängigen vermutlich leicht abgenommen. Verschiedene Indikatoren wie der Rückgang der Erstverzeigungen für Opiatkonsum sowie der Drogentodesfälle weisen seither auf einen Rückgang oder eine Stabilisierung der Anzahl Drogenabhängiger hin. Neuere Schätzungen der Anzahl Abhängiger für den Zeitraum bis

1996 liegen noch nicht vor. Doch dürfte sich die Schätzzahl für das Jahr 1996 von 30'000 Drogenabhängigen kaum wesentlich verändert haben, zumal frühere Schätzungen nach den Erkenntnissen von Knolle und Estermann eher an der unteren Grenze liegen.

Schätzung der Anzahl Drogenabhängiger aufgrund der Expertenbefragung in den Kantonen

Die Expertenbefragung in den Kantonen lässt den Schluss zu, dass ab 1993 die bis dahin stetige Zunahme der Anzahl Drogenabhängiger wenigstens zum Stillstand gekommen ist.

In der Deutschschweiz beurteilen vier Kantone die Anzahl Abhängiger von harten Drogen als abnehmend, dagegen beobachten nur zwei Kantone ein Ansteigen dieser Gruppe. Zu letzteren Kantonen zählt Zürich, wo die Stadtpolizei Zürich eine Zunahme vermutet, die Kantonspolizei jedoch eine Abnahme. Neun Kantone sehen keine Veränderung, und vier können eine solche nicht einschätzen.

Vor allem hinsichtlich der intravenösen Anwendung von Drogen sehen die kantonalen Experten eine Verbesserung der Situation: In acht Kantonen wird eine Verminderung und nur in einem Kanton eine stärkere Verbreitung des intravenösen Konsums festgestellt. Aus sechs Kantonen wird keine Veränderung gemeldet; vier Kantone können die Entwicklung nicht abschätzen.

In der französischen Schweiz können vier von sieben Kantonen die Entwicklung des intravenösen Konsums und drei von sieben Kantonen die Tendenz der Anzahl aller Abhängigen harter Drogen nicht abschätzen. Drei Kantone stellen sowohl eine Verminderung der Anzahl der Drogenabhängigen als auch eine Minderung der Verbreitung des intravenösen Konsums fest.

G. Gmel

- 1 McKennell & Thomas (1967).
- 2 American Psychiatric Association (1994).
- 3 Estermann et al. (1996).
- 4 Knolle (1997a).
- 5 Knolle (1997b).

KRANKHEIT UND TOD

ALKOHOL

Übermässiger Alkoholkonsum beeinträchtigt das Funktionieren fast aller Körperorgane

58

Man muss nicht abhängig sein, um an einer alkoholbedingten Krankheit zu leiden

Übermässiger Alkoholkonsum verursacht oder verstärkt eine Vielzahl verschiedener Krankheiten und anderer Probleme:

- Akuter starker Alkoholkonsum kann zu Unfällen oder Alkoholvergiftungen führen.
- Langjähriger starker Konsum ruft direkt und ursächlich psychische Erkrankungen hervor, wie z.B. Alkoholabhängigkeit oder Demenz.
- Viele körperliche Erkrankungen wie z.B. verschiedene Krebsformen oder Schädigungen der Leber sind mehr oder weniger stark auf chronisch übermässigen Alkoholkonsum zurückzuführen.

Starker Alkoholkonsum wirkt schädigend auf fast alle menschlichen Organe. Allerdings spielen bei vielen Erkrankungen zusätzliche Faktoren eine - zum Teil bedeutsame - Rolle: z.B. das Vorliegen einer anderen Krankheit, die genetische Veranlagung oder auch eine mangelhafte Ernährung. Letztere kann nicht nur eine Folge der bei Alkoholabhängigen vielfach zu beobachtenden Vernachlässigung der Ernährung sein, sondern ist in vielen Fällen auch darauf zurückzuführen, dass der Körper nach starkem Alkoholkonsum Vitamine schlechter aufnimmt. So kann ein akuter - manchmal sogar chronischer - Vitaminmangel entstehen.

Die Ausführungen in diesem Kapitel basieren zum Teil auf Studien aus den Vereinigten Staaten, Australien und Kanada, die ihrerseits Ergebnisse von anderen Studien zusammenfassen. Es ist davon auszugehen, dass die medizinischen Konsequenzen dieser Berechnungen auch für die Schweiz Gültigkeit haben ⁽¹⁾.

Die Prävalenzberechnungen für die Schweiz basieren auf der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 1992/93 bei mehr als 10'000 Personen.

Trinkt jemand über einen langen Zeitraum Alkohol in grossen Mengen, kann dies zu einer Vielzahl von sozialen Folgen führen, die sich indirekt auf die psychische und physische Gesundheit auswirken: Arbeitsplatzverlust, Scheidung, sozialer Abstieg, geringeres verfügbares Einkommen usw.

Risikohafte Konsummengen

Männer, die täglich bis zu vier Gläser (entspricht etwa 40 Gramm reinen Alkohols) eines alkoholischen Getränkes zu sich nehmen, gehen ein geringes gesundheitliches Risiko ein. Der Konsum von vier bis zu sechs Gläsern entspricht einem mittleren Risiko, und ein Konsum von mehr als sechs Gläsern täglich birgt ein hohes gesundheitliches Risiko. Frauen haben niedrigere Grenzen: Bei einem Konsum von bis zu zwei Gläsern eines alkoholischen Getränkes am Tag ist das gesundheitliche Risiko gering, von zwei bis vier Gläsern mittelstark, und bei einem Konsum von über vier Gläsern pro Tag ist das Risiko hoch, alkoholbedingt zu erkranken ⁽¹⁾. Die hier beschriebenen Konsumgrenzen dienen in erster Linie als Kategorien für die Berechnung der alkoholbezogenen Mortalität und Morbidität. Sie sollen in keiner Weise als „Trinkempfehlung“ gedeutet werden (vgl. Kapitel Konsum - Alkohol).

Eine neuere Metanalyse von Holman et al. ⁽²⁾ zeigt, dass bei Männern bereits bei einem täglichen Konsum von mehr als zwei Gläsern und bei Frauen bei einem täglichen Konsum von mehr als einem Glas das Sterberisiko steigt. Es liegt ab einem täglichen Konsum von drei Gläsern bei Männern und zwei Gläsern bei Frauen deutlich über demjenigen von Nichttrinkenden.

Im Sinne eines protektiven Effektes bewegt sich die optimale Menge des Alkoholkonsums bezogen auf die Sterblichkeit bei ein bis zwei Gläsern täglich bei Männern und zwischen

null und einem Glas täglich bei Frauen.

Wichtigste alkoholbedingte Erkrankungen

Leberkrankheiten

Chronischer Alkoholmissbrauch ist der bedeutsamste alleinverantwortliche Grund für Lebererkrankungen, welche wiederum zu den hauptsächlichsten Todesursachen bei Alkoholikern gehören ⁽³⁾.

Drei unterschiedliche Krankheitsbilder der Leber treten ausschliesslich durch starken Alkoholkonsum auf: die alkoholische Fettleber, die alkoholische Leberentzündung und die alkoholische Leberzirrhose (vgl. Tabelle D1). Letztere ist wohl die bekannteste „Alkoholikerkrankheit“ und ist eine irreversible, lebensgefährdende Schädigung der Leber. Die alkoholische Fettleber und die alkoholische Leberentzündung können bei Alkoholabstinenz wieder abklingen.

Dass übermässiger Alkoholkonsum Leberzirrhosen hervorrufen kann, ist unbestritten. Die meisten Studien gehen davon aus, dass dafür ein täglicher Konsum von 160 bis 210 Gramm reinen Alkohols während 10 bis 20 Jahren notwendig ist.

Das Risiko, an einem schweren Leberschaden (speziell an einer Fettleber, nach manchen Studien jedoch auch an einer Leberzirrhose) zu erkranken, steigt bei Männern bereits bei einem täglichen Konsum von 50 bis 80 Gramm reinen Alkohols über 10 bis 15 Jahre deutlich an. Bei Frauen erhöht es sich bereits durch einen täglichen Konsum von mehr als 20 Gramm - über den gleichen Zeitraum getrunken - deutlich.

Neben den genannten Erkrankungen, die allein durch Alkoholkonsum verursacht werden, gibt es viele weitere Leberschäden, die nicht hauptsächlich durch Alkoholkonsum hervorgerufen werden:

Leberkrebs, „nichtalkoholische“ Leberzirrhose, Fettleber, Leberabszesse usw. Doch auch bei diesen Erkrankungen haben stark Alkoholkonsumierende ein im Vergleich zu nicht oder gering Konsumierenden ein bis zu neunfach erhöhtes Risiko. Für Frauen ist die Gefahr viel grösser als für Männer, die Leber durch den Alkoholkonsum zu schädigen.

Eine Vielzahl weiterer Faktoren können die Entwicklung von Leberkrankheiten beschleunigen (durch Viren verursachte Leberentzündungen, eine schlechte Ernährung usw.).

Alkoholmissbrauch ist die wichtigste Ursache für Lebererkrankungen

Alkoholbedingte Leberschäden (1994)

Tabelle D1		Hauptdiagnosen		Pflegetage		Mortalität		Verlorene Lebensjahre (bis 70 Jahre)		
		ICD-9	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alkoholische Fettleber, akute alkoholische Hepatitis, alkoholische Leberzirrhose, alkoholischer Leberschaden (n nb*)		571.0 - 571.3	609.3	331.5	8'628.5	5'856.6	397.0	142.0	3'852.5	1'630.0
Leberzirrhose ohne Angabe von Alkohol, biliäre Zirrhose primär, biliäre Zirrhose sekundär, nichtalkoholische Fettleber		571.5 - 571.9	98.0	44.5	4'679.8	2'684.8	25.2	28.2	187.1	87.4
Summe alkoholbezogener Diagnosen			707.3	376.0	13'308.3	8'541.4	422.2	170.2	4'039.6	1'717.4
Summe aller Diagnosen			207'522.0	193'769.0	2'211'429.0	2'384'794.0	31'228.0	30'759.0		
Anteil alkoholbezogener Diagnosen			0.3%	0.2%	0.6%	0.4%	1.4%	0.6%		

Quelle: Veska (1995)
Anmerkung: Für eine Übersicht sämtlicher alkoholbedingter Krankheiten und Risiken, unterteilt nach Geschlecht und Alter, siehe Anhang 1
*n nb= nicht näher bezeichnet

KRANKHEIT UND TOD ALKOHOL

Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse zählen zu den häufigsten alkoholbedingten Hospitalisierungsursachen

Bauchspeicheldrüse sowie Magen- und Darmtrakt

Entzündungen der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis) sind die häufigsten alkoholbedingten Erkrankungen des Magen-Darmtraktes.

Weltweit werden wahrscheinlich mehr Menschen wegen einer alkoholbedingten Erkrankung der Bauchspeicheldrüse notfallmässig hospitalisiert als wegen eines alkoholbedingten Leberschadens.

Etwa 70 Prozent der Menschen mit chronischen Entzündungen der Bauchspeicheldrüse trinken viel Alkohol. Typischerweise treten diese Entzündungen nach fünf bis zehn Jahren starken Alkoholkonsums auf. Chronische Entzündungen der Bauchspeicheldrüse sind stärker mit langjährigem Alkoholkonsum in Verbindung zu bringen als akute Entzündungen (vgl. Tabelle D2).

der Alkoholkonsum zu einem erhöhten Risiko, an einer Entzündung der Bauchspeicheldrüse zu erkranken.

Fehl- und zu fettreiche Ernährung kann die schädigende Wirkung des Alkohols auf die Bauchspeicheldrüse noch verstärken.

Starker Alkoholkonsum reduziert die Enzymproduktion und verringert so die Aufnahme von Nährstoffen: Mangelernährung kann die Folge sein.

Patienten und Patientinnen mit Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüren zählen in der Regel zwar zu den stärkeren Alkoholkonsumierenden, doch werden andere Risikofaktoren wie Stress - insbesondere aber Rauchen - mitberücksichtigt, so zeigt sich, dass Alkohol kein unabhängiger Risikofaktor für das Entstehen von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren ist.

60

Alkoholbedingte Gastritis und Pankreatitis (1994)

ICD-9	Hauptdiagnosen		Pflegetage		Mortalität		Verlorene Lebensjahre (bis 70 Jahre)		
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Akute Pankreatitis	577	161.2	93.7	2'394.8	1'374.8	8.9	7.4	70.8	36.6
Chronische Pankreatitis	577.1	162.3	94.4	2'411.2	1'384.2	3.4	1.7	39.9	27.3
Alkoholische Gastritis	535.3	26.0	28.0	178.0	210.6	9.0	7.0	100.0	0.0
Summe alkoholbezogener Diagnosen		349.5	216.1	4'984.0	2'969.6	21.2	16.1	210.7	63.9
Summe aller Diagnosen		207'522.0	193'769.0	2'211'429.0	2'384'794.0	31'228.0	30'759.0		
Anteil alkoholbezogener Diagnosen		0.2%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%	0.1%		

Quelle: Veska (1995)

Allgemein wird eine lineare Beziehung zwischen der konsumierten Alkoholmenge und dem Risiko einer akuten Entzündung der Bauchspeicheldrüse angenommen. Im Gegensatz zu Lebererkrankungen scheint es keinen Schwellenwert für eine relativ risikoarme Alkoholkonsummenge hinsichtlich der Entstehung einer Pankreatitis zu geben.

Ähnlich wie bei den Lebererkrankungen führt bei Frauen schon ein deutlich geringerer und kürzer andauern-

Die ursächliche Wirkung des Alkoholkonsums auf Magenschleimhautentzündungen (Gastritis) allgemein ist nicht eindeutig belegt. Klar ist der Zusammenhang jedoch für die alkoholische Gastritis.

Fortpflanzungssystem

Etwa die Hälfte aller regelmässig stark Alkoholkonsumierenden leidet unter Libidoverlust. Zudem können Schäden an den Geschlechtsdrüsen, Unfruchtbarkeit und auch abnorme

Brustvergrößerungen auf den chronischen Alkoholmissbrauch zurückgeführt werden.

Etwa zehn Prozent der übermässig Alkohol konsumierenden Männer leiden unter Impotenz, die bei rund der Hälfte auch nach längerer Alkoholabstinenz bestehen bleibt.

Ein Grossteil dieser Folgen tritt allerdings meist nur bei Extremkonsumenten (150 bis 200 Gramm Alkohol täglich über einen Zeitraum von mindestens zehn Jahren getrunken) auf.

Was Frauen betrifft, gibt es viel weniger Studien über die Auswirkungen eines regelmässigen starken Alkoholkonsums auf die Fortpflanzungsorgane - nicht zuletzt wegen der geringeren Anzahl an Extremkonsumentinnen. Aussagen zu diesen Krankheiten sind bei Frauen weniger gesichert als bei Männern.

Es ist jedoch anzunehmen, dass bei Frauen Alkohol schon bei wesentlich geringeren täglichen Dosen (ab 60 Gramm reinen Alkohols täglich) und einer kürzeren Phase regelmässigen Konsums die Menstruation und Ovulation stören und Schäden am Fortpflanzungssystem hervorrufen kann. Eine kausale Beziehung ist jedoch nicht gesichert. Auch können keine klaren Konsumschwellenwerte festgelegt werden, unter welchen das Erkrankungsrisiko gering ist.

Herz- und Hirnkreislaufsystem

Die Diskussion über die vorbeugende Wirkung des Alkoholkonsums auf Herzkreislauferkrankungen lassen den falschen Eindruck entstehen, mässiger Alkoholkonsum sei generell „gut für das Herz“.

Geringer Alkoholkonsum reduziert zwar das Risiko, eine Schädigung der Arterien der Herzkranzgefässe (ischämisch koronare arterielle Erkrankungen) zu erleiden. Diese machen einen grossen Anteil aller Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus.

Gleichzeitig ist Alkoholkonsum jedoch eine wichtige Ursache für andere Erkrankungen des Herz-Hirn-Kreislaufsystemes, wie Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfälle oder Herzmuskelschwäche (vgl. Tabelle D3).

Hoher Blutdruck

Hoher Blutdruck ist einer der Hauptursachen für Herzinfarkt und Hirnschlag (zerebrovaskuläre Hämorrhagie).

Das Risiko eines zu hohen Blutdruckes steigt bei Menschen, die täglich zwischen 30 und 40 Gramm reinen Alkohols konsumieren, um 50 Prozent; es verdoppelt sich bei einem täglichen Konsum von 60 bis 70 Gramm reinen Alkohols. Die Wirkung des erhöhten Alkoholkonsums (mehr als 30 bis 60 Gramm reinen Alkohols täglich) auf den Blutdruck ist unbestritten. Der mögliche Einfluss weiterer Faktoren wie Kaffeekonsum, Alter, Gewicht, Rauchen und körperliche Aktivitäten ist in den meisten Studien kontrolliert worden. 10 bis 30 Prozent der Bluthochdruckfälle bei Männern werden durch übermässigen Alkoholkonsum verursacht. Alkoholbedingter hoher Blutdruck kann sich bei abstinenter Lebensweise wieder normalisieren.

Ob sich der tägliche Konsum von weniger als zehn Gramm reinen Alkohols positiv auf den Blutdruck auswirkt, lässt sich heute noch nicht mit Bestimmtheit sagen.

Erkrankungen des Herzmuskels (Myokardiopathie)

Myokardiopathie umschreibt eine ganze Gruppe verschiedener Erkrankungen des Herzmuskels. Alkoholkonsum - wie auch der Drogenkonsum - können den Herzmuskel schwächen.

Im Endstadium der Myokardiopathie kommt es zur Fehlfunktion der linken Herzkammer, was zu einem erhöhten Blutdruck in den Lungenflügeln und zu einem rechtsseitigen Herzfehler

Starker Alkoholkonsum kann zu Impotenz führen

Alkoholkonsum ist eine wichtige Ursache für verschiedene Erkrankungen des Herz- und Hirn-Kreislaufes

KRANKHEIT UND TOD

ALKOHOL

Ein geringer Alkoholkonsum reduziert das Risiko für einen ischämischen Schlaganfall - ein hoher Alkoholkonsum verstärkt es

62

führen kann. Die alkoholische Myokardiopathie kann nur dann von anderen Myokardiopathien unterschieden werden, wenn der Arzt Kenntnis über einen klinisch bedeutsamen Alkoholmissbrauch hat. 20 bis 30 Prozent aller Herzleistungsstörungen können dem Alkoholmissbrauch zugeschrieben werden. Der Krankheitsverlauf kann durch Abstinenz verbessert werden, solange weder ein Herzfehler noch eine Herzmuskeldegeneration vorliegen.

Alkoholbedingte Herzmuskelschäden treten allgemein nur bei hohem chronischem Konsum auf.

Herzrhythmusstörungen

Bestimmte Herzrhythmusstörungen, insbesondere beschleunigter Herzschlag (Herzjagen) und Vorhofflimmern und -flattern können sowohl bei akuter Alkoholvergiftung als auch bei langer Konsumdauer beobachtet werden. Sie treten bei stark Alkoholkonsumierenden (mehr als 60 Gramm reinen Alkohols täglich) etwa doppelt so häufig auf, wie bei moderat Alkoholkonsumierenden (etwa zehn Gramm reiner Alkohol täglich). Es ist zu vermuten, dass der hohe Anteil unerwarteter Todesfälle bei Alkoholabhängigen zum Teil durch Herzrhythmusstörungen hervorgerufen wird.

Schlaganfälle

Schlaganfälle sind eine der Hauptursachen für Todesfälle und Invalidität

in der Schweiz. Schlaganfälle können durch eine Blockierung der Blutzufuhr (ischämisch) oder durch Blutungen aufgrund von durchlässigen Gefässwänden (hämorrhagisch) hervorgerufen werden.

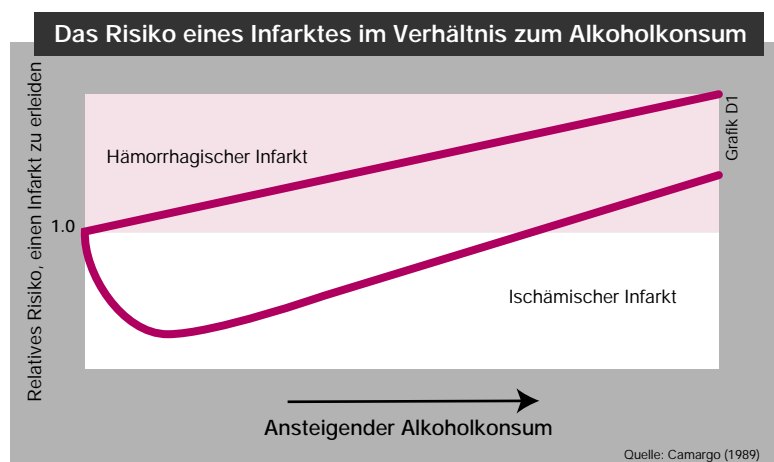
Der Einfluss des Alkoholkonsums ist noch nicht endgültig geklärt. Sicher ist jedoch, dass die Wirkungsbeziehung für die beiden Schlaganfalltypen unterschiedlich ist. Die grösste Zustimmung findet heute folgende Auffassung (siehe Grafik D1):

- Das relative Risiko, einen hämorrhagischen Schlaganfall zu erleiden, steigt im Vergleich zu Nichtkonsumierenden linear mit dem Alkoholkonsum an.
- Das relative Risiko für einen ischämischen Schlaganfall in Abhängigkeit des Alkoholkonsums lässt sich durch eine J-Kurve beschreiben: bei einem gemässigten Konsum sinkt das Risiko zunächst im Vergleich zu Nichtkonsumierenden, ist dann aber bei starkem Alkoholkonsum deutlich höher.

Vorsichtiger Interpretationen nennen zumindest eindeutig erhöhte relative Risiken für hämorrhagische Schlaganfälle bei stark erhöhtem täglichem Alkoholkonsum (mehr als 60 Gramm) und sehen keine Beziehung zwischen ischämischen Schlaganfällen und Alkoholkonsum⁽⁴⁾.

In verschiedenen Studien ist ein J-förmiger Risikoverlauf für Schlaganfälle insgesamt gefunden worden. Da 70 bis 85 Prozent aller Schlaganfälle ischämischer Natur sind, dürfte dieses Ergebnis hauptsächlich auf dem potentiell J-förmigen Risikoverlauf für Schlaganfälle durch Arterienverstopfung beruhen.

Ungeklärt ist weiterhin, ob diese J-förmige Risikokurve nur Männer betrifft. Generell unterliegen Frauen einem höheren Risiko, durch erhöhten Alkoholkonsum einen Schlag-



KRANKHEIT UND TOD ALKOHOL

Alkoholbedingte Erkrankungen des Blutkreislaufs (1994)

ICD-9	Hauptdiagnosen		Pflegetage		Mortalität		Verlorene Lebensjahre (bis 70 Jahre)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Bluthochdruck 401 - 405	101.3	47.2	1'218.1	858.8	45.1	32.0	100.0	14.5
Alkoholische Myokardiopathie 425.5	45.7	17.3	556.9	241.2	10.3	7.8	78.8	29.5
Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardie, paroxysmale Tachykardie (nrb), Vorhofflimmern und -flattern 427.0, 427.2, 427.3	469.7	308.6	3'510.7	2'949.6	88.5	93.5	266.5	89.4
Krankheiten des cerebrovaskulären Systems 430 - 438	629.8	1'032.6	15'334.0	28'968.6	274.5	770.9	390.4	447.0
Summe alkoholbezogener Diagnosen	1'246.5	1'405.7	20'619.7	33'018.2	418.4	904.2	835.6	580.4
Summe aller Diagnosen	207'522.0	193'769.0	2'211'429.0	2'384'794.0	31'228.0	30'759.0		
Anteil alkoholbezogener Diagnosen	0.6%	0.7%	0.9%	1.3%	1.34	2.9%		

anfall zu erleiden als Männer. Die Form der Risikokurve ist bei Frauen nicht geklärt.

Inwiefern der vorübergehende Konsum einer stark erhöhten Konsummenge (80 bis 100 Gramm reinen Alkohols) - unabhängig von der sonstigen täglichen Konsummenge - auslösende Wirkung eines Schlaganfalles hat, kann zur Zeit nicht mit Sicherheit gesagt werden. Studien über Schlaganfallpatienten und -patientinnen weisen jedoch darauf hin, dass sich das Schlaganfallrisiko nach extremem Alkoholkonsum zwei- bis fünffach erhöht.

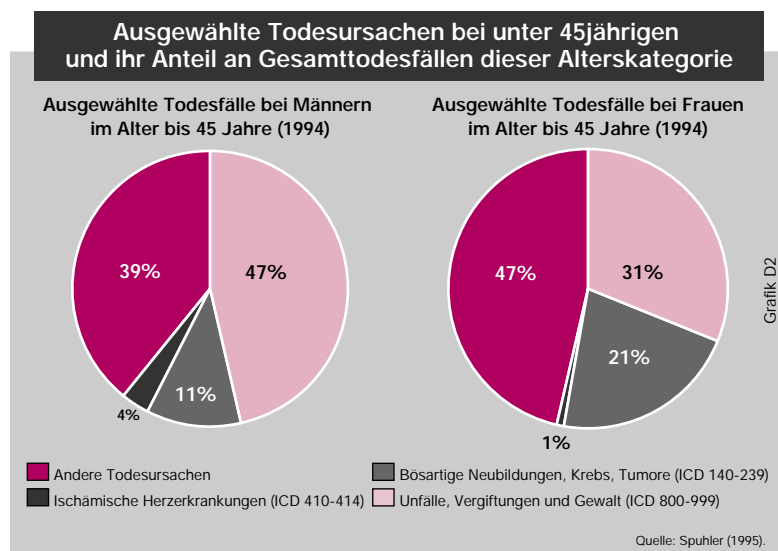
Erkrankungen der Herzkranzgefäße: der protektive Effekt

Die vorbeugende Wirkung eines gemässigten Alkoholkonsums für Erkrankungen der Herzkranzgefäße gilt heute als gesichert. Praktisch alle Studien der letzten zwei Jahrzehnte zur Beziehung zwischen Alkoholkonsum und Erkrankungen der Herzkranzgefäße haben entweder einen negativen Zusammenhang - bei zunehmendem Alkoholkonsum nimmt das Risiko ab - oder keinen Zusammenhang gefunden. Dies kann jedoch nicht als Empfehlung zum Alkoholkonsum gewertet werden, denn es wird heute allgemein davon ausgegangen, dass eher eine J-förmige denn eine U-förmige Beziehung

zwischen Alkoholkonsum und der erhöhten Sterblichkeit (alle Todesursachen zusammengenommen) besteht. Das bedeutet, dass starke Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen ein höheres Sterblichkeitsrisiko (durch Krankheiten und Unfälle) haben, als Personen, die keinen Alkohol trinken.

Für viele gesundheitliche Beeinträchtigungen steigen die relativen Risiken monoton mit zunehmendem Alkoholkonsum an. Mehr als 50 Prozent der Todesfälle bei Frauen und Männern unter 45 Jahren werden durch bös-

63



KRANKHEIT UND TOD

ALKOHOL

Ein bescheidener Alkoholkonsum wirkt vorbeugend auf ischämische Herzkrankheiten. Bei hohem Alkoholkonsum steigt das Krankheitsrisiko. Doch: Es gibt gesündere Möglichkeiten zur Vorbeugung von Herz-Kreislaufkrankheiten als Alkohol trinken

64

und gutartige Neubildungen, Unfälle, Vergiftungen und Verletzungen verursacht. Im Vergleich dazu verschulden bei unter 45jährigen ischämische Herzkrankheiten bei Frauen nur gerade ein Prozent und bei Männern vier Prozent aller Todesfälle (vgl. Grafik D2).

Die vorbeugende Wirkung auf ischämische Herzkrankheiten entwickelt sich schon bei einem Glas Wein oder Bier, jeden zweiten Tag getrunken. Abstinente Lebende sollte nicht empfohlen werden, aus gesundheitlichen Gründen Alkohol zu trinken. Zu leicht wird die optimale Menge überschritten. Ebenso muss bescheiden Alkoholkonsumierenden im mittleren und höheren Alter nicht geraten werden, auf alkoholische Getränke ganz zu verzichten, sofern keine besonderen Gründe dafür vorliegen (z.B. gesundheitliche Probleme).

Der Zusammenhang zwischen Erkrankung der arteriellen Herzkrankgefäße und des Alkoholeinflusses ist eher U-förmig, was bedeutet, dass das Erkrankungsrisiko auch bei stark Alkoholkonsumierenden nicht dasjenige von abstinent Lebenden übersteigt.

Die risikoreduzierende Wirkung des Alkoholkonsums auf eine Herzkrankgefässerkrankung ist bei Menschen über 45 Jahre und bei Rauchenden deutlicher. Sie wird gleichermaßen für beide Geschlechter festgestellt. Bei Frauen stellt sich die präventive Wirkung jedoch schon bei niedrigeren Konsummengen ein.

Einige Studien behaupten, dass vor allem der Wein schützend gegen koronare Herzerkrankungen wirke. Prinzipiell ist der vorbeugende Effekt moderaten Alkoholkonsums in vielen verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Getränkepräferenzen gefunden worden. Somit ist die Überlegenheit des Weines nicht zufriedenstellend gesichert.

Viele Studien, welche die U-förmige

Beziehung zwischen Alkoholkonsum und Erkrankungen der Herzkrankgefäße gefunden haben, sind für die mangelnde Differenzierung der abstinent Lebenden bzw. Nichtkonsumierenden kritisiert worden. Ein grosser Anteil an der höheren Anzahl an Erkrankungen der Herzkrankgefäße bei abstinent Lebenden konnte auf Personen zurückgeführt werden, die aufgrund bereits existierender Krankheiten auf den Alkoholkonsum verzichtet haben („sick-quitters“). Doch auch neuere prospektive Studien, die zwischen lebenslangen bzw. gesunden abstinent Lebenden und Ex-Konsumierenden bzw. kranken abstinent Lebenden unterscheiden, haben eine höhere Herzkrankgefässerkrankungsrate bei Nichtkonsumenten und Nichtkonsumentinnen im Vergleich zu moderaten Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen belegt.

Der positive Effekt des Alkoholkonsums auf koronare Herzkrankheiten kann in erster Linie auf dessen Wirkung auf das HDL-Cholesterol („gutes Cholesterol“) zurückgeführt werden. Zudem wird vermutet, dass Alkohol reduzierend auf die Blutplättchenbildung wirkt. Diese stellt einen Hauptfaktor für die Entstehung von Thrombosen in Herzkrankgefässen und in ihrer Folge von Herzinfarkten dar.

Krebs

Obwohl Ethanol (Trinkalkohol) aufgrund von Standard-Labortests nicht als krebserregende Substanz eingestuft werden kann, ist Alkohol ein Ko-Karzinogen, d.h. er verstärkt die krebserregende Wirkung anderer Stoffe.

Für alle Krebsarten, deren Entwicklung eindeutig durch den Alkoholkonsum beeinflusst wird, steigt das Risiko einer Erkrankung mit zunehmender Konsummenge an (vgl. Tabelle D4). Als gesichert gilt dies für Krebsarten der Mundhöhle (ohne Speicheldrüsen), des Rachens (ohne Nasen-Rachenraum), des

Kehlkopfes, der Speiseröhre und der Leber. Noch nicht erhärtet ist die karzinogene Wirkung bei Brustkrebs von Frauen. Eine mögliche Beziehung zwischen Alkoholkonsum und einer Krebserkrankung besteht für den Magen sowie den Mast- und Dickdarm.

Ausser für Krebsarten der Mundhöhle, bei denen Frauen einem geringeren Risiko ausgesetzt sind, und für Brustkrebs, der bei Männern äusserst selten auftritt, gelten die Risiken gleichermassen für Männer und Frauen.

Mund, Rachen, Kehlkopf, Speiseröhre
Alkoholkonsum erhöht das Risiko, an Krebs im Mund- und Rachenraum, am Kehlkopf und in der Speiseröhre zu erkranken und zwar vor allem bei Rauchenden. Alkohol- und Tabakkonsum multiplizieren sich in ihrer Wirkung auf diese Krebsarten: Das Krebsrisiko steigt mit der insgesamt konsumierten Menge von Alkohol und Tabak. Häufig sind starke Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen auch starke Raucher und Raucherinnen. Bei Nichtrauchenden sind diese Krebsarten in Europa und Nordamerika relativ selten und nur bei stark Alkoholkonsumierenden (mehr als 80 Gramm reinen Alkohols täglich) festzustellen.

Bauchspeicheldrüse und Magen-Darm-Trakt
Obwohl unbestritten ist, dass starker Alkoholkonsum häufig Entzündungen der Bauchspeicheldrüse und der Magenschleimhaut hervorruft, kann eine Beziehung zwischen Alkoholkonsum und einer Krebserkrankung der entsprechenden Organe kaum belegt werden. Etwas stärkere - aber bei weitem (noch) nicht ausreichende - Hinweise gibt es für bösartige Neubildungen im Übergang zwischen Speiseröhre und Magen einschliesslich des Mageneinganges. Eine Vielzahl von Studien mit unterschiedlichen Methoden und unter Einbeziehung verschiedener Trinkmuster (periodischer und regelmässiger Konsum) hat eine relativ schwa-

che Risikoerhöhung von 10 bis 20 Prozent für eine Erkrankung an Krebs im Mast- und Grimmdarm bei stark Alkoholkonsumierenden festgestellt. Dies gilt gleichermassen für Frauen und Männer.

Es gibt Forschungsergebnisse aus Australien und Nordamerika, die bei starken Bierkonsumenten und -konsumentinnen ein höheres Risiko einer Erkrankung an Darmkrebs belegen als bei Konsumenten und Konsumentinnen anderer Alkoholika.

Brust
Brustkrebs ist weltweit eine der häufigsten Erkrankungen mit Todesfolge bei Frauen. Der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Brustkrebs steht allerdings nicht zweifelsfrei fest. Zunehmend wird jedoch der Alkoholkonsum heute als Risikofaktor für Brustkrebs diskutiert⁽⁵⁾. Eine Reihe von Studien nimmt eine Risikoerhöhung durch das Zusammenreffen von Alkoholkonsum mit anderen Risikofaktoren mit hoher Wahrscheinlichkeit an, bezweifelt aber einen kausalen Zusammenhang⁽⁶⁾. Zudem ist der Zusammenhang bzw. der potentiell kausale Einfluss nicht besonders stark (etwa 10% erhöhtes Risiko pro Glas Alkohol täglich). Da jedoch Alkoholkonsum bei Schweizer Frauen weitverbreitet und Brustkrebs eine häufige Krankheit ist (Tumore der Brust machen bei Frauen in der Schweiz 22 Prozent aller Krebserkrankungen aus), ist selbst eine geringe Alkohol-Brustkrebs-Beziehung ein wichtiges Thema für die öffentliche Gesundheit.

Für eine kausale Beziehung von Alkohol und Brustkrebs sprechen die gefundenen Dosis-Wirkungs-Beziehungen zwischen Brustkrebs und Alkoholkonsum. Gegen eine kausale Beziehung spricht, dass auch bei sehr hohem Alkoholkonsum das Risiko für eine Brustkrebserkrankung relativ gering bleibt.

Kritiker sehen deshalb auch in erster Linie mögliche dritte unabhängige

Alkoholkonsum erhöht das Risiko, an Krebs der oberen Verdauungsorgane zu erkranken, vor allem bei Rauchenden

Alkoholkonsum ist ein zusätzlicher Risikofaktor für Brustkrebs

KRANKHEIT UND TOD

ALKOHOL

Gründe, wie schlechte Ernährung als alternative Ursachen an. In den meisten Studien, bei denen der Einfluss anderer potentiell relevanter Faktoren kontrolliert worden ist, verschwindet der Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Brustkrebs nicht, wenngleich einige Studien wichtige mitbeeinflussende kofundierte Faktoren wie der Zeitpunkt der Menarche aufzeigen. Höhere Risiken für Brustkrebs sind auch bei alkoholkonsumierenden Frauen vor Beginn der Wechseljahre festgestellt worden.

ein früher Konsumbeginn das Risiko für Brustkrebs erhöht, beispielsweise durch beschleunigtes Wachstum der Brust in der Pubertät. Einige Studien bestätigen eine solche Annahme. Ein schlüssiger Beweis steht allerdings noch aus. Denn der Zusammenhang zwischen Brustkrebs und Alkoholkonsum ist bei Frauen mit längerem Lebenszeitkonsum nicht stärker als bei Frauen, die während kürzerer Zeit Alkohol konsumieren.

Unklarheit besteht auch über die Art und Weise, wie Alkohol das Entste-

Alkoholbedingte Krebsarten und Karzinome (1994)

Tabelle D4	ICD-9	Hauptdiagnosen		Pflegetage		Mortalität		Verlorene Lebensjahre (bis 70 Jahre)	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Lippen und Rachen zwischen Gaumen und Kehlkopf	140, 141, 143 - 146, 148, 149, 230.0	315.0	73.0	4'783.0	1'118.0	101.0	23.0	837.8	156.3
Speiseröhre (Ösophagus)	150, 230.1	212.0	55.0	3'186.0	1'044.0	134.0	37.0	876.9	157.2
Leber	155, 230.8	148.0	45.0	1'849.0	575.0	132.0	38.0	645.2	92.2
Kehlkopf (Larynx)	161, 231	143.0	18.0	1'805.0	265.0	42.0	4.0	259.6	12.3
Brust	174.0, 233		87.0		1'353.0		52.0		265.8
Summe alkoholbezogener Diagnosen		818.0	278.0	11'623.0	4'355.0	409.0	154.0	2'619.6	683.8
Summe aller Diagnosen		207'522.0	193'769.0	2'211'429.0	2'384'794.0	31'228.0	30'759.0		
Anteil alkoholbezogener Diagnosen		0.4%	0.1%	0.5%	0.2%	1.3%	0.5%		

Quelle: Veska (1995)

66

Auch scheint eine mangelnde Kohlenhydratversorgung des Körpers, einem der wesentlichen Fehlernährungs-faktoren bei starken Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen, kein Risikofaktor für Brustkrebs zu sein. Eine weitere These gegen eine Alkohol-Brustkrebs-Beziehung besagt, dass nicht der Trinkalkohol, sondern andere im jeweiligen alkoholischen Getränk enthaltene Stoffe ausschlaggebend für das erhöhte Brustkrebsrisiko seien. Um diese Aussage zu belegen, müsste sich die Wirkung des Alkoholkonsums auf das Auftreten von Brustkrebs bei unterschiedlichen Getränkevorlieben deutlich unterscheiden. Dies konnte bisher empirisch nicht bestätigt werden.

Nicht geklärt ist auch die Frage, ob

hen von Brustkrebs beeinflusst. In Tierversuchen konnte gezeigt werden, dass Brustkrebs durch Alkohol beschleunigt wird und Alkoholkonsum zu erhöhtem Zellwachstum der Brustdrüsen führt. Einer der Hauptmechanismen scheint jedoch die Erhöhung des Östrogenspiegels bei Alkohol konsumierenden Frauen insbesondere zur Zeit des Eisprungs zu sein. Ein erhöhter Östrogenspiegel gilt als einer der Hauptfaktoren für die Entstehung von Brustkrebs.

Alkoholeffekte auf Föten und die Entwicklung der Kinder

Die Entwicklung des Fötus wird in allen Schwangerschaftsphasen durch Alkoholkonsum beeinflusst. Doch entstehen schwere Geburtsschäden

KRANKHEIT UND TOD ALKOHOL

durch Alkoholkonsum meist innerhalb der ersten drei Monate (während der Organbildung des Fötus) - in einem Zeitraum also, in dem sich Frauen oft noch nicht ihrer Schwangerschaft bewusst sind. So können durch unangepasste Konsummuster Schädigungen entstehen, obwohl bei Frauen eine generelle Bereitschaft zur Alkoholkonsumreduktion während der Schwangerschaft besteht (vgl. Grafik D3).

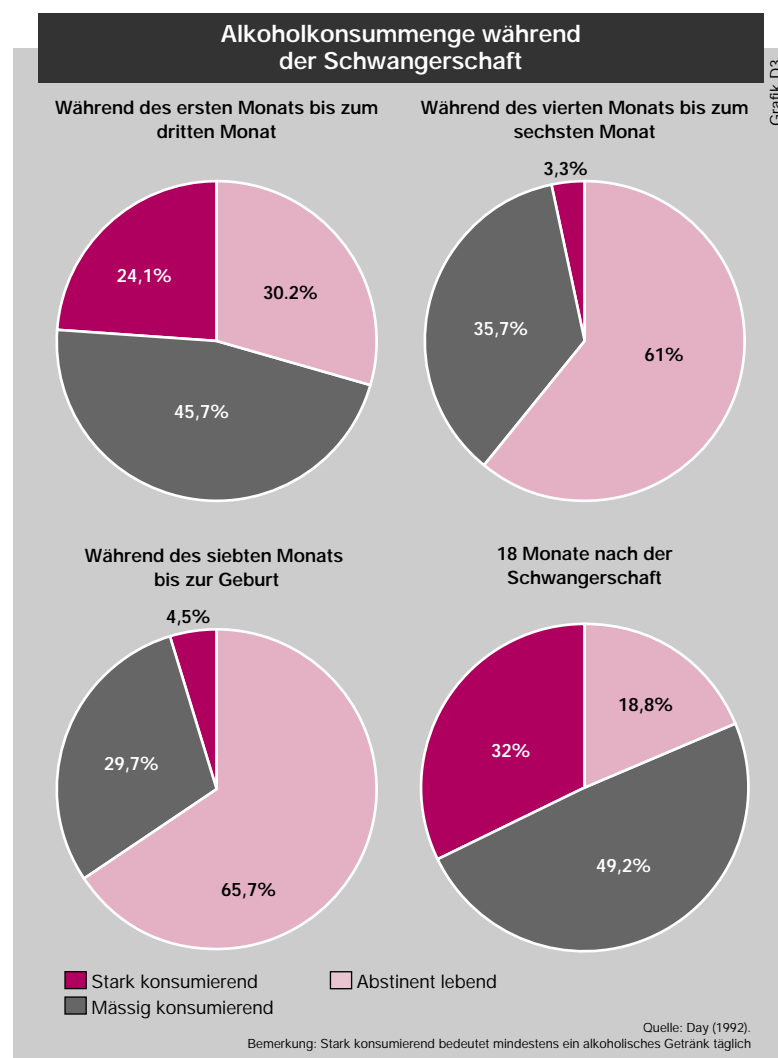
Die in letzter Zeit am häufigsten diskutierte Schädigung an Föten ist das „Fötale Alkohol-Syndrom (FAS)“. Schätzungen in den Vereinigten Staaten, in Frankreich und Deutschland gehen von knapp zwei FAS-Fällen pro 1'000 Lebendgeburten aus, was für die Schweiz etwas weniger als 200 Fälle pro Jahr bedeuten würde. In einer neueren Studie haben Abel und Sokol mit einer veränderten Methodologie ihre frühere Schätzung von 1.9 Fällen pro 1'000 Lebendgeburten jedoch stark reduziert. Allerdings sind in dieser Studie hohe Risikogruppen teilweise nicht eingeschlossen worden ⁽⁷⁾.

Indes wird die Auftretensrate des FAS vermutlich zumeist zu niedrig geschätzt, da die Diagnosen meistens direkt nach der Geburt gestellt werden. Zu diesem Zeitpunkt sind Fehlfunktionen des zentralen Nervensystems schwierig festzustellen, so dass nur die schwersten Fälle erkannt werden. Die Diagnose von FAS umfasst

- 1) Wachstumsverzögerungen, die vor und nach der Geburt festgestellt werden,
- 2) bestimmte Störungen und Schädigungen des zentralen Nervensystems (z.B. geistige und motorische Entwicklungsverzögerungen) sowie
- 3) charakteristische Gesichtszüge (z.B. dünne Oberlippe, kleine Augenöffnung).

Für Neugeborene mit nur einigen Zeichen von FAS werden die Begriffe fötale Alkoholeffekte (Fetal Alcohol Effects, FAE) oder alkoholbezogene Geburtsdefekte (Alcohol Related Birth Defects, ARBD) verwendet. Schädigungen von Föten liegen auf einem Kontinuum und sind je nach Schweregrad teilweise reversibel.

Doch obwohl die meisten Studien, welche die Entwicklung von alkoholgeschädigten Kindern bis ins Erwachsenenalter verfolgen, nicht zwischen den Umweltfaktoren, in denen die Kinder aufwachsen, und den Alkoholschäden unterscheiden können, scheinen sich die geistigen



KRANKHEIT UND TOD

ALKOHOL

Bereits geringer Alkoholkonsum der werdenden Mutter kann zu Entwicklungsstörungen des Kindes führen

68

und auch einige der körperlichen Schädigungen - zumindest beim FAS und bei FAE - bis zum Lebensende auszuwirken. FAS- und FAE-diagnostizierte Erwachsene zeigen kognitive Behinderungen und Verhaltensschwächen: der Intelligenzquotient für beide Gruppen zusammengenommen liegt bei weniger als 70; diese Personen haben Lese- und Schreibschwächen und insbesondere verminderte arithmetische Fähigkeiten.

FAS kann bei Kindern von Müttern auftreten, die mindestens 560 Gramm reinen Alkohols wöchentlich konsumieren. Sporadisch starker Konsum, d.h. die ungleichmäßige Verteilung über eine Woche, wirkt sich zusätzlich gefährdend auf die Entwicklung des Kindes aus.

Etwa 2.5 Prozent aller stark Alkohol konsumierenden Mütter gebären Kinder mit FAS, etwa zehn Prozent der Neugeborenen weisen bereits deutliche alkoholbedingte vorgeburtliche Schädigungen auf. Eine Studie in Belfast zeigt gar, dass nur eines von 23 Kindern von Extremkonsumentinnen völlig normal zur Welt kommt ⁽⁸⁾.

Die Konzentration der Diskussion auf das fötale Alkoholsyndrom, dessen Entstehung eine recht beträchtliche Alkoholkonsummenge voraussetzt, verdeckt die Tatsache, dass bereits recht moderater Alkoholkonsum zu

nicht zu vernachlässigenden Entwicklungsstörungen des Kindes führen kann (vgl. Tabelle D5).

Viele Studien vernachlässigen zwar andere Erklärungsfaktoren des FAS wie Rauchen, Ernährung, soziale Schicht, Alter der Mutter oder die Unterscheidung zwischen regelmäßigem und punktuell übermäßigem Trinken. Dennoch ist an den gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Alkoholkonsums auf den Fötus nicht zu zweifeln. Insbesondere ein zu geringes Geburtsgewicht wie auch ein plötzlicher Abort können schon bei Mengen von etwa 10 Standarddrinks (100 bis 120 Gramm reinen Alkohols) pro Woche nachgewiesen werden.

Geringes Geburtsgewicht ist ein guter Indikator für spätere Entwicklungsverzögerungen und -behinderungen bei Kindern. Bei einem Konsum der Mutter von 30 Standarddrinks pro Woche können körperliche und geistige Verzögerungen bis zum siebten Lebensjahr belegt werden.

Neurologische Störungen und Hirnschäden

Aufgrund der verschiedenen Entstehungsursachen lassen sich sechs Kategorien neurologischer Folgen des Alkoholkonsums unterscheiden (vgl. Tabelle D6) ⁽⁹⁾:

Alkoholbedingte Schädigung bei Früh- und Neugeborenen sowie Schwangeren (1994)

Tabelle D5		Hauptdiagnosen	Pflegetage
	ICD-9		
Spontane Fehlgeburt	634.0	80.01	193.07
Unzureichendes fötales Wachstum mit Zustandsbeeinträchtigung der Mutter	656.5	1.83	8.05
Verzögertes fötales Wachstum	764	9.13	208.44
Verkürzte Schwangerschaft und geringes Geburtsgewicht	765	44.17	824.38
Summe alkoholbezogener Diagnosen		135.14	1'233.94
Summe aller Diagnosen		401'291.00	4'596'223.00
Anteil alkoholbezogener Diagnosen		0.07%	0.06%

Quelle: Veska (1995)

KRANKHEIT UND TOD ALKOHOL

- 1) akute Alkoholvergiftung
Bei höheren Konzentrationen kommt es zu Sprachstörungen, Blackouts, Gedächtnisverlusten und fehlender Muskelkoordination (BAK höher als ein Promille). Mehr als fünf Promille Alkohol im Blut können zum Tod führen.
- 2) Entzugssyndrom (Zittern, Halluzinationen, Anfälle, Delirium tremens usw.)
Diese meist behandelbaren alkoholbedingten Vergiftungen wirken sich vor allem auf Unfälle, aber auch auf Gewaltanwendung und -erleidung und auf Selbsttötungsversuche aus.
- 3) Versorgungsmangelkrankungen des Nervensystems als Nebendiagnose zum Alkoholismus wie das Wernicke-Korsakoff-Syndrom, die Polyneuropathie (nichtentzündliche Erkrankung mehrerer peripherer Nerven) und die Pellagra (eine Vitaminmangelkrankung durch das Fehlen von Nikotinsäureamid und Vitamin B2)
Entzugssyndrome treten meist ein bis zwei Tage nach Beendigung des Alkoholkonsums auf und bestehen in der mildereren Form aus Schlafbeschwerden, Angstzuständen und Ruhelosigkeit. Bei etwa fünf Prozent aller behandelten Patienten und Patientinnen treten schwerere Reaktionen wie Halluzinationen, Desorientierung und Verwirrung auf.
- 4) fötales Alkoholsyndrom
- 5) Krankheiten mit unbestimmter Ursache, bei denen Alkoholismus jedoch eine Rolle spielt. Wie z.B. Alkoholdemenz, Gehirnschwund, Degenerationen des Kleinhirns
Chronische organische Hirnschäden als Folge des übermäßigen Alkoholkonsums sind das Wernicke-Korsakoff-Syndrom und die Alkoholdemenz, die sich u.a. durch die Schwere der Beeinträchtigung der intellektuellen Fähigkeiten unterscheiden lassen.
- 6) hepatitische Enzephalopathie (Gehirnerkrankungen als Folge einer alkoholbedingten Hepatitis)
Bei der Alkoholdemenz kommt es zu Beeinträchtigungen der Gedächtnis-

Bereits ab einer Blutalkoholkonzentration von 0.25 Promille tritt eine - zumindest vorübergehende - Störung der Gehirnfunktion ein

Die akuten Folgen einer Alkoholisierung können Stimmungsänderungen, beeinträchtigte Wahrnehmung und Motorik sein und treten schon bei relativ geringen Blutalkoholkonzentrationen (BAK) von 0.25 Promille auf.

Alkoholbedingte neurologische Störungen (1994)

Tabelle D6	ICD-9	Hauptdiagnosen		Pflegetage		Mortalität		Verlorene Lebensjahre (bis 70 Jahre)	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Alkohol-Psychosen	291.0	210.0	63.0	2'525.0	703.0	10.0	5.0	40.0	37.5
Alkoholabhängigkeit	303.0	1'773.0	763.0	23'058.0	10'230.0	84.0	16.0	982.5	195.0
Alkoholmissbrauch	305.0	251.9	195.0	1'206.7	1'011.7	in ICD-9 303.0*	in ICD-9 303.0	in ICD-9 303.0	in ICD-9 303.0
Alkoholische Polyneuritis	357.5	16.8	11.9	475.5	324.9	in ICD-9 303.0	in ICD-9 303.0	in ICD-9 303.0	in ICD-9 303.0
Erhöhter Blutalkoholspiegel	790.3	12.1	10.4	199.7	117.5	k.A.*	k.A.	k.A.	k.A.
Toxische Wirkung durch Äthylalkohol	980.0	63.4	35.2	352.9	173.4	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Toxische Wirkung durch Methylalkohol	980.1	5.8	3.2	32.1	15.8	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Summe alkoholbezogener Diagnosen		2'332.9	1'081.6	27'849.8	12'576.2	94.0	21.0	1'022.5	232.5
Summe aller Diagnosen		207'522.0	193'769.0	2'211'429.0	2'384'794.0	31'228.0	30'759.0		
Anteil alkoholbezogener Diagnosen		1.1%	0.6%	1.3%	0.5%	0.3%	0.1%		

Quelle: Veska (1995)
*in ICD-9 303.0: entsprechende Zahlen sind direkt in der Diagnose Alkoholabhängigkeit enthalten
*k.A.: keine Angaben

KRANKHEIT UND TOD

ALKOHOL

funktionen (insbesondere Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses und des Lernens) sowie zum Verfall geistiger Fertigkeiten (z.B. Problemlösekompetenz, allgemeine Intelligenzleistung oder Abstraktionsfähigkeiten).

Doch auch ohne Vorliegen klarer organischer Hirnschäden weisen 50 bis 70 Prozent aller Langzeit-Alkoholabhängigen deutliche Beeinträchtigungen der Problemlöse-, Wahrnehmungs- und Gedächtnisfähigkeiten auf.

Andere gesundheitliche Folgen des Alkoholkonsums

Neben den wichtigsten in diesem Kapitel beschriebenen krankheitsfördernden Auswirkungen des Alkoholkonsums hat zumindest übermäßiger Alkoholkonsum weitere gesundheitliche Folgen: Er wirkt praktisch auf jedes endokrine Organ, führt zu Störungen des Blutbildes und des Knochenmarkes, schwächt die Leistungsfähigkeit des Immunsystems und beeinflusst damit die Entwicklung und Entstehung von Infektionskrankheiten. Übermäßiger Alkoholkonsum ist oft verbunden mit Mangelernährung durch nichtausreichende Zufuhr von Vitaminen, Mineralien, Proteinen und Kohlehydraten. Verknüpft mit mangelnder Protein- und Kalziumzufuhr kann starkes Alkoholtrinken die Entwicklung von Osteoporose und Knochennekrose beschleunigen.

Zusammenfassende Abschätzung gesundheitlicher Folgen

Betrachtet man den Anteil alkoholbezogener Diagnosen an allen Diagnosen in medizinischen Spitälern, scheinen die Anteile alkoholbezogener Diagnosen relativ gering (vgl. Anhang 1). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass unter „Summe aller Diagnosen“ sämtliche gestellten Diagnosen zusammengefasst sind, d.h. sowohl Mandeloperationen, die

bei jüngeren Patienten und Patientinnen eine der wichtigsten Diagnosegruppen darstellen, als auch durch Arterienverkalkungen hervorgerufene Herzerkrankungen, die gerade in den höheren Altersgruppen einen Großteil der Diagnosen ausmachen. Die alkoholbezogenen Diagnosen sind dagegen bei den mittleren Altersgruppen bedeutsam.

Zudem ist zu bemerken, dass nur Hauptdiagnosen in die Berechnung einbezogen worden sind. Alkoholbedingte Unfälle oder Stürze jedoch, die beispielsweise Verbrennungen, Prellungen oder Brüche zur Folge haben, finden sich zwar in der Gesamtstatistik der Diagnosen wieder, da sie jedoch unter der jeweiligen Schädigung aufgeführt werden, kann ihr alkoholbedingter Anteil nicht abgeschätzt werden. Denn eine eventuelle Verbindung mit dem Alkoholkonsum wird auch über die Nebendiagnose nicht berücksichtigt.

Weiter ist eine Vielzahl von Erkrankungen nicht berücksichtigt worden, deren Beziehung zum Alkoholkonsum zwar relativ gesichert ist, über die aber noch keine zuverlässigen Schätzungen von relativen Risiken vorliegen.

Unfälle, Gewalt und Selbsttötung

Sowohl der langjährige Alkoholmissbrauch als auch einzelne sporadische Trinkepisoden sind mit einer Vielzahl von Konsequenzen verbunden, die nicht direkt gesundheitsschädigend sind, sich jedoch indirekt gravierend auf die Gesundheit auswirken. Zu solchen indirekten Folgen - z.B. durch Verhaltensänderung - werden in erster Linie Unfälle und Stürze, aber auch Verwicklungen in Gewaltakte, Scheidungen oder Selbstmorde gezählt. Alle diese Faktoren sind mit bedeutendem physischem und psychischem Leid, aber auch mit ökonomischen Kosten für das Individuum und die Gesellschaft verbunden.

So wurde in einer auf 10 Jahre ange-

Rund 20 Prozent aller Verkehrsunfälle mit tödlichem Ausgang sind alkoholbedingt

KRANKHEIT UND TOD ALKOHOL

legten Studie festgestellt, dass Personen, die fünf oder mehr Standarddrinks pro Gelegenheit konsumiert haben, ein deutlich erhöhtes Risiko aufweisen, eine tödliche Verletzung zu erleiden. Dieses Risiko verdreifacht sich bei Personen, die neun oder mehr Standarddrinks bei einer Gelegenheit zu sich genommen haben. Dabei war die konsumierte Menge pro Gelegenheit ein bedeutenderer Prädiktor als die Häufigkeit des Konsums ⁽¹⁰⁾.

Während bei der Berechnung der gesundheitlichen Risiken des Alkoholkonsums im wesentlichen auf die Ergebnisse internationaler Studien zurückgegriffen werden kann, ist dies für die Beschreibung der sozialen Konsequenzen nur eingeschränkt möglich:

Die gesellschaftliche Umgebung, die Akzeptanz des Alkohols in der Gesellschaft allgemein, die psychosozialen Bedingungen, der sozio-kulturelle Kontext, aber auch die Gesetzge-

bung (beispielsweise die legale Grenze der Alkoholkonzentration im Blut für das Führen eines Fahrzeuges) spielen dafür eine wesentliche Rolle.

So variieren Selbsttötungs- wie auch Unfallraten und die potentielle Einwirkung des Alkoholkonsums zwischen verschiedenen Ländern - ja sogar zwischen verschiedenen Regionen einzelner Länder - stark. Eine der wenigen Studien zur Beteiligung des Alkoholkonsums an Unfällen in der Schweiz stellt fest, dass etwa 27 Prozent der Unfallopfer in der Deutschschweiz Alkohol im Blut gehabt haben, in der Romandie sind es mehr als 35 Prozent und im Tessin sogar 53 Prozent ⁽¹¹⁾.

In der Schweiz weisen 10 bis 20 Prozent der Personen mit einem Suizidversuch die ärztliche Diagnose Alkoholismus auf. Die Selbsttötungssterblichkeit variiert jedoch extrem zwischen den verschiedenen Kantonen ⁽¹²⁾.

In Akutspitälern wird jedes vierte Spitalbett von einem Patienten mit der Haupt- oder Nebendiagnose „Alkoholismus“ belegt

Alkoholbedingte Anteile an Unfällen und Gewaltakten in verschiedenen Ländern und Schätzung für die Schweiz (1994)

Quellen	De Bakey et al. (1993) USA	English et al. (1995) Australien		Single et al. (1996) Kanada		Schweiz	Mortalität 1994		Verlorene Lebensjahre (bis 70 Jahre)			
		Männer	Frauen	Männer	Frauen		Männer	Frauen	Männer	Frauen		
Motorfahrzeugunfälle im Verkehr*	E810 - E819	0.4	0.4	0.4	0.2	0.3 - 0.4	0.3 - 0.4	0.2	82.0	32.0	2'415.8	783.4
Motorfahrzeugunfälle ausserhalb des Verkehrs	E820 - E825	0.4	0.4			0.3 - 0.4	0.3 - 0.4	0.2	inkl. obere Kategorie			
Radfahrerunfälle	E826	0.2	0.2			0.1 - 0.2	0.1 - 0.2	0.2	6.0	2.0	72.0	21.6
Andere Strassenverkehrsunfälle	E829	0.2	0.2			0.1 - 0.2	0.1 - 0.2	0.2	inkl. obere Kategorie			
Wasserverkehrsunfälle	E830 - E839	0.2	0.2			0.1 - 0.2	0.1 - 0.2	0.2	0.5	0.5	11.2	0.0
Flugzeug- und Raumschiffsunfälle	E840 - E845	0.2	0.2			0.1 - 0.2	0.1 - 0.2	0.2	5.0	2.0	179.1	56.0
Unfallmässige Vergiftung durch Alkohol	E860.0 E860.1, E860.2			1.0	1.0	1.0	1.0	12.0	8.0	282.5	165.0	
Unfallmässige Stürze **	E880 - E888	0.4	0.4	0.3	0.3	0.2 - 0.3	0.1 - 0.3	0.3	209.0	307.0	1'262.6	319.1
Unfälle durch Feuersbrunst und Flammen**	E890 - E899	0.5	0.5	0.4	0.4	0.1 - 0.4	0.1 - 0.4	0.4	8.0	6.0	195.3	113.6
Ertrinken***	E910	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3 - 0.5	0.3 - 0.5	0.3	21.0	10.0	733.6	302.3
Ersticken infolge Verschlusses der Luftwege durch Nahrungsmittel	E911	0.3	0.3	1.0	1.0	0.3	0.3	0.3	8.0	7.0	44.3	30.6
Überanstrengung und forcierte Bewegung, Unfälle durch scharfe oder spitze Gegenstände	E919, E920	0.3	0.3	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.5	0.2	10.7	9.6
Selbsttötung und Selbstbeschädigung***	E950 - E959	0.3	0.3	0.1	0.1	0.1 - 0.3	0.1 - 0.3	0.1	106.0	44.0	2'365.7	793.7
Mord, Totschlag und vorsätzliche Verletzung durch eine andere Person****	E960 - E969	0.5	0.5	0.5	0.5	0.3	0.3	0.3	12.0	13.0	395.6	423.6
Alkoholbedingte Mortalität									469.5	431.2	7'957.0	3'018.5
Mortalität insgesamt									31'228.0	30'759.0	181'844.0	86'430.0
Anteil alkoholbedingter Mortalität									1.5%	1.4%	4.4%	3.5%

* = Kanada, verschiedene attributive Risiken für Mortalität und Morbidität.
 ** = Kanada, variable attributive Risiken für verschiedene Altersgruppen.
 *** = Kanada, variable attributive Risiken für verschiedene Altersgruppen, Mortalität und Morbidität.
 **** = Australien, nur 960, 965, 966, 968, 969

KRANKHEIT UND TOD

ALKOHOL

*In der Schweiz wird
mindestens jeder
20. Todesfall durch
Alkoholkonsum
verursacht*

72

In der Erfassung der Beteiligung des Alkohols an Unfällen oder anderer nachteiliger sozialer Folgen des Alkoholmissbrauchs wie Gewaltakte oder Selbstmorde muss die Schweiz als statistisches Entwicklungsland bezeichnet werden. Basierend auf Daten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) werden jährlich mehr als eine Million Unfälle in der Schweiz festgestellt (etwa 350'000 Berufsunfälle und 750'000 Freizeitunfälle). Nach Auskunft der SUVA ist 1993 und 1994 zusammengekommen nur ein Berufsunfall (!) und etwas mehr als 500 Nicht-Berufsunfälle in Verbindung mit Alkoholkonsum gebracht worden.

Einigermassen gesicherte Aussagen kennt man zu den Verkehrsunfällen in der Schweiz:
Bei etwa acht Prozent aller Unfälle - bei fast 20 Prozent aller Unfälle mit tödlichem Ausgang - ist Alkoholkonsum vorausgegangen.

Eine neuere Studie in der Notfallstation einer Westschweizer Klinik ermittelt folgende Anteile an Unfällen von Personen mit einer Blutalkoholkonzentration von mehr als 0.8 Promille: 21 Prozent bei Verkehrsunfällen und 5 Prozent bei Berufsunfällen, 16.5 Prozent bei Haushaltsunfällen und 34.5 Prozent bei Unfällen an öffentlichen Orten⁽¹³⁾.

Es bleibt aufgrund der schlechten Datenlage nichts anderes übrig, als sich bei Todesfallschätzungen auf internationale Studien zu beziehen. Da in der Schweiz im Vergleich zu anderen Ländern bei Verkehrsunfällen ein vergleichsweise geringer Anteil an alkoholbezogenen tödlichen Verkehrsunfällen besteht (vgl. Tabelle D7), wird auch für andere Unfälle und Gewaltakte die Schätzung extrem vorsichtig vorgenommen:
Zur Berechnung wird jeweils die unterste Grenze für attributive Risiken zur Todeswahrscheinlichkeit aus den drei genannten Studien berücksichtigt.

Insgesamt ist festzuhalten, dass mehr als jeder 20. Todesfall in der Schweiz dem Alkoholkonsum zugeschrieben werden muss, fast 3'500 Personen im Jahr 1994. Frauen haben bezüglich dieser Statistik die Männer fast eingeholt. Etwa 8.5 Prozent aller verlorenen Lebensjahre in der Schweiz - gerechnet bis zu einem möglichen Alter von 70. Jahren - sind alkoholbedingt.

G. Gmel

- 1 English et al. (1995), Single et al. (1996).
- 2 Holman et al. (1996).
- 3 De Bakey et al. (1993).
- 4 Gijn et al. (1993).
- 5 Anderson (1996).
- 6 McPherson et al. (1993).
- 7 Abel & Sokol (1991).
- 8 Halliday et al. (1982).
- 9 Adams & Viktor (1989).
- 10 Anda et al. (1988).
- 11 Kielholz et al. (1973).
- 12 Spuhler & Michel (1993).
- 13 Yersin (1993).

Überblick

„Zigarettenrauchen verursacht mehr vorzeitige Todesfälle als Aids, Kokain, Heroin, Alkohol, Feuersbrünste, Autounfälle, Morde und Selbstmorde zusammengenommen“⁽¹⁾.

Dieses Zitat aus den Vereinigten Staaten von Amerika unterstreicht deutlich, welche Gefährdung Tabakrauchen für Leben und Gesundheit bedeutet.

Die Zahl der wissenschaftlichen Arbeiten, die den Zusammenhang zwischen Tabakrauchen und Krankheit wie auch Tod belegen, ist unübersehbar geworden. Im folgenden werden deshalb zusammenfassend nur die wichtigsten Ergebnisse vorgestellt. Für die Berechnung von Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken stützen wir uns wiederum auf internationale Studien sowie auf die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (siehe Kasten).

Tabakrauch enthält über 4'000 Stoffe, wobei Nikotin die Abhängigkeit erzeugende Substanz ist. Nikotin verursacht nach neueren Erkenntnissen kaum bösartige Neubildungen⁽⁵⁾, und auch keine Schäden bei Föten. Für die gesundheitlichen Schädigungen können eine Vielzahl anderer im Tabakrauch enthaltene Stoffe verantwortlich gemacht werden, wie etwa Kohlenmonoxid, Cyanwasserstoff, Benzol, Formaldehyd-Nitrosamine sowie Cadmium, Blei, Nickel, Chrom, Aluminium usw. Etwa 40 Stoffe im Tabakrauch gelten als krebserzeugend.

Die attributiven Risiken der hier vorgestellten rauchenbezogenen Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken beruhen auf den anhand der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93 (SGB) ermittelten Prävalenzdaten für Nichtraucher, Exraucher und Raucher. Die relativen Risiken basieren auf der amerikanischen CPS II-Studie⁽²⁾ sowie den Metaanalysen von English et al. 1995⁽³⁾ und Single et al. 1996⁽⁴⁾.

Symptome und Erkrankungen des Atemwegtraktes

Der Atemwegtrakt umfasst den Nasen-Rachenraum, den Kehlkopf, die Luftröhre und die Luftröhrenäste. Typische Symptome von Erkrankungen der Atemwege sind Husten, Auswurf, pfeifende Atemgeräusche und Kurzatmigkeit. Husten und Auswurf sind ursächlich mit der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten verbunden. Pfeifende Atemgeräusche und Kurzatmigkeit hängen mit der Beeinträchtigung der Lungenfunktion zusammen, sie können schon bei Teenagern und jüngeren regelmässigen Rauchern und Raucherinnen (mindestens wöchentlicher Tabakkonsum) auftreten, wobei die Lungenfunktion der Jugendlichen zusätzlich durch allfälliges Passivrauchen im Elternhaus mitbeeinflusst wird.

Unzählige Studien in der ganzen Welt haben gezeigt, dass Rauchende geringere Lungenfunktionswerte aufweisen als Nie-Rauchende. Insbesondere beim Ausatmen ist die Lungenfunktion eingeschränkt. Das Ausatemvolumen steigt mit dem Lungenwachstum in der Kindheit und beginnt bei Nie-Rauchenden zwischen dem 30. und 40. Altersjahr abzunehmen. Bei Rauchenden beginnt die Abnahme des Ausatemvolumens wesentlich früher und verläuft dann auch schneller. Signifikante Veränderungen sind bereits in jungen Jahren festzustellen. Für Jugendliche, die mit 15 Jahren mit Rauchen beginnen, kann vorhergesagt werden, dass ihre Lungenwerte im Alter von 20 Jahren nur etwa 90 Prozent der Werte von Nichtrauchern beziehungsweise Nichtraucherinnen erreichen. Hören Rauchende mit dem Tabakkonsum auf, nähern sich ihre Lungenwerte wieder jenen von Nichtrauchern bzw. Nichtraucherinnen an.

Dass Rauchen das Immunsystem und die Entzündungshemmung beeinträchtigt, ist seit langem bekannt. Deshalb ist plausibel, dass Rauchen die Häufigkeit von Atemwegsinfektio-

Weltweit sterben jährlich etwa 3 Millionen Personen an den Folgen des Rauchens, diese Zahl wird sich bis ins Jahr 2020 auf 10 Millionen jährlich erhöhen

Von der heute lebenden Weltbevölkerung werden 500 Millionen Menschen wegen Rauchens sterben

KRANKHEIT UND TOD

TABAK

Rauchende haben ein bis zu 30fach höheres Risiko, an Bronchitis, Emphysemen, Pneumonien oder an einer Grippe zu erkranken

74

nen erhöht. Rauchen ist klar mit chronisch obstruktiven Lungenkrankheiten wie Bronchitis und Emphysemen, aber auch Pneumonien und Grippe verknüpft. Manche Studien berichten von einem bis zu 30fach erhöhten Erkrankungsrisiko bei Rauchenden im Vergleich zu Nichtrauchenden. Dass die Beziehung zwischen chronisch obstruktiven Lungenkrankheiten und Rauchen ursächlicher Natur ist, wird durch die starke Dosis-Wirkungsbeziehung unterstrichen: sowohl die tägliche Rauchmenge, das Einstiegsalter in den Konsum als auch die Tiefe der Inhalation stehen in enger Beziehung zum Erkrankungsrisiko.

Erkrankungen an Lungenemphysemen (übermässige Erweiterung der Lungenbläschen) sind ebensostark mit dem Rauchen verknüpft wie die Erkrankungen an Lungenkrebs. Der Einfluss der rauchbedingten Lungenemphyseme auf die Sterblichkeit wird oft unterschätzt, da Erkrankte trotz jahrelangem Leiden häufig lange genug leben, um an anderen akuten Krankheiten zu sterben. Die Lunge besteht aus ca. 300 Millionen Lungenbläschen, deren Oberfläche etwa die Grösse eines Tennisplatzes ausmacht. In den Lungebläschen spielt sich der Gasaustausch ab. Ein Lungenemphysem deutet darauf hin, dass der Gasaustausch insbesondere das Ausatmen gestört ist, d.h. durch die Verstopfung behindert

wird. Erkrankte Personen können die Luft schlechter vollständig ausatmen, da sich die Luftwege schneller schliessen. Deshalb muss tiefer oder schneller eingeatmet werden, um den Körper mit Sauerstoff zu versorgen. Die Folge ist eine ständige Überdehnung der Lunge.

In der überwiegend englischsprachigen Literatur versteht man unter „Emphysema“ sowohl „echte“ Emphyseme (inkl. dem Zusammenbruch der Wände der Luftbläschen) wie auch die chronische Bronchitis und die Verstopfung der kleinen Luftwege beispielsweise durch eine Verdickung der Zellwände. Diese Erkrankungen werden durch die chronische Entzündung der Lunge wegen des Eindringens von Fremdpartikeln - beispielsweise in Form des Tabakrauches - hervorgerufen.

Während eine Bronchitis meistens relativ gutartig ist und wieder abklingt, wenn mit dem Rauchen aufgehört wird, sind Verstopfungen der kleinen Luftwege und Emphyseme nur im frühen Stadium durch einen Rauchstopp zu lindern.

Kardiovaskuläre Erkrankungen

Zigarettenrauchen ist bei Erwachsenen in ursächlicher Weise mit koronaren Herzerkrankungen, arteriosklerotischen, peripheren vaskulären Erkrankungen (ein Beispiel dafür ist

Tabakbedingte Atemwegserkrankungen (1994)

ICD-9	Hauptdiagnosen		Pflegetage		Mortalität		
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
Pneumonie und Grippe	480 - 487	694.8	236	9'807.6	3'422.0	200.0	91.9
Emphyseme, Bronchitis	490 - 492	2'507.8	895	47'872.7	17'224.8	82.1	22.0
Chronische Verschlüsse der Atemwege, anderorts nicht klassifiziert	496	203.5	78.1	3'383.1	1'398.6	801.9	241.0
Summe tabakbedingter Diagnosen		3'406.0	1'209.0	61'063.4	22'045.5	1'083.9	355.9
Summe aller Diagnosen		207'522.0	193'769.0	2'211'429.0	2'384'794.0	31'228.0	30'759.0
Anteil tabakbedingter Diagnosen		1.6%	0.6%	2.8%	0.9%	3.5%	1.2%

Quelle: Veska (1995)

KRANKHEIT UND TOD TABAK

das „berühmte“ Raucherbein) und Schlaganfällen verbunden. Bei Kindern und Jugendlichen sind diese Krankheitsbilder selten. Es ist jedoch bekannt, dass Arteriosklerose bereits im jungen Erwachsenenalter beginnen kann. Die Bogalusa-Heart-Study⁽⁶⁾ hat gezeigt, dass Rauchen bereits ab einem Alter von 20 Jahren ein höheres Risiko für eine Arterioskleroseerkrankung zur Folge hat. In einer anderen Studie sind Veränderungen bestimmter Blutfettwerte (Lipoprotein-Cholesterol) bereits bei 8- bis 19jährigen Rauchern und Raucherinnen im Vergleich zu Nichtrauchern beziehungsweise Nichtraucherinnen festgestellt worden⁽⁷⁾. Die Veränderung dieser Werte ist dabei bei Jugendlichen grösser ausgefallen als bei Erwachsenen. Erhöhte Lipoprotein-Cholesterol-Werte steigern das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen.

Die Einnahme von Antikonzeptiva in Verbindung mit Rauchen erhöht das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen bei Frauen geradezu dramatisch: Neben der für die Gesundheit ungünstigen Veränderung des Verhältnisses „guter“ Blutfette zu „schlechten“ (HDL/LDL-Anteil) sind geringere Durchblutung, erhöhte Thrombose- neigung und Gefässverengungen als Folgen des Rauchens für kardiovas-

kuläre Erkrankungen und insbesondere für Herzinfarkte und Hirnschläge verantwortlich.

Arteriosklerotische Veränderungen der Gefässe beeinflussen die Gesundheit auf zweierlei Weise. Zum einen führt eine partielle Verstopfung der Arterien langfristig zu einer Unterversorgung der betroffenen Organe. Zum anderen führt eine vollständige Verstopfung der Gefässe je nach Grösse des Gefässes zu unterschiedlich gravierenden Folgen. Embolien der grossen Arterien des Herzens oder des Gehirns führen zu Herz- und Hirnschlag und sind somit häufig für einen plötzlichen Tod verantwortlich. Das bei Rauchenden erhöhte Risiko für koronare und cerebrovas- kuläre Erkrankungen, insbesondere für Hirn- und Herzschläge, kann durch einen Rauchstopp sehr schnell reduziert werden; bereits nach einem Jahr ist das Risiko nur noch halb so gross, und nach fünf bis 15 Jahren gleicht es jenem von lebenslang Nichtrauchenden.

Periphere vaskuläre Erkrankungen können in den Nieren und im Darm- kanal auftreten; am häufigsten sind sie jedoch in den Beinen (Raucher- bein). Bei fünf Prozent dieser durch mangelnde Blutversorgung verur- sachten Fälle ist eine Amputation

Das Risiko, einen rauchbedingten Herz- oder Hirn- schlag zu erleiden, reduziert sich nach einem Rauchstopp sehr schnell

75

Tabakbedingte Kreislauferkrankungen, arteriosklerotische und andere tabakbedingte Krankheiten (1994)

Tabelle D9		Hauptdiagnosen		Pflegetage		Mortalität	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	ICD-9						
Kreislaufkrankheiten	410 - 417, 427 - 438, 440 - 448	9'076.8	2'540.6	116'069.1	39'172.6	2'677.6	1'267.2
Nikotinmissbrauch	305.1	27.0	20.2	132.1	108.3	1.0	0.0
Andere Krankheiten ohne Krebs, Atemwege usw.	531 - 534, 555, 890 - 899	682.9	348.0	8'188.9	4'718.8	42.8	26.9
Summe tabakbezogener Diagnosen		9'786.7	2'908.8	124'390.2	43'999.7	2'721.4	1'294.1
Summe aller Diagnosen		207'522.0	193'769.0	2'211'429.0	2'384'794.0	31'228.0	30'759.0
Anteil tabakbezogener Diagnosen		4.7%	1.5%	5.6%	1.8%	8.7%	4.2%

Quelle: Veska (1995)

Die Einnahme der Pille und Rauchen erhöhen das Risiko für Herz- und Gefäss- Erkrankungen bei Frauen dramatisch

KRANKHEIT UND TOD

TABAK

Die Kombination Rauchen und Diabetes führt zu einem extrem hohen Risiko für Raucherbeine

76

notwendig. Die Hauptrisikofaktoren für periphere vaskuläre Erkrankungen sind Diabetes und Rauchen. Die Kombination Rauchen und Diabetes führt zu einem extrem hohen Risiko; 90 Prozent aller an Diabetes Leidenden mit Amputationen haben 20 Zigaretten und mehr über einen Zeitraum von 20 Jahren und länger geraucht.

Ein Wechsel zu Zigaretten mit geringerem Teer- und Nikotingehalt scheint das erhöhte Risiko für nicht-respiratorische Erkrankungen für Raucher und Raucherinnen nicht zu reduzieren, da häufig die Reduktion des Nikotingehaltes durch tiefere Inhalation oder durch Erhöhung der Anzahl gerauchter Zigaretten kompensiert wird. So kann das Erkrankungsrisiko mit einer Umstellung auf nikotin- und teerarme Zigaretten durch die vermehrte Aufnahme anderer giftiger Stoffe im Zigarettenrauch sogar erhöht werden.

Krebs

Die Beziehung zwischen Tabakrauchen und Krebserkrankungen ist am weitest häufigsten für den Lungenkrebs untersucht worden. Zwischen 80 und 90 Prozent der Lungenkrebs-erkrankungen sind durch Rauchen verursacht worden. Bei Extra Rauchern

und Extra raucherinnen ist die Lungenkrebsmortalität von der Anzahl der Jahre abhängig, während deren sie nicht mehr geraucht haben. Die Mortalitätsrate von Extra Rauchern und Extra raucherinnen, die während fünf Jahren keinen Tabak mehr konsumiert haben, beträgt im Vergleich zu Rauchenden nurmehr 40 Prozent; nach 15 Jahren ohne Tabakkonsum entspricht das Sterblichkeitsrisiko jenem von Nichtraucherinnen.

Es kann gezeigt werden, dass die Dauer des Rauchens eine wichtigere Bedeutung für die Entwicklung eines Lungenkrebses hat als die Anzahl der gerauchten Zigaretten. In einer bekannten Studie bei britischen Ärzten ist gezeigt worden, dass die Lungenkrebs-erkrankungsrate mit der vierten bis fünften Potenz in Abhängigkeit von der Rauchdauer ansteigt, jedoch nur mit der zweiten Potenz in Abhängigkeit von der Anzahl täglich gerauchter Zigaretten[®]. Allerdings gibt es auch andere Modelle, die der Rauchdauer ein geringeres Gewicht als diese Studie zumessen. Nimmt man an, dass das Lungenkrebsrisiko exponentiell mit der Rauchdauer ansteigt, so hat eine 50jährige Person, die mit 13 Jahren mit Rauchen angefangen hat, ein um 350 Prozent höheres Risiko, an Lungenkrebs zu

Rauchen verursacht 80 bis 90 Prozent der Lungenkrebs-erkrankungen

Tabakbedingte Krebsarten und Karzinome (1994)							
Tabelle D10	ICD-9	Hauptdiagnosen		Pflegetage		Mortalität	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Lippen und Rachenraum	146, 148, 149, 230.0	463.9	98.6	7'033.6	1'498.9	97.5	25.3
Ösophagus, Speiseröhre	150, 230.1	244.6	50.3	3'700.9	924.5	148.3	29.6
Verdauungsorgane	151, 154.2, 154.3, 157, 230.2, 230.5, 230.6	224.3	97.7	3'367.6	1'789.5	299.6	68.5
Atemwege	161, 162, 231.0, 231.2	3'442.2	819.8	45'513.8	11'482.9	1'898.5	418.3
Geschlechtsorgane	180, 184.4, 187.1- 187.4, 233.1	13.5	62.7	181.8	751.8	2.6	29.3
Harnblase und Niere	188, 189.0 - 189.2, 233.7	739.0	169.2	8'173.2	2'328.8	249.5	58.2
Summe tabakbezogener Diagnosen		5'127.4	1'298.4	67'970.8	18'776.4	2'695.9	629.1
Summe aller Diagnosen		207'522.0	193'769.0	2'211'429.0	2'384'794.0	31'228.0	30'759.0
Anteil tabakbezogener Diagnosen		2.5%	0.7%	3.1%	0.8%	8.6%	2.0%

Quelle: Veska (1995)

erkranken als eine 50jährige Person, die zehn Jahre später mit Rauchen begonnen hat.

Auch wenn die Forschung über Krebsarten anderer Körperregionen als der Lunge weniger erschöpfend ist, so sind doch wachsende Risiken mit steigender Rauchdauer unter anderem für die folgenden Krebsarten belegt: Lippen, Rachenraum, Magen, Speiseröhre, männliche Geschlechtsorgane, Gebärmutterhals, Vulva, Harnblase, Nieren und Analtrakt.

Mehr als die Hälfte aller Krebse des Kehlkopfes, der Speiseröhre und des Mund- und Rachenraumes sind dem Rauchen zuzuschreiben. Etwa 30 Prozent der Krebse des Gebärmutterhalses werden auf das Rauchen zurückgeführt. Bei vielen dieser Krebsarten erhöht Alkoholkonsum das Erkrankungsrisiko beträchtlich. Bei fast allen rauchenbedingten Krebsarten braucht es mindestens 15 Jahre Rauchabstinenz, bis sich das Erkrankungsrisiko jenem von Nichtrauchern und Nichtraucherinnen angeglichen hat.

Für den Speiseröhrenkrebs liegt das Risiko bei Rauchern und Raucherinnen filterloser Zigaretten vermutlich etwas höher als bei Rauchenden von Filterzigaretten. Beim Lungenkrebs dagegen scheinen Rauchende filterloser Zigaretten insgesamt einem geringeren Krebsrisiko ausgesetzt zu sein als Filterzigarettenrauchende. In letzter Zeit hat die Entwicklung einer neuen Form von Lungenkrebs, der vorzugsweise in der Peripherie der Lunge auftritt, das sogenannte Adenokarzinom, zugenommen. Dieses wird vermutlich durch den Konsum von Filterzigaretten (und insbesondere leichten Zigaretten) im Vergleich zu filterlosen Zigaretten begünstigt, da durch die Zusammensetzung der Filterstoffe mehr karzinogene Stoffe (N-Nitrosamine) freigesetzt werden ⁽⁵⁾. Wie Levi und Kollegen in einer schweizerischen Studie zeigen, verhindert auch der Umstieg auf leichte Zigaretten nicht

die Entwicklung von Lungenkrebsen, sondern führt nur zu einer Umverteilung spezifischer Lungenkrebsarten. Insbesondere steigt die Häufigkeit von Lungenkrebsen in entfernteren Regionen der Lunge (wie das Adenokarzinom) durch die tiefere Inhalation beim Konsum leichter Zigaretten ⁽⁹⁾.

Das Rauchen von Pfeifen oder Zigarren bewirkt bei fast allen Krebserkrankungen im wesentlichen dieselben gesundheitsschädigenden Wirkungen wie das Zigarettenrauchen. Bei Blasenkrebs liegt das Risiko für Pfeifen- und Zigarrenraucher und -raucherinnen allerdings etwas niedriger als für Zigarettenrauchende.

Gastrointestinale Krankheiten

Magengeschwüre, Geschwüre des Zwölffingerdarms und des Dünndarms sind heute eindeutig als Folgen des Tabakkonsums belegt. Das Risiko, an einem solchen Geschwür zu erkranken, ist bei Rauchenden etwa doppelt so gross wie bei Nichtrauchenden und hängt von der Anzahl Zigaretten, der Dauer des Rauchens und der Tiefe der Inhalation ab. Die Beziehung zwischen Rauchen und Geschwüren ist vom Alkohol- und Kaffeekonsum unabhängig.

Schädigung des Fötus

Der schädliche Einfluss des Rauchens auf die Entwicklung des Kindes während der Schwangerschaft gilt seit spätestens Anfang der 70er Jahre als wissenschaftlich eindeutig belegt. Rauchen während der Schwangerschaft steht in einer Dosis-Wirkungsbeziehung mit vorzeitigem Blasensprung, vorzeitigem Plazentaablösung, Plazenta praevia (vorgelagerter Mutterkuchen, der zu Geburtskomplikationen führt) und Blutungen während der Schwangerschaft. Rauchen während der Schwangerschaft führt zu verzögertem fötalem Wachstum, zu Frühgeburten, zu geringem Geburtsgewicht und zu Totgeburten. Lebende Kinder rauchender Mütter wiegen bei Geburt

Pfeifen- und Zigarrenrauchende haben fast das gleiche Risiko, an Krebs zu erkranken wie Zigarettenrauchende

Unabhängig von ihrem Alkohol- oder Kaffeekonsum erkranken Rauchende etwa doppelt so häufig an Geschwüren des Magen-Darmtraktes

KRANKHEIT UND TOD

TABAK

Das Risiko für vorgeburtliche Schädigungen am Fötus reduziert sich bei einem Rauchstopp der Mutter auf das Niveau von Nichtraucherinnen

durchschnittlich 200 Gramm weniger als Kinder nichtrauchender Mütter. Ebenso sind die Anteile spontaner Fehlgeburten bei Raucherinnen deutlich erhöht. Das Risiko des plötzlichen Kindstodes ist bei rauchenden Müttern um das zwei- bis dreifache grösser als bei Nichtraucherinnen.

Die Risiken für vorgeburtliche Schäden entsprechen bei Frauen, die während der Schwangerschaft nicht rauchen, den Risiken bei lebenslangen Nichtraucherinnen.

Umgebungsrauch ist als menschliches Karzinogen für die Lunge klassifiziert ⁽¹⁰⁾. In den USA schätzt man die Zahl der rauchbedingten Todesfälle jährlich auf 400'000. An den Folgen des Passivrauchens sterben 50'000 Personen, drei Viertel davon alleine an Herzerkrankungen ⁽¹¹⁾. Die Beziehung zwischen Herz-Kreislauf-erkrankungen und Passivrauchen wird zur Zeit noch diskutiert. In der Schweiz schätzt man die Zahl der Todesfälle durch Passivrauchen infolge Lungenkrebes auf jährlich 200.

78

Tabakbedingte Schädigung bei Früh- und Neugeborenen sowie Schwangeren (1994)

Tabelle D11		Hauptdiagnosen	Pflegetage	Mortalität
	ICD-9			
Vorgeburtliche Schädigungen	633, 634, 640, 641, 656.5, 658.1, 658.2, 764, 765	227.69	5'240.18	2.00
Schädigungen des Kindes	761.1, 761.4, 761.8, 762.0, 762.1, 798.0	329.38	3'606.00	17.95
Summe tabakbezogener Diagnosen		557.07	8'846.18	19.95
Summe aller Diagnosen		401'291.00	4'596'223.00	61'987
Anteil tabakbezogener Diagnosen		0.14%	0.19%	0.03%

Quelle: Veska (1995)

Passivrauchen kann bei Kindern Asthma auslösen

Passivrauchen

Der Rauch von Zigaretten und anderer Tabakwaren wird unterteilt in den sogenannten „Mainstream-Rauch“, der vom bzw. von der Rauchenden direkt durch das Mundstück inhaliert und wieder ausgeatmet wird und in den sogenannten „Sidestream-Rauch“, der zwischen den einzelnen Zügen durch das Zigarettenpapier diffundiert beziehungsweise durch den glimmenden Tabak entsteht. Passivrauchen bezeichnet das Einatmen des Umgebungsrauches, der aus einer Mischung aus vorrangig Sidestream-Rauch und ausgeatmetem Mainstream-Rauch besteht. Da der „Sidestream-Rauch“ mehr Partikel mit kleinerem Durchmesser hat, ist er eher verantwortlich für die Ablagerung solcher Partikel in weit entfernten Regionen der Lunge.

Rauchen die Eltern stark, treten bei den Kindern Erkrankungen der unteren Atemwege verstärkt auf. Ebenso wird die Wachstumsrate der Lunge der Kinder beeinflusst, was wiederum das Entstehen anderer, nicht direkt durch das Rauchen der Eltern hervorgerufener Lungenerkrankungen begünstigen kann. So schätzt man, dass etwa 17 Prozent der Lungenkrebs-Erkrankungen bei Nichtraucherinnen durch eine hohe Konzentration von Umgebungsrauch während der Kindheit hervorgerufen worden sind ⁽¹²⁾. Der Einfluss des passiven Tabakrauchens auf die Erkrankung der Lunge wird in der einschlägigen Literatur eindeutig bejaht, die Stärke des Einflusses auf Herzerkrankungen dagegen ist immer noch Gegenstand der Diskussion. Eine Verstärkung von Symptomen bei

bereits bestehenden Herzerkrankungen durch Passivrauchen aufgrund des Kohlenmonoxids scheint jedoch schon bei relativ niedrigen Konzentrationen wahrscheinlich. Ebenso werden bei Nichtrauchenden infolge von Passivrauchen erhöhte Zellreste im Blut durch Ablagerungen an der Gefässwand und geringere HDL-Cholesterin-Werte festgestellt. Beide Faktoren können die Entwicklung arteriosklerotischer Erkrankungen begünstigen.

Der plötzliche Kindstod ist weltweit eine der häufigsten Todesursachen im ersten Lebensjahr. In der Schweiz verursacht er etwa 15 Prozent aller Todesfälle im ersten Lebensjahr. Einige Studien zeigen, dass passivrauchende Babys einem zwei- bis dreifach höheren Risiko ausgesetzt sind, an plötzlichem Kindstod zu sterben als Säuglinge, die keinem Umgebungsrauch ausgesetzt sind. Allerdings besteht eine hohe Korrelation zwischen Rauchen während der Schwangerschaft und Rauchen nach der Schwangerschaft; somit kann nicht klar zwischen den beiden Grössen in ihrer Wirkung auf den plötzlichen Kindstod unterschieden werden.

Umgebungsrauch ist wahrscheinlich auch ein auslösender Faktor für Asthma bei Kindern. Aufgrund von amerikanischen Studien schätzt man zudem, dass bei zwei von zehn Asthmafällen der Verlauf der Krankheit durch Passivrauchen verschlimmert wird.

Positive Effekte des Tabakrauchens

Abgesehen von der Entspannung oder dem Genuss, den mancher Raucher und manche Raucherin beim Tabakkonsum empfindet, werden geringere Risiken bei Rauchern und Raucherinnen im Vergleich zu Nichtrauchenden für die Parkinsonsche und die Alzheimer Krankheit sowie für Krebs der Gebärmutter-schleimhaut festgestellt. Im Vergleich zu Herzkreislaufkrankheiten und

anderen Krebserkrankungen handelt es sich dabei um seltene Gesundheitsstörungen. Zudem ist die wissenschaftliche Diskussion über die entsprechenden Befunde noch völlig offen. Auf keinen Fall sollte eine Konsumempfehlung mit präventivem Hintergrund abgeleitet werden.

Abschliessende Bewertung

Neun Prozent aller Hauptdiagnosen und mehr als elf Prozent aller Pflegetage in den Spitälern lassen sich bei den Männern auf gesundheitliche Probleme zurückführen, die durch den Tabakkonsum (mit-) bedingt werden (vgl. Anhang 2). Bei den Frauen sind etwa drei Prozent der Hauptdiagnosen und rund vier Prozent der Pflegetage rauchbedingt. Diese Zahlen sind allein schon alarmierend. Es ist jedoch festzuhalten, dass die Anteile an rauchbedingten Todesfällen im Vergleich zu diesen Morbiditätsstatistiken noch einmal doppelt so hoch liegen.

Insgesamt sind mit knapp 9'000 Toten 1994 mehr als 14 Prozent aller Todesfälle in der Schweiz rauchbedingt gewesen. Ein Viertel dieser Todesfälle treten ein, bevor das 65. Lebensjahr beendet worden ist. Rauchbedingte Mortalität ist nicht nur mit individuellem Leid verbunden, sondern auch mit enormen volkswirtschaftlichen Kosten (vgl. Kapitel Soziale Kosten).

Während bei den Frauen mehr als sieben Prozent aller Todesfälle rauchbedingt sind, stirbt fast jeder fünfte Mann infolge seines Tabakkonsums.

Aufgrund ihrer Studie bei britischen Ärzten schätzen Doll und Kollegen, dass etwa die Hälfte aller Rauchenden an ihrem Tabakkonsum sterben werden⁽¹³⁾. Ein Rauchstopp bringt dagegen eine Verminderung des gesundheitlichen Risikos und zwar in jedem Alter.

G. Gmel

*Rauchen verursacht fast
15 Prozent aller
Todesfälle in der
Schweiz*

- 1 Warner (1987).
- 2 USDHHS (1989).
- 3 English et al. (1995).
- 4 Single et al. (1996).
- 5 Batra (1995).
- 6 Berenson et al. (1992).
- 7 Craig et al. (1990).
- 8 Doll & Peto (1978).
- 9 Levi et al. (1997).
- 10 Bartecchi (1994).
- 11 Glanz & Parmley (1991).
- 12 Janerish et al. (1990).
- 13 Doll et al. (1994).

KRANKHEIT UND TOD ILLEGALE DROGEN

Jeder Konsum von Drogen - legalen und illegalen - birgt gesundheitliche Risiken. Dieses Risiko hängt nicht nur von der chemischen Struktur der Substanz und deren Einwirkung auf den menschlichen Organismus ab, sondern wird viel stärker von der Dosis, der Häufigkeit und Dauer des Konsums, der Reinheit des Stoffes bzw. der Schädlichkeit der beigemengten Fremdstoffen, der Anwendungsart sowie von der Empfindlichkeit des Konsumierenden beeinflusst. Besondere Lebensweisen (Ernährung, Hygiene) können diese Empfindlichkeit zudem erhöhen.

Es erstaunt aufgrund dieser Vielzahl beeinflussender Faktoren nicht, dass die Datenbasis über das Krankheitsgeschehen und die Todesfälle infolge des Drogenkonsums äusserst lückenhaft ist. In der Schweiz gibt es weder über die Behandlung noch über Notfallaufnahmen eine systematische Erfassung der Krankenhauseinwei-

sungen. Es kann auch nicht die Aufgabe der Polizei sein, in ihrer Statistik der Drogenopfer, die drogenbedingten, tödlichen Folgen von Aids, Hepatitisviren, bakteriellen Infektionen oder anderen drogenbedingten Erkrankungen zu erheben. Eine zentrale statistische Stelle müsste die in der Schweiz vorhandenen Daten sammeln und zusammenfassen.

Wichtigste drogenbedingte Ursachen für Krankheit und Tod

Die wichtigsten drogenbedingten Ursachen für Krankheit und Tod sind die Wirkung der einzelnen illegalen Stoffe, deren Verunreinigung und die praktizierte Konsumform. Opiate (Heroin), Amphetamine und Kokain, Halluzinogene (LSD, Psilocybin, Mescaline) und Cannabinoide (Haschisch, Marihuana) lassen sich auf unterschiedlichste Weise konsumieren. Sie werden geraucht (oft in Mischung mit Tabak), gesniff (z.B. Kokain), eingeatmet (z.B. das Drachenjagen von Heroin), gegessen und gespritzt. Je nach Applikationsform werden unterschiedliche Körperbereiche (Nase, Mund, Rachen, Stirn- und Nebenhöhlen, Speiseröhre und Kehlkopf, Magen), Gewebe (Muskelgewebe, Schleimhäute, Haut) und Organe (Niere, Herz, Lunge, Gehirn, Leber) verschieden stark in Mitleidenschaft gezogen.

Erhöhte Gesundheitsrisiken bestehen für Drogenkonsumierende nicht allein aufgrund der toxischen Wirkung der Substanzen bzw. den jeweiligen Beimengungen wie Talk, Medikamenten und sonstigen Verunreinigungen, sondern auch aufgrund möglicher Infektionen (z.B. durch unsteriles Injektionsmaterial). Zusätzlich werden die Infektionsrisiken durch eine allgemeine Schwächung des Immunsystems aufgrund ständiger Überstimulation noch erhöht.

Einem besonders starken Risiko setzen sich injizierende Drogenkonsumierende aus, da sie die meist unsauberen Substanzen direkt in den

Drogenkonsumierende können an den Wirkungen der Drogen, an deren Verunreinigungen sowie an den Folgen der Konsumform erkranken

Verwendete Daten

Die hier verwendeten Daten beruhen im wesentlichen auf dem Meldesystem des Bundesamtes für Gesundheit, das sowohl obligatorische als auch freiwillige Meldungen von Ärzten und Laboratorien in der Schweiz aufnimmt^(1, 2, 3, 4). Als weitere Datenquellen werden die Statistik der VESKA (Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser)⁽⁵⁾, Daten des Bundesamtes für Statistik, des Bundesamtes für Polizeiwesen sowie einzelne wissenschaftliche Studien von Universitätskliniken oder der Institute für Sozial- und Präventivmedizin herangezogen.

Da Daten über das Krankheitsgeschehen und die Sterblichkeit in Verbindung mit Drogenkonsum von den Konsumformen und dem sozialen Umfeld abhängen, lassen sich Ergebnisse von Studien in anderen Ländern nur sehr schwer auf die Schweiz übertragen. Im folgenden werden deshalb vorwiegend schweizerische Datenquellen verwendet. Bei Vergleichen mit dem Ausland wird vor allem auf die Übersichtsarbeiten von Single et al.⁽⁶⁾ und English et al.⁽⁷⁾ zurückgegriffen.

Blutkreislauf einbringen. Verstärkt wird die gesundheitsschädigende Wirkung durch die Verwendung unsteriler Lösungsmittel (wie verunreinigtes Wasser, Zitronensaft oder Essig) für die Verflüssigung des zu injizierenden Stoffes sowie unhygienische Lebensverhältnisse. Besonders gravierende, häufig tödliche Folgen (wie Aids oder Hepatitis) werden in erster Linie durch die Verwendung unsterilen bzw. bereits von anderen verwendeten Spritzenmaterialien hervorgerufen.

Direkte substanzspezifische Gesundheitsrisiken

Über mögliche medizinische Folgen des Konsums „weicher Drogen“ gibt es keine Übereinstimmung in der Literatur. Die folgenden Angaben stützen sich in weiten Teilen auf die Auffassung, wie sie beispielsweise von Schuckit⁽⁸⁾, Durieux et al.⁽⁹⁾ oder vom U.S. National Institute on Drug Abuse⁽¹⁰⁾ vertreten wird.

Stimulanzien (vorrangig Amphetamine und Kokain)

Die tödliche Dosis von Amphetaminen oder Kokain wird für Personen ohne Toleranzentwicklung auf 200 bis 300 mg geschätzt. Bei Konsumenten und Konsumentinnen, die an Amphetamine oder Kokain gewöhnt sind, kann die tödliche Dosis bei über einem Gramm des Wirkstoffes liegen. In der Literatur wird von einem täglichen Konsum von bis zu zehn Gramm Kokain berichtet^(8, 10).

Die typische toxische Reaktion auf den Konsum von Stimulanzien besteht in einer Überaktivität des sympathischen Nervensystems. Daraus folgen zu schneller Puls, erhöhte Atemrate und überhöhte Körpertemperatur. Bei Überdosen können Körpertemperaturen von bis zu 41 Grad Celsius und tödlich verlaufende Herz- und Hirnkreislaufstörungen wie Herzinfarkte, Herzrhythmusstörungen, erhöhter Blutdruck und Schlaganfallähnliche Krankheitsbilder des zentralen Nervensystems auftreten.

Diese Störungen werden hauptsächlich durch das für die Einnahme von Stimulanzien typische Zusammenziehen der Blutgefäße hervorgerufen.

Das Rauchen von Kokain kann einige pulmonale Erkrankungen wie Bronchitis, Alveolarblutung und Lungeninfarkte hervorrufen. Die betäubende Wirkung im Mund- und Rachenraum, in der Speiseröhre und am Kehlkopf führt dazu, dass das Einatmen von Fremdkörpern und die Entwicklung von Infektionen und Abszessen im Mund- und Zahnbereich nicht wahrgenommen wird. Durch die toxische Wirkung des Kokains werden Entzündungen der Nieren hervorgerufen. Beim Sniffen von Kokain werden weite Bereiche des Nasen-Rachenraumes in Mitleidenschaft gezogen, was bis zur Perforation der Nasenscheidewand führen kann.

Der Konsum von Stimulanzien hat mit grosser Wahrscheinlichkeit einen Einfluss auf die Entwicklung von Föten. Spontane Fehlgeburten, vorzeitige Plazentaablösung und zu geringes Geburtsgewicht werden durch den Konsum dieser Drogen mitverursacht. Kokain steht im Gegensatz zu Opiaten in dem Verdacht, Missbildungen bei Föten hervorzurufen. Eine Substitutionsbehandlung während der Schwangerschaft wie beim Heroinkonsum ist deshalb nicht möglich.

Eine mögliche Folge des Konsums von nahezu allen Stimulanzien ist die Drogenpsychose. Das klinische Bild kann dramatisch sein und ist in der Regel um so stärker ausgeprägt, je stärker (Dauer und Dosis) der chronische Missbrauch ist. Psychosen können aber auch akut durch die einmalige Einnahme einer sehr hohen Dosis von Amphetaminen hervorgerufen werden und können von paranoiden Wahnvorstellungen begleitet sein. Halluzinationen, überwiegend meist im akustischen und taktilen Bereich (man spürt etwas auf sich herumlaufen), treten auf. Konsumstopp führt zum Verschwinden der

Kokain verursacht wahrscheinlich Missbildungen an Föten

Stimulanzien können Psychosen und Halluzinationen hervorrufen

KRANKHEIT UND TOD

ILLEGALE DROGEN

Der grösste Teil der gesundheitlichen Probleme von Opiatkonsumentinnen entsteht nicht durch die Opiate selbst, sondern durch die Begleitumstände des Konsums

82

Cannabiskonsum kann für Epileptiker und Diabetiker lebensbedrohliche Folgen haben

Psychose, Besserung tritt bereits nach einigen Tagen ein.

Opiate

Die Hauptwirkung von Opiaten besteht in der Dämpfung des zentralen Nervensystems und der Herzaktivität. Überdosis-Todesfälle weisen in der Regel Atemlähmungen und/oder Hirn- und Lungenödeme auf. Zumindest Lungenödeme können durch überempfindliche Reaktionen auf die Opiate oder allergische Reaktionen gegen bestimmte beigemischte Substanzen hervorgerufen werden. Ein weiterer Risikofaktor für das Auftreten von Ödemen stellen die bei Überdosierungen häufig auftretenden Herzrhythmusstörungen dar. Die toxische Wirkung der Substanz sowie der allfälligen Beimengungen führt zur Überforderung der Nieren bis hin zur Niereninsuffizienz^(8, 9).

Das Auftreten von Psychosen ist eher unwahrscheinlich und wird meist nur in Verbindung mit der Einnahme von Mehrfachdrogen wie „Speedballs“ (Heroin- und Kokaingemisch) beobachtet, wobei vermutlich das Kokain die Psychose bewirkt.

Die Schädigungen für das Kind im Mutterleib sind vielfältig. Weniger als 50 Prozent der Kinder opiatabhängiger Mütter kommen ohne schwerwiegende Komplikationen zur Welt. Geringes fötales Wachstum, Frühgeburten oder ein Geburtsgewicht von unter 2'500 Gramm treten jeweils bei etwa 30 Prozent der Kinder auf. Die Anteile an Totgeburten und Todesfällen kurz nach der Geburt sind gegenüber Normalgeburten deutlich erhöht. Bis zu 30 Prozent der Todesfälle hängen mit dem Entzugssyndrom bei den Kindern zusammen. Etwa 50 bis 60 Prozent der Kinder weisen ein solches Entzugssyndrom auf^(8, 11). Trotzdem ist jedoch selbst langjähriger Konsum von Opiaten in ihrer reinen Form ausser bei Überdosierungen nicht notwendigerweise mit gesundheitlichen Schäden verbunden. Die meisten gesundheitlichen Probleme entstehen hauptsächlich

durch schlechte hygienische Verhältnisse (insbesondere bei intravenös Konsumierenden), durch die Beimengungen (mit denen der auf der Strasse erhältliche Stoff gestreckt wird) und die hohe Promiskuität und vermehrte Prostitution bei Drogenkonsumenten und -konsumentinnen.

Cannabinoide

Hauptwirkstoff der Cannabinoide ist das Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC). THC wirkt auf das Herz, das Kreislaufsystem, das Hirn und die Lunge. Die meisten, vermutlich sogar alle Effekte des Cannabiskonsums sind reversibel. Der THC-Konsum erhöht die Atemrate und erweitert die Bronchiolen, also die entfernteren feineren Luftzuleitungswege der Bronchien. Aus diesem Grund ist Cannabis als Mittel bei Asthmaanfällen angewandt worden. Der chronische Konsum von Cannabis jedoch verengt die Bronchiolen und führt so zu einer Verschlimmerung von Atemproblemen. Ebenso erhöht der Konsum von Cannabis die Herzschlagfrequenz und mag so zu einer Verschlimmerung bei bereits existierenden Herzproblemen führen.

THC kann Anfälle bei Epileptikern auslösen. Bei Diabetikern kann der Cannabiskonsum zu lebensbedrohlichen Konsequenzen führen: Der Stoffwechsel wird verändert, es kommt in der Folge zu einer vermehrten Azetonbildung (Azeton entsteht bei unvollständiger Verbrennung von Fetten und Aminosäuren). Diabetiker haben bereits ohne Cannabiskonsum ein erhöhtes Risiko für zuviel Azeton im Blut⁽⁸⁾.

Natürlich hängen die Effekte des Cannabiskonsums in entscheidendem Masse von der Konsummenge und Häufigkeit, aber auch vom THC-Gehalt und der Einnahmeform (Essen vs. Rauchen) ab.

Der Cannabisrauch wird mit Entzündungen der Bronchien und der Lunge in Verbindung gebracht. Es ist einigermaßen erwiesen, dass häufiger

Cannabiskonsum zu einer verringerten Vitalkapazität bereits bei Jugendlichen führt. Der im Vergleich zum Tabak höhere Anteil an karzinogenen Kohlenwasserstoffen macht eine erhöhte Krebsrate bei chronischen Cannabisrauchern und -raucherinnen plausibel. Dies ist zumindest in verschiedenen Tierversuchen nachgewiesen worden. Es gibt Hinweise (ohne dass es letztendlich Sicherheit dafür gibt), dass Lymphozyten auf THC reagieren und so bei chronischem Cannabiskonsum das Immunsystem geschwächt wird. Ebenfalls umstritten ist der Einfluss des THC auf die Spermaproduktion, die Anzahl an Chromosomenbrüchen sowie auf die Prostata und die Hoden. Über den Einfluss des THC auf den Fötus besteht keine Einigkeit in der Literatur.

Zeitlich begrenzte psychotische Zustände, einhergehend mit Paranoia und Halluzinationen, werden bei Personen mit chronischem Cannabiskonsum beobachtet. Bis heute gibt es aber keine ausreichende „Beweislage“ für andauernde mentale Beeinträchtigungen. Sicher ist jedoch, dass übermäßiger Cannabiskonsum teilweise zu starken Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses führt.

Ebenso sicher ist, dass das Urteilsvermögen, die Abschätzung von Zeit und Entfernung sowie die motorische Koordination unter Cannabiseinfluss beeinträchtigt sind. Diese Fähigkeiten sind bis zu acht Stunden und länger nach dem Konsum deutlich eingeschränkt und wirken sich z.B. entsprechend auf das Führen von Fahrzeugen aus.

Noch immer ist umstritten, ob beim Absetzen des Cannabiskonsums Entzugsserscheinungen entstehen. Bei regelmäßigem Konsum tritt eine Toleranzentwicklung auf, sie hat aber keine klinisch signifikante Bedeutung.

Halluzinogene

Zu den bekanntesten Vertretern der Gruppe der Halluzinogene gehören

LSD, Psilocybin und Mescaline. Nach der Einnahme kommt es zu veränderten Bewusstseinszuständen wie verschärftes Hören, lebhaftere Farbwahrnehmung und das subjektive Gefühl einer verbesserten Selbstwahrnehmung und verstärkten mentalen Aktivität.

Alle Halluzinogene werden vom Körper sehr gut absorbiert und wirken schon bei relativ geringen Dosen (im Mikrogrammbereich). Die Einnahme erfolgt in der Regel oral. Die Effekte variieren in ihrer Stärke nach Art der eingenommenen Droge. Beispielsweise wirkt LSD bei gleicher Menge etwa 100fach stärker als Psilocybin. Die Wirkung dieser Drogen dauert je nach Substanz bis zu 12 Stunden. Eine Toleranz wird sehr schnell entwickelt (bereits nach vier Tagen Einnahme der gleichen Dosis). Sie verschwindet jedoch auch bereits nach vier bis sieben abstinenten Tagen.

Obwohl die genaue Wirkungsweise von Halluzinogenen nicht bekannt ist, liegt ihr wesentlicher Einfluss im Bereich der Nervenleitungen des Gehirns. Symptome des Konsums sind Herzklopfen, Ansteigen des Blutdrucks und der Körpertemperatur, Sehstörungen sowie Krämpfe. Längerer Konsum dieser Substanzen führt zu verminderten intellektuellen Fähigkeiten, in seltenen Fällen sogar zu organischen Hirnschäden⁽⁸⁾.

Durch Halluzinogene ausgelöste Psychosen bestehen aus allen Facetten psychotischer Syndrome, wie Depressionen, extreme Angstzustände bis hin zur Panik und unkontrollierbaren Halluzinationen. Im Normalfall verschwinden die psychotischen Zustände nach wenigen Tagen. Bei den meisten Personen, bei denen die Psychose über einen längeren Zeitraum andauert, liegen vermutlich bereits vor dem Konsum psychiatrische Krankheitsbilder wie Manie oder Schizophrenie vor. Bei mehr als der Hälfte dieser schweren Fälle kann der Konsum halluzinogener

Chronischer Cannabiskonsum kann zu Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses führen

Halluzinogene wirken vor allem auf die Nervenleitungen des Gehirnes

KRANKHEIT UND TOD

ILLEGALE DROGEN

Der Konsum von Ecstasy führt zu ähnlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen wie der Konsum von Halluzinogenen. Zusätzlich kann es jedoch zur Schädigung serotoninreicher Nervenzellen kommen

84

Infektionen durch Injektionen zählen zu den am häufigsten auftretenden gesundheitlichen Problemen von Drogenkonsumentenden

Substanzen als Auslöser für lang anhaltende psychiatrische Probleme betrachtet werden.

Der Konsum von LSD und verwandten Substanzen wird in Verbindung gebracht mit möglichen Chromosomschädigungen wie auch Missbildungen im Mutterleib (insbesondere bei einem Konsum während der ersten drei Monate einer Schwangerschaft) und spontanen Fehlgeburten.

Todesfälle nach LSD-Einnahme werden verhältnismässig selten berichtet.

Diskutiert wird auch eine erhöhte Bereitschaft zu kriminellen Akten unter dem Einfluss von Halluzinogenen.

Eine ähnliche Wirkung wie die Gruppe der Halluzinogene zeigt auch Ecstasy (MDMA), das einen Platz zwischen Halluzinogenen und Stimulanzien einnimmt, wobei es strukturell eher den Amphetaminen gleicht. Vermutlich ist jedoch das Risiko, an Ecstasykonsum zu sterben, höher als bei LSD-Konsum. Ecstasykonsum ist auch mit längeranhaltenden Schädigungen serotoninreicher Nervenzellen verbunden. Serotonin ist eine Transmittersubstanz der Nervenzellen.

Indirekte gesundheitliche Probleme durch Drogenkonsum

Die Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen Drogenkonsum und einem erhöhten Auftreten von Krankheitsbildern bei Drogenkonsumenten sind oft nicht eindeutig geklärt. Es ist meist nicht gesichert, inwiefern Drogenkonsum ein unabhängiger Risikofaktor für ein bestimmtes Krankheitsbild darstellt und inwiefern die Begleitumstände des Drogenkonsums das Krankheitsbild verursachen.

Unter den Folgen der Begleitumstände des Opiatkonsums sind in erster Linie virale und bakterielle Infektionen zu nennen.

Infektionen bei sich Drogen injizie-

renden Konsumenten und Konsumentinnen entstehen hauptsächlich durch drei sich potenzierende Faktoren:

- Die Haut wird mangelhaft desinfiziert, so dass sich an den Einstichstellen Infektionsherde bilden können.
- Die gespritzten Substanzen werden vorher mit Speichel, Zitronensaft, Essig oder Wasser verflüssigt, die durch Erreger verunreinigt sind. Diese gelangen so direkt ins Blut.
- Durch den Tausch bereits benützter und verunreinigter Nadeln oder Spritzen werden Infektionserreger übertragen.

Die Infektionen können durch intravenöse als auch paravenöse (bei Verfehlen der Venen) Injektionen hervorgerufen werden. Bakteriämien mit infektiösem Fieber haben dabei meist zwei Ursachen:

1. Die Bakterien sind direkt injiziert worden, wobei die Gefahr sekundärer bakterieller Ansiedlungen beispielsweise an Organen, wie Milz und Leber oder an den den Blutstrom regulierenden Herzklappen besteht, oder sie haben 2. den Ursprung in streuenden primären (z.B. bei der septischen Thrombophlebitis) oder sekundären Infektionsherden (z.B. bei Endokarditis). Mögliche Infektionsherde im Nasen-Rachenraum können insbesondere auch durch das Rauchen oder Schnupfen von Drogen entstehen. Ebenso sind Infektionen der Bronchien und der Lungen durch das Einatmen von Fremdkörpern möglich. Diese werden u.U. beschleunigt, da Heroin beim „Drachenjagen“ den Hustenreiz - und somit das Abhusten dieser Fremdkörper - unterdrückt. Infektionen im Mund- und Zahnbereich (z.B. Karies) werden durch die verringerte Speichelbildung aufgrund des Drogenkonsums gefördert. Darüber hinaus führt die betäubende und schmerzstillende Wirkung der Dro-

gen dazu, dass derartige Erkrankungen erst verspätet bemerkt werden.

Infektionen - insbesondere bei Streuung der Infektionsherde und Metastasenbildung (ausgehend von Blutvergiftungen, Abszessen oder Endokarditis) - können zu gravierenden und tödlichen Erkrankungen führen. Darunter seien exemplarisch Lungenembolien oder Lungenödeme, Hirnschläge oder Hirnhautentzündungen genannt.

Virale Hepatitis

Die in Verbindung mit dem intravenösen Drogenkonsum am bedeutsamsten viralen Hepatitiserkrankungen sind diejenigen, die durch den Hepatitis-B-Virus (HBV) und Hepatitis-C-Virus (HCV) hervorgerufen werden. Beide Virenarten können im Blut, im Speichel und in anderen Körpersekreten nachgewiesen werden. Sie werden vorrangig durch Sexualkontakte oder über Kontakte mit kontaminiertem Blut übertragen. Der Hepatitis-D-Virus tritt nur in Verbindung mit dem Hepatitis-B-Virus auf.

In der Allgemeinbevölkerung heilt eine Hepatitis-B-Infektion in 90 Prozent der Fälle vollständig aus, etwa 10 Prozent der Fälle entwickeln sich zu HBV-Trägern^(1,3,4). Bei ein bis drei Prozent verläuft die Erkrankung fulminant mit einer Sterblichkeitsquote von 70 bis 90 Prozent^(9,12,13). Die chronischen Verläufe beinhalten irreversible Leberschäden bis hin zum Leberkrebs und der Leberzirrhose. Verschiedene Studien in der Schweiz berichten von einer HBV-Prävalenz zwischen 50 und 60 Prozent bei Drogenkonsumierenden der Platzspitzszene^(14,15), der Durchseuchungsgrad bei gleichaltrigen Personen der Normalbevölkerung liegt bei etwa zwei bis sechs Prozent.

Mehr als 40 Prozent (Daten des BAG, Stand: September 1996)^(1,3) aller gemeldeten HBV-Infektionen werden bei Drogenkonsumenten und -konsumentinnen festgestellt. Der Studie

von Scheitlin et al.⁽¹⁵⁾ zufolge besteht der dringende Verdacht, dass nicht nur die Durchseuchung mit dem Virus bei Drogenkonsumierenden deutlich höher ist, sondern dass die Infektion auch bei einem wesentlich höheren Prozentsatz (etwa 25 Prozent) einen chronischen Verlauf nimmt.

Das klinische Bild der Hepatitis-C-Erkrankung entspricht in etwa jenem der Hepatitis-B. Es sind jedoch drei gravierende Unterschiede festzustellen.

Erstens ist die Übertragung auf sexuellem Weg wesentlich schwächer ausgeprägt als beim HBV. Der Virus zeigt eine geringere Virulenz, was die Auftretenswahrscheinlichkeit in Verbindung mit der Benützung von verunreinigten Spritzen erhöht. So ist im Gegensatz zum Hepatitis-B-Virus medizinisches Personal kaum von Infektionen betroffen. 60 Prozent der gemeldeten HCV-Infektionen werden bei Drogenkonsumierenden vorgefunden. Die Durchseuchung fällt mit etwa 40 bis 50 Prozent (Zahlen basieren auf Studien auf dem Platzspitz)⁽¹⁴⁾ etwas niedriger aus als beim HBV. In der vergleichbaren Altersgruppe der Allgemeinbevölkerung liegt sie bei etwa 0,3 Prozent. Die klare Veknüpung zum Drogenkonsum zeigen auch die Analysen von Scheitlin et al.⁽¹⁵⁾:

Die Prävalenz der HCV-Durchseuchung steigt von 26 Prozent bei Einsteigern und Einsteigerinnen auf 93 Prozent bei langjährigen Drogenkonsumenten und -konsumentinnen an.

Zweitens nimmt die Hepatitis-C-Erkrankung wesentlich häufiger einen chronischen Verlauf. Mehr als 50 Prozent der Infizierten entwickeln sich zu HCV-Trägern; bei 20 bis 50 Prozent der Infizierten kommt es zu chronischen Krankheitsbildern wie Leberentzündung und Leberzirrhose⁽¹²⁾. Drittens gibt es im Gegensatz zum HBV zur Zeit keine Impfung gegen das HCV.

Mehr als 40 Prozent aller mit dem Hepatitis-B-Virus und 60 Prozent aller mit dem Hepatitis-C-Virus Infizierten konsumieren Drogen

Mehr als 50 Prozent aller Hepatitis-C-Erkrankungen verlaufen chronisch

KRANKHEIT UND TOD ILLEGALE DROGEN

Von 1984 bis 1995 ist der Anteil der Drogenkonsumierenden an den HIV-Neuinfektionen von 75 auf 19 Prozent zurückgegangen

Neben den benannten „klassischen“ Hepatitis-Viren (A-D) sind eine Reihe weiterer Viren fähig, hepatitis-ähnliche Symptome zu erzeugen. Darunter zählen beispielsweise das Cytomegalie-Virus (CMV), das Herpes-Simplex-Virus (HSV) oder das Epstein-Barr-Virus (EPV). Erhöhte Infektionsprävalenzen lassen sich zwar häufig bei intravenös konsumierenden Drogenabhängigen feststellen, die direkte Beziehung zum Drogenkonsum ist jedoch noch weitgehend ungeklärt ^(13, 16, 17).

HIV-Infektionen und Aids

HIV-Infektionen nehmen oft einen chronischen Verlauf und enden in der Regel tödlich. Zur Zeit schätzt man in der Schweiz jährlich etwa 1000 HIV-Neuinfektionen. Dabei sind Neuinfektionen durch den intravenösen Dro-

genkonsum - dank Aids-Präventionsmassnahmen wie Abgabe von sterilem Injektionsmaterial - mit 19 Prozent geringer vertreten als beispielsweise Neuinfektionen durch homosexuelle (29%) oder heterosexuelle Kontakte (43%). Von 1984 bis 1995 ist der Anteil der Drogenkonsumierenden an den HIV-Neuinfektionen von über 75 Prozent auf 19 Prozent zurückgegangen ⁽¹⁾.

Verschiedene Studien in der Schweiz ⁽¹⁸⁾ gehen von einer oberen Grenze der HIV-Prävalenz von 20 bis 25 Prozent unter Betäubungsmittelkonsumenten und -konsumentinnen aus. Diese Schätzungen basieren überwiegend auf Untersuchungen bei Hochrisikogruppen, d.h. bei Befragungen in Gassenzimmern, bei Klienten und Klientinnen in Methadonab-

86

Drogenbedingte Krankheiten (1994)

ICD-9	Drogenbedingter Anteil an den Krankheiten		Anzahl Hauptdiagnosen		Anzahl Pflegetage		
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
AIDS	279.5 - 279.6	33.1%	59.2%	147	105	2'807	2'132
HIV-Infektionen	795.8	19.8%	25.5%	14	17	171	160
Hepatitis B	70.2 - 70.3	55.3%	36.4%	71	23	654	226
Non-A- und Non-B-Hepatitis	70.4 - 70.5	60.0%	71.4%	26	15	237	148
Drogenpsychose	292	100.0%	100.0%	118	42	862	209
Opiat-Abhängigkeit	304.0	100.0%	100.0%	240	137	2'383	1'387
Kokain-Abhängigkeit	304.2	100.0%	100.0%	7	4	68	40
Cannabis-Abhängigkeit	304.3	100.0%	100.0%	5	3	47	27
Amphetamin-Abhängigkeit	304.4	100.0%	100.0%	3	2	26	15
Halluzinogen-Abhängigkeit	304.5	100.0%	100.0%	1	1	10	6
Polytoxikomanie	304.7	100.0%	100.0%	180	103	1'787	1'040
Cannabis-Missbrauch	305.2	100.0%	100.0%	2	1	7	6
Halluzinogen-Missbrauch	305.3	100.0%	100.0%	2	1	9	8
Opiat-Missbrauch	305.5	100.0%	100.0%	19	15	90	76
Kokain-Missbrauch	305.6	100.0%	100.0%	2	1	7	6
Amphetamin-Missbrauch	305.7	100.0%	100.0%	2	1	7	6
Endocarditis (15-39 Jahre)	421	14.0%	14.0%	3	1	68	22
Vorzeitige Blutungen während der Schwangerschaft (15-19)	640 - 641		2.8%		11		78
Drogenabhängigkeit der Mutter	648.3		100.0%		2		17
Unzureichendes fötales Wachstum	656.5		2.1%		1		8
Schädigung des Fötus oder Neugeborenen aufgrund von Placentaablösung	762.0 - 762.1		2.9%				4
Verzögertes fötales Wachstum und geringes Geburtsgewicht	764 - 765		2.0%		27		518
Drogenentzugssyndrom	779.5	100.0%	100.0%		19		219
Opiatvergiftung	965.0	100.0%	100.0%	101	90	551	448
Kokainvergiftungen	968.5	100.0%	100.0%	3	2	16	8
Vergiftung durch andere psychotrope Substanzen	969.6 - 969.9	100.0%	100.0%	4	2	20	9
Summe drogenbedingter Diagnosen				601	973	6'433	10'216
Summe aller Diagnosen				193'769	207'522	2'384'794	2'211'429
Prozentualer Anteil der drogenbedingten Diagnosen an allen Diagnosen				0.47%	0.31%	0.46%	0.27%

Quelle: Veska (1995)

KRANKHEIT UND TOD ILLEGALE DROGEN

gabeprogrammen, bei Drogenkonsumenten und -konsumentinnen in Krankenhäusern, bei Klienten und Klientinnen der legalen Heroinverschreibungsprogramme usw. und dürften damit drastische Überschätzungen sein ^(14, 19, 20).

Der Anteil der drogeninjizierenden Personen an den Aids-Erkrankungen liegt seit 1986 relativ konstant um 40 Prozent. Eine leichte Abnahme dieses Anteils ist in den letzten zwei bis drei Jahren zu beobachten. Der Grund für die relative Konstanz des Anteils an Aidsfällen bei abnehmenden Anteilen der intravenös konsumierenden bei den Neuinfektionen lässt sich mit der Zunahme an Drogenkonsumentenden bis zumindest Anfang der 90er Jahre erklären. Ein weiterer Grund ist in dem Umstand zu sehen, dass bei intravenös Drogenkonsumentenden die Latenzzeit des Virus verkürzt und so die Mortalitätsrate während eines begrenzten Zeitraums erhöht ist.

Schätzungen des BAG gehen davon aus, dass 1992 etwa 1'500 Personen und 1994 etwa 1'700 Personen in der Schweiz mit Aids gelebt haben. Etwa 40 Prozent davon sind injizierende Drogenkonsumenten und -konsumentinnen. Das entspricht etwa 600 bis 670 an Aids erkrankten, intravenös Drogenkonsumentenden. Für diesen Zeitraum wird die Anzahl der Konsumenten und Konsumentinnen harter Drogen auf etwa 45'000 geschätzt (vgl. Kapitel Konsum - illegale Drogen). Unterschiedliche Schätzungen gehen für diesen Zeitraum von etwa 30'000 Abhängigen, d.h. Konsumenten und Konsumentinnen mit zwanghaften Konsummustern aus. Die Drogenein- und Aussteigenden halten sich über das Jahr gesehen in etwa die Waage. Nimmt man an, dass „nur“ etwa zwei Drittel dieser Schwerstabhängigen intravenös Drogen applizieren, so kommt man rechnerisch zu etwa 20'000 intravenös Drogenkonsumentenden, d.h. einer Aids-Prävalenz von etwa 3 bis 3.5 Prozent bei den intravenös

Konsumentenden. Dies entspricht Schätzungen, wie sie z.B. auch aus Australien ⁽⁷⁾ oder Kanada ⁽⁶⁾ vorliegen. Diese Schätzung geht jedoch von der unrealistischen Annahme aus, dass alle lebenden Aids-Kranken, deren Infektion durch den intravenösen Konsum von Drogen bedingt worden ist, ihren Konsum und die Konsumform fortführen; ansonsten liegen die geschätzten Prävalenzen niedriger. Eine weitere Annahme ist, dass der Ausbruch der Krankheit Aids immer mit ärztlicher Betreuung verbunden ist, vom Arzt erkannt und auch gemeldet wird, dass also die Dunkelziffer im Vergleich zu den gemeldeten Aids-Fällen nicht zu hoch ist.

*Etwa 40 Prozent
der an Aids
Erkrankten haben
Drogen injiziert*

Todesfälle

Zur Zeit ist es in der Schweiz nicht möglich, eine zuverlässige Schätzung für die durch den Drogenkonsum (mit)bedingten Todesfälle zu erstellen. Eine amtliche Statistik über die Anzahl der Drogentoten liefert das Bundesamt für Polizeiwesen. Diese beinhaltet zu 96 Prozent Todesfälle aufgrund von Überdosierungen ⁽²¹⁾. Eine medizinische Abklärung wird nur bei entsprechendem Verdacht (Herumliegen von Spritzen usw.) verlangt. Die Angabe von Drogentodesfällen beruht insgesamt auf polizeilichem Augenschein. Analysen der Drogentodesfälle wie die von Schick und Alberto ⁽²¹⁾ oder Estermann ⁽²²⁾ vergleichen die von der Polizei gemeldeten Drogentodesfälle mit der Sterbedatei des Bundesamtes für Statistik. Dabei bestätigen

*In der Schweiz
sterben jedes Jahr
etwa 800 Personen
an den Folgen ihres
Drogenkonsums*

Drogenbedingte Diagnosen
in psychiatrischen Kliniken (1994)

Tabelle D13	Anzahl Hauptdiagnosen		Anzahl Pflagestage	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Drogenbedingte Diagnosen in psychiatrischen Kliniken (F11 bis F16)	1'295.0	576.0	38'114.0	14'940.0
Diagnosen in psychiatrischen Kliniken insgesamt	10'381.0	9'135.0	1'728'714.0	1'675'323.0
Anteil drogenbedingter Diagnosen in psychiatrischen Kliniken	12.5%	6.3%	2.2%	0.9%

Quelle: Veska (1995)

KRANKHEIT UND TOD ILLEGALE DROGEN

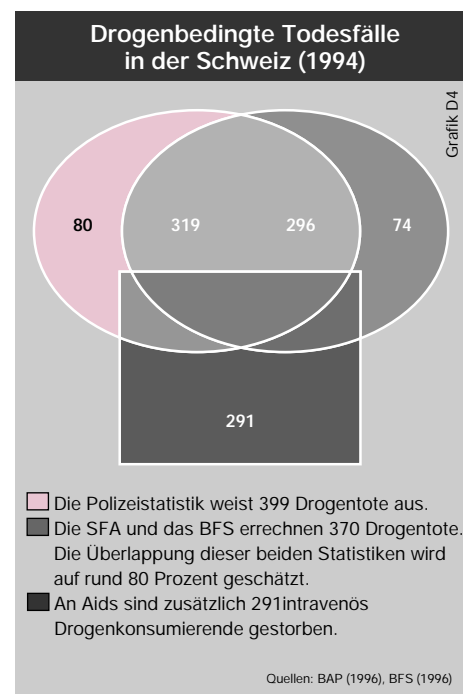
88

Bemerkungen der Ärzte auf den Sterbekarten bei etwa 80 Prozent der von der Polizei gemeldeten Fälle einen möglichen Zusammenhang mit dem Drogenkonsum⁽²²⁾. Darüber hinaus gibt es in der Sterbedatei des BFS jedoch auch Todesfälle, die dem Drogenkonsum zugeschrieben werden können, die aber nicht in der Polizeistatistik auftauchen (vgl. auch Grafik D4). Bisher sind in der Schweiz kaum Versuche unternommen worden, Drogentodesfälle zu analysieren, die nicht primär von der Polizei gemeldet worden sind. Interessanterweise finden Schick und Alberto heraus⁽²¹⁾, dass keiner der in den Statistiken der Veska 1992 diagnostizierten Drogentodesfälle in den Statistiken des Bundesamtes für Polizeiwesen auftaucht. Da in der VESKA-Statistik⁽⁶⁾ keine Notfallpatienten/-patientinnen mit einer Hospitalisierungszeit von weniger als 24 Stunden berücksichtigt werden, lässt sich vermuten, dass die Anzahl in Notfallkliniken eingelieferter Drogenkonsumierender, bei denen der Tod in weniger als 24 Stunden eingetreten ist, weder in der Statistik der Veska noch in der polizeilichen Statistik berücksichtigt wird.

Auch sind sämtliche Todesfälle aufgrund drogenbedingter (Sekundär-) Erkrankungen (ausser Aids) nicht geeignet in Statistiken über Drogentote berücksichtigt.

Krankheit und Tod - Zusammenfassung

Gemäss den sehr eng gefassten Kriterien sind etwa 0.3 Prozent aller Hauptdiagnosen bei Frauen und etwa 0.5 Prozent aller Hauptdiagnosen bei Männern in Schweizer Spitälern ursächlich mit dem Konsum illegaler Drogen in Beziehung zu setzen (vgl. Tabelle D12). Etwa Gleiches gilt für die Anzahl der mit der Hospitalisierung verbundenen Pflegetage. Bestätigt werden diese Schätzungen durch die Daten der Sentinella. Auch hier sind - für den Zeitraum von Mitte 1992 bis Ende 1993 - etwa 0.5 Pro-



zent aller Arzt-Patienten-Kontakte in den Praxen und bei Hausbesuchen ausschliesslich mit dem Konsum illegaler Drogen verbundenen Probleme betroffen gewesen. Zu etwas höheren Anteilen von etwa 1.5 Prozent kommen Scheidegger und Zimmerli⁽¹⁸⁾. Sie betrachten jedoch alle Einweisungen von Narkotika-Konsumierenden und beziehen bei den analysierten Krankheiten eine Vielzahl von Erkrankungen - wie z.B. Tuberkulose - mit ein, deren kausale Beziehung mit dem Drogenkonsum - trotz erhöhter Inzidenzen bei Drogenkonsumenten und -konsumentinnen - wissenschaftlich noch nicht eindeutig als „drogenbezogene Diagnosen“ gelten können. Sie werden deshalb in der hier verwendeten Berechnung nicht berücksichtigt.

In psychiatrischen Kliniken machen Störungen durch Drogenkonsum jedoch über sechs Prozent aller Diagnosen bei Frauen und über 12 Prozent aller Diagnosen bei Männern aus (vgl. Tabelle D13). Diese Anteile lägen wesentlich höher, würde man nur die entsprechende relevante

Altersgruppe der 15- bis etwa 50jährigen heranziehen.

1994 sind 291 Personen an Aids gestorben, die intravenös Drogen konsumiert haben. Nach Angaben der Polizei hat es in diesem Jahr zusätzlich 399 (1996: 311) polizeilich registrierte Drogentote gegeben. Wendet man die in Tabelle D12 bezeichneten attributiven Anteile auf die Todesursachenstatistik des BfS an (exklusive Aids und HIV), so lassen sich rechnerisch etwa 370 Drogentote ermitteln, darunter etwa 30 Todesfälle durch Verkehrsunfälle, Selbsttötung, Mord und Totschlag (geschätzt mit einem Anteil von jeweils zwei Prozent in der Gruppe der 15- bis 49jährigen). Verschiedene Quellen in der Schweiz deuten darauf hin, dass die drogenbedingten Todesfälle des BFS und die Todesfälle der polizeilichen Drogentotenstatistik einen Überschneidungsbereich von etwa 80 Prozent aufweisen. Insgesamt kann man deshalb in der Schweiz von etwa 750 bis 800 drogenbedingten Todesfällen im Jahre 1994 ausgehen (vgl. Grafik D4). Diese Schätzung über die Zahl der „Drogentoten“ ist nur eine grobe Annäherung und stellt vermutlich eine Unterschätzung dar.

*G. Gmel /
J. Chr. van Slooten*

- 1 Gebhardt (1996).
- 2 BAG (1996).
- 3 BAG (1995b).
- 4 BAG (1995d).
- 5 VESKA (1995).
- 6 Single et al. (1996).
- 7 English et al (1995).
- 8 Schuckit (1995).
- 9 Durieux et al. (1995).
- 10 NIDA (1996).
- 11 Zürrer et al. (1995).
- 12 Joller-Jemelka (1991).
- 13 Joller-Jemelka et al. (1985a).
- 14 Röhrig & Grob (1990).
- 15 Scheitlin et al. (1992).
- 16 Joller-Jemelka et al. (1985b).
- 17 Kägi et al. (1989).
- 18 Scheidegger & Zimmerli (1996).
- 19 Dubois-Arber et al. (1994).
- 20 Studer (1994).
- 21 Schick & Alberto (1994).
- 22 Estermann et al. (1996).

BEHANDLUNG ALKOHOL

*Abstinenzverbände
haben als erste
Behandlungen für
Alkoholabhängige
angeboten*

90

Geschichtliches

Die Behandlung von Alkoholkranken hat in der Schweiz eine hundertjährige Tradition. Unter dem Eindruck der gesellschaftlichen und individuellen Folgen des stark ansteigenden Alkoholmissbrauchs („Schnaps-Plage“) ist gegen Ende des 19. Jahrhunderts eine Volksbewegung zur Verminderung der alkoholbedingten Probleme entstanden. Zur gleichen Zeit beginnt sich die Einsicht zu verbreiten, dass Alkoholabhängigkeit eine Krankheit sei. Unter dem Einfluss der Abstinenzverbände (Blaues Kreuz, Guttempler usw.) werden in der Folge die ersten spezialisierten Behandlungseinrichtungen eröffnet.

Die erste Konferenz über die Effektivität der Behandlung von Alkoholkranken 1920 stellt den Beginn des Professionalisierungs- und Spezialisierungsprozesses (die Behandlung wird verstärkt von medizinisch ausgebildetem Fachpersonal übernommen) in diesem Bereich dar. Die Einführung des Alkoholzehntels garantiert die finanzielle Unterstützung der Betreuung von Alkoholabhängigen. Heute sind ein Teil der ehemals ehrenamtlichen ambulanten Einrichtungen Bestandteil oder Partnerinnen der staatlichen sozialen Dienste. Im stationären Bereich haben mehr und

mehr die Krankenkassen und die IV die Behandlungskosten übernommen.

In den letzten 25 Jahren haben die traditionellen - vor allem auf die Behandlung alkoholabhängiger Männer ausgerichteten - Einrichtungen begonnen, ihr Behandlungsangebot auszuweiten: Sie haben sich für Abhängige anderer psychoaktiver Substanzen geöffnet und spezielle Angebote für Frauen entwickelt. Die Notwendigkeit für diese Entwicklung zeigt sich auch durch die Abnahme der auf Anordnung durch die Verwaltung unfreiwillig Eingewiesenen im Zeitraum von 1970 bis 1988 von 50 Prozent auf 3,6 Prozent - die Einrichtungen müssen heute ihr Angebot an der Nachfrage ausrichten; Alkoholabhängigkeit ist endgültig eine anerkannte Krankheit geworden ⁽¹⁾.

Nachdem der Bund 1982 die seit 1940 durchgeführte Behandlungsstatistik eingestellt hat, organisieren sich viele der stationären Einrichtungen in einer Vereinigung zur Erstellung einer eigenen Klientenstatistik. Seit 1994 nehmen auch immer mehr ambulante Einrichtungen an einer gemeinsamen Statistik (SAMBAD) teil, um ihre Arbeit zu dokumentieren. Da die Informationsgewinnung in beiden Bereichen noch sehr lückenhaft und voneinander abgegrenzt ist (nach Behandlungsrahmen und Art der Abhängigkeit), hat der Bund seine Unterstützung bei der Entwicklung eines national vereinheitlichten Systems zur Erhebung statistischer Informationen für die Gesamtheit der sich in Behandlung befindenden Abhängigen in der Schweiz angekündigt.

Die aktuelle Situation

Die Alkoholabhängigkeit ist eine schwerwiegende Krankheit, die oft weitere gesundheitliche Probleme und ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko zur Folge hat. Häufig begibt sich eine alkoholranke Person erst nach vielen Jahren des übermässigen Alkoholkonsums in die Behandlung einer

Nach schweizerischem Gesetz können Alkoholabhängige für unmündig erklärt (und einem Vormund unterstellt) werden, wenn sie durch ihre Abhängigkeit sich selbst oder ihre Familie in die Bedürftigkeit resp. Armut führen (Art. 300 ZGB). Nach Art. 397 a, Absatz 1 und 2 ZGB kann eine volljährige oder minderjährige Person aufgrund von Alkohol-, Drogenabhängigkeit oder anderer schwerer moralischer Hilflosigkeit (Verlassenheit) in eine geeignete Anstalt (psychiatrische Klinik, Entgiftungsanstalt usw.) eingewiesen werden, wenn man einer hilfsbedürftigen Person nicht anders helfen kann ⁽²⁾.

1994 sind in der Schweiz 63 Alkoholabhängige auf richterliche Anordnung in eine stationäre Therapie eingewiesen worden (1993 noch 81). Hinzu kommen noch die 189 ambulanten Massnahmen, die als Auflage einer Bewährungsstrafe verhängt worden sind (1993: 184) und 19 Anordnungen bei Strafen ohne Bewährung (1993: 27). Bei etwa einem Fünftel aller verfügbaren Massnahmen, ist Alkoholabhängigkeit die Ursache (1994: 20.4%; 1993: 23%) gewesen. 218 dieser Massnahmen (80%) sind wegen Zuwiderhandeln des in Art. 91 des Strassenverkehrsgesetzes (Führen eines Fahrzeugs im alkoholisierten Zustand) verhängt worden (1994; in 1993 sind es 235 Massnahmen resp. 80.4% gewesen).

spezialisierten Einrichtung (vgl. Grafik E4) - oft weil der Körper spürbar durch den Alkoholkonsum geschädigt worden ist. Eine grosse Anzahl der Patienten und Patientinnen kann nicht mit einer einzigen Behandlung geheilt werden. Mit Rückfällen muss gerechnet werden; eine lange andauernde ambulante Weiterführung einer stationären Therapie ist üblich.

Das Erkennen eines persönlichen Alkoholproblems kann bei den Betroffenen durch ein einschneidendes Erlebnis spontan erfolgen und zum Wunsch führen, eine Behandlung zu beginnen. Der Grossteil wird jedoch durch das Auftreten offensichtlicher Probleme motiviert, fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen (Feststellung von schwerwiegenden körperlichen Schädigungen anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes oder eines „check up“, ein Unfall, die Androhung einer Kündigung oder ein Arbeitsplatzverlust). In speziellen Fällen kann eine Behandlung auch gesetzlich verlangt oder angeordnet werden (z.B. nach wiederholtem

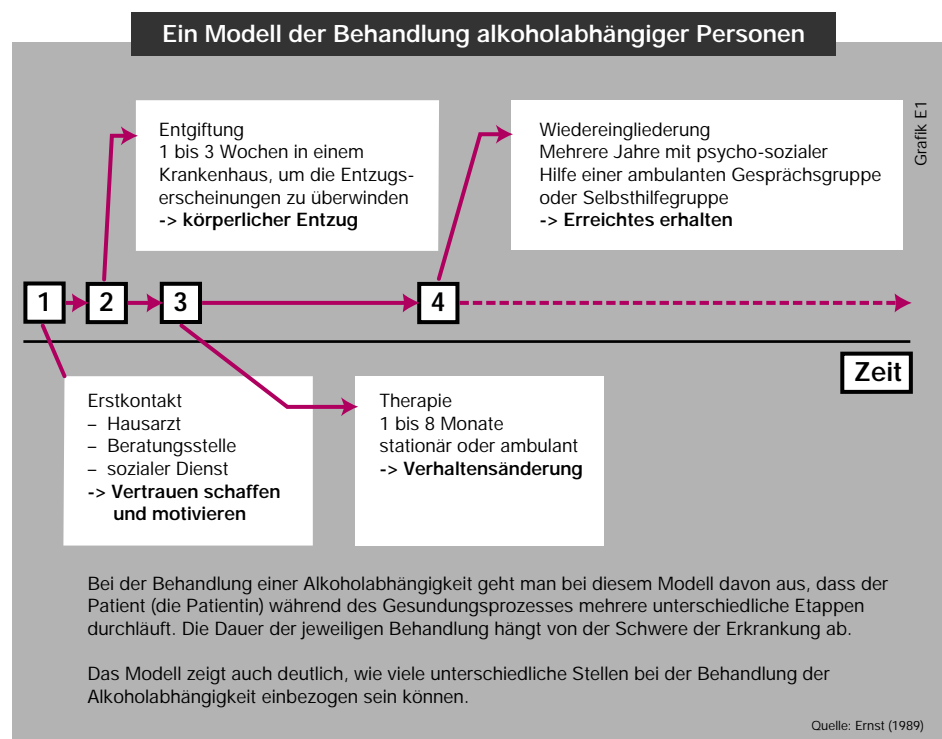
Führen eines Fahrzeuges im alkoholisierten Zustand).

Alkoholbedingte Probleme können unterschiedlichste Formen (somatische, psychische, soziale, juristische) annehmen. In der Definition und Bewertung einer Alkoholabhängigkeit und dem Veranlassen geeigneter Massnahmen (sowie der Einschätzung, was als solche zu werten ist) unterscheiden sich die Stellen der einzelnen Fachbereiche zum Teil deutlich voneinander.

Behandlungsmodell: Die Behandlungskette für Alkoholabhängige

Das Modell unten (Grafik E1) stellt dar, dass sich die Behandlung des Alkoholismus in einer bestimmten Anzahl von Therapiephasen oder -etappen vollzieht. Je nach Schwere der Abhängigkeit braucht der eine Patient, die eine Patientin, mehrere Anläufe zur Überwindung der Abhängigkeit, während andere es gleich beim ersten Mal schaffen. In diesen Prozess sind unterschiedlichste

Mit Rückfällen muss während einer Behandlung gerechnet werden



BEHANDLUNG ALKOHOL

*Die meisten
Alkoholkranken
sind zwischen 40
und 60 Jahre alt*

*Es gibt viel mehr
alkoholranke
Männer als Frauen*

92

Institutionen einbezogen. Nachfolgend werden die drei Bereiche beschrieben, über die Daten vorliegen: Spitäler, stationäre und ambulante Einrichtungen.

Spitäler

Etwa 50 Prozent der öffentlichen Spitäler haben 1994 der Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser (VESKA) angehört. In ihrer Statistik veröffentlicht diese jedes Jahr die Häufigkeit der in den angeschlossenen Spitälern gestellten Diagnosen. Alkoholismus/Alkoholabhängigkeit als Krankheitsbild wird sowohl als primäre, wie auch als sekundäre Diagnose gestellt. Diese unterscheiden sich folgendermassen: Die primäre Diagnose erfolgt beim Eintritt ins Krankenhaus und bezeichnet die Krankheit, welche die Ursache für eine Einweisung gewesen ist. Mit den sekundären Diagnosen werden weitere Erkrankungen beschrieben, die im Zuge der ärztlichen Behandlungen während des Krankenhausaufenthaltes entdeckt worden sind (vgl. Tabelle E1).

Eine Untersuchung im Universitäts-spital Lausanne und im Sittener Regionalspital hat ergeben, dass ungefähr 20 Prozent der Behandelten nach dem Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) als alkoholkrank zu bezeichnen sind (in Lausanne ist der Anteil der männlichen Patienten 31.4 Prozent und derjenige der weiblichen 4.6 Prozent gewesen). Den grössten Anteil alkoholkranker Patienten hat in Lausanne die Gruppe der männlichen Patienten im Alter von 40 bis 49 Jahren mit einem Anteil von 55 Prozent; in Sitten ist es die Gruppe der männlichen Patienten im Alter von 50 bis 59 Jahren mit einem Anteil von 53.6 Prozent ⁽²⁾.

Eine weitere Untersuchung an der Universitätsklinik Lausanne hat aufgezeigt, wie schwierig es selbst in klinischen Strukturen ist, Alkoholabhängigkeit als medizinische Diagnose zu stellen. Untersucht worden sind die Austrittspapiere von unter 53 Jahre alten alkoholkranken Männern. Obwohl bei 89 Prozent dieser Patienten alkoholbedingte gesundheitliche Probleme mündlich festge-

Häufigkeit der Diagnose „Alkoholabhängigkeit“
in öffentlichen Spitälern

Tabelle E1	1993		1994		Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
	Anzahl Patienten*	Anteil aller Patienten	Anzahl Patienten	Anteil aller Patienten	
Akutspitäler					
Mit erster Diagnose V303	2'581	0.6%	2'536	0.6%	
Mit erster oder zweiter Diagnose V303	7'075	1.7%	6'980	1.7%	etwa 13 Tage
Anzahl Patienten insgesamt	412'139	100.0%	412'199	100.0%	
Psychiatrische Kliniken					
Mit erster Diagnose V303 resp. F10 (1994)	2'414	11.0%	2'677	13.4%	
Mit erster und zweiter Diagnose V303 resp. F10 (1994)	3'398	15.5%	4'269	21.0%	etwa 70 Tage
Anzahl Patienten insgesamt	21'899	100.0%	19'984	100.0%	
Einrichtungen für chronisch Kranke					
Mit erster Diagnose V303	23	0.3%	34	0.4%	
Mit erster oder zweiter Diagnose V303	123	1.9%	134	1.5%	etwa 247 Tage
Anzahl Patienten insgesamt	6'478	100.0%	8'556	100.0%	

Quelle: Veska Statistik (1994, 1995)

* Patienten schliesst auch Patientinnen mit ein. Auf die weibliche Form ist nur aus Platzmangel verzichtet worden.

V303: ICD-9-Diagnose: Alkoholabhängigkeit

F10: ICD-10-Diagnosen: Alkoholpsychose, Alkoholabhängigkeit, Alkoholmissbrauch (wird seit 1994 verwendet).

halten worden sind, erscheint die Diagnose Alkoholabhängigkeit oder Alkoholsyndrom bei über der Hälfte dieser Männer im Austrittsbericht nicht ⁽³⁾.

Alkoholfachkliniken und andere stationäre Alkoholbehandlungseinrichtungen

In der Schweiz gibt es unterschiedlichste Kliniken für Alkoholabhängige. Zum einen können sie nach der Finanzierungsart in Privatkliniken und in diejenigen, die über Kranken- und Invalidenversicherungen abrechnen, eingeteilt werden. Weiter unterscheiden sich die Kliniken durch ihre Strukturen und therapeutischen Methoden sowie in der ideologischen Ausrichtung des Trägers. Die stationären Einrichtungen können in drei Gruppen eingeteilt werden: in medizinische und psychiatrische Kliniken, in therapeutische Einrichtungen und in Wohn-, Arbeits- und Beschäftigungsstätten.

In der Deutschschweiz haben sich 1984 einige staatlich geförderte stationäre Therapieeinrichtungen zur Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige - SAKRAM - zusammengeschlossen. 1992 ist in der Romandie die Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie - CIRSA - gegründet worden. Diese beiden Dachverbände dokumentieren die Arbeit ihrer Mitglieder in Form einer Statistik (vgl. Tabelle E2).

Der SAKRAM gehören neun Einrichtungen an. Fünf dieser Therapiezentren bieten gemischt-geschlechtliche Gruppen an; jeweils zwei Einrichtungen arbeiten geschlechtsspezifisch. Eine der beiden Kliniken mit einem männerspezifischen Ansatz wird in Zukunft auch Frauen aufnehmen.

Obwohl die CIRSA mittlerweile nicht mehr existiert, führen immer noch fünf Einrichtungen (vier gemischt-

Tabelle E2

Anzahl der Eintritte, Frauenanteil und durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den beiden Verbänden stationärer Alkoholtherapie-Einrichtungen

	1993	1994	1995
SAKRAM (Deutschschweiz)			
Anzahl der Eintritte	752	721	642
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	123	138	140
Frauenanteil	30.2%	28.2%	26.5%
CIRSA (Romandie)			
Anzahl der Eintritte	179	206	200
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	173	187	183
Frauenanteil	21.6%	23.1%	27.4%

Quelle: SAKRAM / CIRSA Statistiken

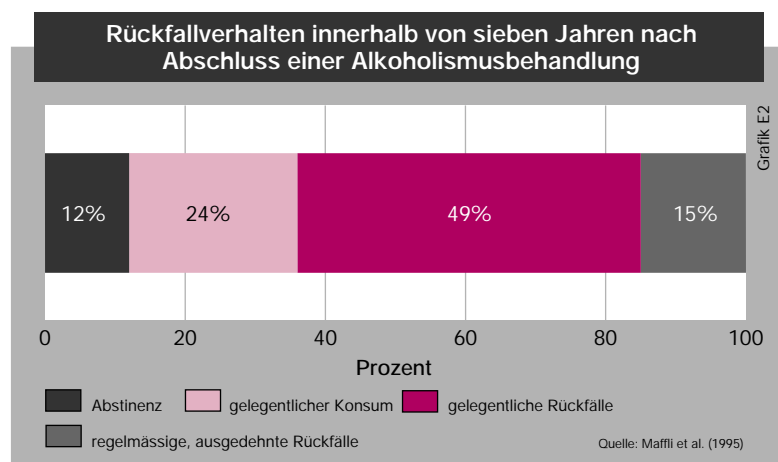
geschlechtliche und eine männerspezifische) der Westschweiz die gemeinsame Statistik weiter. Über die Tätigkeit der vom Staat unabhängigen Therapieeinrichtungen und denjenigen staatlich geförderter Kliniken, die nicht der SAKRAM oder der CIRSA angeschlossen sind, gibt es jedoch kaum Informationen.

Normalerweise dauert eine Kur für Alkoholabhängige drei, sechs oder zwölf Monate. Einige Institutionen haben sogenannte Kurkuren (Dauer: einen Monat) eingeführt; andere bieten ein Modulsystem an, bei dem der Klient oder die Klientin je nach Bedürfnis unterschiedliche Therapieblöcke (Dauer sechs oder acht Wochen) aneinander hängen kann. Während der Anteil der Patienten und Patientinnen mit einer traditionellen einjährigen Kur in den letzten Jahren stabil geblieben ist (etwas mehr als 10%), steigt der Anteil derjenigen mit einer dreimonatigen Kur (1984: 14%, 1990: 23%, 1994: 25%) an, während der Anteil der sechsmonatigen Kur gleichzeitig abnimmt (1984: 71%; 1990: 65%, 1994: 44.1%) ⁽⁴⁾.

Da es bis heute in der Schweiz noch keine prospektive Untersuchung über die Wirksamkeit stationärer Behandlungen gibt, ist es nicht möglich, Effektivitätsaussagen über diese

Manchmal kann es Jahre dauern, bis Alkoholabhängige ihre Krankheit überwinden

BEHANDLUNG ALKOHOL



Für 300'000 Alkoholabhängige gibt es in der Schweiz 76 spezialisierte ambulante Beratungsstellen - für 30'000 Drogenabhängige deren 50

94

Massnahmen zu treffen. Es gibt allerdings einige Studien über die Entwicklung ehemaliger Patienten und Patientinnen, die einige Anhaltspunkte geben können. Eine dieser Befragungen hat eine Gruppe von 239 Frauen und 676 Männer aus der deutschen Schweiz sieben Jahre nach ihrer Therapie untersucht⁽⁵⁾. Die Befragten haben Therapien mit den Zielen Abstinenz und psychosoziale Wiedereingliederung in den Jahren 1986 und 1987 abgeschlossen.

Die Grafik E2 zeigt sehr schematisch die Ergebnisse dieser Untersuchung. Das Schema verdeutlicht die Schwierigkeit, Aussagen über die Effektivität von Therapiemassnahmen zu treffen. Nimmt man die Abstinenz vom Alkohol und anderen Drogen als Erfolgsmassstab einer Behandlung, haben nur zwölf Prozent der Patienten und Patientinnen das Therapieziel erreicht. Insgesamt haben jedoch mehr als ein Drittel der Patienten und Patientinnen (36%) sieben Jahre ohne Rückfall gelebt, obwohl ein Teil von ihnen nicht immer abstinent geblieben ist. Die meisten Rückfälle sind vorübergehend gewesen. Keine Veränderung des Konsumverhaltens nach der stationären Behandlung haben nur etwa 15 Prozent gezeigt. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass 85 Prozent nach der Therapie ein positiv verändertes Verhalten im Umgang mit Alkohol (oder anderen Drogen) zeigen.

Hervorzuheben ist bei dieser Untersuchung die hohe Sterblichkeit der untersuchten Gruppe:

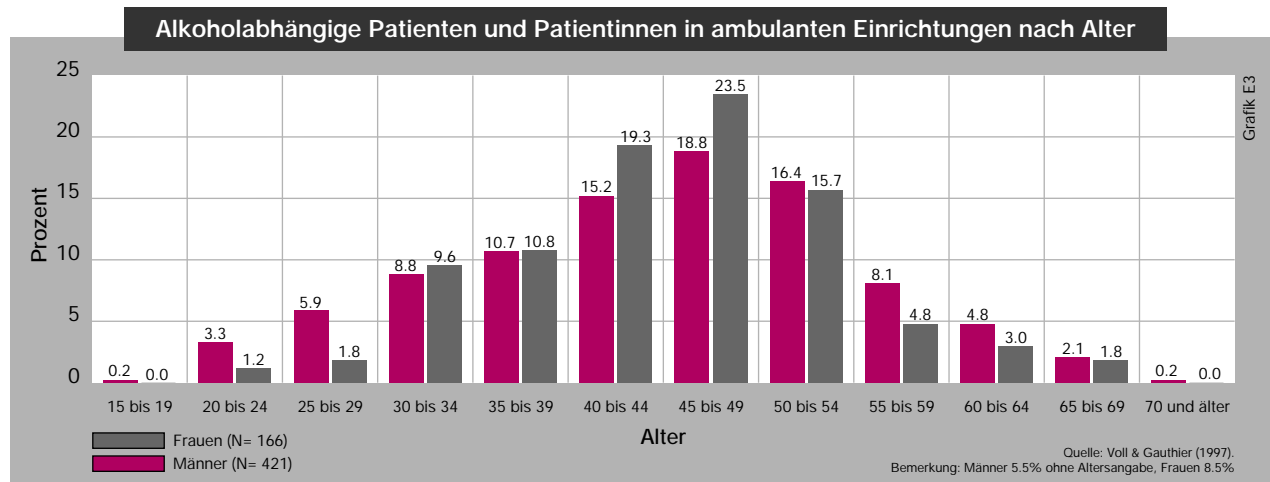
15.9 Prozent der befragten Therapie Teilnehmer und Teilnehmerinnen sind innerhalb der 7 Jahre gestorben. Damit ist die Sterbehäufigkeit sechsmal höher als in der Normalbevölkerung gleichen Alters. Früherer oder akuter Alkoholkonsum haben mindestens die Hälfte dieser Todesfälle verursacht. Zudem haben die 25- bis 64jährigen dieser Gruppe rund zehnmal häufiger Suizid begangen als der schweizerische Durchschnitt.

Spezialisierte ambulante Angebote

In der Schweiz ist das ambulante Behandlungsangebot viel grösser als das stationäre. 1994 gibt es 76 auf Alkohol und 50 auf illegale Drogen spezialisierte Beratungsstellen, 47 ambulante Einrichtungen, die sich suchtmittelunspezifisch mit Abhängigen beschäftigen und 91 polyvalente Dienste in den Bereichen der allgemeinen Sozialhilfe.

1994 ist in der Schweiz die Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (SAMBAD) eingeführt worden. Im ersten Jahr hat diese Statistik rund 55 Prozent der in der Schweiz existierenden, auf Alkohol spezialisierten Einrichtungen erfasst. Zwischen dem 1.7.94 und dem 31.12.94 sind 633 Behandlungen wegen Alkoholmissbrauchs begonnen worden. Die durchschnittliche Dauer dieser Behandlungen beträgt 2.2 Jahre, wobei die Hälfte schon nach 1.3 Jahren beendet wird. Das mittlere Alter dieser Behandelten liegt bei 44 Jahren - Klienten und Klientinnen einer Drogentherapie sind im Durchschnitt 20 Jahre jünger. Männer im Alter zwischen 20 und 29 Jahren und Frauen zwischen 40 und 49 Jahren sind in ambulanten Beratungsstellen wegen einer Alkoholbehandlung überdurchschnittlich häufig anzutreffen (vgl. Grafik E3).

BEHANDLUNG ALKOHOL



Alkoholproblemen geht normalerweise, im Gegensatz zur Heroinabhängigkeit, eine lange Latenzphase voraus. Deshalb haben Personen, die wegen Alkoholproblemen eine Beratungsstelle aufsuchen, häufig über 20 Jahre regelmässig zuviel Alkohol konsumiert (vgl. Grafik E4).

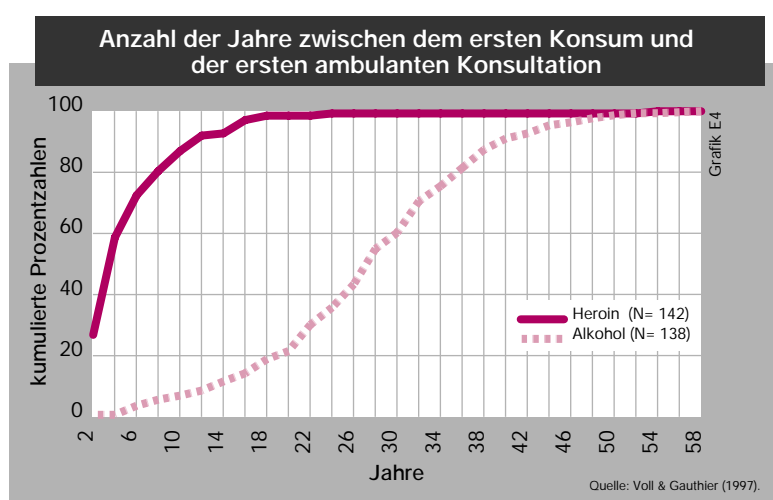
Auch im ambulanten Bereich ist es schwierig, die Effektivität einer Behandlung zu beurteilen. Zudem bildet eine ambulante Behandlung oft nur einen Bestandteil des gesamten therapeutischen Heilungsprozesses und kann deshalb unterschiedlichste Ziele haben. Nach der SAMBAD-Statistik haben 1994 etwa ein Drittel (36.5%) der Klienten und Klientinnen ihre Behandlung normal abgeschlossen. 41.1 Prozent der Behandlungen sind entweder vom Patienten bzw. von der Patientin oder von der behandelnden Stelle abgebrochen worden. In 10.5 Prozent der Fälle ist der Patient, die Patientin, einer anderen Einrichtung zugeführt worden.

Einen positiven Therapieverlauf bescheinigen die Therapeuten und Therapeutinnen ihren Klienten häufiger als ihren Klientinnen. Deren Therapieverlauf wird häufig als gleichbleibend oder sogar als negativ empfunden. Dies fällt besonders bei der Einschätzung der Entwicklung in bezug auf die Abhängigkeit auf, welche sich bei den Patientinnen

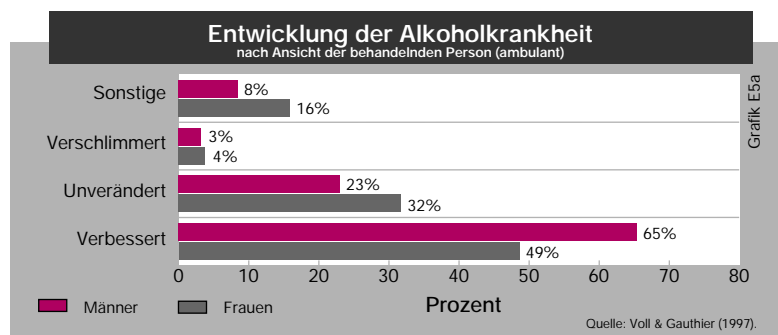
gemäss den Antworten in weniger als 45 Prozent der Fälle verbessert hat, während bei den Männern mehr als 60 Prozent eine positive Entwicklung zeigen. Die zur Verfügung stehenden Daten erlauben keine Einschätzung dahingehend, ob diese unterschiedliche Ergebniseinschätzung der behandelnden Person aus einer unterschiedlichen Behandlungssituation resultiert, z.B. weil Frauen auf eine Behandlung anders reagieren als Männer, weil die Behandlung nicht auf die Bedürfnisse von Frauen ausgerichtet ist oder weil Patientinnen durch die verantwortliche, vornehmlich männliche therapeutische Person kritischer beurteilt werden (vgl. Tabellen E5a + b).

Viele Patienten stationärer Einrichtungen sind bereits in ambulanter Behandlung gewesen

95



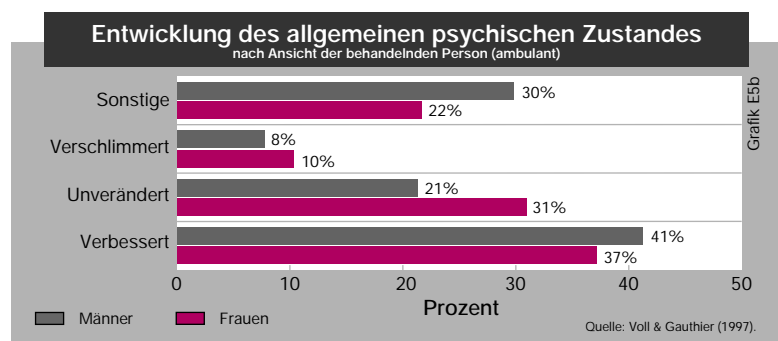
BEHANDLUNG ALKOHOL



Inanspruchnahme unterschiedlicher Hilfsangebote

Von den 10.5 Prozent der Patienten und Patientinnen ambulanter Einrichtungen, die im zweiten Halbjahr 1994 in eine andere Einrichtung gewechselt sind, sind 44.4 Prozent in eine andere - nicht genauer spezifizierte - ambulante Einrichtung gegangen. 16.7 Prozent haben eine stationäre Therapie begonnen.

48 Prozent der Patienten bzw. Patientinnen ambulanter Einrichtungen haben keine früheren Therapieerfahrungen. Dagegen sind nach der SAKRAM-Statistik von 1995 schon 84.6 Prozent der männlichen und 81.1 Prozent der weiblichen Patienten stationärer Einrichtungen vorher in irgendeiner anderen ambulanten Behandlung gewesen. 78.7 Prozent der männlichen und 77.5 Prozent der weiblichen behandelten Personen stationärer Therapieeinrichtungen befinden sich schon zum wiederholten Mal in einer stationären Behandlung. Hieraus kann man folgern, dass die Einlieferung in eine stationäre Einrichtung eher in Fällen schwerer



Abhängigkeit (oder zumindest nach einem längeren ambulanten Behandlungsversuch) erfolgt.

Sowohl die ambulanten wie auch die stationären Therapieeinrichtungen sind Teil des sozialen Hilfsnetz. Je nach Schwere der Alkoholabhängigkeit hat die ambulante Behandlungsmethode unterschiedliche Funktionen: In „leichten“ Fällen kann bereits eine ambulante Therapie zum gewünschten Erfolg führen. Nach einer stationären Therapie tragen ambulante Massnahmen massgeblich zum Erhalten des Therapieerfolges bei.

Die Anzahl der behandelten alkoholabhängigen Personen

Es ist äusserst schwierig, die Anzahl derjenigen alkoholkranken Personen zu bestimmen, die während eines Jahres in der Schweiz behandelt werden. Wie im Kapitel Abhängigkeit ausgeführt (vgl. auch Tabelle C1), sind die vorhandenen Informationen der Hilfseinrichtungen noch sehr lückenhaft. Rechnet man diese auf die ganze Schweiz hoch, werden jedes Jahr mindestens 40'000 Personen wegen ihrer Alkoholabhängigkeit behandelt. Die Anzahl der behandlungsbedürftigen Personen wird auf wenigstens 300'000 geschätzt.

Zukunftsperspektiven

Stärkung des multidisziplinären Standpunktes
Der Ablauf einer Alkoholbehandlung unterscheidet sich von Person zu Person:

Sie kann diskontinuierlich mit Rückfällen und Unterbrüchen über Jahre andauern oder mit einer Behandlung innerhalb eines kurzen Zeitraumes abgeschlossen sein. Der Patient oder die Patientin kann gleichzeitig mehrere verschiedene Hilfsangebote wahrnehmen oder nur zu einer Stelle Kontakt halten.

Neben den zum Teil sehr unterschiedlichen Behandlungsgeschichten der Patienten und Patientinnen

Jährlich werden in der Schweiz mindestens 40'000 Personen wegen ihrer Alkoholabhängigkeit behandelt

können auch die einzelnen Hilfseinrichtungen unterschiedliche Zielrichtungen aufweisen. Zudem wirken weitere Instanzen zusätzlich auf den Rehabilitationsprozess ein: Behörden, Arbeitgeber und -geberin, familiäres Umfeld, Arzt/Ärztin usw. Jede Instanz bewertet das Alkoholproblem von Betroffenen eigenständig, was die Koordination der Hilfestellungen und die Bereitstellung der für den Gesundungsprozess notwendigen Therapiebedingungen im Sinne der Behandlungskette (vgl. Grafik E1) erschwert. Im schlimmsten Fall führt eine unterschiedliche Bewertung der Situation zu Konflikten zwischen den helfenden Instanzen und zu einem unkoordinierten, evtl. sogar rivalisierenden Einsatz der Hilfe. Steht der Klient/die Klientin zudem als Puffer zwischen den konkurrierenden Hilfsangeboten, verstärkt diese Konfliktsituation die Gefahr von Rückfällen.

Nach Sondheimer müssen drei Basisprinzipien zur erfolgreichen Behandlung von Alkoholabhängigen erfüllt sein:

- Das Pluralitätsprinzip, d.h. die Aktivitäten der einzelnen Institutionen müssen harmonisch aufeinander abgestimmt sein.
- Das Prinzip der „richtigen Zeit“, was bedeutet, dass die Therapie zu einem Zeitpunkt begonnen werden sollte, zu dem der Patient beziehungsweise die Patientin deutlich motiviert ist.
- Das Totalitätsprinzip, wonach die Suchterkrankung möglichst interaktiv und multidimensional angegangen werden sollte (medizinisch-somatische Behandlung, Psychotherapie, Familien- und Paartherapie, Therapie am Arbeitsplatz, Gruppentherapie, Ergotherapie, Sport, soziale Integration, spirituelle Hilfe) ⁽⁸⁾.

Nach Yersin muss ein einschneidendes Ereignis - wie ein durch übermäßigen Alkoholkonsum verursach-

ter Krankenhausaufenthalt - der ideale Zeitpunkt sein, um Alkoholabhängige zu einer Therapie zu motivieren. Im Krankenhaus können die Bedürfnisse des Patienten beziehungsweise der Patientin abgeklärt, mit ihm (ihr) zusammen eine Behandlungsstrategie ausgearbeitet und die Behandlungsziele festgelegt werden. Ein Behandlungserfolg wird aber höchstwahrscheinlich nur bei Einbezug und Mitwirkung aller unterstützenden und im Behandlungsverlauf beteiligten Institutionen erreicht werden. Im Universitätsspital Lausanne wird dieses ganzheitliche Modell zur Zeit getestet ⁽⁹⁾.

Ein derartiges Projekt stösst auf grundlegende Schwierigkeiten, da zum einen die Ausbildung des medizinischen Fachpersonals die Suchtproblematik nur ungenügend behandelt und zum anderen die Kommunikation zwischen den einzelnen Bereichen sich schwierig gestaltet. Ausserdem wird die Kommunikation zwischen Ärzten/Ärztinnen und Nicht-Ärzten/ -Ärztinnen häufig als schwierig empfunden.

Abstinenz - einzig mögliches Therapieziel ?

Mehrheitlich haben stationäre Behandlungen von Alkoholabhängigen in der Schweiz die vollständige Alkoholabstinenz zum Ziel. Ob dies das einzig sinnvolle Therapieziel ist, wird seit vielen Jahren unter den Themen „die Auswirkungen des Abstinenzdogmas auf den Therapieverlauf“, „kontrollierter Konsum“ oder „Alkoholismus als Krankheit“ diskutiert. In einem Artikel über den kontrollierten Konsum nach einer Therapie haben Sobell & Sobell festgehalten:

- a) Bei schwer abhängigen Personen ist die Alkoholabstinenz eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Heilung. Es wird davon ausgegangen, dass bei dieser Personengruppe jeglicher Alkoholkonsum zu einem Kontrollverlust und einem Rückfall in alte Konsummuster führt.

Um Alkoholabhängige erfolgreich zu behandeln, müssen alle betroffenen Institutionen zusammenarbeiten

Abstinenz ist nicht der einzige Weg aus der Alkoholabhängigkeit, aber ein sicherer Schutz vor einem Rückfall

BEHANDLUNG

ALKOHOL

Die Diskussion um Schadensvermindernde Massnahmen für Alkoholkonsumierende hat gerade erst begonnen

98

- b) Bei Personen mit gering ausgeprägter Abhängigkeit ist ein kontrollierter oder gemässiger Konsum nach der Behandlung möglich. Es ist davon auszugehen, dass bei diesen Patienten und Patientinnen Alkoholkonsum nicht automatisch zu einem Rückfall in alte Verhaltensmuster führt.
- c) Beide Typen von Patienten bzw. Patientinnen können nach erfolgreicher therapeutischer Behandlung (Verschwinden der Abhängigkeitssymptome) im weitesten Sinne als geheilt bezeichnet werden ⁽¹⁰⁾.

Es ist nach wie vor umstritten, ob Alkoholranke nach einer Therapie gefahrlos Alkohol konsumieren können: So berichtet Heather, dass ein nicht unbeachtlicher Teil von stark abhängigen Alkoholkranken zu einem kontrollierten Konsum gefunden haben ⁽¹¹⁾. Andere Untersuchungen kommen zum Schluss, dass selbst stabiles, kontrolliertes Trinkverhalten im betroffenen sozialen Umfeld zu einer stetigen Angst vor einem Rückfall führt. Dadurch können sich unter anderem die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern verschlechtern, was die Rückfallgefahr doch wieder erhöht ⁽¹²⁾. Um die Diskussion um die Abstinenz als Therapieziel besser werten zu können, müssen primär einheitliche *Erfolgskriterien für eine Alkoholbehandlung* definiert werden. Positive Veränderungen für eine alkoholranke Person durch eine therapeutische Behandlung können in vielen verschiedenen Bereichen erfolgen: Beruf, Familie, Gesundheit, Persönlichkeitsentwicklung usw. Dieser Prozess kann in den verschiedenen Bereichen unterschiedlich erfolgreich ablaufen. Die Gesamtheit aller Entwicklungen, die zu einer Gesundung führen, stellt einen Hinweis für einen erfolgreichen Therapieverlauf dar.

Körkel legt dar, dass ein Beharren auf der Alkoholabstinenz als Therapieziel auch negative Aspekte hat ⁽¹³⁾:

- a) Die schwersten Fälle von Abhängigkeit (Obdachlose, Verwahrloste) sind von den Hilfsangeboten ausgeschlossen.
- b) Bei Patienten und Patientinnen, deren Alkoholmissbrauch auf andere Probleme (Kommunikationsprobleme, Depression, sexueller Missbrauch usw.) zurückzuführen ist, besteht die Gefahr durch die Fokussierung auf den Alkoholkonsum in der Behandlung, das eigentliche Problem zu übersehen. Es besteht dann für den Betroffenen/die Betroffene die grosse Gefahr einer Suchtverlagerung (Medikamente, Arbeitsucht).
- c) Da ein Brechen des Abstinenzgebotes („Rückfall“) nach der orthodoxen Meinung alle bisher erreichten Ziele in der Therapie in Frage stellt, kann ein einmaliger Alkoholkonsum eines Patienten/einer Patientin zu schweren Schuldgefühlen und einer „Jetzt ist alles egal“-Haltung führen, welche eine erneute schwere Trinkperiode auslösen kann.

Schadensverminderung

Das Konzept zur Schadensverminderung (*Harm Reduction*) ist ursprünglich als ein Teil des Behandlungsangebotes für Konsumenten und Konsumentinnen illegaler Drogen entwickelt worden. Die Praxis zeigt jedoch, dass es auch unter den alkoholabhängigen Personen eine Gruppe gibt, die nicht zu einer Behandlung bereit ist und sich und anderen durch ihren Alkoholkonsum bewusst oder unbewusst Schaden zufügt. Mit den Massnahmen zur Schadensverminderung werden primär diese Menschen unter dem Gesichtspunkt angesprochen, dass vorerst mit einer Konsumreduzierung nicht gerechnet werden kann, trotzdem aber die alkoholbedingten körperlichen und sozialen Schädigungen dieser Konsumenten und Konsumentinnen möglichst gering gehalten werden sollen.

Der Ansatz zur Schadensverminderung basiert auf drei Prinzipien:

1. Die Entscheidung einer Person, trotz möglicher gesundheitlicher und sozialer Probleme weiterhin Alkohol konsumieren zu wollen, wird respektiert.
2. Trotz des gesellschaftlich nicht konformen Verhaltens werden auch Schwerstabhängige als gleichwertige Menschen behandelt.
3. Die Versuche zur Schadensverminderung haben keinen Einfluss auf die längerfristigen Zielsetzungen anderer Hilfsangebote.

Massnahmen zur Schadensverminderung sind ein Bestandteil der Sekundärprävention. Sie konzentrieren sich vor allem auf Probleme, die durch massiven Konsum entstehen können. Die Umsetzung dieser Methode kann in drei prinzipielle Massnahmenbereiche unterteilt werden ⁽¹⁾:

- Massnahmen, die zur Reduzierung der Folgen des alkoholisierten Zustandes beitragen (Fahrdienst für betrunkene Automobilisten - „Nez Rouge“-, Einführung von Atemtestgeräten in Fahrzeugen, die ein Starten des Motors bei zu hohem Alkoholgehalt verunmöglichen, Aufnahme von betrunkenen Obdachlosen im Winter, Verhindern oder Mindern der Verletzungen durch Unfälle und Schlägereien von betrunkenen Personen, z.B. Ausschank von alkoholischen Getränken in Plastikbechern usw.).
- Die Förderung des Verkaufs von leicht alkoholischer Getränke, welche die Menge des insgesamt konsumierten Alkohols verringern, ohne den Umsatz der alkoholvertreibenden oder -produzierenden Firmen zu schmälern.
- Förderung von Programmen, die

das Gaststättenpersonal dazu motivieren, ab einem gewissen Mass der Trunkenheit keinen Alkohol mehr auszuschenken.

Schadensvermindernde Massnahmen sind nicht unbestritten. So wird etwa argumentiert, dass ein Fahrdienst für betrunkene Autolenker und -lenkerinnen, diese zu verstärktem Alkoholkonsum verführt.

Single erwartet jedoch, dass sich Präventionsbemühungen in der Zukunft - wegen des zu beobachtenden Konsumrückganges und der zunehmenden wissenschaftlichen Erkenntnisse über den gesundheitsbewahrenden Aspekt geringen Alkoholkonsums - stärker darauf richten werden, die schädlichen Konsequenzen starken Alkoholkonsums zu vermindern ⁽¹⁴⁾.

J. A. Gauthier

Massnahmen zur Schadensverminderung müssen den gesellschaftlichen Wertvorstellungen Rechnung tragen

- 1 Klingemann (1992).
- 2 Ernst (1989).
- 3 BFS (1997a).
- 4 Trisconi et al. (1989).
- 5 Gaudin et al. (1992).
- 6 Tecklenburg (1991).
- 7 Maffli et al. (1995).
- 8 Sondheimer (1986).
- 9 Yersin (1997).
- 10 Sobell & Sobell (1995).
- 11 Heather (1995).
- 12 Glatt (1995).
- 13 Körkel (1995).
- 14 Single (1995).

BEHANDLUNG TABAK

Erst seit etwa zehn Jahren ist Rauchen eine anerkannte Abhängigkeit

Erst im Verlauf der 80er Jahre ist anerkannt worden, dass Tabakkonsum eine Sucht sein kann. 1988 hat die oberste Gesundheitsbehörde der USA erklärt, dass Tabakkonsum abhängig machen könne; die abhängigkeitsbildende Wirkung von Nikotin ist dafür verantwortlich. Ein Rauchstopp ist deshalb nicht einfach eine Sache des Willens, da schwere Entzugserscheinungen auftreten können. Jedes Jahr versucht ungefähr ein Drittel aller Tabakkonsumenten und -konsumentinnen, mit Rauchen aufzuhören. Davon sind jedoch nur 16 Prozent langfristig erfolgreich ⁽¹⁾.

Bei der Tabakabhängigkeit ist zu unterscheiden zwischen einer psychischen und einer physischen Abhängigkeit ⁽²⁾ der Rauchenden. Unter ersterer versteht man das reflexartige, automatisierte Rauchen, wenn bei gewissen Tätigkeiten (z.B. Telefonieren) automatisch eine Ziga-

rette angezündet wird. Die physische Abhängigkeit zeigt sich deutlich durch körperliche Entzugserscheinungen nach einer Rauchpause (z.B. am Morgen). Bei jeder Raucherin und jedem Raucher sind beide Formen der Abhängigkeit unterschiedlich stark ausgeprägt.

Tabakkonsumenten und -konsumentinnen, die nur in geringem Mass abhängig und gut motiviert sind, können einen Rauchstopp aus eigener Kraft, mit Unterstützung aus dem Familien- und Freundeskreis oder mit professioneller Hilfe schaffen. Bei starker Nikotinabhängigkeit ist es zumeist nur mit medizinischer Hilfe möglich, dauerhaft mit Rauchen aufzuhören.

Natürlich muss die Rauchentwöhnung der individuellen Situation der Aufhörwilligen Rechnung tragen. In jedem Fall sind aber folgende Grund-

Test für Nikotinabhängigkeit nach Fagerström

Tabelle E3

Die physische Abhängigkeit lässt sich am besten mit Hilfe des von K.O. Fagerström entwickelten Tests bestimmen.

<p>1 Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette</p> <p>innerhalb von 5 Min. [3] 6 bis 30 Min. [2] 31 bis 60 Min. [1] nach 60 Min. [0]</p>	<p>4 Wie viele Zigaretten rauchen Sie im allgemeinen pro Tag?</p> <p>bis 10 [0] 11 bis 20 [1] 21 bis 30 [2] 31 und mehr [3]</p>
<p>2 Finden Sie es schwierig, an Orten, in denen das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bibliothek, Kino usw.), das Rauchen zu unterlassen?</p> <p>Ja [1] Nein [0]</p>	<p>5 Rauchen Sie am Morgen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages?</p> <p>Ja [1] Nein [0]</p>
<p>3 Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?</p> <p>Die erste am Morgen [1] andere [0]</p>	<p>6 Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?</p> <p>Ja [1] Nein [0]</p>

0 bis 2 Punkte: sehr geringe Abhängigkeit
3 bis 4 Punkte: geringe Abhängigkeit
5 Punkte: mittlere Abhängigkeit

6 bis 7 Punkte: starke Abhängigkeit
8 bis 10 Punkte: sehr starke Abhängigkeit

Quelle: R. Schoberberger et al. (1995)

regeln zu beachten:
Die Raucherin oder der Raucher muss den Entscheid für den Rauchstopp selbst treffen und den bestmöglichen Zeitpunkt für den Beginn bestimmen (zum Beispiel einen arbeitsfreien Tag).

Bei Rauchern und Raucherinnen, die einen Rauchstopp nicht schaffen, liegt häufig eine starke physische Nikotinabhängigkeit vor. In diesen Fällen kann der Arzt Nikotinpräparate (Kaugummi, Pflaster oder Nasenspray) verschreiben, welche die Entzugsscheinungen lindern oder gar aufheben.

Eine Nikotinersatztherapie reicht alleine nicht aus. Notwendig ist zudem eine Behandlung der psychischen Abhängigkeit. Eine Verhaltenstherapie kann bei der Stressbewältigung helfen, Gruppengespräche den Durchhaltewillen stärken. So kann einem Rückfall vorgebeugt werden.

Nicht zu vernachlässigen ist die moralische Unterstützung durch Angehörige und Freundeskreis. Angehörige, die einem Exraucher beziehungsweise einer Exraucherin zur Seite stehen und Entzugssymptome wie gereizte Stimmung und Nervosität gefasst auffangen können, tragen viel zum Erfolg bei.

Angebote

Professionelle Hilfe leisten in zahlreichen Städten die Fachstellen im Gesundheitsbereich. Sie führen Gruppenkurse oder Einzelberatungen durch.

Unter dem Namen „Endlich frei“ bietet die Liga *Leben und Gesundheit* ihren neuen, verbesserten Fünf-Tage-Plan zum Rauchstopp an.

Im Buchhandel sind ferner verschiedene Selbsthilfeprogramme erhältlich:

„Nichtrauchen in 20 Tagen“ und

„Nichtraucher bleiben ein Leben lang“, herausgegeben von der Schweizerischen Vereinigung gegen Tuberkulose und Lungenkrankheiten,

„Frei vom Rauch“, ein Selbstlehrgang von Margret Rihs und Heidi Lotti,

„Das Nichtraucher-Training“, von Klaus G. Hinkelmann.

Ferner hat die Schweizerische Krebsliga eine Broschüre für Frauen mit dem Titel „Die neue Lust - Nichtraucher“ herausgegeben.

Nicht zuletzt sind auch Hausärztinnen und -ärzte Ansprechpartnerin oder -partner für einen Rauchstopp. Die Aktion „Frei von Tabak“ ist ein gemeinsames Projekt der Vereinigung der Schweizer Ärzte und des Bundesamtes für Gesundheit.

Überdies lassen sich psychologische Methoden wie etwa Verhaltenstherapie oder Entspannungsmethoden wie Hypnose bei einer Rauchentwöhnung einsetzen.

Einen Überblick über die bedeutendsten Methoden zur Rauchentwöhnung und die wichtigsten Adressen enthält die Broschüre „Wieder Nichtraucher/in werden!“, herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz in Bern.

Effektivität

In den ersten Tagen nach einem Versuch halten 90 Prozent den Rauchstopp durch⁽²⁾. Im Verlauf der ersten drei Monate jedoch nehmen die Rückfälle rasch zu. Nach einem Jahr rauchen nur noch 10 bis 15 Prozent nicht wieder. Stark abhängige Raucher und Raucherinnen schaffen einen Entzug selten im ersten Anlauf. Solche Misserfolge haben aber auch ihre guten Seiten. Die Betroffenen sammeln Erfahrungen für das Leben ohne Zigaretten. Mit zunehmender Anzahl von Versuchen steigen denn auch die Erfolgchancen für ein tabakfreies Leben.

Das soziale Umfeld spielt eine wichtige Rolle beim Versuch, das Rauchen aufzugeben

Ein Jahr nach dem Rauchstopp rauchen rund 85 Prozent wieder

BEHANDLUNG

TABAK

Selbst bei starker Abhängigkeit kann ein Entzug, falls er den oben beschriebenen Grundregeln folgt, nach zwei bis drei Monaten erreicht werden. Doch viele Gründe (Angst, Stress, depressive Stimmungen oder Gewichtszunahme) können Anlass sein, die Rauchgewohnheiten erneut aufzunehmen. Eine fortgesetzte medizinische und psychologische Betreuung über den Stopptag hinaus ist deshalb unerlässlich.

V. El Fehri

**Das Drogentherapieangebot
im Überblick**

In den letzten vier Jahren hat sich der Trend zu einer verstärkten Inanspruchnahme ambulanter Therapien fortgesetzt. Vor allem im Bereich der Überlebenshilfe und der Substitutions- bzw. Erhaltungsprogramme ist eine besonders starke Dynamik zu verzeichnen gewesen:

So haben im Zuge der Kantonsexpertenbefragung des Jahres 1996 16 Kantone neue Überlebenshilfeprojekte gemeldet. Niedrigschwellige Substitutionsprogramme mit verschiedenen Substanzen haben zu-

Die Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes hält in ihrem Bericht vom Februar 1996 programmatisch fest:

„Drogenabhängige müssen Zugang zu geeigneten Therapieeinrichtungen haben. Wie für andere Zielgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens auch, müssen für Drogenabhängige unterschiedliche, ihren jeweiligen Bedürfnissen und Fähigkeiten angepasste Einrichtungen zur Verfügung stehen... die gesundheitliche und soziale Lage der Drogenabhängigen sowie ihre Chancen zum Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit sind durch einen zielgruppengerechten Ausbau der Therapieangebote zu ergänzen“⁽¹⁾.

dem an Bedeutung gewonnen, wie die Auswertung verschiedener Quellen zeigt (vgl. Tabelle E4). Damit wird deutlich, dass das Konzept der

Hilfsangebote für Konsumierende illegaler Drogen (Kantonsumfrage 1996 und andere Schätzungen)		
Stationär	Kantonsumfrage 1996 ¹ :	86 Einrichtungen, 997 Plätze
	SFA-Telefonumfrage Sommer 1996:	78 Einrichtungen, 1'456 Plätze / Ende 1995
	Schätzung 'Kommission Schild':	90 Einrichtungen, ca. 1'250 Plätze / 1996
Ambulant ²	SAMBAD/Schweiz. Betriebs- u. Unternehmensverzeichnis Stand 1994:	188 Stellen davon: 50 spezialisierte Drogenberatungsstellen 47 Suchtberatungsstellen 91 polyvalente Stellen (u.a. Sozialdienste)
Überlebenshilfe	Kantonsumfrage 1996:	116 Angebote davon: 23 Gassenzimmer/Tagesstrukturen (8 Kantone) 93 Wohnen und Arbeit (13 Kantone)
Substitutionsbehandlung ³	Kantonsumfrage 1996	Zehn Kantone nur mit Methadon (AI, AR, GL, NE, NW, OW, SH, SG, SZ, UR) Zehn Kantone auch mit weiteren Substanzen (u.a. Heroin, Kodein) (AR, BE, BS, GE, LU, TG, VD, VS, ZG, ZH)
	PROVE- Abgabe (Stand 1.7.96):	19 Stellen in acht Kantonen (BE, BS, FR, GE, LU, SG, SO, ZG, ZH) mit 913 Projektteilnehmer und -teilnehmerinnen davon erhalten: 800 Heroin (intravenös und geraucht) 124 Morphin (intravenös und oral) 50 Methadon (intravenös)

¹ Die Angaben der Kantonsexperten sind bei der aktuellen Bestandsaufnahme des Behandlungsangebotes äusserst lückenhaft ausgefallen und haben für den 'ambulanten Sektor' gar nicht, für die übrigen Sektoren nur nach teilweiser Heranziehung anderer Quellen verwendet werden können. So sind etwa die Angaben für den Kanton Bern zum stationären Bereich und der Überlebenshilfe weitgehend unter Rückgriff auf das Verzeichnis der Einrichtungen in der Suchthilfe (BAG 10/1996) ergänzt und gewisse Unklarheiten im Falle diverser Teilberichte aus dem Kanton Zürich zum stationären Bereich auf ähnliche Weise korrigiert worden.

² Die Einteilung in die 3 Kategorien Drogen-, Sucht- und polyvalente Beratungsstelle richtet sich nach dem in der Institutionenbefragung genannten Tätigkeitsbereich. Nicht an der SAMBAD-Befragung teilnehmende Dienste sind aufgrund des Namens und, soweit vorhanden, informeller Kenntnis eingeteilt worden. „Drogenberatung“ bezeichnet die Ausrichtung auf Probleme mit illegalen Substanzen, während der allgemeinere Begriff der „Sucht“ (ohne weitere theoretische Implikationen) für Angebote verwendet wird, die sich auf Probleme mit psychotropen Substanzen unabhängig von deren Legalstatus beziehen. Unter den polyvalenten Diensten finden sich sowohl allgemeine Sozialdienste als auch sozialpsychiatrische Einrichtungen.

³ Im Rahmen der Kantonsumfrage haben die Kantone BL, FR, GR, JU, SO und TI keine Angaben geliefert; der Kanton Glarus hat nur Gesamtangaben für den Substitutionsbereich gemacht.

BEHANDLUNG ILLEGALE DROGEN

In der Schweiz gibt es ein grosses Angebot verschiedenster stationärer Drogentherapien

Die spezialisierte Suchtberatung entwickelt sich in Richtung eines integrierten Beratungsangebotes

104

„Niedrigschwellig“ bedeutet: keine oder geringe Anforderungen an die Drogenabhängigen für einen Eintritt und den Verbleib in der Einrichtung, keine langfristige Anmeldung, gute Erreichbarkeit und Öffnungszeiten, die auf die Lebensumstände der Abhängigen zugeschnitten sind ⁽¹⁾.

Schadensverminderung mittlerweile fester Bestandteil der drogentherapeutischen/-politischen Gesamtstrategie geworden ist (zur Entwicklung der Angebote der Schadensverminderung siehe auch Kapitel Überlebenshilfe).

Das stationäre Drogentherapieangebot ist nach wie vor breit gefächert; dies gilt sowohl für die Trägerschaften als auch für die Therapiemodalitäten. Die privaten Organisationen decken ein breites ideologisches Spektrum ab. Gemäss der Bestandsaufnahme der „Expertenkommission Schild“ gibt es heute in der Schweiz rund 90 Institutionen mit etwa 1'250 Behandlungsplätzen, wobei 80 Prozent der Einrichtungen Langzeittherapieprogramme von mindestens 12 Monaten anbieten ⁽²⁾.

Der *Schlüssel*, eine 1975 gegründete Therapiegemeinschaft der Stiftung Terra Vecchia, ist ein typisches Beispiel für ein Stufenmodell:

Stufe I besteht aus 3 Monaten Probezeit (u.a. innerer Abschied von der Drogenszene, Entzugssymptome bearbeiten, Eintritt in den familiären Rahmen der Therapiegemeinschaft) und anschliessend 3 Monate interne Zeit (u.a. Wiederaufnahme von Aussenkontakten mit Familie und Freunden oder Freundinnen)

Stufe II (7.-12. Monat) Vertiefung und Bewährung (vermehrte Übernahme von Verantwortung im Arbeitsalltag, Plantagenarbeit, Einübung von Freizeitbeschäftigungen)

Stufe III (13.-24. Monat) Schritte ins Offene - Ablösung (externe Stufe: Übergangsgemeinschaft, Wohn- und Arbeitsexternat, Sozialpraktikum, Bewährungsreise) ⁽³⁾.

Typisch für die meisten therapeutischen Gemeinschaften ist ein Stufenmodell, welches die Drogenabhängigen zunächst schützend in der Gruppe isoliert und dann eine schrittweise soziale Wiedereingliederung vorsieht.

Für die Umsetzung solcher Therapie-

konzepte bieten sich möglicherweise eher kleinere Institutionen an.

Tatsächlich dominieren solche Einrichtungen (mit weniger als 20 Therapieplätzen) mit einem Anteil von etwa 70 Prozent das stationäre Therapieangebot.

Die wichtigsten Veränderungen und Entwicklungstendenzen zwischen 1993 und 1996

Im ambulanten Sektor stehen zum einen die Substitutionsbehandlungen bzw. deren Diversifizierung im Rahmen der ärztlichen Heroïnverschreibung, zum anderen - weniger spektakulär - die Entwicklung in Richtung eines integrierten Suchtberatungsangebotes im Mittelpunkt des Interesses. Die Schlussfolgerungen des dritten nationalen Methadonberichtes, erste Evaluationsergebnisse der Pilotprojekte zur Opiatverschreibung und eine aktuelle „Nahaufnahme“ der neuen ambulanten Behandlungsstatistik (SAMBAD) liefern hierzu Informationen.

Im stationären Sektor sorgen Meldungen über sinkende Eintrittszahlen, Einrichtungsschliessungen und notwendige Therapiekonzeptanpassungen für Diskussionsstoff. Sind 1993 noch bestimmte stationäre Teilbereiche als Wachstumsbranche charakterisiert und lediglich eine notwendige Anpassung an bestimmte Klientengruppen (Frauen, Jugendliche, Migranten und Migrantinnen) „diagnostiziert“ worden, so scheint nunmehr für den gesamten Bereich eine Trendwende eingetreten zu sein.

Ambulante Hilfe im Umbruch - Substitutionsprogramme auf dem Prüfstand

Seit Juli 1994 werden in der Schweiz erstmals Daten über das ambulante Behandlungs- und Betreuungsangebot im Alkohol- und Drogenbereich (SAMBAD) erhoben. Die Auswertung der nunmehr vorliegenden Informationen dieser Institutionen-/Patientenstatistik für das zweite Halbjahr

BEHANDLUNG ILLEGALE DROGEN

1994 erlaubt zwar noch keine Trendvergleiche, aber immerhin eine relativ aktuelle Momentaufnahme dieses Behandlungssektors. Eine erste Einteilung nach Institutionstyp macht deutlich, dass von den insgesamt 264 Beratungsstellen, die 1993 im schweizerischen Betriebs- und Unternehmensverzeichnis verzeichnet waren, lediglich 47 Prozent auf nur eine Abhängigkeitsform (auf illegale Drogen 50 Stellen, auf Alkoholprobleme 76 Stellen) spezialisiert gewesen sind. Die übrigen Beratungsangebote sind im Rahmen von allgemeinen Suchtberatungsstellen (47 Stellen) und polyvalenten Betrieben (u.a. allgemeine Sozialdienste, Polikliniken, externe psychiatrische Dienste - 91 Stellen) erbracht worden.

Drogenberatungsstellen sind gemäss der SAMBAD-Institutionenbefragung vom April 1994 wesentlich stärker medikalisiert und interdisziplinär ausgerichtet als die vergleichbaren

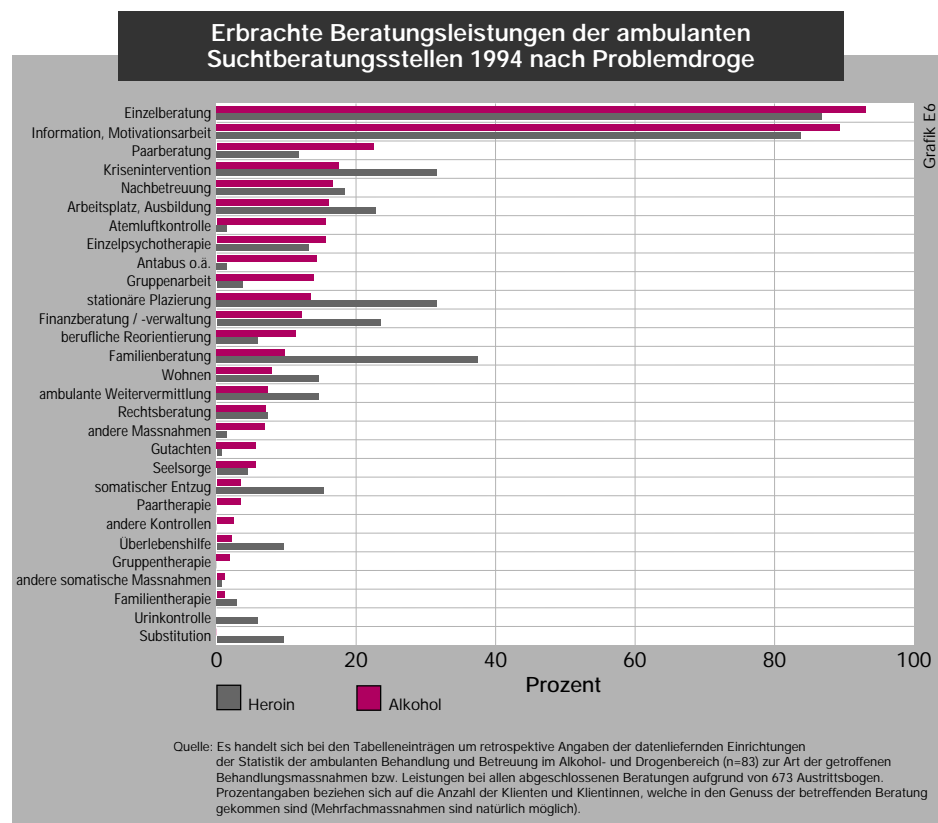
Stellen im Alkoholsekter; Sucht- und Alkoholberatungsstellen sind vor allem sozialarbeiterisch tätig⁽⁴⁾. Entsprechend breit fällt die Palette der konkreten Beratungsmassnahmen aus (vgl. Grafik E6).

Es mehren sich jedoch die Anzeichen für eine Entwicklung in Richtung eines integrierten Beratungsangebotes bzw. Suchtverständnisses. Obgleich keine Vergleichszahlen vorliegen, deutet zum Beispiel manches darauf hin, dass sich die Suchtberatungsstellen „in einer Art Diversifizierungsstrategie aus dem Alkoholbereich herausentwickelt haben“⁽⁴⁾. Gleichzeitig kann für die letzten Jahre eine zunehmende Integration der Alkoholberatungsstellen in polyvalente öffentliche Gemeinde- und Bezirks-Sozialdienste oder aber in die Dienstleistungen der psychiatrischen Polikliniken angenommen werden⁽⁵⁾.

Als exemplarisch für den neuen

Das aktuelle Beratungsangebot für Drogenabhängige ist äusserst differenziert und gut ausgebaut

105



BEHANDLUNG ILLEGALE DROGEN

106

Zwischen 1987 und 1994 hat sich die Zahl der Patienten und Patientinnen in Methadonbehandlungen fast verachtfacht

Trend zum „public management“ und entsprechende Reorganisationsbemühungen kann die Überprüfung und Anpassung des Suchthilfegesetzes aus dem Jahre 1993 im Kanton Solothurn gelten; Nachfolgeregelungen werden klar durch das Prinzip der Leistungsaufträge bestimmt und eine kostengünstige Integration der spezialisierten Suchtberatung in die allgemeine Sozialhilfe explizit angestrebt. Als Zwischenschritt ist die Schaffung „umfassender Suchtberatungstellen“ vorgesehen. So sollen die Sozialdienste für Alkoholprobleme (Grenchen/Olten/Balsthal) durch eine Zusammenlegung mit dem Beratungsangebot für illegale Drogen in eine umfassende Suchtberatungsstelle überführt werden; vereinfachte Trägerschaftsstrukturen kommen hinzu ⁽⁶⁾.

Welche Auswirkung diese institutionellen Fusionen oder Übernahmen für die Therapiesuchenden haben werden, bleibt noch abzuklären. Klar ist jedoch, dass das aktuelle Behandlungsangebot für ca. 30'000 Drogenabhängige in der Schweiz im Vergleich zur Beratungs- und Betreuungsdichte für etwa zehn Mal so viele Alkoholabhängige, als äusserst dicht, differenziert und gut ausgebaut gelten kann:

Die Zahl der spezialisierten Alkoholberatungsstellen liegt nämlich nur geringfügig über derjenigen der Drogenberatungsstellen (76 vs. 50 Stellen). Eine vollamtliche beraterisch-

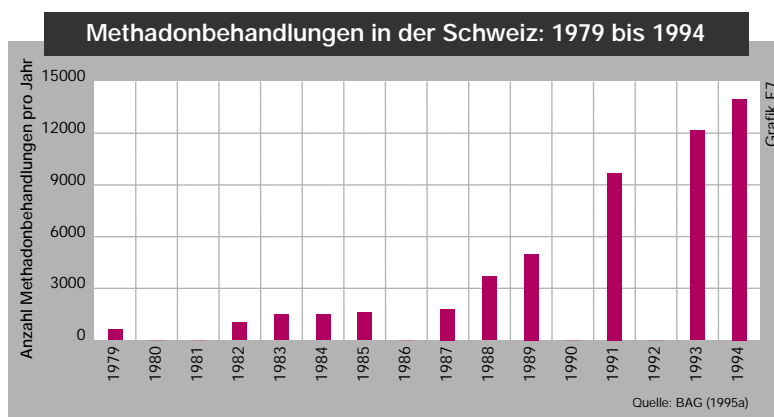
therapeutische Fachperson im Alkoholbereich betreut 91 Klienten und Klientinnen; bei den allgemeinen Suchtberatungsstellen sind es 66 und im spezialisierten Drogenbereich gerade noch 46 Klienten und Klientinnen. Da sich Drogen- und Alkoholpatienten bzw. -patientinnen hinsichtlich des Beratungsaufwandes trotz der wesentlich längeren Alkoholkarriere und des fast doppelt so hohen Durchschnittsalters der zweiten Gruppe kaum unterscheiden, ist eine entsprechende Überbelastung des Personals im Alkoholbereich zu verzeichnen ⁽⁴⁾.

Welche Konsequenzen können durch die Zusammenführung ursprünglich getrennter spezialisierter Angebote erwartet werden?

- Die Nutzung des Fachwissens aus Alkoholberatung im Rahmen einer integrierten Drogenberatung ist mit Blick auf die Rolle des Alkohols als (oft nicht thematisierter) Nebendroge bei Drogenabhängigen sicher wünschenswert ^(7, 8).
- Eine reduzierte Hemmschwelle für die Inanspruchnahme der Dienste durch Alkohol Klienten und -Klientinnen, welche bislang oft erst spät und unter Druck Hilfe suchen ⁽⁴⁾.
- Andererseits kann aber auch eine weitere Verschlechterung der Versorgungssituation für die - im Vergleich zu den Drogenabhängigen - durchschnittlich wesentlich älteren Klienten und Klientinnen mit Alkohol als Hauptproblem-Droge (24 Jahre vs. 44 Jahre) nicht ausgeschlossen werden ⁽⁴⁾.

Methadonbehandlung

Zwar sind Suchtersatzbehandlungen mit Methadon in der Schweiz bereits anfangs der 70er Jahre angeboten worden, ein starker Anstieg der durchgeführten Behandlungen ist jedoch insbesondere seit 1987 zu beobachten: Die Zahl der Patienten und Patientinnen in Methadonbe-



handlung ist von 1'804 im Jahr 1987 auf knapp 14'000 im Jahr 1994 gestiegen (vgl. Grafik E7).

Im gleichen Zeitraum ist der Zugang zur Methadonbehandlung tendenziell erleichtert und die Ausrichtung auf das Kriterium der Opiatabstinenz flexibler gehandhabt worden.

Die behandlungspolitischen Richtlinien der Methadonbehandlung sind seit den 70er Jahren einem Wandel von „liberal-regelungsfrei“ zu „restriktiv-starrer Indikation“ und zur heutigen „liberal-individualisierten Indikation“ unterworfen. Dabei haben seit Mitte der 80er Jahre die sich verschärfende Aids-Problematik und die Umsetzung des Konzepts der Schadensminimierung eine Schlüsselrolle gespielt.

Vor der Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG) im Jahr 1975 war der praktizierende Arzt in seiner Verschreibungspraxis völlig frei. Die Gesetzesrevision hat, mit Blick auf die steigende Zahl der Heroinkonsumierenden, eine Kontrolle der Methadonbehandlungen eingeführt, d.h. die Kantone sind (gem. Art. 15a, Abs. 4 BetmG) aufgefordert worden, entsprechende Richtlinien, Gesetze und Verordnungen zu erlassen. Die Kantone haben die Methadonbehandlungen von der Ermächtigung des behandelnden Arztes (der behandelnden Ärztin) durch eine Bewilligungsinstanz (meistens der Kantonsarzt) und der strikten Einhaltung zahlreicher Indikationskriterien bzw. Behandlungsmodalitäten abhängig gemacht (Dosierung, psycho-soziale Begleitung, Mindestalter, Behandlungskontrollen, Abhängigkeitsdauer und Vorbehandlungen). Im Sinne einer „methadonunterstützten Behandlung“ ist die Erreichung der Opiatabstinenz innert zwei bis drei Jahren als wichtigstes Behandlungsziel definiert worden ^(9, 10).

Angesichts steigender HIV-Infektionen und der Ausdehnung bzw. Veränderung der offenen Drogenszenen ist

in den besonders betroffenen Kantonen der Druck auf die kantonalen Gesetzgeber gestiegen, Methadonbehandlungen auch auf unbeschränkte Dauer und unabhängig von einem Abstinenzziel zu ermöglichen.

Unterstützt durch die Fachverbände (wegweisend ist das Positionspapier „Methadon 2“ des Verbandes Schweizerischer Drogenfachleute VSD aus dem Jahre 1988) gingen zunächst die Kantone Bern ^(11, 12) und Zürich zu einer flexibleren Politik über: Nachdem der Kanton Zürich 1987 die individuelle Indikationsstellung für ein Methadonprogramm dem behandelnden Arzt (der behandelnden Ärztin) überlassen hat (vorher: Bewilligung durch den sogenannten Indikationsarzt resp. -ärztin), ist die Zahl der Patienten und Patientinnen um mehr als das Achtfache von 300 im Jahre 1987 auf 2'500 im Jahre 1992 angestiegen ⁽¹³⁾. Ähnliche Trends sind in Basel und Bern festgestellt worden ⁽¹⁴⁾. Private Therapieanbieter wie die Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD) gingen mit der Einrichtung des Zürcher Opiat-Konsum-Lokals (ZokL1) im März 1992 noch einen Schritt weiter in Richtung „Problemreduktion - Schadensminimierung“. ZokL1 garantiert einen weitgehend bedingungslosen Behandlungszugang, verfügt über eine computergestützte Dosierungskontrolle und sieht Optionen zum Übertritt in andere Behandlungsprogramme vor.

Der dritte Methadonbericht der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission - Arbeitsgruppe Methadon der Subkommission Drogenfragen (1995) - bestätigt die Fortsetzung der oben beschriebenen Entwicklung zu einer stärker individualisierten Methadonbehandlung eindrücklich:

- In fast allen Kantonen wird die Indikation für ein Methadonprogramm vom behandelnden Arzt (von der behandelnden Ärztin) gestellt.

Heute regelt eine „liberal-individualisierte“ Indikationsprüfung den Zugang zu einem Methadonprogramm

BEHANDLUNG ILLEGALE DROGEN

108

*Behandlungsdauer,
Dosierung und
Qualität der
begleitenden
Interventionen sind
entscheidend für
den Erfolg einer
Methadon-
behandlung*

- 7 Kantone - darunter Zürich - erteilen generelle Bewilligungen ohne Limitierung der Patientenzahl je behandelnden Arzt bzw. behandelnde Ärztin.
- 20 Kantone kennen keine verbindlichen Alterslimiten mehr.
- 25 Kantone erlauben die Verabreichung des Methadons in der Arztpraxis oder der Apotheke und gestatten flexible Mitnahmemodalitäten.
- Lediglich sechs Kantone schreiben klar reglementierte Urinkontrollen bzw. den expliziten Einbezug einer Drogen- oder Sozialberatungsstelle in das Behandlungsetting vor.
- Einzig Zürich verlangt noch einen gescheiterten qualifizierten Entzugs- oder Rehabilitationsversuch; in Basel Land muss „Abstinenz im Moment aussichtslos oder nicht gewollt“ sein; die anderen Kantone kennen keine entsprechende Vorbedingung mehr ⁽¹⁾.

Die Auswirkungen dieser veränderten Methadonbehandlungspraxis können aufgrund der aktuellen Bilanzierung des dritten Methadonberichts als positiv bezeichnet werden. Der Bericht hält als Schlussfolgerung fest, dass „die Methadonbehandlung eine wissenschaftlich fundierte, wirtschaftliche und zweckmässige Behandlung darstellt. Sie fördert die Verbesserung des Gesundheitszustandes von Drogenabhängigen. Im Verlauf der Behandlung soll eine psychosoziale Stabilisierung erreicht werden, die eine wesentliche Voraussetzung für den Ausstieg aus der Opiatabhängigkeit darstellt.“ ⁽¹⁾

Die immer wieder geäusserte Auffassung, dass Substitutionsbehandlung das Suchtverhalten verfestige, kann keinesfalls belegt werden, wie der gleiche Bericht feststellt:
„Ob das Risiko einer insgesamt

verlängerten Abhängigkeit besteht, ist nicht gesichert. Fest steht, dass Methadonbehandlungen - auch nach langer Behandlungsdauer - erfolgreich abgeschlossen werden können... dass sich... relativ rasch erste Behandlungserfolge einstellen...“ ⁽¹⁾

Diese Einschätzung wird auch durch neuere Untersuchungen des Kantonsärztlichen Dienstes Genf gestützt. Von den positiven Behandlungsabschlüssen in den Jahren 1988 bis 1993 entfallen immerhin 26 Prozent auf Klienten und Klientinnen, die länger als zwei Jahre substituiert worden sind ⁽¹⁵⁾. Ganz allgemein gilt: Behandlungsdauer, Dosierung und Qualität der begleitenden Interventionen sind entscheidend für den Behandlungserfolg ⁽¹⁶⁾.

Eine deutliche Mehrheit der Kantonsärzte beurteilt schliesslich die psychosoziale Stabilisierung durch Methadonbehandlungen, die Erfolge hinsichtlich der Heroinabstinenz und die HIV-präventive Wirkung der Methadonabgabe positiv ⁽¹⁷⁾.

Diesem positiven Gesamtbild sind die geltenden Finanzierungsbedingungen der Krankenkassen entgegen gestanden, welche der veränderten Situation in keiner Weise angepasst worden sind. Die von den Kassen geforderte Dosisreduktion, ein Mindestalter von 20 Jahren und der Nachweis von zwei „gescheiterten“ stationären Entwöhnungsbehandlungen sind im dritten Methadonbericht kritisch beurteilt worden ⁽¹⁾. In der Änderung der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung vom 13.12.96, sie ist am 1.1.97 in Kraft getreten, wird diesen Kritikpunkten jedoch mittlerweile Rechnung getragen: Neu besteht eine Leistungspflicht der Versicherungen auch dann, wenn eine Entzugs- oder eine Entwöhnungsbehandlung keinen Erfolg verspricht. In der Regel müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Patient oder die Patientin ist mindestens 18 Jahre alt und
- seit mindestens einem Jahr opiatabhängig.
- Nach ärztlicher Fachmeinung ist eine Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung zur Zeit nicht indiziert.

Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln (Heroin)

An der Anzahl der Patienten und Patientinnen gemessen eher unbedeutend, politisch jedoch umstrittener als die Methadonprogramme sind die durchgeführten Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln an Heroinabhängige (PROVE). Erprobt wird mit diesem Projekt die Wirksamkeit einer Morphin-, Heroin- oder intravenösen Methadonsubstitution unter ärztlicher Kontrolle.

Für eine Aufnahme in ein PROVE-Projekt gelten strenge Kriterien:

- Versuchsteilnehmer und -teilnehmerinnen müssen mindestens 20 Jahre alt und
- seit mindestens zwei Jahren heroinabhängig sein,
- zwei gescheiterte Behandlungsversuche unternommen haben, und/oder wenn eine Behandlung im Rahmen des bestehenden Angebotes wenig Erfolg verspricht sowie
- deutliche gesundheitliche und/oder soziale Schädigungen aufweisen.

Die Teilnahme ist absolut freiwillig, das heisst eine entsprechende Einverständniserklärung ist vorab zu unterzeichnen. Während der Teilnahme am Programm ist der Fahrausweis (sofern vorhanden) zu hinterlegen.

1994 sind die ersten sieben Projekte angelaufen; diese haben im ersten

Jahr 361 Eintritte gehabt. Nach einer Ausweitung der bewilligten Anzahl Teilnehmende von 750 auf maximal 1'000 Personen (davon höchstens 800 Heroinbeziehende) und Anpassungen der Versuchsbedingungen bzw. Umteilung von Teilnehmenden teilweise aufgrund negativer Erfahrungen mit der intravenösen Anwendung von Morphin und Methadon⁽¹⁸⁾ sind im Rahmen einer Ausweitung des Versuchs und zusätzlicher Forschungsfragen 1995 acht weitere Projekte hinzugekommen (502 Eintritte in diesem Jahr). Nach einer Stichtagserhebung haben sich am 1.7.96 913 Personen in Behandlung befunden; bis zu diesem Datum sind insgesamt 1'139 Eintritte in 15 schweizer Städten zu verzeichnen gewesen^(19, 20).

Im November 1995 ist durch den vorgestellten Zwischenbericht mit der Beurteilung der Entwicklung von 366 Teilnehmenden aus sieben Programmen während einer sechsmonatigen Beobachtungsdauer 1994/1995 (Verlaufsdaten sind anhand von 259 persönlichen Interviews gewonnen worden) eine erste wissenschaftliche Auswertung zu diesen zeitlich begrenzten Versuchen vorgenommen worden (Versuchsende 31.12.96, Aufnahmestopp seit Juni 1996). Eine bundesrätliche Übergangsverordnung bewilligt eine zweijährige Verlängerung der Behandlung für Programmteilnehmer und -teilnehmerinnen, die Ende 1996 noch in den

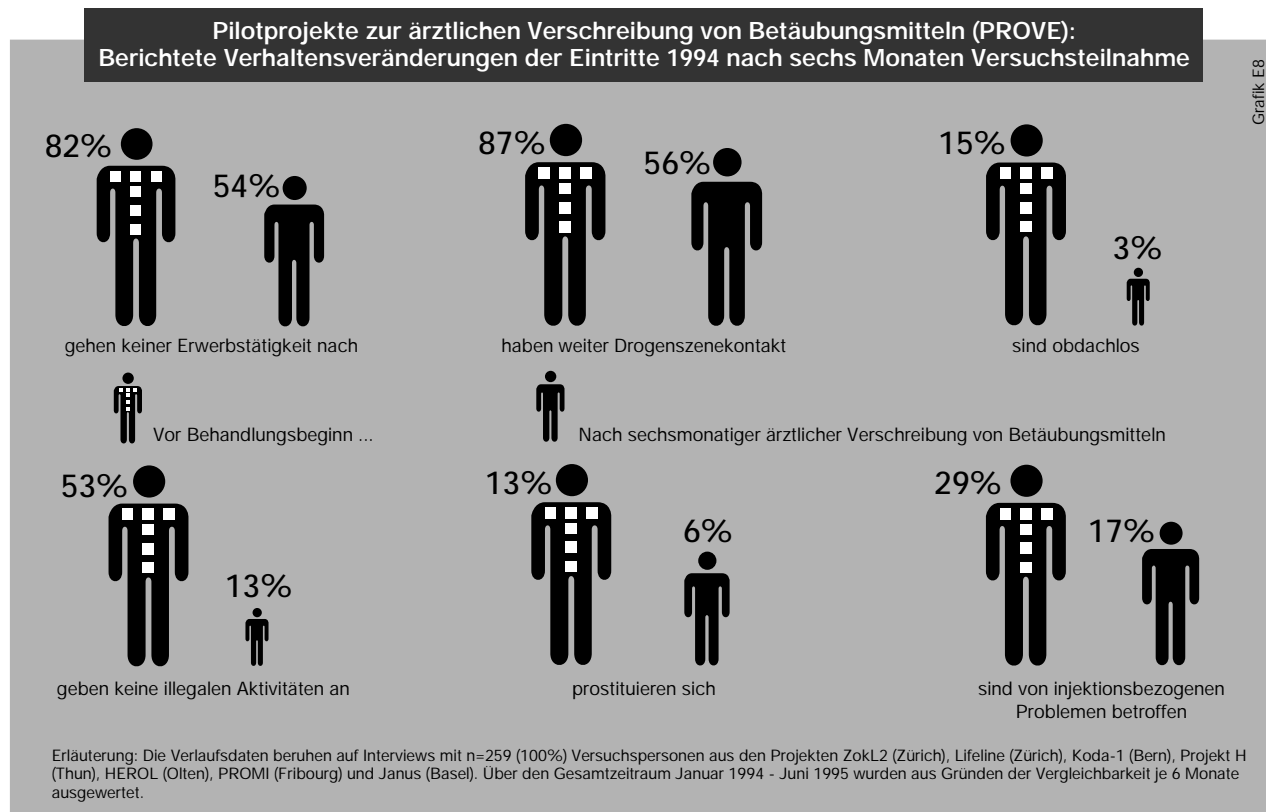
Die Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat die ärztlich kontrollierte Abgabe von Opiaten gutgeheissen

109

Die Versuche der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln

- sollen einen Schritt auf dem Weg zur Drogenabstinenz darstellen.
- Dabei stehen die Verbesserung des körperlichen und/oder psychischen Gesundheitszustandes, der sozialen Integration... sowie die Erhöhung des Verantwortungsbewusstseins betreffend das HIV-Infektionsrisiko im Vordergrund...
- Sie sind als Behandlungsansatz für Drogenabhängige gedacht, die von bisher erprobten und eingeführten Therapiemethoden nicht mit ausreichendem Erfolg erreicht worden sind.
- Sie orientieren sich an den Erfahrungen methadongestützter Behandlungen sowie experimenteller Suchtmittelverschreibungen⁽¹⁷⁾.

BEHANDLUNG ILLEGALE DROGEN



110

Die Abbruchquote bei Programmen zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln ist geringer als bei anderen Therapieformen

Projekten behandelt worden sind, d.h. bis Ende 1998. Dieser erste Zwischenbericht liefert die Anhaltspunkte für die überwiegend positiven Effekte dieser Verschreibungsprogramme (vgl. Grafik E8):

- Es sind vor allem stark belastete, langjährige Drogenkonsumenten erreicht worden.
- Die Versuchsteilnehmer und -teilnehmerinnen sind durchschnittlich 30 Jahre alt und seit zehn Jahren heroinabhängig, 82 Prozent ohne Arbeit, 86 Prozent gerichtlich verurteilt, und die Mehrheit hat zum Zeitpunkt ihres Eintrittes Kontakt zu anderen Drogenhilfseinrichtungen.
- 82 Prozent der Teilnehmenden verbleiben während mindestens sechs Monaten in Behandlung (dies ist länger als bei anderen Therapieformen). Dabei ist zu beachten, dass 49 Prozent der

ausgeschiedenen Personen in ein anderes Behandlungsprogramm gewechselt haben.

- Während der Beobachtungszeit hat sich die soziale Lebenssituation der 259 Versuchspersonen bezüglich Arbeit, Wohnen und Delinquenz verbessert. Eine Lösung von der Drogenszene und eine beginnende Resozialisierung ist klar erkennbar ^(19, 21).

Eine Studie in Zusammenarbeit mit der Kriminalpolizei des Kantons Zürich aus dem ARUD-Verschreibungsprojekt für drogenabhängige Frauen (diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich, DDD-F) vertieft einzelne Aspekte und zeigt z.B. auf, dass „bei 55 in der Poliklinik ZokL2 behandelten Patientinnen 5.6mal weniger polizeilich registriert worden sind als vor Behandlungsbeginn.“ ⁽²²⁾

Ein zweiter Zwischenbericht der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln vom September 1996 basiert - was die Veränderungen in der Kohorte 94 betrifft - auf 206 Interviews, welche die ersten zwölf Behandlungsmonate abdecken und zwischen dem 12. und 15. Behandlungsmonat bei den 1994er Eintritten durchgeführt worden sind. Der Bericht liefert weitere wichtige Informationen, die die ersten Ergebnisse wesentlich ergänzen und insgesamt stützen. Er zeichnet folgendes Bild der Versuchsteilnehmer und -teilnehmerinnen ⁽²⁰⁾:

- Es kann von einer zunehmenden Distanzierung von der Drogenszene gesprochen werden. So nimmt die Zahl der Szenenbesuche tendenziell ab. Haben bei Eintritt lediglich 15 Prozent keinerlei Kontakt mit der Drogenszene gehabt, so sind es im Zwölf-Monatsverlauf bereits 46 Prozent. Gleichzeitig geht jedoch dieser Abbau der Kontakte zu anderen Drogenkonsumierenden nicht notwendigerweise mit einem Aufbau alternativer sozialer Kontakte einher.
- Die Beschäftigungssituation der Teilnehmer und Teilnehmerinnen hat sich deutlich verbessert:

Waren zum Zeitpunkt des Eintritts 16 Prozent der Befragten in die Arbeitswelt integriert, so ist ihr Anteil nach einem Jahr auf 50 Prozent gestiegen.
- 78 Prozent der Befragten haben kein Heroin ausserhalb des Programms konsumiert; der Kokainkonsum ist im Vergleich zur Eintrittssituation immerhin zurückgegangen; eine Verlagerung der Suchtproblematik (z.B. hin zu kritischem Alkoholkonsum) kann nicht festgestellt werden.
- Der Gesundheitszustand der teilnehmenden Personen hat sich nach zwölf Monaten gemäss den ärztlichen Untersuchungen deut-

lich verbessert. So sind beispielsweise viele schwere Hauterkrankungen abgeheilt, und knapp die Hälfte der bei Eintritt Untergewichtigen haben ihr Gewicht normalisieren können. Insgesamt kann von einer auffallend günstigen somatischen und psychischen Entwicklung bei den Teilnehmenden gesprochen werden.

Der zweite wissenschaftliche Zwischenbericht bestätigt zudem - vor allem aufgrund des Vergleichs der Eintritte 1994 und 1995 -, dass durch die Ausweitung der Versuche die Forschungsziele nicht beeinträchtigt worden sind.

Schliesslich weist eine Analyse der Austritte und Behandlungsübertritte während des ersten Behandlungsjahres (104 Personen im Bezugsjahr 1994) darauf hin, dass sich unter den Austretenden vermehrt Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand (HIV-Infektion) oder mit langjährigem Heroinkonsum befinden, während Teilnehmende mit kurzen Karrieren, wenig Szenenkontakten und schlechter Arbeitsintegration am häufigsten in der Behandlung verbleiben. 54 Prozent der Austritte wechseln in eine andere Behandlung über (9% abstinentorientiert, 45% Methadonsubstitution) ⁽²⁰⁾. Damit kann die Haltequote - vor allem im Vergleich zu Methadonprogrammen - weiterhin als sehr zufriedenstellend bezeichnet werden. Die eigentliche Abbruchquote ist angesichts der Behandlungsübertritte als niedrig einzustufen.

Probleme mit Blick auf die Gesamtlaufzeit der Verschreibungsprojekte sind in folgenden Bereichen sichtbar geworden:

- Kokainkonsum und Prostitution gehen zumindest während der ersten sechs Teilnahmemonate mit einer erhöhten Austrittswahrscheinlichkeit einher ^(21, 22).
- Der hohe Anteil von Versuchsteilnehmern und -teilnehmerinnen,

Die Auswirkungen der Programme zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln sind überwiegend positiv

Der von Kritikern befürchtete Ansturm auf das „Staatsheroin“ ist ausgeblieben

Die Stimmbürger und -bürgerinnen von St. Gallen, Winterthur und Zürich haben sich in städtischen Abstimmungen für die kontrollierte Heroinabgabe ausgesprochen

112

die direkt aus Methadonprogrammen in die Programme der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln übergetreten sind und offenbar bei Eintritt trotz der Methadonsubstitution noch regelmässig illegales Heroin konsumiert haben, erfordert eine kritische Evaluation der Eintrittskriterien und der Reichweite der Methadonprogramme ⁽²⁰⁾.

- Noch ist unklar, wie der höheren Austrittsbereitschaft bei HIV-positiven Teilnehmern und Teilnehmerinnen und einem Teil der Langzeitkonsumenten und -konsumentinnen mit schlechtem gesundheitlichem Zustand begegnet werden kann.
- Zwar hat das BAG gegenwärtig alle 800 möglichen Bewilligungen an die Kantone vergeben, gleichzeitig ist die Nachfrageentwicklung durch Drogenkonsumierende nach einem Platz in diesem Programm während der Gesamtlaufzeit eher verhalten ausgefallen; noch im November 1995 haben 610 Bezüger an den Heroinabgabeprogrammen teilgenommen. Von den 125 Heroinabgabepunkten in den drei stadtzürcherischen Polikliniken sind Ende April 1996 nur 82 Prozent (103) auch belegt gewesen. Hierfür werden folgende Ursachen angenommen: 1. hohe Aufnahmeanforderungen und starke Beanspruchung durch die Begleitforschung, 2. die begrenzte Anziehungskraft für Konsumierende mit kombiniertem Drogenkonsum (Cocktails), 3. eine schlechtere Erreichbarkeit und Vernetzung der ländlichen Abgabestellen, 4. die Unsicherheit bei den Versuchsteilnehmenden, was nach Ablauf der Versuchsphase mit ihnen geschieht sowie 5. eine reduzierte Bereitschaft zur Teilnahme aufgrund des Zwangs zu verdeckter Beschaffung bzw. zum kontrollierten Konsum nach der Schliessung der offenen Szenen (NZZ 24.11.95).

Hieraus ergeben sich Anhaltspunkte für allfällige strukturelle Programm- anpassungen. Wie bei anderen Behandlungsangeboten auch, muss die Frage der Zuordnung von Diagnose und therapeutischem Angebot („matching“) immer wieder neu gestellt und die Zielgruppe bestimmt werden, bei der gerade diese Unterstützung am besten anschlägt.

Inwieweit die bislang eher positive Bilanz weiterhin aufrechterhalten werden kann, wird unter anderem der für Juli 1997 zu erwartende Schlussbericht zeigen, der u.a. Auskunft über 18-Monatsverläufe der Behandlung und Erfahrungen mit anderen nicht-injizierbaren Heroinpräparaten geben soll. In diesem Bericht werden auch Methadonvergleichsgruppen systematisch berücksichtigt und Wirtschaftlichkeitsaspekte der ärztlich kontrollierten Betäubungsmittelverschreibung dokumentiert. Der Bundesrat kann bei seinem endgültigen Entscheid zudem eine ergänzende Evaluation der Projekte durch eine internationale Expertengruppe der Weltgesundheitsorganisation (WHO) heranziehen. Die politischen Rahmenbedingungen für eine Fortführung bzw. Ausweitung dieser Verschreibungsprogramme hängen natürlich auch vom Ausgang der hängigen Volksabstimmungen „Jugend ohne Drogen“ bzw. „Droleg“ ab. Deutet die klare Zustimmung des Stimmvolkes vom 1.12.1996 zur Weiterführung der kontrollierten Heroinabgabe in den Städten Zürich und Winterthur (mit 63 bzw. 59% Ja-Stimmen) und in St. Gallen am 2. März 1997 (mit 57% Ja-Stimmen) auf eine zunehmende Akzeptanz des Schadensbegrenzungsprinzips in weiten Bevölkerungskreisen hin. Dies hat sich auch bei früheren, ähnlich gelagerten Abstimmungen gezeigt (Basel-Stadt 1994, Winterthur und Kanton Zug 1995).

**Stationäre Drogentherapie:
Aktuelle Entwicklungstendenzen -
fortgesetzter Anpassungsdruck**

Mit zunehmender Akzeptanz des Konzeptes der Schadensbegrenzung und der Ausweitung des ambulanten Beratungsangebotes, insbesondere verschiedener Formen niedrigschwelliger Überlebenshilfe, ist die stationäre Drogentherapie Ende der 80er Jahre vorübergehend in eine Krise geraten:

Die Belegungszahlen sind gesunken, für bestimmte Klienten- und Klientinengruppen (u.a. HIV-positive Drogenkonsumierende) ist das vorhandene Angebot offenbar nicht mehr attraktiv gewesen. In den Jahren 1989 bis 1993 ist es dann zu einer erneuten Ausweitung des Angebotes und zahlreichen Einrichtungsneugründungen gekommen. Zahlen aus dem Kanton Zürich weisen einen 67prozentigen Anstieg bei den Langzeitbehandlungen und 51 Prozent mehr Entzugspatienten und -patientinnen aus ⁽²³⁾. Dieser kantonale Trend hat sich auch in der ersten nationalen Bestandsaufnahme zur Situation im stationären Drogenentzug und in der stationären Drogenrehabilitation widerspiegelt. Eine Stichtagserhebung vom Mai 1993 bei 131 Einrichtungen hat einen hohen Auslastungsgrad ergeben. Insbesondere der stationäre Drogenentzug ist als Wachstumsbranche eingestuft worden, da sich das Platzangebot innert fünf Jahren um etwa 70 Prozent vergrößert hat und die Hälfte der Neugründungen im Zeitraum 1988-1993 stattgefunden haben ⁽²⁴⁾. Mit seinem Beschluss vom 3.10.1994 hat der Bundesrat die Konsequenzen aus der REHA2000-Studie gezogen und gekoppelt an ein finanzielles Unterstützungspaket in der Höhe von insgesamt 13.3 Millionen Franken (1995-2000) folgende Dringlichkeitsmassnahmen verabschiedet:

- Die Gewährung von Starthilfebeiträgen für neue Angebote in der stationären Drogentherapie.

- Die Schaffung eines nationalen Informationssystems mit Blick auf das Therapieangebot, den Evaluationsbedarf und nationale Behandlungsstatistiken/Monitoring.
- Den Aufbau einer nationalen Koordinationsstelle (KOSTE, ein fünfjähriges Pilotprojekt ab dem 1.10.95).
- Die Erarbeitung eines umfassenden Finanzierungskonzeptes u.a. nach dem Vorbild der interkantonalen Heimvereinbarung.

Seit 1994 häufen sich jedoch die Anzeichen für eine erneute Trendwende im stationären Sektor. Ein Blick auf den Kanton Zürich, welcher ein besonders dichtes Therapienetz aufweist, illustriert diese Annahme:

- Spezialisierte stationäre Einrichtungen wie die Drogenstation Frankental melden seit Monaten einen Nachfragerückgang ⁽²⁵⁾.
- Pläne für die Einrichtung einer speziellen Drogenstation für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 12 und 18 Jahren (28 Plätze) werden nicht weiterverfolgt, weil sich der Bedarf nach Therapieplätzen für jugendliche Suchtmittelabhängige reduziert hat (NZZ 28.3.96).
- Die Drogenstation in Egg, eine Station für zwangseinzuweisende Drogenabhängige (fürsorgerischer Freiheitsentzug), hat nach nur vier Monaten im Frühjahr 1996 ihren Betrieb eingestellt (NZZ 27.2.96).
- Auf ein Frauenprojekt des Vereins „start again“ ist verzichtet und
- das von Pfarrer Ernst Sieber ursprünglich auf 76 Plätze angelegte Roggwiler Drogendorf ist auf 12 Plätze redimensioniert worden.

Einerseits wird aus Fachkreisen die Vermutung geäussert, dass die Nachfrage nach Therapieplätzen deutlich

Das Platzangebot stationärer Therapieeinrichtungen ist in den letzten Jahren relativ konstant geblieben und entspricht etwa fünf Prozent aller Drogenabhängigen

BEHANDLUNG ILLEGALE DROGEN

Es ist kein Einbruch der Nachfrage nach stationären Drogentherapie- plätzen zu verzeichnen

sinke und mancherorts das Platzangebot nur zu 50 bis 70 Prozent genutzt werde (vgl. NZZ 26.2.96). Andererseits werden insbesondere auch aus der Romandie gegenteilige Stimmen laut, die darauf hinweisen, dass fast überall Wartelisten geführt werden müssten.

Die SFA hat von Juni bis September 1996 eine gesamtschweizerische „Telefon-Blitzumfrage“ (vgl. Tabelle E5) zur Nachfrage nach Therapieplätzen durchgeführt. An dieser haben sich 78 Einrichtungen (94% von 83 angesprochenen Institutionen) aus 19 Kantonen beteiligt. Dabei sind 21 Einrichtungen aus dem Tessin und der Romandie vertreten (21%), und auf die Kantone mit dem dichtesten Therapienetz entfallen 21 Prozent (Bern) bzw. 19 Prozent (Zürich).

Die Angaben zu den Eintritten und zum Platzangebot der befragten Einrichtungen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 deuten auf eine relativ stabile Situation hin. Die absolute Gesamtzahl der Eintritte steigt zwar von 1'538 (1993) auf 1'914 (1994) und auf 2'017 (1995) an. Zumindest der Anstieg von 1993 auf 1994 kann vermutlich jedoch auf Unterschiede in der Vollständigkeit der Angaben (für 1993 fehlen die Angaben von fünf Einrichtungen) zurückgeführt werden. Der Einfluss therapeutischer Konzeptänderungen - vor allem bezüglich der Therapiedauer oder einer Abstinenzorientierung - auf die jährlichen Eintrittszahlen, wäre im Rahmen einer eingehenderen Analyse zu prüfen.

Gleichzeitig ist das Platzangebot ebenfalls relativ konstant geblieben, wobei allerdings die Anzahl neu eröffneter Häuser (13 zwischen 1993 und 1995) und die Anzahl der Schliessungen noch genauer zu berücksichtigen wären: 65 Häuser melden für Ende 1993 1'232 Therapieplätze, 74 Häuser für 1994 1'429 Plätze und 78 Häuser für 1995 1'456 Plätze.

Obgleich nach diesen Ergebnissen keineswegs von einem allgemeinen

Einbruch der Nachfrage nach stationärer Drogentherapie in den letzten drei Jahren gesprochen werden kann, gibt es doch gewisse Anzeichen für einen allmählich einsetzenden Schrumpfungs- und Umstrukturierungsprozess im stationären Drogentherapiektor.

Die durchschnittliche jährliche Auslastungsquote aller Therapieplätze ist leicht rückläufig (1993: 88%; 1995: 83%). Im Kanton Zürich ist - allerdings auf tieferem Niveau - eine vergleichbare Entwicklung festzustellen. Abgesehen von diesen Durchschnittswerten haben hier allerdings fünf Einrichtungen sogar durchschnittliche Jahresbelegungen von lediglich 30 bis 67 Prozent gemeldet.

Gleichzeitig führen immer weniger Einrichtungen Wartelisten: 1993 haben noch 55 Prozent der Häuser eine solche Liste geführt - 1995 nur noch 49 Prozent. Dieser Abbau der ursprünglich wohl wegen eines Nachfrageüberhangs entstandenen Listen hat jedoch nicht ausgereicht, um den Nachfragerückgang aufzufangen.

Schliesslich ist 1995 auch erstmals ein nennenswerter Personalabbau zu verzeichnen gewesen: 1993 hat lediglich eine, 1994 haben schon fünf Einrichtungen Personalabbau gemeldet; 1995 stieg die Zahl der vom Personalabbau betroffenen Häuser auf elf an.

Dieses Bild kann jedoch nicht verallgemeinert werden: Diesen elf Einrichtungen, die Personal abbauen müssen, stehen nämlich fast doppelt so viele gegenüber, die ihr Personal 1996 verstärkt haben. Vermutlich stehen lediglich Teilbereiche des stationären Sektors unter „Anpassungsstress“. Auf diese These wird im Zusammenhang mit der Diskussion über die Zukunftsperspektiven und der Lückendiagnose aus Sicht der Therapieanbieter und kantonaler Behörden noch zurückzukommen sein.

Therapiesystem in der Krise? Wettbewerb und Qualität - zwei Thesen

Bereits eingeleitete bzw. mittelfristig absehbare Strukturanpassungen im stationären Sektor werden vor allem mit zwei Thesen erklärt, die hier näher erläutert werden sollen. Sie betreffen letztlich das Zusammenspiel aller Therapieanbieter und die Rolle des Staates bei der Steuerung und Kontrolle des Therapieangebotes:

These 1:

- Das Gesamtpotential der Klienten und Klientinnen hat sich verringert,

- das Konsumverhalten hat sich geändert und
- die Nachfrageentwicklung ist falsch eingeschätzt worden.

Nach der Schliessung des Lettens am 14.2.1995 und der Auflösung weiterer offener Drogenszenen sind die Drogenabhängigen schwerer erreichbar. So sind in der Stadt Zürich 1995 im Vergleich zum Vorjahr die Betäubungsmitteldelikte um 20 Prozent (Konsum) bzw. 25 Prozent (Handel) zurückgegangen. Indirekt hat sich so auch der Personenkreis

Die durchschnittliche Auslastung ist jedoch leicht rückläufig

Inanspruchnahme und Kapazitätsentwicklung stationärer Drogenbehandlungseinrichtungen 1993 - 1995

Tabelle E5			
Alle befragten Einrichtungen (N=78)			
	1993	1994	1995
Durchschnittliche prozentuale Therapieplatzauslastung	88 % (bei 62 antwortenden Einrichtungen) 12 dieser Einrichtungen haben eine Auslastung von ≤ 75%	87 % (bei 68 antwortenden Einrichtungen) 15 dieser Einrichtungen haben eine Auslastung von ≤ 75%	83 % (bei 73 antwortenden Einrichtungen) 17 dieser Einrichtungen haben eine Auslastung von ≤ 75%
Personalbestandsveränderungen ²	bei 65 antwortenden Einrichtungen Neuanstellungen in 15 Einrichtungen (23%) Personalreduktion in 1 Einrichtung (2%)	bei 73 antwortenden Einrichtungen in 20 Einrichtungen (27%) in 5 Einrichtungen (7%)	bei 78 antwortenden Einrichtungen in 19 Einrichtungen (24%) in 11 Einrichtungen (14%)
Nachfrageüberhang Einrichtungen mit Warteliste	36 von 65 Einrichtungen (55%)	41 von 74 Einrichtungen (55%)	38 von 78 Einrichtungen (49%)

Befragte Einrichtungen im Kanton Zürich (N=15)			
	1993	1994	1995
Durchschnittliche prozentuale Therapieplatzauslastung	83 % (bei 13 antwortenden Einrichtungen) 4 dieser Einrichtungen haben eine Auslastung von ≤ 75%	83 % (bei 15 antwortenden Einrichtungen) 5 dieser Einrichtungen haben eine Auslastung von ≤ 75%	77 % (bei 15 antwortenden Einrichtungen) 5 dieser Einrichtungen haben eine Auslastung von ≤ 75%
Personalbestandsveränderungen ²	bei 13 antwortenden Einrichtungen Neuanstellungen in 3 Einrichtungen (21%) Personalreduktion in keiner Einrichtung (0%)	bei 15 antwortenden Einrichtungen in 5 Einrichtungen (36%) in 1 Einrichtung (7%)	bei 15 antwortenden Einrichtungen 2 Neuanstellungen (13%) 4 Personalreduktionen (28%)
Nachfrageüberhang Einrichtungen mit Warteliste	7 von 24 Einrichtungen (50%)	7 von 15 Einrichtungen (47%)	8 von 15 Einrichtungen (53%)

¹ Unter Zuhilfenahme entsprechender Adressverzeichnisse wurden im Rahmen einer Telefonumfrage der SFA im Zeitraum Juni-September 1996 insgesamt 83 Einrichtungen in der gesamten Schweiz angesprochen; die Rücklaufquote dieser 'Blitzumfrage' lag bei ca. 94%. Die Verweigerungsquote in der Romandie fiel höher aus als in der deutschen Schweiz. Die Tabellendaten beziehen sich auf folgende Fragen: «Wie hoch war die durchschnittliche Auslastung der Therapieplätze 19(93/94/95) in Prozent?» - «Haben Sie 19(93/94/95) Personal neu angestellt, Personal reduziert, einen gleichbleibenden Personalstand gehabt?» - «Bestand in 19(93/94/95) eine Warteliste für Therapieinteressenten?».

² Übrige Einrichtungen mit gleichbleibendem Personalbestand oder fehlenden Angaben.

der unfreiwilligen Therapieeintritte reduziert, der gemäss der aktuellen Jahresstatistik des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie (FOS) immerhin noch bei 39 Prozent aller Aufnahmen in eine stationäre Therapieeinrichtung liegt ⁽⁸⁾.

Teilweise wird die Auffassung vertreten (so der Drogendelegierte der Stadt Zürich, A. Stoppa, in einem NZZ-Interview vom 20.3.96), dass durch die Auflösung des subkulturellen Umfeldes auch eine therapierrelevante Veränderung des Konsumverhaltens begünstigt worden sei. Die Abhängigen würden wegen des erhöhten Verfolgungsdruckes zwangsläufig kontrollierter konsumieren und hätten sich damit sowohl physisch als auch psychisch stabilisiert. Damit wären sie besser und länger in der Lage, sich sozial integriert zu verhalten. Folglich sinke auch die Therapiebedürftigkeit. Stimmen aus der Praxis scheinen diese These zu stützen und sprechen bereits von einem Trend - so die Leitung der Drogenstation Frankental: „In den letzten Jahren hat sich die Klientel des Frankentals stark verändert. Waren früher schwer verahrloste Abhängige mit langen Drogenkarrieren in der Mehrzahl, sind es heute vorwiegend jüngere mit entsprechend kurzen Drogenerfahrungen, bei denen eigentlich nicht das Drogenproblem im Vordergrund steht, sondern eher psychosoziale Entwicklungsdefizite.“ ⁽²⁵⁾ Die FOS-Jahresgesamtstatistik 1996 erlaubt vorläufig noch keine repräsentativen Trendvergleiche, relativiert aber solche Annahmen. Für das Berichtsjahr zeigt sich bei den erfassten Häusern nämlich eher ein klassisches Patienten- und Patientinnenprofil: Lediglich sieben Prozent der Eintretenden sind jünger als zwanzig Jahre - 42 Prozent verfügen über keine Berufsausbildung, 59 Prozent konsumieren im letzten Jahr vor Eintritt „meistens“ oder „immer“ mehrere Drogen am gleichen Tag, und 28 Prozent geben Vorbehandlungen wegen psychischer Probleme an ⁽⁸⁾. Es bleibt abzuwarten, ob und

wie sich dieses Profil in den nächsten Jahren ändern wird.

Schliesslich ist der weitere Verlauf der Dezentralisierungspolitik ⁽²⁶⁾ zu verfolgen. Der präventive Ausbau des Behandlungsangebotes in verschiedenen Kantonen mit Blick auf die Lettenschliessung hat nur teilweise zur Verlagerung der Therapienachfrage geführt. Diese neuen Angebote werden teilweise gar nicht wahrgenommen.

These 2:

Vor allem die stationären Angebote können auf dem Therapieanbietermarkt im Verteilungskampf um die „knapper werdenden Klienten und Klientinnen“ gegen die Substitutionsprogramme und niedrigschwelligen ambulanten Angebote schlechter bestehen.

Diese These basiert auf drei Vermutungen:

- Die stark an Bedeutung gewinnenden Substitutionsprogramme (Methadon- und künftig ggf. Heroinabgabe) verdrängen die stationären Langzeittherapien.
- Die allgemeine Akzeptanz des Schadensverminderungskonzepts hat die Bereitschaft der Abhängigen verringert, die zahlreichen Einschränkungen einer stationären Abstinenztherapie auf sich zu nehmen.
- In Zeiten zunehmender Mittelknappheit nehmen Gemeinden und öffentliche Kassen Kostengutsprachen vermehrt nach Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten und weniger nach der therapeutischen Indikation vor.

Im folgenden soll auf die vermuteten Auswirkungen des Anstieges der Methadonprogramme auf den stationären Bereich und auf den zunehmenden Anpassungsdruck, der auf die Einrichtungen (Stichwort „Qualitätssicherung in der Suchtarbeit“)

von staatlicher, aber auch berufsständischer Seite ausgeübt wird, eingegangen werden.

**Methadonprogramme -
Verdrängungswettbewerb oder
zielgruppengerechte komplementäre Therapie?**

Behandlungspolitisch wäre ein möglichst breit gefächertes Therapieangebot erwünscht, das für unterschiedliche Zielgruppen geeignet und auf die jeweilige Phase der individuellen Suchtkarriere abgestimmt ist. Die verstärkten Angebote für noch nicht therapiebereite Abhängige (die Einführung der ambulanten Opiatversuchsprogramme und die massive Ausweitung der Methadonbehandlungen) sollen die Palette der Angebote, insbesondere mit Blick auf die abstinenzorientierten stationären Langzeitbehandlungen, ergänzen. Die Annahme, dass stationäre Angebote durch niedrigschwellige Angebote oder eine flexiblere Handhabung der Indikationskriterien für Methadonbehandlungen konkurrenziert werden, lässt sich bis anhin kaum belegen; vielmehr spricht vieles für ein komplementäres Verhältnis:

- Der aktuelle Methadonbericht weist darauf hin, dass Methadonbehandlungen vor allem für neue Konsumentengruppen notwendig geworden sind, die sich nicht für eine stationäre Abstinenztherapie eignen. Es handelt sich um relativ junge Folienrauchende, sozial gut integrierte Späteinsteigende und invalidisierte Heroinabhängige, welche einem stationären oder ambulanten Rehabilitationsprogramm nicht gewachsen wären ⁽¹⁾.
- Daten aus dem Kanton Genf zeigen für die Jahre 1990 bis 1993 einen steigenden Anteil von Methadonpatienten (von 30 auf 55 Prozent), die zuvor eine Erstbehandlung im Rahmen einer stationären Einrichtung gehabt haben ⁽¹⁵⁾.
- Die Funktion der Methadonbehandlung als vorübergehendes

Auffangnetz bei Therapieabbrüchen bzw. als „Filter“ für Klienten oder Klientinnen, die ohne diese Möglichkeit gewissermaßen diagnosewidrig stationäre Therapieplätze besetzen würden, ermöglicht abstinenzorientierten Langzeiteinrichtungen gerade eine konsequente Umsetzung und Anwendung ihrer Rekrutierungs- und Behandlungsmassnahmen ⁽²⁷⁾.

- Auch bei ausgesprochen niedrigschwelligem Methadonprogrammen (z.B. ZokL1 in Zürich) sind durchaus zufriedenstellende Übertrittsraten in höherschwellige Behandlungseinrichtungen festzustellen, d.h. die Behandlungsmotivation wird gestärkt und nicht etwa geschwächt ⁽²⁸⁾.
- Gemäss der FOS-Statistik für das Jahr 1995 hat die Hälfte der Klienten und Klientinnen vor dem Eintritt in eine stationäre Einrichtung an einer Substitutionsbehandlung teilgenommen ⁽⁸⁾. Dies ist ein weiteres Indiz dafür, dass diese Behandlungsform keineswegs als Alternative zu einer stationären Behandlung oder als „bequemere Form“ des Umgangs mit der Sucht benutzt wird.

Eine direkte Konkurrenzierung von ambulantem und stationärem Bereich scheint also wenig plausibel. Damit erübrigt sich jedoch die Frage nach notwendigen institutionellen Strukturanpassungen und unausgenutzten Synergieeffekten in diesem Therapie-sektor keineswegs. Dort liegen vermutlich wesentliche Mitursachen für den Nachfragerückgang bei den stationären Therapien.

**Qualitätssicherung in der Suchtarbeit -
zum Wohle der Patienten ? - zum Schaden
privater Therapieanbieter?**

Begünstigt durch die politische Aktualität der Drogenthematik ist die starke Expansion des Therapieangebotes lange Zeit weitgehend unkontrolliert erfolgt. Erst eine verschärfte Kostensituation, d.h. eine Kostenex-

Niedrigschwellige Angebote sind in den meisten Fällen keine Konkurrenz, sondern eine Ergänzung zu den stationären Therapien

*Kostendruck
begünstigt
die Entwicklung
von Qualitäts-
standards in
der Drogenhilfe*

plosion im Sozialwesen, u.a. durch steigende Armutsrisiken in Zeiten stagnierenden Wirtschaftswachstums bedingt, hat auch den Ruf nach einer Überprüfung der bislang politisch privilegierten Drogentherapieangeboten lauter werden lassen. Dabei sind sich politische Entscheidungsträger und Fachorganisationen einig, dass solche Strukturbereinigungen einen möglichst effizienten Mitteleinsatz zum Ziel haben müssen - aber gleichzeitig nicht zu einer Verschlechterung des Versorgungsniveaus für die Drogenabhängigen führen dürfen. Unter dem Stichwort „Qualitätssicherung“ wird daher gegenwärtig eine Diskussion über Leistungskriterien zwischen verschiedenen Akteuren im Therapiesystem eingeleitet:

„Die Definition der Qualitätskriterien soll als Prozess der verschiedenen Interessengruppen, Fachleute, Subventionierer und Institutionen verstanden werden. Nur so wird es möglich sein, befriedigende Arbeitsrealitäten zu schaffen und qualitativ gute Ergebnisse zu erreichen.“ (Vorwort zu einer entsprechenden Fachtagung des Verbandes der Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz VSD vom 14.6.96) Richtungsweisende Projekte und Vorarbeiten sind im Gange:

- Im Kanton Zürich erarbeitet die Gesundheitsdirektion Beurteilungskriterien für die gesamte Drogenarbeit (einschliesslich der Präventionsbemühungen) (NZZ 20.3.96).
- Die laufende Entwicklung eines modularen Erfassungssystems zur Typisierung von Behandlungsangeboten für Drogenabhängige (Pilotprojekt des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie FOS)⁽⁸⁾.
- Die im Oktober 1995 geschaffene Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Drogentherapie (KOSTE), welche mit der Erarbeitung von Vorschlägen für ein

einheitliches Finanzierungsmodell und die Entwicklung, Sicherung und Anpassung der Qualitätskriterien im stationären Suchtbereich befasst ist. In diesem Projekt werden letztlich Bemühungen des VSD fortgesetzt, Anforderungen an die Rahmenbedingungen von stationären Therapieeinrichtungen zu definieren^(29, 30).

Die Bemühungen der Fachverbände zur Entwicklung von Qualitätsstandards, d.h. vereinfacht ausgedrückt eines national anerkannten „Gütesiegels“ für Drogentherapieangebote, sind - angesichts der Unübersichtlichkeit des Angebotes und der mangelnden Kostentransparenz - auch im Sinne der „Konsumenten und Konsumentinnen im Therapiesupermarkt“, die sich in schwieriger Situation um seriöse Hilfe bemühen. Diese Diskussion ist nicht nur auf die Schweiz beschränkt. So hat in Deutschland der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe erst vor kurzem ein Positionspapier zur Qualitätssicherung in der stationären Suchtkrankenhilfe verabschiedet, das nicht zuletzt „Struktur- und Prozessqualität“ im Sinne einer permanenten Lern- und Anpassungsbereitschaft der Einrichtungen hervorhebt^(31, 32). Hinsichtlich der Kriterien für „Ergebnisqualität“ hat eine kontroverse Diskussion allerdings erst eingesetzt^(33, 34).

Gleichzeitig wehren sich die Fachverbände gegen einen teilweise „unlauteren Wettbewerb“ und versuchen, die Interessen ihrer Mitglieder zu wahren. Insbesondere die nicht-staatlichen Organisationen bzw. privaten Initiativen im Drogentherapiebereich der Schweiz haben in den letzten Jahren eine immer wichtigere Rolle gespielt. Die Interessengemeinschaft Private Drogenhilfe (IGDP) hält in einer Informationsbroschüre hierzu kämpferisch fest: „...private Einrichtungen leisten seit Jahren Pionierarbeit, nehmen Not und Missstände wahr, reagieren unkonventionell und mit grossem Engagement. Professio-

nelle und effiziente Einrichtungen sind das Resultat.“ Tatsächlich sind Grösse und Professionalisierungsgrad solcher Einrichtungen jedoch sehr unterschiedlich und reichen vom Bauernhof, der ehemalige Drogenabhängige aufnimmt, bis zur Stiftung Sozialwerke Pfarrer Ernst Sieber mit 18 Einrichtungen und 160 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen. Unzureichende staatliche und fachliche Kontrolle machen sich in dieser Situation immer mehr bemerkbar und werden zunehmend öffentlich kontrovers ausgetragen:

- Die Frage, inwieweit ideologische Ausrichtung auf Kosten der fachlichen Arbeit gehen darf, wird seit längerer Zeit am Beispiel der Einrichtungen der Organisation *Le Patriarche* diskutiert ⁽³⁵⁾.
- Es gibt zahlreiche Beispiele für die Rekrutierung von Klienten und Klientinnen in der Schweiz, welche dann staatlich unkontrolliert im Ausland (u.a. in Spanien, Frankreich und Tschechien) behandelt werden.
- Das Finanzgebaren sowie die hierarchischen Strukturen privater Werke - oft von charismatischen Persönlichkeiten geführt - haben das Interesse der Öffentlichkeit erregt.
- Der unkontrollierte Einsatz ehemals Drogenabhängiger als Therapeuten und Therapeutinnen in Einrichtungen, denen sektenähnliche Methoden und Strukturen vorgehalten werden, ist verschiedentlich problematisiert worden. Aktuelles Beispiel sind die diesbezüglichen Auseinandersetzungen zwischen den Walliser Kantonsbehörden und der Behandlungseinrichtung *Le Foyer des Rives du Rhône* bzw. der Vereinigung *AUORE* (vgl. Bericht der Dienststelle für Sozialwesen, Sitten, auf die Interpellation der SP-Fraktion im Walliser Grossen Rat am 14.5.96).

Aber nicht nur die Fachverbände sowie Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen sind in Sachen „Qualitätssicherung“ aktiv, auch die Subventionsgeber und die politischen Entscheidungsträger arbeiten an diesbezüglichen Vorgaben.

Der Entscheidung des Aargauer Gesundheitsdepartements, zukünftig Subventionen für die ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen an konkrete Leistungsvereinbarungen mit den mehrheitlich privaten Organisationen zu knüpfen, kommt Modellcharakter zu (ähnliches wird auch im Kanton Solothurn geplant) ⁽⁶⁾. Diese Verträge zwischen Geldgebern und den Einrichtungen enthalten Kriterien zum Fachpersonal, zu den Strukturen sowie zur Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und verpflichten die Subventionsnehmenden auf die Vorgaben des kantonalen Planungsberichtes. Der Kanton prüft, ob die fachliche Kontrolle der Einrichtung garantiert ist und ob die dafür eingesetzten Instrumente geeignet sind. Die Einrichtung informiert über Veränderungen an der „Behandlungsfreie“. Eine solche kantonale Lenkung und Leistungskontrolle führt möglicherweise zur Bereinigung des Therapiemarktes und wird von seriösen privaten Anbietern durchaus begrüsst. Diese beklagen nämlich seit geraumer Zeit gerade das Fehlen klarer drogenpolitischer Vorgaben, zu welchen (Qualitäts-) Bedingungen wie viele Therapieplätze erhalten bleiben sollen und fordern gleich lange Spiesse für private und staatliche Institutionen. So hat etwa die Interessengemeinschaft *Private Drogenhilfe des Kantons Zürich* in einer Medienorientierung vom 18.11.96 erklärt, dass ihre Mitglieder weit weniger in den Genuss von staatlichen Subventionen kämen als die staatlichen, daher höhere Tagessätze fordern müssten und in der Folge Klienten resp. Klientinnen verlieren würden. Einheitliche Subventionskriterien und Leistungsaufträge wären demnach ein Schritt in

Eine Leistungskontrolle führt zur Bereinigung des Therapiemarktes

BEHANDLUNG ILLEGALE DROGEN

Knappe Geldmittel können dazu führen, dass nicht die sinnvollste, sondern die billigste Therapieform gewählt wird

Richtung Wettbewerbsgerechtigkeit auf dem Therapiemarkt.

Die Frage der Qualitätssicherung wird auch auf *nationaler Ebene* im Bericht der vom Bundesrat beauftragten Expertenkommission „Schild“ zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes eine wichtige Bedeutung zugemessen:

Im entsprechenden Empfehlungsteil heisst es u.a. „Der Bund muss die Kompetenz erhalten, quantitative und qualitative Richtlinien zuhanden der Kantone zu erlassen. Ebenfalls muss er Minimalstandards für die Anerkennung von Einrichtungen und Berufsausbildungen von Fachleuten erlassen können... die Fort- und Weiterbildung für alle beteiligten Berufsgruppen ist mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung der Hilfsangebote auszubauen... die Kostengutsprache für Therapieangebote muss verbessert werden... die Schaffung kantonaler Konkordate ist... vom Bund zu initiieren.“⁽²⁾

Schliesslich hängt die Frage der Qualitätssicherung direkt mit dem Recht und der Möglichkeit der Drogenabhängigen zusammen, Zugang zu fachgerechter Therapie (ambulant und stationär) ungeachtet ihrer finanziellen Möglichkeiten zu erhalten. Gemäss Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) vom 19.6.92 gilt Heroinsucht als Krankheit, bei der die Krankenkassen grundsätzlich leistungspflichtig sind. Dies jedoch nur, wenn die Behandlung wirtschaftlich und nach wissenschaftlichen Methoden wirksam ist (Artikel 32 KVG), d.h. wenn deren Qualität offiziell anerkannt ist. Hier zeigt sich die Bedeutung der Diskussion um die Qualitätskontrolle in der Suchtarbeit für die in Frage kommenden Kostenträger. Darüber hinaus müssen die Zuständigkeiten bzw. das Zusammenspiel zwischen den Sozialversicherungen, Kantonen und Gemeinden geklärt werden. Die Folgen des Subsidiaritätsprinzips (Art. 328, 329 ZGB) für die Wahl der Therapie sind nämlich oft mehr als pro-

blematisch: Fachlich häufig wenig kompetente Kommunalbehörden wählen in schwierigen Budgetsituationen möglicherweise therapeutische Billigangebote, die letztlich dann doch nur zu kostspieligen Fehlplatzierungen führen. Betroffene und Verwandte können angesichts des Rückgriffrechts und drohender Verschuldung in oft sechsstelliger Höhe meist keinen Einfluss auf die zugewiesene Behandlung nehmen. Die Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für öffentliche Fürsorge (SKöF) haben lediglich Empfehlungscharakter. Die Beurteilung von Nachfragen für Kostengutsprachen im Kanton Basel-Stadt durch eine unabhängige Fachstelle (und nicht die Fürsorgebehörde), welche diese Qualitätskontrolle auch in Rechnung stellt, ist bislang eher eine Ausnahme. Damit wird deutlich, dass die Einführung von „Qualitätsmanagement“ oder „controlling“ nur eine notwendige, aber keineswegs hinreichende Bedingung für den optimalen Mitteleinsatz zum Nutzen der hilfsbedürftigen Drogenabhängigen ist. Flankierende organisatorische und politische Regelungen müssen hinzukommen.

Zukunftsperspektiven

Die Kantonsexpertenbefragung 1996 liefert wichtige Anhaltspunkte für die „Investitionsbereitschaft“ der Kantone im Therapiesektor. Sie zeigt, dass die wirtschaftliche und finanzielle Gesamtsituation auch die Prioritätensetzung in der Drogentherapie beeinflusst. Die Kantone sehen vor allem die Notwendigkeit, das Angebot der Überlebenshilfe stärker auf den Arbeitsbereich auszurichten, das heisst in Zeiten zunehmender Jugendarbeitslosigkeit geschützte und reguläre Arbeitsplätze auch für Nichtabstinenzwillige zu schaffen oder zu erhalten (entsprechende Angaben aus 9 Kantonen). Daneben sehen jeweils 7 Kantone Lücken bei der Früherfassung und betonen die Notwendigkeit eines differenzierten, gezielten Ausbaus des stationären

Bereichs (vgl. Tabelle E6). Bezüglich des letzten Punktes wird der Wunsch nach flexibler Therapiedauer und zielgruppengerechten Angeboten hervorgehoben (Doppeldiagnosen, Frauen, Jugendliche, Ausländer und Ausländerinnen usw.). Bezeichnend in Zeiten des „new public managements“ - und vermutlich wegweisend für die Zukunft - sind die angesprochenen flankierenden Strukturmassnahmen einiger Kantone. Diese zielen ab auf:

- vermehrte Koordination und Vernetzung der Einrichtungen
- mehr Steuerung durch den Kanton und Konzentration der Einrichtungen
- eine Vereinfachung der Träger-

schaftsstrukturen und Regionalisierung

- die Einführung von „controlling“ und klaren Leistungsaufträgen
- eine bessere organisatorische Abstimmung zwischen den Akteuren im Bereich legaler und illegaler Drogen
- Massnahmen zur Angebotsdifferenzierung.

Wie aber sehen die Behandlungsträger die Zukunft? Nicht unbedingt durch die rosarote Brille. So zeigt die Blitzumfrage der SFA bei 78 stationären Drogentherapieeinrichtungen, dass sich fast die Hälfte der Einrichtungen wegen zunehmender Finanzierungsprobleme und zuneh-

Beschreibung sowie Prognose der Therapie-/Hilfsangebots- (illegale Drogen) und Nachfrageentwicklung 1993 - 1998 nach Einschätzung der Kantonsexperten anlässlich der Kantonsbefragung 1996

Tabelle E6	Stationär	Ambulant	Überlebenshilfe (Gassenzimmer/Tagesstrukturen/ Wohnen/Arbeiten)	Substitution Methadon und andere
Nachfrageentwicklung seit 1993				
Zunahme	2 Kantone (GE, NE)	8 Kantone (GE, JU, LU, NW, OW, SH, SG, TG)	6 Kantone (AR, BS, JU, LU, SH, SG)	3 Kantone (BS, LU, NW)
Abnahme	7 Kantone (AG, BE, OW, SG, SO ¹ , TG, ZH)	2 Kantone (AI, SZ)		
Neue Projekte seit 1993	9 Kantone (AG, AR, GE, GR, LU, SG, SZ, TG, VS)	6 Kantone (AG, AR, GE, OW, SG, ZH)	16 Kantone (AG, AR, BE, BL, BS, JU, GL, GR, LU, SG, SZ, TG, VD, VS, ZG, ZH)	9 Kantone (BE, BS, GE, LU, SG, TG, VS, ZG, ZH)
Wichtigste Lücken und Perspektiven für 1997-1998 in Stichworten	Differenzierung (7 Kantone: AG, BE, BL, TI, UR, VD, ZG) - Gefängnisinsassen - flexible Kurzzeittherapien - teilstationäre Angebote - Mütter + Kind, Ausländer, Jugendliche, Gefängnisinsassen	Früherkennung und Früherfassung legale Drogen (6 Kantone: BE, GR, NW, OW, TG, ZH)	Arbeitsprojekte und Jugendarbeitslose (10 Kantone: AG, AR, BE, BL, JU, LU, SG, SZ, VS, ZH) u.a. geschützte und normale Arbeitsplätze auch für Nichtabstinenzwillige	
Geplante Veränderungen				
Ausbau	5 Kantone (GR, LU, SH, GE, TI)	4 Kantone (BE, SG, SZ, ZH)	6 Kantone (BS, GL, SG, SH, UR, ZH)	5 Kantone (GL, JU, SO, SZ, ZH)
Abbau	1 Kanton (ZH)	-	-	-
Strukturmassnahmen	2 Kantone (BS, SO)	2 Kantone (SO, ZH)	3 Kantone (AR, LU, SO)	3 Kantone (SO, TI, VS)

¹ Angaben stammen nicht aus der Kantonsbefragung; Rückgriff auf: Amt für Gemeinden und Soziale Sicherheit, Abteilung Soziale Dienste und Familien (1996), Hilfe bei Suchtproblemen/Kanton Solothurn - Zwischenbericht und Perspektiven 1997 bis 2000. Quelle: Meyer & Zander (1997).

BEHANDLUNG ILLEGALE DROGEN

menden Kostendrucks Sorgen macht und zunehmende drogenpolitische Einflüsse auf ihre Arbeit erwarten (vgl. Tabelle E7). Ein Viertel der insgesamt genannten Zukunftsprobleme entfallen auf eine pessimistische Einschätzung der Therapiemotivation der Abhängigen und einen zu erwartenden Belegungsrückgang. 29 Einrichtungen (37%) planen in dieser Situation konzeptuelle Änderungen, welche tendenziell in einer Anpassung der Therapiedauer und einer stärkeren Individualisierung der Behandlungsangebote bestehen. Teilweise kommen hier offenbar auch Erfahrungen mit Verschiebungen im Patientenprofil zum Tragen, die immerhin 40 Prozent der Einrichtungen diagnostizieren. Von diesen 31 Einrichtungen erwähnen interessanterweise 13 Probleme mit sog. Doppeldiagnosen, d.h. eine Zunahme

von Patienten und Patientinnen, die neben der Suchtproblematik auch starke psychische Probleme aufweisen. Diese Thematik wird zur Zeit vor allem in der Psychiatrie und Suchtforschung „aktuell entdeckt“ und zunehmend bearbeitet ^(35, 36).

Insgesamt gesehen ist eine beachtliche Übereinstimmung in der Lagebeurteilung (nicht unbedingt bei den anzustrebenden Lösungen) durch kantonale politische Entscheidungsträger einerseits und des - hier beispielhaft angeführten - stationären Bereichs andererseits festzustellen. Hierzu hat möglicherweise der Einbezug breiter Fachkreise in die Diskussion um eine Qualitätssicherung beigetragen, die einerseits zwar finanzpolitisch motiviert ist, andererseits aber auch eine „Klärung der Werte“ und den Austausch zwischen „Admi-

Veränderte Patientennachfrage und Zukunftsprobleme aus Sicht stationärer Einrichtungen für Drogenabhängige	
<p>Tabelle E7 Veränderungen in der Klientenzusammensetzung 1993-1995</p> <p>In 47 Einrichtungen (60%) sind keine Veränderungen wahrgenommen worden. In 31 Einrichtungen (40%) sind Veränderungen wahrgenommen worden. 27 Einrichtungen haben von insgesamt 35 Veränderungen berichtet.</p>	
<p><u>Speziell sind erwähnt worden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Soziodemographische Verschiebungen im Patientenprofil, verändertes Konsum- und Abhängigkeitsverhalten (u.a. Hauptdrogen, Karrieredauer, Zugänglichkeit) (22mal genannt worden). (davon mehrfach: steigender Anteil Jugendlicher, steigender Arbeitslosenanteil oder Fälle ohne Ausbildung) ● Zunehmende psychische Probleme oder Auffälligkeiten und Doppeldiagnosen (13mal genannt worden). 	
<p>Hauptprobleme für die Zukunft</p>	
<p>77 Einrichtungen haben folgende Probleme erwähnt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Finanzen, Kostendruck, Qualitätskontrolle ● Politische Einflussfaktoren, Drogenpolitik ● Konkurrenz insbes. mit Methadonprogrammen, Marktanpassung, Programmveränderungen, Stellung stationäre Therapie ● Sinkende Belegung bzw. Nachfrage ● Abnehmende Therapiemotivation ● Überangebot, zu viele Angebote ● Klientenzusammensetzung ● sonstige 	<p>34 Einrichtungen (44%) 34 Einrichtungen (44%) 24 Einrichtungen (31%) 22 Einrichtungen (29%) 13 Einrichtungen (17%) 9 Einrichtungen (12%) 5 Einrichtungen (6%) 2 Einrichtungen (3%)</p>
<p>Geplante konzeptuelle Änderungen</p>	<p>49 Einrichtungen (63%) planen keine Veränderungen</p> <p>29 Einrichtungen (37%) planen Veränderungen im Konzept (fünf Einrichtungen haben massgeschneiderte Therapiekonzepte und drei Einrichtungen Änderungen in der Kurdauer explizit genannt)</p>

nistrierenden“, „Verwaltenden“ und „Behandelnden“ begünstigt hat. Die drogenpolitischen Aktivitäten des Bundes und der politischen Interessengruppen haben vermutlich ein übriges getan, um indirekt den betroffenen Therapieanbietern mögliche Konsequenzen bewusst zu machen. Auch beeinträchtigen die Unsicherheiten über die künftige Entwicklung der finanziellen Möglichkeiten der Kantone und der politischen Vorgaben - insbesondere was den Ausgang der hängigen drogenpolitischen Volksabstimmungen „Jugend ohne Drogen“ und „Droleg“ mit ihren unterschiedlichen Folgen für die Drogentherapie betrifft - Zukunftspläne in diesem Bereich. Von der Herstellung eines bislang immer wieder in Frage gestellten drogenpolitischen Grundkonsenses hängt somit auch die Prognose der Weiterentwicklung der Drogentherapie massgeblich ab.

H. Klingemann

Statistiken der Beratung und Therapie im Falle von Alkohol- und Drogenproblemen

Um eine Übersicht über die vielfältigen Aktivitäten der Beratung und Behandlung von Personen mit Alkohol- und Drogenproblemen zu erhalten, unterstützt das BAG seit Beginn der 90er Jahre verschiedene Statistiken, die z.T. auf Privatinitiative zurückgehen:

- die Statistiken der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige (SAKRAM) sowie der Conférence des institutions romandes spécialisées en alcoologie (CIRSA). Gegenstandsbereich: die von den angeschlossenen Institutionen durchgeführten stationären Therapien bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Durchführung und Kontaktadresse: SFA, 021/321 29 93;
- den Forschungsverbund stationäre Suchttherapie KOFOS (vgl. Kasten S. 135).
- die Methadonstatistik der Kantonsärzte: Gegenstandsbereich: Methadonsubstitutionen; Durchführung und Kontaktadresse: BAG, 031/324 91 71;
- die Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (SAMBAD): ambulante Beratungen und Therapien bei Abhängigkeit und Missbrauch von legalen wie illegalen psychotropen Substanzen; Durchführung und Kontaktadressen: Bundesamt für Statistik (031/324 86 38) und SFA (021/321 29 91).

Alle Statistiken erfassen die einzelnen Behandlungen ihres Bereichs, die wichtigsten soziodemographischen Merkmale der Klientinnen und Klienten sowie Art, Umfang und Geschichte des Suchtproblems. Sie sind so angelegt, dass sie sowohl einen globalen Überblick über die Entwicklung des Therapiesektors und der behandelten Probleme ergeben wie auch den einzelnen Therapieinstitutionen als Leistungsausweis und Controlling-Instrument dienen können.

BEHANDLUNG ILLEGALE DROGEN

*Die anstehenden
Volksinitiativen
bilden einen grossen
Unsicherheitsfaktor für die
Planung des
therapeutischen
Hilfeangebotes*

- 1 BAG (1995a).
- 2 BAG (1996).
- 3 Abplanalp & Abplanalp (1995).
- 4 Voll & Gauthier (1997).
- 5 Müller (1995).
- 6 AGS (1996).
- 7 Stauffacher (1995).
- 8 Dobler-Mikola et al. (1996).
- 9 BAG (1989).
- 10 Geyer & Cordonier (1992).
- 11 Tschan et al. (1993).
- 12 Hämmig (1990).
- 13 Olgiati et al. (1994).
- 14 Bardeleben et al. (1994).
- 15 Conne-Perréard et al. (1994).
- 16 Mino (1995).
- 17 BAG (1995b).
- 18 Uchtenhagen et al. (1996a).
- 19 Uchtenhagen et al. (1996b).
- 20 Uchtenhagen et al. (1996c).
- 21 Uchtenhagen et al. (1995a).
- 22 ARUD (1995).
- 23 Direktion des Gesundheitswesens des Kt. Zürich (1992).
- 24 Mühle (1994).
- 25 Bernhard (1995).
- 26 Klingemann (1996).
- 27 OFSP (1995a).
- 28 Christen et al. (1994).
- 29 KOSTE (1996).
- 30 OFSP (1996).
- 31 Jost (1996).
- 32 Hartkamp (1996).
- 33 Wettach (1996).
- 34 KOFOS (1996).
- 35 Tomkiewicz & Vivet (1991).
- 35 Moggi et al. (1996).
- 36 Verheul et al. (1995).

ÜBERLEBENSILFTE

ARBEIT UND WOHNEN

*73 Prozent
der Bevölkerung
bejahen die
Einrichtung von
Gassenzimmern*

124

In der heutigen Drogenhilfe geht man davon aus, dass Drogenabhängigkeit nach durchschnittlich zehn Jahren überwunden wird. Während dieser Zeit können sich Phasen von Abstinenz, von starker Abhängigkeit und solche geprägt von kontrolliertem Konsum ablösen. Die Probleme und Bedürfnisse der Drogenkonsumierenden sind während dieser verschiedenen Phasen unterschiedlich, weshalb das Hilfesystem auch mit angepassten Angeboten reagieren muss.

Die Angebote der Überlebenshilfe wollen sicherstellen, dass die Drogenkonsumierenden die Suchtphase mit möglichst wenig Schäden durchleben, seien sie körperlicher, psychischer, sozialer oder strafrechtlicher Art. Das Ziel der Überlebenshilfe ist also nicht die unmittelbare Abstinenz, doch werden durch die Massnahmen der Überlebenshilfe die Chancen für einen (späteren) Ausstieg erhöht.

Um möglichst viele Drogenabhängige zu erreichen, sind die Angebote der Überlebenshilfe so niederschwellig wie möglich aufgebaut: die Bedingungen (Schwellen) zum Zugang und Verbleib sind niedrig gehalten. Konkret bedeutet dies, dass eine Notschlafstelle beispielsweise gut erreichbar ist, die Übernachtungspreise tief sind, keine besonderen Zugangsvorschriften (z.B. für Auswärtige) bestehen, die Öffnungszeiten den Bedürfnissen der Konsumierenden entsprechen, keine Vorreservierungen nötig sind u.ä.m.

In der Schweiz gehören die Angebote der Überlebenshilfe als eine der vier Säulen zum Modell der bundesrätlichen Drogenpolitik und werden im Rahmen der Zielsetzungen und Möglichkeiten des Massnahmenpaketes zur Verminderung der Drogenprobleme gefördert.

**Akzeptanz der Überlebenshilfe
in der Bevölkerung**
Gemäss einer Untersuchung des

Lausanner Universitätsinstitutes für Sozial- und Präventivmedizin⁽¹⁾ zeigt sich die Schweizer Bevölkerung den Einrichtungen der Überlebenshilfe 1995 gegenüber aufgeschlossener als noch 1991. So bejahen 1995 73 Prozent der Bevölkerung die Einrichtung von Gassenzimmern, gegenüber 59 Prozent im Jahr 1991. Für die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln sprechen sich 70 Prozent aus (1991: 64%).

Diese positive Einstellung soll jedoch nicht über die Schwierigkeiten hinwegtäuschen, die sich dem Aufbau von neuen Projekten stellen. Gassenzimmer und Notschlafstellen lösen im konkreten Fall in der Nachbarschaft Ängste und Befürchtungen aus, denen mit sorgfältiger Informationstätigkeit begegnet werden muss.

Arbeit und Wohnen für Menschen im Umfeld illegaler Drogen

Arbeiten zu können und eine Wohnung zu haben, sind grundlegende Aspekte sozialer Integration, auch und gerade für Drogenkonsumierende. Für sie sind „die Bemühungen um Ausstieg aus der Abhängigkeit und soziale Reintegration meistens unheilvoll verknotet mit Arbeitslosigkeit und Wohnproblemen“⁽²⁾. Im Sinne der Überlebenshilfe sind deshalb Arbeitsangebote, Wohneinrichtungen sowie Tagesstrukturen primär wichtig, um die vorhandenen Ressourcen der Abhängigen zu stärken und der Verelendungsspirale entgegenzuwirken.

Die Hauptzielsetzungen dieser Einrichtungen sind die Stabilisierung der sozialen und gesundheitlichen Situation sowie die Stabilisierung und schrittweise persönliche Kontrolle des Konsums. Für diese Einrichtungen stellt die Ausstiegshilfe kein primäres Ziel dar; eine Verbesserung der Wohnsituation (das heisst die Entlastung vom Dauerstress der Obdachlosigkeit oder vom Pendeln zwischen Notschlafstellen) sowie der

tagesstrukturierende Aspekt einer Arbeit bilden aber wesentliche Voraussetzungen, welche die Aktivierung eigener Kräfte zu Selbständigkeit und Lebensfreude ermöglichen, was sich erfahrungsgemäss positiv auf die Ausstiegsbereitschaft auswirkt ⁽³⁾.

Entwicklung der niederschweligen Arbeits- und Wohnangebote bis 1993

1993 ist eine gesamtschweizerische Erhebung der Arbeits- und Wohneinrichtungen für Drogenkonsumierende ⁽²⁾ durchgeführt worden. Diese Bestandesaufnahme ist zum Schluss gekommen, dass das Angebot sowohl in qualitativer wie auch quantitativer Hinsicht absolut ungenügend ist.

Qualitativ gesehen haben zielgruppenspezifische Angebote für (sich prostituierende) Frauen, für Jugendliche gefehlt sowie spezifisch auf die Bedürfnisse der ersten und zweiten Einwanderergeneration ausgerichtete Projekte. Ebenso haben Ausbildungsprogramme gefehlt.

In quantitativer Hinsicht hat sich das Angebot als krass ungenügend gezeigt, wobei verschärfend dazu kommt, dass sich ein grosser Teil der Angebote auf die Ballungszentren der Deutschschweiz konzentriert. Die Studie kommt 1993 in einer optimistischen Schätzung auf 2'200 Wohnplätze und 500 Arbeitsstellen in der Schweiz. Der Bedarf für Wohnplätze ist doppelt so hoch, derjenige für Arbeitsplätze rund zehnmal höher! ⁽²⁾

Gemäss dieser Studie können die bestehenden Arbeitsbetriebe wie folgt eingeteilt werden:
Erstens die *sozialen Auftragsvermittlungsstellen oder Taglohnbetriebe*. Sie bieten in unkomplizierter Weise kleine Arbeiten an. Zweitens die *Einsatzprogramme*. Dies sind befristete Arbeitsverhältnisse, meist verbunden mit sozialpädagogischer Betreuung, die sich primär an

Arbeitslose, d.h. an Leistungsberechtigte der Arbeitslosenversicherung, richten. Drittens die *geschützten Werkstätten*, die langfristige Arbeitsmöglichkeiten mit sozialpädagogischer Betreuung bereitstellen, in der Regel für Personen, deren Leistungsreduktion von der Invalidenversicherung anerkannt wird.

Bei den Wohnangeboten sind die Kategorien *Notschlafstelle*, *Begleitetes Wohnen* und *Betreutes Wohnen* zu unterscheiden. Notschlafstellen stehen in der Tradition der früheren Passantenheime: Sie bieten Obdach im Sinne einer provisorischen Übergangslösung. Die Projekte des *Begleiteten* und *Betreuten Wohnens* bieten für sozial Benachteiligte eine Wohnmöglichkeit im eigentlichen Sinn: langfristig, mit garantierter Privatsphäre, frei benützbar rund um die Uhr. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden von sozialpädagogisch geschulten Fachleuten unterstützt. In den Projekten des *Betreuten Wohnens* ist diese Unterstützung intensiv und umfassend, im *Begleiteten Wohnen* hingegen ist sie zeitlich begrenzt und beschränkt sich meist auf alltagspraktische Belange.

Die Taglohnbetriebe und die Einrichtungen des *Begleiteten Wohnens* haben sich als neue und für die Überlebenshilfe besonders geeignete Betriebsformen erwiesen und werden hier kurz vorgestellt.

Niederschwellige Arbeits- und Wohnangebote sind für die soziale Reintegration von zentraler Bedeutung

Die Auftragsvermittlungsstelle „Etcetera“ bietet Personen, die aus verschiedenen Gründen beschäftigungs- und erwerbslos sind, kurzfristige Arbeits- und damit Verdienstmöglichkeiten an.

Folgende Ziele werden damit angestrebt:

- Strukturierung des Tagesablaufs
- Überbrückung von finanziellen Engpässen
- Förderung der Arbeitsmotivation
- Vermeidung von Verwahrlosung, Verelendung und sozialer Isolation
- Stabilisierung im Hinblick auf den (Wieder-) Eintritt ins Erwerbsleben.

(Aus dem Konzept einer Etcetera-Auftragsvermittlungsstelle des Schweizerischen Arbeiterhilfswerkes. Etcetera-Auftragsvermittlungsstellen bestehen in Zürich, Effretikon, Thalwil und Bern.)

ÜBERLEBENSILFE

ARBEIT UND WOHNEN

Das Angebot an Projekten für Überlebenshilfe ist seit 1993 ausgebaut worden

Soziale Auftragsvermittlungsstellen

Die sozialen Auftragsvermittlungsstellen (siehe Kasten vorherige Seite) haben sich seit ihrem Aufkommen anfangs der 80er Jahre als eine für die Zielgruppe der Drogenkonsumierenden sehr geeignete Betriebsform durchgesetzt. Mittlerweile existieren über 30 solcher Taglohnbetriebe, vorab in der Deutschschweiz. Diese Betriebe fungieren als Vermittler von kurzfristigen Aufträgen, die sie von Privaten, Institutionen und Firmen erhalten und stunden- oder tageweise an Arbeitswillige verteilen. Die Stelle sorgt dabei für einen ausreichenden Versicherungsschutz, übernimmt die arbeitsrechtliche Verantwortung und den administrativen Aufwand (Lohnbuchhaltung usw.). Die geleistete Arbeit wird den Auftraggebern in Rechnung gestellt. Die Arbeitenden können ihren Lohn sofort oder am nächsten Tag beziehen. Die Aufträge sind kurzfristig, beschränken sich häufig auf wenige Stunden.

Taglohnbetriebe sind dem Lebensrhythmus der Zielgruppe sehr gut angepasst. Das Angebot ist äusserst niederschwellig und wird erfahrungsgemäss auch von Schwerabhängigen benützt.

Die Betriebe weisen zumeist eine hohe Eigenwirtschaftlichkeit auf (die Leistungen der Teilnehmenden werden durch den Auftragserteiler bezahlt), lassen sich aber kaum durch Sozialversicherungsleistungen (ALV oder IV) subventionieren.

Mit einer stabilen Wohnsituation sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass die persönlichen Schwierigkeiten nicht nur in der Suchtproblematik, sondern auch in anderen Lebensbereichen wie Arbeit, Gesundheit und Hygiene angegangen werden können.

(Auszug aus dem Konzept des Projektes WODREBE, Wohnraum für Drogenkonsumierende in der Region Bern
Träger: Stiftung Contact, Bern)

Einrichtungen des Begleiteten Wohnens

Die Einrichtungen des Begleiteten Wohnens stellen mittels Mietvertrag Wohnraum zur Verfügung und unterstützen die Bewohnerinnen und Bewohner durch Begleitung. Diese Begleitung konzentriert sich auf den Wohnbereich. Für weitergehende sozialarbeiterische Betreuung werden die Bewohner und Bewohnerinnen an die klassischen Stellen weitervermittelt.

Entwicklungen von 1993 bis 1996

In den Jahren 1993 bis 1996 haben sich die Projekte der Überlebenshilfe weiter etabliert; das Angebot ist - gesamthaft gesehen - ausgebaut worden.

Die Kantonsbefragung von 1996 zeigt jedoch, dass detaillierte Angaben über die Entwicklung nicht vorhanden sind:

Die Inventarisierung der Bereiche Arbeit, Wohnen und Tagesstrukturen der Überlebenshilfe wird erschwert durch die Tatsache, dass keine einheitliche Kategorisierung und Terminologie besteht; die Projekte der Überlebenshilfe sind am Rande des sozialen Hilfesystems aufgebaut und deshalb entsprechend vielfältig.

- In den grossen Agglomerationen (Genf, Lausanne, Bern, Zürich, Basel, St. Gallen, Winterthur, Kanton Solothurn) sowie in ihrem regionalen Hinterland sind die Angebote der Überlebenshilfe entscheidend ausgebaut worden. Dies trifft vor allem auf Wohneinrichtungen zu.
- In einigen den Grossagglomerationen angrenzenden Kantonen wie Aargau, Zug, Schaffhausen, Thurgau, Appenzell AR und Schwyz ist ein bescheidenes Angebot von der Überlebenshilfe zuzurechnenden Wohnplätzen aufgebaut worden.
- In den übrigen Regionen hat sich das Angebot der Überlebenshilfe

im Wohn- und Arbeitsbereich seit 1993 nicht massgebend verändert und ist nach wie vor ungenügend.

- Nach den wichtigsten Lücken im Drogenangebot befragt, werden folgende niederschwellige Projekte als prioritär eingestuft: Arbeitsangebote (9 Kantone), begleitete Wohnplätze (5 Kantone), Tagesstrukturen (4 Kantone) sowie Angebote der medizinischen Grundversorgung (2 Kantone). Lücken werden zudem in der zielgruppenspezifischen Ausrichtung erwähnt (Frauen, Jugendliche, Schwerverwahrlöste).

Schwieriger Aufbau neuer Projekte

Beim konkreten Aufbau neuer Projekte stellen sich jedoch den für die Überlebenshilfe zuständigen Gemeinden beträchtliche finanzielle und professionelle Hürden.

Die Finanzierung neuer Angebote gestaltet sich schwierig, da für die Projekte der Überlebenshilfe Beiträge der Arbeitslosen- und der Invalidenversicherung nur sehr beschränkt in Betracht kommen. Kleine Gemeinden sind finanziell oft überfordert; die Errichtung von regionalen, projekt- oder zielgruppenspezifischen Zweckverbänden zur gemeinsamen interkommunalen Planung und Finanzierung solcher Angebote kann hier Abhilfe schaffen, ist aber zeitraubend. Bisher haben nur vereinzelte Kantone Suchthilfegesetze, in denen die Überlebenshilfe verankert ist und die Finanzierungsmodi kantonal oder regional festlegen.

Ausserdem bedingt der Aufbau neuer Projekte meistens eine professionelle Projektarbeit:

Von der Bedarfsanalyse bis zum Finanzierungsplan müssen der regionalen Situation und der Problematik der Zielgruppe angepasste, innovative Lösungen gefunden werden.

Schwierigkeiten beim Aufbau neuer Angebote können den Projektierenden schliesslich auch aufgrund der

Promotionsstelle Arbeit und Wohnen

Um die Ausweitung und die Regionalisierung der Angebote der Überlebenshilfe zu unterstützen, hat das Bundesamt für Gesundheit 1995 dem Schweizerischen Arbeiterhilfswerk das Mandat erteilt, eine Promotionsstelle einzurichten mit dem Auftrag, Projekte in den Bereichen Arbeit, Wohnen und Tagesstrukturen zu fördern.

Die Promotionsstelle Arbeit und Wohnen (SAH-OSEO, 9, rte des Arsenaux, 1700 Fribourg, Tel. 026/347 15 75, Fax 026/347 15 78) hat die Möglichkeit, innovative Projekte mit Starthilfen zu unterstützen. Sie berät interessierte Trägerschaften beim Aufbau neuer Angebote hinsichtlich der Finanzierung und Organisation der Projekte und fördert die Vernetzung und den Erfahrungsaustausch zwischen den verschiedenen Regionen und Projekten.

rechtlichen Situation erwachsen. Insbesondere beim Aufbau von Projekten mit angegliederten Gassenzimmern und Spritzenabgabe ist die rechtliche Lage wegen der Strafbarkeit des Konsums oft umstritten.

Bedürfnisse und Ausblick 1996

Tagesstrukturen

Gemäss den Informationen von Fachleuten aus den Wohn- und Übernachtungsprojekten ist der Bedarf an niederschweligen Tagesstrukturen nicht gedeckt. Vor allem im Zusammenhang mit der erhöhten Anzahl von Klienten eines Substitutionsprogrammes sind diese Einrichtungen wichtig:

Sie erlauben den Konsumierenden, die nach Wegfallen des Gassenstresses plötzlich zur Verfügung stehende Zeit sinnvoll zu verbringen sowie soziale und persönliche Defizite aufzuarbeiten.

Arbeitsangebote

Auf dem Arbeitsmarkt hat sich die Lage für Drogenkonsumierende rezessionsbedingt weiter verschärft. Zwar ist das Angebot an niederschweligen Arbeitsmöglichkeiten vor allem rund um die grösseren Deutschschweizer Städte ausgebaut worden, doch hat im Zuge der zunehmenden Arbeitslosigkeit und der damit verbundenen Ausgrenzung von leistungsschwächeren Arbeitern und Arbeiterinnen und der Verknappung von Nischenarbeitsplätzen

Noch bestehen Lücken im Angebot an niederschweligen Arbeits- und Wohnplätzen - doch ihre Finanzierung gestaltet sich schwierig

ÜBERLEBENSILFE ARBEIT UND WOHNEN

Der Anteil obdachloser Drogenkonsumierender ist gesunken

128

auch der Bedarf an solchen Angeboten zugenommen. Gemäss neueren Untersuchungen über die soziale Lage von Drogenkonsumierenden⁽⁴⁾ hat nur rund ein Drittel der befragten Personen (Benützer und Benützerinnen von niederschweligen Angeboten) eine regelmässige Stelle oder einen Temporärjob. Nach wie vor besteht also ein grosser Bedarf an Arbeitsmöglichkeiten.

Ausbildung

Auch sind vermehrt spezifisch auf das Curriculum von drogenkonsumierenden Frauen und Männern ausgerichtete Ausbildungsplätze nötig, um ihnen überhaupt eine Chance für den Einstieg in den Arbeitsmarkt zu geben.

Übernachtungs- und Wohnplätze

In den grösseren Agglomerationen ist der Anteil der obdachlosen Drogenkonsumierenden gegenüber den Erhebungen von 1992 erheblich gesenkt worden. Damals sind rund 30 Prozent der erfassten Personen von Obdachlosigkeit betroffen gewesen, heute sind es immer noch rund 12 Prozent (Bern 19%). So hat im Januar 1995 von den Benützern und Benützerinnen der Zürcher Überlebenshilfeangebote „jeder achte Mann (12.8%) und jede dreizehnte Frau (7.8%) keine gefestigte Wohnsituation gehabt und hat täglich nach einer Übernachtungsmöglichkeit Ausschau halten müssen. Diese haben sie oft in Notschlafstellen, Notbett-einrichtungen oder bei Freiern gefunden.“ Der Rückgang der Obdachlosigkeit ist sehr wahrscheinlich auf den regionalen Ausbau des Wohnangebotes zurückzuführen. Die Kausalzusammenhänge zwischen Obdachlosigkeit und den Rückführungen aus den städtischen Zentren in die Herkunftsgemeinden, der Schliessung der offenen Szenen einerseits und dem regionalen Ausbau der niederschweligen Übernachtungsangebote andererseits sind wissenschaftlich jedoch nicht geklärt.

Bei der Planung neuer Angebote ist

die sorgfältige Abklärung des Bedarfes wichtig; diese gestaltet sich häufig schwierig. So sind im Vorfeld der Schliessung der offenen Szene des Lettens kommunale Beherbergungsprojekte aufgebaut worden, die sich in der Folge als überflüssig erwiesen haben.

Qualitativer Ausbau

Neben dem quantitativen Ausbau muss vor allem der qualitativen Weiterentwicklung der Überlebenshilfe Beachtung geschenkt werden. Es müssen innovative zielgruppenspezifische Projekte entwickelt werden: Einrichtungen für Frauen, Angebote der Überlebenshilfe für Jugendliche und Angebote, die auf die Bedürfnisse der zweiten Einwanderergeneration zugeschnitten sind.

Zur Entwicklung und Sicherung einer qualitativ hochstehenden Arbeit gehören eine sorgfältige (und wiederkehrende) Bedürfnisabklärung, klare Zielsetzungen und konzeptuelle Richtlinien, Kriterien, die die Überprüfung der Zielerreichung ermöglichen, regelmässige Evaluationen, die Koordination und Vernetzung mit dem restlichen Hilfesystem, die Professionalisierung der Arbeit durch Aus- und Weiterbildung des Personals.

Chr. Moeckli

1 IUMSP (1995).
2 Lindenmeyer et al. (1994).
3 Meier & Sempach (1995).
4 - Braun et al. (1995).
- Nydegger & Schumacher (1996).
- Kübler & Hausser (1995).
5 - Fahrenkrug (1996).
- Sempach & Lanz (1992)
6 Meier Kressig et al. (1996).

Die in diesem Bereich unternommenen Massnahmen stehen in engem Zusammenhang mit Bemühungen der Infektionsprophylaxe (HIV und Hepatitis). Der Beitrag konzentriert sich auf die Zielgruppe der drogenabhängigen Personen.

Nach offizieller Lesart wird die Zahl der Personen, die Heroin und/oder Kokain konsumieren, in der Schweiz seit einiger Zeit auf gleichbleibend ca. 30'000 geschätzt.

Bei den Aids-Erkrankungen entfällt ein gutes Drittel der Meldungen auf drogeninjizierende Personen (1993: 39.4%, 1994: 36.2% und 1995: 35.6%).

Meldungen über HIV-positive Testresultate betreffen in jedem fünften Fall eine drogeninjizierende Person (1993: 27.7%, 1994: 21.5% und 1995: 19.2%; vgl. hierzu auch Grafik F1).

Bei den 80 in der Schweiz bekannten Fällen von HIV-positiven-Kindern ist die HIV-Ansteckung nahezu ausnahmslos Folge einer perinatalen Infektion gewesen; bei 40 Prozent dieser HIV-positiven-Kinder hat die Mutter Drogen konsumiert ⁽¹⁾.

Die Zahl der Neuinfektionen mit Hepatitis B und C muss nach wie vor als erheblich bezeichnet werden; sie sind vor allem auf die gemeinsame Verwendung von Hilfsutensilien (Wasser, Löffel) zurückzuführen; ausserdem lässt sich Hepatitis B sexuell viel leichter übertragen als der HIV.

Epidemiologisch ist dieses Problem von erheblicher Bedeutung. Seidenberg (1996) schätzt aufgrund der heutigen (noch lückenhaften) Datelage, dass langfristig insgesamt zwischen vier und zwölf Prozent der Drogenabhängigen (ausgehend von 30'000 Personen) an den Folgen einer Infektion mit Hepatitis-Viren sterben werden. Zusammen mit weiteren drogenbedingten Todesursachen (unter anderem bakterielle

Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit einer HIV-Infektion oder sexuell übertragbaren Krankheiten) kommt Seidenberg zum Schluss, dass die unhygienischen Konsumbedingungen in der Altersgruppe der 25- bis 40jährigen die Hauptursache für drogenbedingte Todesfälle sind, die aber in den meisten Fällen durch geeignete Massnahmen zu verhindern wären.

Vor diesem Hintergrund ist klar, dass Massnahmen zur Schadensbegrenzung bzw. -verminderung sich mit aller Konsequenz auf die Verhinderung von HIV- und Hepatitis-Infektionen und weiterer Infektionskrankheiten im Zusammenhang mit unhygienischen Injektionsbedingungen auszurichten haben.

Während Präservative - nicht zuletzt dank der von vielen Seiten mitgetragenen STOP AIDS-Kampagne - praktisch flächendeckend rund um die Uhr erhältlich und quasi „salonfähig“ geworden sind, ist dies bei der Verfügbarkeit von sterilem Injektionsmaterial noch nicht durchwegs der Fall. Hier sind im Hinblick auf eine zielgruppenspezifische Präventionsarbeit weitere Anstrengungen zu unternehmen.

Medizinische Grundversorgung

Eine zentrale Rolle in der Primärprävention spielen die frei praktizierenden Hausärzte und -ärztinnen aufgrund der besonderen Vertrauenssituation zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin. In vielen Praxen liegen heute Informationsbroschüren auf, und dem Thema wird vielfach durch eine Risikoabklärung die nötige Beachtung geschenkt ⁽²⁾.

Wenig bis keine öffentlichen Informationen über die Rolle der Ärzteschaft gibt es in bezug auf die Bereitstellung resp. Abgabe von sterilem Injektionsmaterial. In zukünftigen Studien sollte diesem Punkt unbedingt Beachtung geschenkt werden.

Die unhygienischen Konsumbedingungen sind nach wie vor eine Hauptursache für drogenbedingte Todesfälle; diese liessen sich in vielen Fällen verhindern

ÜBERLEBENSILFE

SCHADENSBEGRENZUNG / SCHADENSVERMINDERUNG

Präservative sind praktisch überall zu jeder Zeit erhältlich - steriles Injektionsmaterial jedoch nicht

Abgabe von sterilem Injektionsmaterial

Niedrigschwellige Einrichtungen sehen ihre Hauptaufgabe darin, die Aids-Risiken zu vermindern (durch Abgabe von Injektionsmaterial - teilweise steht ein Injektionsraum zur Verfügung - und Präservativen, meist verbunden mit dem Angebot von Beratungsgesprächen).

Ende 1995 hat es in der Schweiz 23 solcher Einrichtungen in neun Kantonen gegeben, ausser in Genf ausschliesslich in Deutschschweizer Kantonen. In niederschweligen Einrichtungen sind 1994 täglich 17'000 bis 19'000 Spritzen abgegeben worden, im Jahr darauf noch 9'000. Diesen Rückgang führen Gervasoni et al. unmittelbar auf die Letten-Schliessung im Februar 1995 sowie auf ähnliche abrupte Änderungen in weiteren städtischen Szenen (St. Gallen, Olten, Solothurn, bedingt auch Luzern) zurück, da überall dort, wo sich eine gewisse Konstanz im Hilfsangebot hat entwickeln können (wie z.B. in Basel, Bern und Genf), die Menge des benötigten Injektionsmaterials sich auf einem stabilen Niveau eingependelt hat.

In Apotheken sind im Jahr 1994 etwas mehr als 3'000 Spritzen oder Flash Boxes pro Tag verkauft worden. Weitere 500 bis 800 Einheiten pro Tag sind Schätzungen zufolge aus Automaten bezogen worden.

In der Romandie erfolgt die Versorgung mit sterilem Injektionsmaterial in der Hauptsache über die Apotheken und vereinzelt durch Gassenarbeiter und Gassenarbeiterinnen. Gervasoni et al. ⁽²⁾ kommen aber zum Schluss, dass trotz steigender Verkaufszahlen der „Zugang zu sterilem Injektionsmaterial in der Romandie weiterhin unbefriedigend ist“. Generell kann aber die Bereitschaft der schweizerischen Apotheker und Apothekerinnen, sich bei injizierenden Drogenabhängigen für HIV-präventive Massnahmen einzusetzen, als hoch bezeichnet werden.

Verschiedene Studien zum Spritzen-tausch-Verhalten bestätigen, dass mit geeigneten Angeboten die injizierenden Drogenabhängigen erreicht werden und der Spritzenaustausch stark eingedämmt werden kann. Auch dürfte sich hier positiv auswirken, dass die Versorgung mit bzw. der Besitz von Injektionsmaterial nicht (mehr) sanktioniert wird ⁽³⁾.

Abgabe von Präservativen

In den niederschweligen Einrichtungen werden Präservative in der Regel zur Selbstbedienung bereitgestellt, eine Beurteilung der Nutzung dieses Angebots ist aber oft mangels Buchführung nicht möglich. Es bleibt nur zu hoffen, dass diese Buchführung deshalb nicht erfolgt, weil der Aufwand angesichts der enormen Nachfrage zu gross wäre und nicht deshalb, weil dieser Teil der Aids-präventiven Bemühungen als weniger wichtig erachtet wird; eine aktive Förderung mit entsprechender Beratung scheint durchaus in der Lage zu sein, die Abgabequote pro Kontakt zu erhöhen, wie Gervasoni et al. in einem Vergleich dreier „buchführender“ Einrichtungen vermuten lassen ⁽²⁾.

Sondersituation Freiheitsentzug

Es ist hinlänglich bekannt, dass auch in Einrichtungen des Strafvollzugs Drogen konsumiert und Spritzen getauscht werden.

Im Frauenstrafvollzug in Hindelbank BE wurde ein einjähriges Pilotprogramm durchgeführt, in dessen Verlauf 5000 Spritzen in leicht zugänglichen 1:1-Spritzenautomaten abgegeben worden sind, flankiert von Beratungsgesprächen und Informationsveranstaltungen für Personal und Eingewiesene. Auch in diesem speziellen Umfeld hat die Spritzenabgabe zu einer fast vollständigen Reduktion des Spritzenaustausches geführt. Es sind während dieses Programmes keine Neuinfektionen festgestellt worden.

ÜBERLEBENSHILFE

SCHADENSBEGRENZUNG / SCHADENSVERMINDERUNG

Wie wichtig auch die sexualitätsbezogene Prävention ist, betont der Umstand, dass in diesem Pilot-Projekt risikohafte, ungeschützte sexuelle Kontakte - trotz vorhandenen Wissens - nach wie vor häufig vorgekommen sind ⁽⁴⁾.

Zur Zeit sind in vier schweizerischen Gefängnissen Spritzen erhältlich, in zwei Einrichtungen durch den gefängnisärztlichen Dienst, in zwei Fällen mittels Austauschautomaten oder beim Arzt.

HIV-Prävention kann nicht für die Dauer einer freiheitsentziehenden Massnahme unterbrochen werden. Im Gegenteil: Alle bekannten Daten lassen auf eine hohe Prävalenz und Inzidenz von HIV-Seropositivität in Haftanstalten schliessen. Die Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (EKAF) nimmt hier auch unmissverständlich Stellung: Sie „befürwortet grundsätzlich die Abgabe von sterilen Spritzen...“ in Verbindung mit einer „...guten Informationsarbeit bei Personal und Insassen/Insassinnen“ ⁽⁵⁾. Um hier wesentliche Lücken zu schliessen, sollte die wirksame und realisierbare Präventionsmöglichkeit der Verfügbarkeit von sterilem Injektionsmaterial möglichst schnell den betroffenen Personen erschlossen werden, Präservative sollten an geeigneten Orten verfügbar sein und - wie die Erfahrungen im Pilot-Projekt Hindelbank belegen - die sexualitätsbezogene Information und Beratung sollte intensiviert werden.

Weniger HIV-Infektionen bei Drogeninjizierenden

Die Bemühungen um Schadensbegrenzung tragen erste Früchte. Gleichzeitig steigt das mediane Alter bei den Aids- und den HIV-Meldungen langsam an. Gebhardt führt diesen Effekt durch einen Vergleich der Geburtenjahrgänge auf ein hohes Infektionsrisiko anfangs der Achtzigerjahre zurück (betroffen sind hier vor allem Männer der Jahrgänge

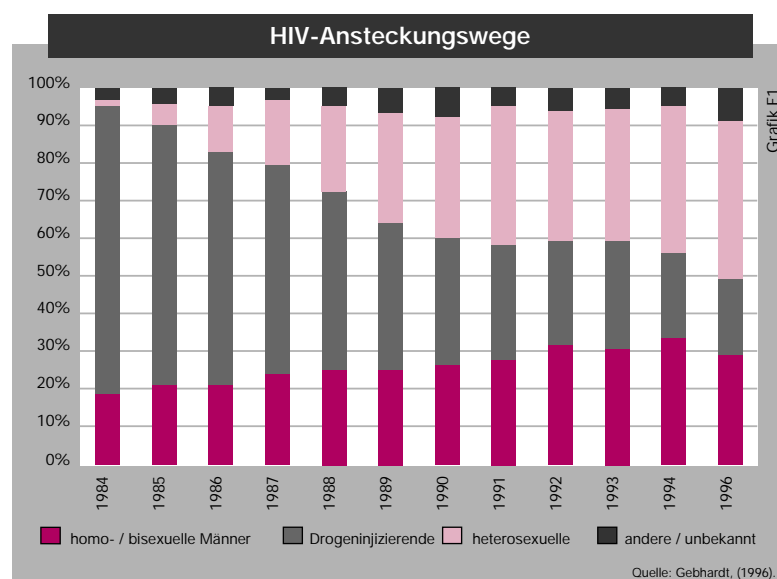
1955-1964 und Frauen der Jahrgänge 1960-1969), während die späteren Jahrgänge offenbar einem verminderten Infektionsrisiko ausgesetzt gewesen sind ⁽¹⁾. Der rückläufige Anteil von Fällen aus der Gruppe der drogeninjizierenden Personen scheint zu belegen, dass bei dieser Personengruppe die präventiven Massnahmen Erfolge zeigen. Gervasoni et al. ⁽²⁾ ziehen in ihrer Evaluation der Aids-Präventions-Strategie in der Schweiz dieselben Schlüsse, nicht zuletzt aufgrund der Feststellung, dass solche Drogenkonsumierende häufiger Spritzen tauschen, die erst seit kurzer Zeit oder unregelmässig konsumieren und noch wenig Kontakt mit niederschweligen Einrichtungen haben.

Umfassender Präventionsansatz notwendig

Präventionsmassnahmen müssen - wie bei anderen Bevölkerungsgruppen auch - bei Drogenabhängigen in den grundsätzlichen Kontext „Sexualität und Gesundheit“ gestellt werden, indem auch über sexuell übertragbare Krankheiten, Schwangerschaft und Mutterschaft sowie mögliche Folgen von sexueller Gewalt informiert wird. Besondere Beach-

Dank der Spritzenabgabe im Gefängnis werden gebrauchte Spritzen unter Drogenabhängigen viel seltener getauscht

131



ÜBERLEBENSHILFE

SCHADENSBEGRENZUNG / SCHADENSVERMINDERUNG

tung muss der besonders gefährdeten Personengruppe der Drogenabhängigen gelten, die sich prostituieren und aufgrund ihrer Drogenabhängigkeit zu risikoreichem Sexualverhalten gezwungen werden können.

U. Simmel

- 1 Gebhardt (1996).
- 2 Gervasoni et al. (1996).
- 3 Buechi (1993).
- 4 Nelles & Fuhrer (1995).
- 5 EKAF (1995).

SOZIALE REINTEGRATION UND RESOZIALISIERUNG

Vorbemerkung

Unter „Resozialisierung“ soll im folgenden der konkrete Schritt einer Therapieabsolventin/eines Therapieabsolventen in die Gesellschaft zurück verstanden werden und zwar idealerweise versehen mit sozialem und persönlichem Rüstzeug, über das sie bzw. er vor dem stationären Aufenthalt nicht verfügt hat.

Im folgenden sollen anhand eines Überblicks über wichtige Indikatoren Anhaltspunkte zur „sozialen Reintegration“ geliefert werden. Diese Indikatoren beziehen sich ausschliesslich auf Therapieabsolventen und -absolventinnen. Andere Ebenen (professionelle Aspekte der Einrichtungen wie z.B. Personal und Konzept oder die Rolle von integrierten Mitgliedern der Gesellschaft, wie z.B. Arbeitgeber) werden nicht thematisiert.

Grundsätzlich gilt: Stationäre Rehabilitation alleine kann das Ziel der sozialen (Re-)Integration nicht erreichen. Die Bereitschaft der Gesellschaft ist hierzu vonnöten.

Unter den Konzepten der schweizerischen Rehabilitationseinrichtungen findet sich kaum eines, in dem nicht die *„schrittweise Vorbereitung auf den Wiedereintritt in den Alltag“* als grundlegende Zielsetzung festgehalten ist. Und wo, wenn nicht in einem mehr oder weniger langen stationären Aufenthalt, könnte besser auf diese Zielsetzung hingearbeitet werden, zumal - im Unterschied etwa zur Überlebenshilfe - an die Rehabilitation der Anspruch legitim ist, mittel- bis langfristige Ziele zu formulieren und zu verfolgen.

Dabei wird in der Regel vorausgesetzt, dass die befristete Herausnahme aus der Gesellschaft und die Aufnahme in einen stationären Aufenthalt auf grundsätzlich freiwilliger Entscheidung der betreffenden Person beruht - selbst wenn es sich um eine Massnahme handelt und deshalb „Freiwilligkeit“ nur bedingt

KOSTE - Die seit Oktober 1995 bestehende und der Konferenz der Kantonalen Fürsorgedirektoren FDK angegliederte KOSTE (Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich) erfüllt an der Schnittstelle zwischen Kantonen und Bund folgende Aufgaben:

- **Koordination** der Bemühungen von Bund, Kantonen, Regionen, Gemeinden, Einrichtungen und Fachleuten im Bereich der stationären Drogentherapie. Aufbau und Einführung eines nationalen Qualitätssystems. Entwicklung alternativer Finanzierungsmodelle.
- **Information und Dokumentation** zu stationären Therapieangeboten (Entzug, Übergang, therapeutische WGs, besondere Angebote), geeigneten Plazierungsmöglichkeiten, Kosten und Finanzierungsfragen, Platzangebot, Aufnahmebedingungen und Aus- und Weiterbildungsangeboten in der Drogenarbeit.
- **Beratung und Unterstützung** bei der Planung und Ausarbeitung von neuen Projekten, Konzeptentwicklungen, Starthilfebeiträge und bei der Suche nach einem geeigneten Entzugs- oder Therapieplatz.
- **Ombudsfunktion** bei Problemen oder strittigen Entscheidungen für Klientinnen und Klienten sowie deren Familien und Angehörige, Fachleute, stationäre Einrichtungen, ambulante Beratungsstellen, Gemeinden oder Kantone.

KOSTE

Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich
Eigerplatz 5, Postfach 460, 3000 Bern 14,
Tel. 031/376 04 01, Fax 031/376 04 04, koste@infoset.ch

133

zutrifft. (Interessanterweise wird den Betroffenen diese recht grundsätzliche und weitreichende Entscheidung offenbar zugetraut, während sie dann hinterher - gerade in den ersten Wochen und Monaten des Aufenthalts - recht stark in ihren Entscheidungen eingeschränkt werden.)

Der „Erfolg“ einer stationären Drogenrehabilitation wird nicht nur in der oft zitierten „breiten Öffentlichkeit“, sondern auch in Fachkreisen am Grad der erreichten sozialen Reintegration nach einem absolvierten Programm beurteilt. *„Soziale Integration ist zentral:“* ...es geht um die ... *„Befähigung, den Alltag möglichst autonom zu meistern“* ⁽¹⁾. Um diese „soziale Integration“ vorzubereiten und zu gewährleisten, müssen in der individuellen therapeutischen Arbeit (Teil-)Ziele in verschiedenen Dimensionen formuliert werden: Arbeits- bzw. Erwerbssituation, Wohnsituation, Legalverhalten, Ver-

Die soziale Reintegration von Abhängigen ist eine Aufgabe für die ganze Gesellschaft

SOZIALE REINTEGRATION UND RESOZIALISIERUNG

134

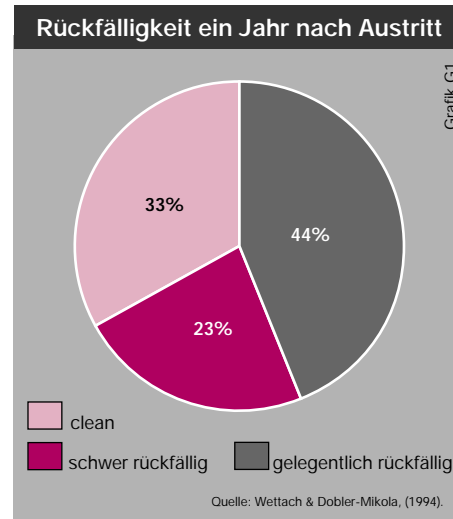
Soziale Reintegration bedeutet die Befähigung, den Alltag möglichst autonom selber zu meistern

schulungsgrad, soziale Beziehungen/Partnerschaft und - natürlich nicht zuletzt - erreichte Abstinenz. In der Terminologie der Therapieerfolgsbeurteilungen ist die Rede von „Anpassungs- und Ressourcen-orientierten Ergebnis-Dimensionen“⁽²⁾, wobei erstere bei der „Erfolgsbeurteilung“ zumeist im Vordergrund stehen. Dabei wird häufig übersehen, dass - um in diesen Teilaspekten Verbesserungen zu erreichen - zwingend auch an der psycho-sozialen Persönlichkeitsentwicklung gearbeitet werden muss. Leider kommt die Erhebung dieser psycho-sozialen Dimension wegen des grossen Aufwandes oft zu kurz, was Lücken in der Ergebnis-Forschung mit sich bringt.

Bezogen auf die Situation in den schweizerischen Drogenrehabilitationseinrichtungen erschliessen seit 1995 die Datenerhebungen im Rahmen des „Forschungsverbands stationäre Suchttherapie FOS“ am Institut für Suchtforschung in Zürich eine wichtige Informationsquelle und liefern Ausgangsmaterial für statistische Analysen zu spezifischen Fragestellungen. An FOS nehmen mittlerweile 66 Institutionen aus der ganzen Schweiz teil.

Erreichte Abstinenz

Bei der „Erfolgsbeurteilung“ stationärer Drogenrehabilitation gilt gemeinhin die erreichte Suchtfreiheit noch immer als Mass aller Dinge - auch wenn in den letzten Jahren deren Stellenwert als oberstes Therapieziel zumindest relativiert worden ist. So

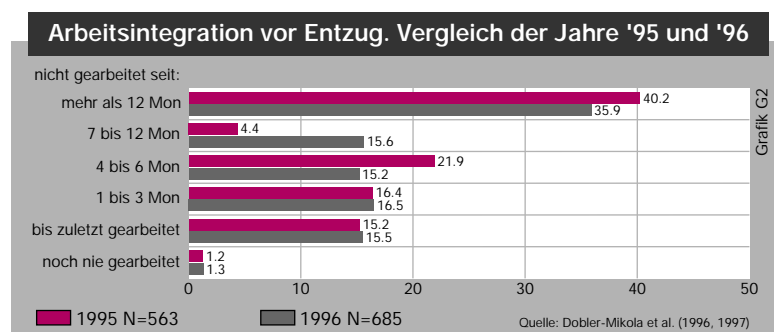


besteht heute wenigstens in der Fachwelt „...weitgehend Einigkeit darin, dass Suchtfreiheit für manche Klienten und Klientinnen tatsächlich ein Mittel auf dem Weg zur sozialen Integration ist, aber auch darin, dass dies nicht für alle gelten kann“^(1,3).

Ein Jahr nach Austritt ist ein Drittel der ehemaligen Klienten und Klientinnen „clean“, rund ein Viertel schwer rückfällig gewesen in dem Sinn, dass sie wieder täglich Heroin und/oder Kokain konsumiert haben. Knapp die Hälfte hat angegeben, wieder gelegentlich zu konsumieren (siehe Grafik G1).

Weitere Anhaltspunkte liefern Angaben zur Behandlungssituation ein Jahr nach Austritt: Ein Viertel der Befragten hat sich wieder in drogenbezogener Behandlung (11% in einer therapeutischen (Wohn-)Gemeinschaft, 14% in einem Methadonprogramm und 1% im stationären Entzug⁽⁴⁾) befunden.

Eine Untersuchung der geschlechtsspezifischen Unterschiede⁽⁵⁾ hat ergeben, dass Frauen seltener als Männer nach ihrer Therapie wieder mit Heroin- und/oder Kokainkonsum beginnen (bei den Frauen hat ein Fünftel wieder täglich harte Drogen konsumiert, bei den Männern etwa



SOZIALE REINTEGRATION UND RESOZIALISIERUNG

ein Viertel) und tendenziell auch weniger in ihre alten Konsummuster zurückzufallen scheinen.

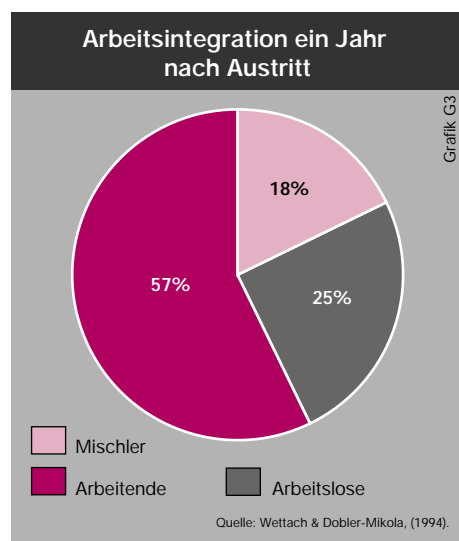
Arbeits- und Erwerbssituation

Bei der Betrachtung dieses Bereichs muss berücksichtigt werden, dass vor dem Entzug mit anschliessendem Eintritt in ein stationäres Angebot rund die Hälfte aller Therapiewilligen seit mehr als 7 Monaten nicht mehr gearbeitet hat, ein Drittel schon länger als ein Jahr nicht mehr ⁽⁶⁾ und damit praktisch aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden gewesen ist (vgl. Grafik G2).

Beim Austritt ist ein Drittel nicht erwerbstätig (23%) oder als arbeitslos gemeldet und auf Stellensuche (11%).

Zehn Prozent befinden sich in einem Arbeitsintegrationsprojekt, weitere zehn Prozent haben eine Ausbildung begonnen. Rund ein Viertel geht einer Vollzeitbeschäftigung nach (gem. Definition: Beschäftigungsgrad >60%) ⁽⁷⁾.

Ein Jahr nach Austritt zeigt sich diese Situation weitgehend unverändert. 57 Prozent haben eine Arbeit. Rund ein Viertel ist arbeitslos. Beachtenswert ist hierbei, dass von den Klienten und Klientinnen, die länger



KOFOS - Koordinationsstelle des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie

Die KOFOS hat ihre Tätigkeit anfangs 1995 aufgenommen. Im Rahmen des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie (FOS) dokumentiert sie die Arbeit der stationären Drogentherapieeinrichtungen der Schweiz. Sie stellt auf drei Stufen Informationen zur Verfügung:

- Die *Basisdokumentation* dient der Erstellung von Statistiken über Klienten- und Klientinnencharakteristika und -fluktuation. Die Ergebnisse geben Aufschluss über Trendbewegungen und liefern Grundlagen für eine übergeordnete Planung (z.B. Bedarfsanalysen).
- *Pilotprojekte* ermöglichen die Bearbeitung weiterführender Fragestellungen zur Ergänzung der Informationen aus den Basisstatistiken und zur Entwicklung von vertieften Evaluationsansätzen.
- Unter dem Stichwort *Spezialprojekte* werden spezielle Anliegen einzelner Einrichtungen bearbeitet.

Nebst der systematischen Klienten- und Klientinnendokumentation ist es eine wichtige Zielsetzung der KOFOS, im Rahmen von Symposien und weiteren Veranstaltungen eine regelmässige Rückmeldung der Forschungsergebnisse und eine kritische Reflexion bezüglich deren Praxisrelevanz in Zusammenarbeit mit den therapeutisch Tätigen zu gewährleisten.

Seit dem Sommer 1995 ist die KOFOS dem Institut für Suchtforschung (ISF) in Zürich angegliedert:

KOFOS - Koordinationsstelle des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie
Institut für Suchtforschung (ISF)
Konradstr. 32, 8005 Zürich
Tel. 01/273 40 24 Fax. 01/273 40 64

135

als zwölf Monate in einem stationären Programm gewesen sind, rund 75 Prozent nach Austritt einer Vollzeitbeschäftigung (Definition s.o.) nachgegangen sind.

Auch bei der Arbeitsintegration können geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt werden. Zwar leben ein Jahr nach Therapieende je die Hälfte der Frauen und Männer weitgehend integriert (beruflich, sozial und finanziell). Unterschiede zeigen sich aber bei der nichtintegrierten anderen Hälfte: Die Frauen versuchen, sich am Rande der Gesellschaft in relativer Armut mit temporären Arbeitsangeboten und Fürsorgeunterstützung legal über die Runden zu bringen, während die nichtintegrierten Männer wieder vermehrt szenennah und häufig von illegalen Einkünften leben ⁽⁵⁾.

Nach der Therapie haben rund 50 Prozent der Klienten und Klientinnen eine Arbeit und fast alle eine eigene Wohnmöglichkeit

SOZIALE REINTEGRATION UND RESOZIALISIERUNG

80 Prozent haben bei Beginn einer stationären Therapie Schulden

Wohnsituation

Der Anteil Personen, die zum Zeitpunkt des Austritts nicht über eine feste Unterkunft verfügen, ist gering (1995: 6%, 1996: 4%). Andererseits haben im Berichtsjahr 1995 36 Prozent weiterhin in einem stationären Rahmen gewohnt, im Jahr darauf sind es 44 Prozent gewesen.

Wer Arbeit hat, findet auch leichter eine Wohnung. Es muss heute davon ausgegangen werden, dass in der Folge einer weiteren Verschärfung der Arbeitslosigkeit zunehmend mehr Personen auch nach Abschluss des stationären Programms noch für einige Zeit auf institutionell gestützte Hilfe angewiesen sein werden, sei dies in Form von Nischenarbeitsplätzen oder geeigneten Wohnprojekten, vielleicht auch kombinierten Wohn-Arbeits-Formen.

Problem Verschuldung

80 Prozent der Therapieabsolventen und -absolventinnen geben an, beim Eintritt in die Rehabilitation verschuldet zu sein (20% mit Schulden zwischen 5'000 und 15'000 Franken, 25% über Fr. 15'000 - davon immerhin rund 7% über Fr. 50'000). Schulden von Fr. 15'000 und mehr müssen angesichts der Einkommenserwartungen als erheblich betrachtet werden.

Dieses Gesamtbild kann sich bis zum Austritt - mangels Verdienstes - zwangsläufig nur unwesentlich verbessern. Häufig wird mit Stundungs- oder Erlassgesuchen versucht, die

finanzielle Situation zunächst einmal zu beruhigen; Insolvenzerklärungen (sog. Privatkonkurse) sind während der Rehabilitation eher die Ausnahme ⁽⁷⁾.

Dazu kommt, dass bei über zwei Dritteln aller Personen der Rehabilitationsaufenthalt über die öffentliche Fürsorge geregelt bzw. vorfinanziert wird. Mit zunehmender Anwendung der Kostenbeteiligung laufen also - anstelle einer Bereinigung oder wenigstens Verbesserung der finanziellen Situation - potentiell bereits weitere Schulden auf.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass 51 Prozent (1996) der Therapieabgänger und -abgängerinnen beim Austritt angeben, ihr Lebensunterhalt werde zukünftig von der Sozialhilfe-/Fürsorge gedeckt (gegenüber 43% im Jahr 1995), während der Anteil an Klienten und Klientinnen, die ihren Lebensunterhalt mit eigener Arbeit bestreiten können, in den Jahren 1995 und 1996 mit je ca. 35 Prozent konstant geblieben ist.

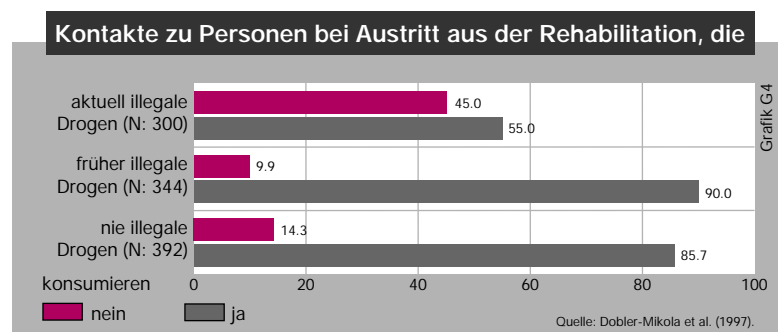
Natürlich sprechen sich „neue Praktiken“ der Kostenträger (vgl. Finanzierungsprobleme) auch bei freiwilligen Therapieinteressenten und -interessentinnen herum. Es besteht deshalb die Gefahr, dass sich diese - unter anderem aus berechtigter Angst vor unabsehbaren Kostenfolgen - gegen einen stationären Rehabilitationsaufenthalt zugunsten anderer, für sie billigere oder kostenlose Angebote entscheiden - eventuell sogar gegen die Aufnahme eines Behandlungskontakts überhaupt. Es ist hinlänglich bekannt, muss aber immer wieder betont werden, dass freiwillige Therapieinteressenten und -interessentinnen in diesem Punkt im Vergleich zu Massnahmeklienten und -klientinnen krass benachteiligt sind.

Soziale Kontakte/Bindungen/Partnerschaft

Ein weiterer Indikator für die soziale Integration ist das Bezugspersonen-

136

Fast 20 Prozent leben auch nach der stationären Therapie isoliert oder im sozialen Umfeld von Drogenkonsumierenden



SOZIALE REINTEGRATION UND RESOZIALISIERUNG

netz. Beim Austritt aus der stationären Rehabilitation überwiegen die Kontakte zu Personen, die nie oder aktuell keine illegalen Drogen konsumieren (Grafik G4). Dieses Ergebnis muss insofern relativiert werden, als der Zeitpunkt der Befragung direkt beim Austritt aus der Therapie und/oder Übertritt in eine Aussenwohngruppe erfolgt. Da nach einem längeren Aufenthalt die Kontakte zu den zu diesem Zeitpunkt mehrheitlich abstinent lebenden Mitabsolventen und -absolventinnen des Programms im Vordergrund stehen, sind diese Resultate wohl zu einem wesentlichen Teil auf Selektionseffekte zurückzuführen.

Einerseits hat ein Drittel der Befragten, im Vergleich zu der Zeit vor der Rehabilitation, ein soziales Netz mit Familienangehörigen und/oder Personen, die nicht Drogen konsumieren, neu aufbauen können.

Andererseits lebt jede/jeder fünfte nach wie vor isoliert oder hat hauptsächlich Kontakt mit drogenkonsumierenden Personen ⁽⁸⁾.

Legalverhalten

Der Vergleich vor und nach dem stationären Aufenthalt zeigt, dass insgesamt 39 Prozent der Befragten hinsichtlich des Legalstatus insofern profitieren können, als nachher keine Justizkontakte (was nicht gleichzusetzen ist mit Delinquenz) mehrhängig gewesen sind.

Hier ist der Zusammenhang mit der Therapiedauer besonders auffällig: Nach Dobler-Mikola ⁽⁸⁾ haben 72 Prozent der Personen, die zu Beginn der Therapie Defizite im Legalverhalten aufgewiesen haben und ein Jahr oder länger in der Therapie gewesen sind, in den ersten zwölf Monaten nach Austritt keine weiteren Sanktionierungen durch das Justizsystem zu gewärtigen. Bei einem Aufenthalt zwischen drei und zwölf Monaten hat dieser Anteil noch 50 Prozent betragen, bei einer Verweildauer von drei

Monaten oder weniger haben 73 Prozent der Personen erneut Justizsanktionierungen erfahren.

Übersicht über wichtige Indikatoren

Die FOS-Jahresstatistik von 1996 liefert eine zusammenfassende Übersicht zu den gängigsten herangezogenen Indikatoren (vgl. Grafik G5).

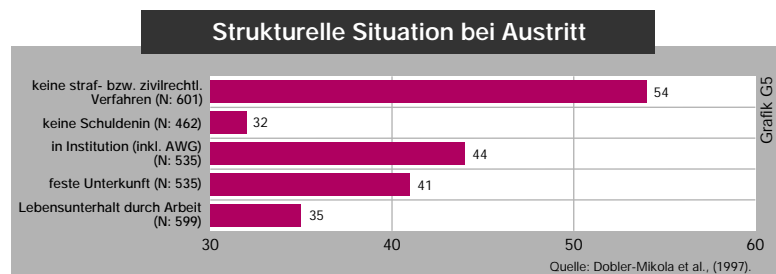
Ein Jahr nach Austritt aus der Einrichtung nach ihrer rückblickenden Beurteilung des Rehabilitationaufenthalts befragt, meint immerhin die Hälfte der Befragten, die „...Rehabilitation“ habe sie... „ungenügend auf das Leben danach vorbereitet“. Schaaf ⁽⁹⁾ kann in ihrer Analyse dieser Nachbefragungsdaten demgegenüber zeigen, dass die grosse Mehrheit angibt, in den ressourcenorientierten Dimensionen Offenheit, Selbstreflexion und Introspektion sowie bei der Zukunftsgestaltung und der Distanz zur Szene sehr wohl vom stationären Aufenthalt profitiert zu haben, was sich direkt oder indirekt auch positiv in den anpassungsorientierten Dimensionen niederschlagen wird.

Zusammenfassung

Angebote der stationären Drogenrehabilitation bewirken oder begünstigen in wesentlichen Bereichen der sozialen Integration positive Veränderungen.

Gut ein Drittel der Personen kann eine vorher defizitäre Situation verbessern. Allerdings haben auch Verschlechterungen bei zehn Prozent nicht verhindert werden können ⁽⁸⁾.

Mehr als ein Drittel der Drogenabhängigen kann durch eine stationäre Therapie die eigene soziale Integration verbessern



SOZIALE REINTEGRATION UND RESOZIALISIERUNG

Um Ungerechtigkeit zu vermeiden, müssen gesamtschweizerisch einheitliche Finanzierungsmodelle für die stationäre Drogenbehandlung erarbeitet werden

In vielen Bereichen sind starke Zusammenhänge mit der Verweildauer im Programm nachgewiesen worden. Diese sind leicht nachvollziehbar: Um in möglichst vielen Sozialisationsbereichen von einem stationären Aufenthalt profitieren zu können, braucht es Zeit. Je kürzer eine rehabilitative therapeutische Intervention angelegt ist, desto stärker wird sie einzelne Dimensionen in den Vordergrund rücken müssen. Dies stellt hohe Anforderungen an eine professionelle Diagnostik und treffsichere Indikationsstellung für die zu treffenden Massnahmen bei den zuweisenden Stellen.

Problembereich Finanzierung

Bereits an der Nationalen Drogenkonferenz im Februar 1995 sind die - schon damals deutlich gewordenen - Finanzierungsprobleme in der Arbeitsgruppe „Therapie“ thematisiert worden. *„Die bestehenden Finanzierungsformen bereiten oft Schwierigkeiten und verzögern den Eintritt in eine Therapie. In den Arbeitsgruppen bestand Einigkeit darüber, dass Finanzierungsmodelle auf gesamtschweizerischer Ebene erarbeitet werden müssen“* ⁽¹⁾.

Leider hat diese Forderung bis heute nicht nur ihre Gültigkeit behalten, vielmehr werden die Kostenträger bei der Kostenübernahme für stationäre Rehabilitationsbemühungen zunehmend restriktiver.

Regressforderungen und die Verwandtenunterstützungspflicht zur Deckung der Therapiekosten nehmen deutlich zu und können zu einer erheblichen Verschuldung der Betroffenen führen

Dabei sind sich die Kantone der heute brennend gewordenen Finanzierungsprobleme stationärer Drogenrehabilitation sehr wohl bewusst. In einer Umfrage der Schweizerischen Koordinationsstelle für stationäre Drogentherapieangebote (KOSTE) - die aktuell eine Arbeitsgruppe zur Erarbeitung alternativer Finanzierungsmodelle eingesetzt hat - bei den Kantonen im letzten Quartal 1996 sind von den meisten Kantonen folgende Probleme genannt worden:

- zunehmende Anwendung der Verwandtenunterstützung und Elternbeiträge (mit je uneinheitlicher Handhabung) durch die Kostenträger und vermehrter Rückzahlungspflicht der Klienten und Klientinnen
- erhöhter Zeit- und administrativer Aufwand für Kostengutsprachen
- weiter zunehmende Ungleichbehandlung von Justizmassnahmen und freiwilligen Therapien
- fehlende Beurteilungsgrundlagen der Taggeldansätze hinsichtlich Kosten-Nutzen-Qualität
- Verschuldungssituation der Therapieabsolventen und -absolventinnen
- zunehmende Probleme mit der Finanzierung von Nebenkosten ⁽¹⁰⁾.

Die stationären Einrichtungen ihrerseits bestätigen diese Probleme: Sei es, dass die Taggeldbeiträge von den Kostenträgern einseitig und pauschal - also ohne Berücksichtigung der von einer Einrichtung tatsächlich angebotenen und erbrachten Leistungen - limitiert werden, sei es, dass die Dauer der Gutsprache gekürzt wird oder auch (in bislang vereinzelt Extremfällen), dass Kostengutsprachen rückwirkend nicht eingehalten werden, jeweils verbunden mit erhöhtem Administrationsaufwand für die Einrichtung.

Nicht zuletzt die Betroffenen selbst sowie deren Angehörige sehen sich zunehmend häufiger mit der Anwendung der Verwandtenunterstützungspflicht nach Art. 328, 329 ZGB konfrontiert. Regressforderungen an ehemalige Absolventen und Absolventinnen, im Extremfall Jahre nach Beendigung der Therapie und teilweise in beträchtlicher Höhe, nehmen an Häufigkeit zu.

Da eine in unserer Gesellschaft wesentliche Bedingung für soziale

SOZIALE REINTEGRATION UND RESOZIALISIERUNG

Integration in einer finanziell stabilen Situation in weitgehender Unabhängigkeit von Dritten besteht, ist eine grosse Hürde für eine nachhaltige soziale Integration in der momentanen Versorgungsstruktur selbst angelegt.

Qualitätssystem

Die Qualität der Therapie muss gesichert sein.

Der Begriff „System“ weist darauf hin, dass es hier nicht nur um die Beschreibung von Rahmenbedingungen, grundsätzlichen Stellungnahmen zu ethischen Grundhaltungen, die Formulierung von Minimalstandards oder die Erstellung von mehr oder weniger abschliessenden Kriterienlisten gehen kann. Vielmehr müssen alle qualitätsrelevanten Elemente in systematischer Weise miteinander verbunden werden. (Damit würde unter anderem auch die dringend benötigte Beurteilungsgrundlage hinsichtlich Kosten-Nutzen-Qualität z.B. für kostentragende Sozialdienste in Gemeinden geschaffen.)

Die KOSTE propagiert mit Unterstützung der Konferenz der Kantonalen Beauftragten für Suchtfragen KKBS und des BAG die Einsetzung einer „Nationalen Konsenskonferenz stationäre Drogentherapie“. Diese soll schrittweise ein landesweit verbindliches Qualitätssystem einführen, dessen Elemente je unter Federführung der beteiligten Fachbereiche und Kostenträger entwickelt werden. Breit abgestützte Abklärungen haben eine klare Zustimmung zu diesem Vorschlag gezeigt, und die Konsenskonferenz wird noch im ersten Halbjahr 1997 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammenkommen. Für die Etablierung alternativer Finanzierungsmodelle ist ein verbindliches Qualitätssystem eine unumgängliche Voraussetzung.

Schlussfolgerungen

Angesichts der sich zuspitzenden

Arbeitslosenproblematik (vgl. Kapitel Behandlung illegale Drogen) liegt es auf der Hand, dass die stationären Einrichtungen dem Bereich der schulischen und beruflichen Grund- bzw. Weiterqualifikation in Zukunft noch mehr Beachtung werden schenken müssen als sie dies heute ohnehin bereits tun.

Eine (noch) engere Kooperation mit bestehenden Angeboten im Bereich von Arbeits(integrations)projekten scheint angesichts der allerorten angespannten Finanzlage dringend erforderlich.

Die institutionsinterne Vorbereitung auf die Reintegration wird die bisher gültigen Zielsetzungen neu gewichten müssen. Fragestellungen wie etwa „Wie lebe ich ohne feste Arbeit?“, „Gibt es alternative Lebens- und Einkommensformen für mich?“ und „Wie finde oder schaffe ich mir diese?“ werden vermutlich schon bald zum Standardthema einer stationären Drogenrehabilitation gehören.

Die in vielen Einrichtungen begonnene oder bereits vollzogene Konzeptentwicklung in Richtung individualisierter Therapieprogramme sieht sich mit höchst komplexen Fragen der Prioritätensetzung konfrontiert. Sind die Zielsetzungen der Institution bzw. der Therapeuten und Therapeutinnen identisch mit den Erwartungshaltungen der (mehr oder weniger beteiligten) Öffentlichkeit / der Kostenträger?

Können die teilweise recht umfangreichen („psychosoziale Persönlichkeitsentwicklung“), teils absolut formulierten Therapieziele („Abstinenz“) in einem sich auf breiter Front rasant verändernden Umfeld aufrechterhalten werden? Welchen Stellenwert wird und kann in Zukunft das Ziel der Erreichung einer generellen Abstinenz haben? Welcher Aufwand kann und soll betrieben werden und damit: Was darf das Ganze noch kosten?

SOZIALE REINTEGRATION UND RESOZIALISIERUNG

Seit etwa 1 1/2 Jahren gibt es zunehmend stationäre Angebote mit deutlich kürzerem Aufenthalt im Vergleich zu den „klassischen, abstinenzorientierten Langzeittherapiemodellen“ - von den Kostenträgern zunächst nur allzugern gesehen. Doch die Kostenträger müssen sich darüber im klaren sein, dass je kürzer der stationäre Aufenthalt dauert, desto weniger (gerade auch anpassungsorientierte) Ziele erreicht werden können. Folgekosten in anderen Bereichen sind absehbar (Arbeitslosigkeit, erhöhte Rückfallgefährdung, Lebensunterhalt wieder stärker durch illegale Einkünfte finanziert usw.).

In nahezu allen für eine nachhaltige soziale Integration wichtigen Bereichen ist die Aufenthaltsdauer in einer stationären Einrichtung von mindestens zwölf Monaten ein entscheidender Faktor. Durch Rückgriff auf die Klienten und Klientinnen nach absolvierter Rehabilitation - angesichts der vielerorten angespannten Finanzlage eine verständliche Massnahme - gefährden die Kostenträger unweigerlich die Nachhaltigkeit einer gerade erfolgten oder beginnenden echten sozialen Integration.

Es scheint kontraproduktiv, mit dem heutigen Wissensstand pauschal von einem „Verteilungskampf“ zwischen den verschiedenen Angeboten zu sprechen und sie generell als konkurrierend zu beschreiben. Besteht nicht eher ein Verteilungskampf zwischen den gleichgelagerten Angeboten, vielleicht aufgrund eines zu schnellen und unkontrollierten Ausbaus der einzelnen Segmente? Eine gleichfalls viel zu pauschale Hypothese! Hier sind eingehendere Analysen der Klienten- und Klientinnen-Fluktuation zwischen den Institutionen zu leisten, mit besonderem Augenmerk auf die Klienten- und Klientinnenmerkmale - eine klare Aufgabe für die praxisorientierte Forschung.

Diese Institutionen müssten und können viel mehr miteinander kooperieren in Form von kombinierten,

flexiblen Ansätzen mit mehr horizontaler Durchlässigkeit. Einrichtungen, die Klienten und Klientinnen in Substitutionsbehandlungen auch in ein - konzeptionell gut vorbereitetes - stationäres und durchaus „hochschwelliges“ Setting aufnehmen, beweisen, dass es sich lohnt, neue Wege zu beschreiten. Selbst aus den Versuchen zur ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln kommen Signale - wenn auch bis anhin nur vereinzelt -, dass ein Teil ihrer Klienten und Klientinnen mit dem dortigen ambulanten Setting überfordert sind und stationäre Strukturen hier recht konstruktiv und weiterführend eingesetzt werden könnten.

Die Beteiligten werden nicht darum herumkommen, klar zu definieren, welche Ziele die stationäre Drogenrehabilitation in der Arbeit mit den Betroffenen anzustreben hat, und sie werden diesbezüglich auch eindeutige und klare Prioritäten setzen müssen.

Mit dem gemeinsamen Ziel einer nachhaltigen sozialen (Re-)Integration werden - nicht zuletzt unter dem Kostendruck - zwischen den verschiedenen Bereichen in Zukunft flexiblere, durchlässigere Kooperationsmodelle entstehen.

U. Simmel

- 1 Simmel & Hertli (1995).
- 2 De Leon (1989) zit. nach Wettach (1996).
- 3 AG „Therapie“ an der Nationalen Drogenkonferenz (1995).
- 4 Wettach (1996).
- 5 Dobler-Mikola (1996a).
- 6 Dobler-Mikola (1996b).
- 7 Dobler-Mikola et al. (1997).
- 8 Dobler-Mikola (1996b).
- 9 Schaaf (1996).
- 10 Roelli & Simmel (1997).

SELBSTHILFE UND SELBSTORGANISATION

Einführung

Die Idee der Selbsthilfe stammt aus den Vereinigten Staaten. Die persönliche Betroffenheit motiviert den einzelnen, persönlich aktiv zu werden und mit Personen, die das gleiche Problem haben, mittels Erfahrungsaustausch und gegenseitiger Unterstützung eine persönliche Lösung zu erarbeiten. Dies findet in den meisten Fällen in einer sogenannten Gesprächsgruppe statt.

Selbsthilfegruppen für Alkoholabhängige

Selbsthilfegruppen für Alkoholabhängige sind Teil des sozialen ambulanten Behandlungssystems für Alkoholismuspatienten und -patientinnen und bieten eine Ergänzung zu den professionellen Beratungsstellen (vgl. Grafik H1)

Selbsthilfe von Alkoholabhängigen wird in der Schweiz vor allem in Form der Gruppen der Anonymen Alkoholiker (AA) angeboten. Die AA bestehen in der Romandie seit 1956 und in der Deutschschweiz seit 1963 und haben sich in der jeweiligen Sprachregion eigenständig entwickelt. Heute pflegen die Gruppen dieser beiden Sprachregionen wenig Kontakt miteinander; die sprachliche Verbundenheit wiegt stärker als die nationale Einheit. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass die AA-Gruppen der Deutschschweiz 1992 ein Teil von AA-Deutschland geworden sind. Bei ihrer Gründung haben die AA-Gruppen vor allem Alkoholabhängige angesprochen, für die die bisherigen Angebote nicht attraktiv gewesen sind: insbesondere viele Frauen, jüngere Alkoholabhängige und Personen aus städtischen Ballungsräumen. Zudem bietet die Anonymität einen Persönlichkeitsschutz, der in der zum grossen Teil konservativen Gesellschaft der Schweiz nicht unterschätzt werden sollte. Auch heute ist der Anteil der Frauen in den AA-Gruppen höher als im spezialisierten Behandlungssy-

Merkmale einer Selbsthilfegruppe

- Alle Gruppenmitglieder sind durch das gemeinsame Problem selber betroffen.
- Alle Gruppenmitglieder sind sich gleichgestellt: es gibt keinen (professionellen) Leiter
- Jeder bestimmt über sich selbst; die Gruppe entscheidet selbstverantwortlich
- Jeder geht um seiner selbst Willen in die Gruppe, die Mitgliedschaft ist freiwillig
- Was in der Gruppe besprochen wird, soll in der Gruppe bleiben und nicht nach aussen dringen (Gruppenschweigepflicht)
- Die Gruppe arbeitet ohne Gewinnorientierung

Quelle: Moeller (1981), Vogelsanger (1995)

stem für Alkoholabhängige ⁽¹⁾.

Seit einigen Jahren werden von den beiden traditionellen Abstinenzverbänden IOGT-Schweiz (ehemals Schweizer Guttempler) und Blaues Kreuz vor allem im Grossraum Zürich ehrenamtlich geführte Gesprächsgruppen angeboten. Im Gegensatz zum reinen Selbsthilfeangebot der Anonymen Alkoholiker werden diese Gruppen von speziell ausgebildeten Gesprächskreisleitern und -leiterinnen geführt und werden vor allem von Personen mit einer abgeschlossenen Therapie besucht. Verstärkt nehmen diese Verbände auch die sozio-kulturellen Bedürfnisse dieser Zielgruppe wahr und bieten entspre-

Selbsthilfegruppen arbeiten ohne bezahlte Leiter und Leiterinnen

141



SELBSTHILFE UND SELBSTORGANISATION

Vor allem Personen, die keine professionelle Hilfe finden, schliessen sich in Selbsthilfegruppen zusammen

chende Angebote an; denn eine aktive Freizeitgestaltung ist für viele Personen nach einer Therapie ein grosses Problem.

An die städtischen Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen wird kaum der Wunsch nach einer Selbsthilfegruppe für Alkoholabhängige gestellt (Team Selbsthilfe Bern hatte bei 580 Anfragen im Jahr 1995 nur deren 28 zu Abhängigkeitsproblemen)⁽²⁾. Es ist zu vermuten, dass Alkoholabhängige einerseits das Hilfsangebot der professionellen Stellen in Anspruch nehmen, andererseits die existierenden Selbsthilfeangebote (vor allem die AA) einen so grossen Bekanntheitsgrad haben, dass keine Vermittlung notwendig ist.

Selbsthilfegruppen - Abhängige illegaler Drogen

Wie für Alkoholabhängige gibt es auch ein Angebot von Selbsthilfegruppen für Abhängige von illegalen Drogen. In der Schweiz treten vor allem die Narcotics Anonymous (NA) in Erscheinung. In der Schweiz existieren diese Gruppen seit 1989 und haben sich in der Deutschschweiz und Romandie ziemlich parallel entwickelt. Heute gibt es in der ganzen Schweiz 23 Gruppen (Zwei im Tessin, zwölf in der französischsprachigen und neun in der deutschsprachigen Schweiz), die sich in der Regel mit fünf bis dreissig Teilnehmenden wöchentlich treffen. Diese Gruppen sind vornehmlich in grösseren Städten beheimatet⁽³⁾.

Die Schweiz ist auf dem Gebiet der Selbsthilfegruppen im Vergleich zu Deutschland ein Entwicklungsland

Angehörigen-Selbsthilfegruppen

Da Angehörige von Abhängigen in den traditionellen Therapieangeboten bestenfalls als Teil des sozialen Systems des Abhängigen in den Therapieprozess einbezogen werden - ohne jedoch die Möglichkeit zu erhalten, die Abhängigkeit des Partners oder der Partnerin, des Eltern- teils, des Kindes und die damit verbundenen Erlebnisse zu verarbeiten - haben sich in den letzten Jahren

verstärkt Selbsthilfegruppen von Angehörigen gebildet.

Bei den AA gibt es dieses Angebot unter der Bezeichnung Alanon (für Ehepartner resp. -partnerin) und Alateen (für Kinder). Das Blaue Kreuz plant Gruppen für Kinder und Partnerinnen von Alkoholabhängigen und auch IOGT-Schweiz beabsichtigt, zusammen mit dem Institut für Suchtforschung in Zürich eine Projektstudie für Kinder aus suchtkranken Familien zu starten.

Im Bereich der illegalen Drogen haben sich vor allem die Elternvereinigungen Drogenabhängiger Jugendlicher (DAJ) einen grossen Bekanntheitsgrad verschafft. Im Frühjahr 1994 haben in der Deutschschweiz rund 40 solcher Gruppen bestanden⁽⁴⁾. In der Romandie ist eine analoge Vereinigung (FRAPCD) gerade erst gegründet worden.

Möglichkeiten der Selbsthilfe am Beispiel Deutschlands

In Deutschland haben sich die traditionellen Abstinenzverbände ab den 70er Jahren mehr und mehr der Selbsthilfe zugewandt - unterstützt durch die gesellschaftliche und politische Akzeptanz und der finanziellen Förderung von Selbsthilfe im gesamten Gesundheitsbereich. Heute betreuen die fünf grossen, in der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren zusammengeschlossenen Verbände (Guttempler, Blaues Kreuz, das Blaue Kreuz in den evangelischen Kirchen, der Kreuzbund und die Freundeskreise) rund 70'000 Personen in etwa 4'500 Selbsthilfegruppen. Dazu kommen noch rund 2'300 Gruppen der Anonymen Alkoholiker. Da diese traditionellen Verbände vor allem in den sogenannten alten Bundesländern verbreitet sind, kann von folgender grober Schätzung ausgegangen werden: Auf eine Einwohnerzahl von rund 70 Millionen werden mindestens 100'000 Alkoholabhängige betreut. Für die Schweiz müssten bei einem

SELBSTHILFE UND SELBSTORGANISATION

gleich grossen Anteil ehrenamtlich betreuter Personen an der Bevölkerung etwa 10'000 Alkoholabhängige Gesprächsgruppen besuchen. Dies wären rund 25 Prozent der in der Schweiz professionell betreuten Alkoholabhängigen (vgl. Kapitel Abhängigkeit). Selbstverständlich nimmt ein Grossteil der Mitglieder einer Selbsthilfegruppe zeitgleich noch professionelle Hilfe in Anspruch (bei den AA haben 58 Prozent vor und 40 Prozent nach dem Besuch einer AA-Gruppe professionelle Hilfe in Anspruch genommen⁽⁵⁾), trotzdem verdeutlichen diese Zahlen ein grossartiges Potential an gelebter gesellschaftlicher Solidarität und nicht zuletzt auch Möglichkeiten der effizienten Verwendung öffentlicher Gelder.

M. Meyer

*Eine gezielte
Förderung der
Selbsthilfegruppen
würde eine Menge
Geld einsparen*

1 Rehm et al. (1992).
2 gemäss tel. Auskunft.
3 gemäss tel. Auskunft
eines NA-Verantwortlichen
4 Klingemann (1995).
5 AA-Deutschland (1995)

*Funktionsabläufe,
die einer hohen
Kontrolle bedürfen,
sind besonders
alkoholempfindlich*

Alkohol im Unfallgeschehen

Dass Alkohol im Unfallgeschehen einen bedeutsamen Risikofaktor darstellt, wird in vielen Untersuchungen belegt. Das Risiko, einen Unfall zu verursachen, steigt ab 0.5 Promille deutlich an. Es erreicht bei 0.8 Promille das Vierfache des Nüchternwertes und vervielfacht sich exponentiell bei weiter zunehmender Blutalkoholkonzentration (BAK). Die neuere Forschung unterscheidet zwischen den Auswirkungen des Alkohols auf „automatisierte“ und „kontrollierte“ Funktionsabläufe. Ein automatisierter Funktionsablauf ist beispielsweise das Befahren einer bekannten Strecke. Das Befahren einer unbekannteren, schwierigeren Strasse erfordert dagegen kontrollierte Funktionsabläufe. In dieser Situation muss der Lenker mit grosser Konzentration fortlaufend die Geschwindigkeit und die Steuerung den unbekannteren Strassenverhältnissen anpassen.

Automatisierte Funktionsabläufe sind, wie Untersuchungen zeigen, weniger alkoholempfindlich; sie werden etwa ab einer Blutalkoholkonzentration von einem Promille messbar gestört. Die kontrollierten Funktionsabläufe sind dagegen sehr

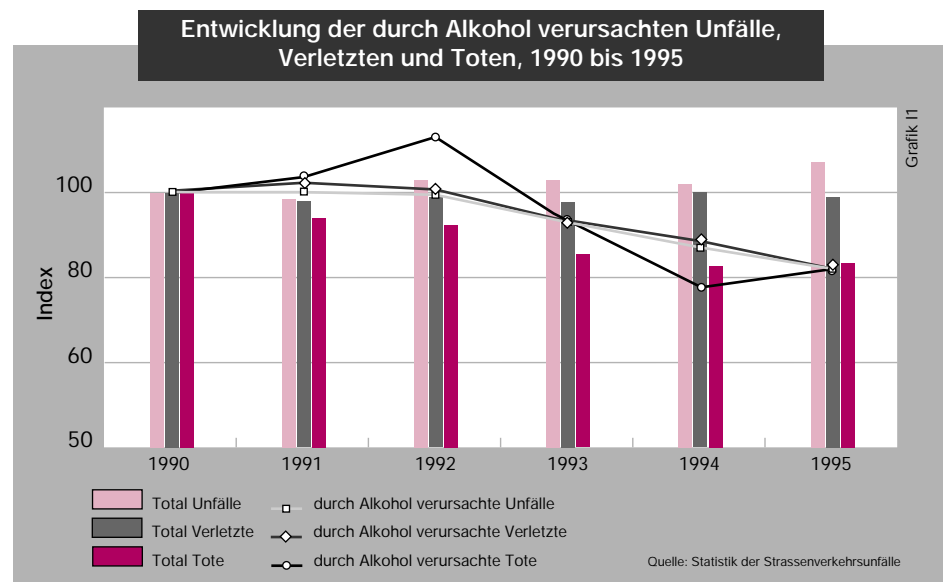
alkoholsensibel; schon ab einem Blutalkoholgehalt von 0.4 Promille werden sie nachweisbar beeinträchtigt, obwohl bei dieser geringen BAK äusserlich in der Regel noch keine motorischen Ausfallerscheinungen auftreten und eine Person somit nüchtern scheint. Unvorhergesehene Ereignisse können automatisierte Funktionsabläufe stören; in diesem Fall wird die Alkoholsensibilität schlagartig erhöht.

Trunkenheitsfahrten

Wie hoch die effektive Anzahl von Trunkenheitsfahrten und der so verursachten Unfälle ist, lässt sich kaum feststellen. Deutsche Untersuchungen gehen davon aus, dass nur jede sechshundertste Trunkenheitsfahrt (mehr als 0.8 Promille BAK) entdeckt wird, von denjenigen Automobilisten und Automobilistinnen mit mehr als 1.3 Promille BAK nur jeder und jede dreihundertste ⁽¹⁾.

Für eine hohe Dunkelziffer von Trunkenheitsfahrten sprechen auch die Resultate einer schweizerischen Untersuchung, wonach rund 40 Prozent der motorisierten Verkehrsteilnehmer und -teilnehmerinnen angeben, nach Alkoholkonsum nicht mehr

*Mehr als die Hälfte
der Fahrzeuglenker
und -lenkerinnen
setzen sich trotz
Alkoholkonsums
ans Steuer*



Auto zu fahren. 45 Prozent trinken höchstens zwei Gläser, 12 Prozent drei oder vier, und fast drei Prozent trinken fünf und mehr Gläser und setzen sich danach noch ans Steuer ⁽²⁾. Nach einer Umfrage der BfU (1994) sind 30 Prozent der Autolenkenden „Vieltrinker/-trinkerinnen“ und fahren mindestens einmal pro Woche in alkoholisiertem Zustand, 20 Prozent davon in vollem Bewusstsein, zuviel getrunken zu haben ⁽³⁾.

Auf schweizerischen Strassen finden somit viele unentdeckte Alkoholfahrten mit einem grossen Gefährdungspotential statt. Dies trotz aller Appelle, nach Alkoholkonsum kein Fahrzeug mehr zu lenken. Einer der Gründe, warum diese Warnungen ungehört verhallen, liegt in der Tatsache begründet, dass ein Alkoholunfall objektiv zwar ein häufiges, subjektiv jedoch ein seltenes Ereignis darstellt, denn nur ein minimaler Teil aller Alkoholfahrten endet mit einem Unfall. Dies bestärkt die Fahrzeuglenkenden in ihrem Verhalten. Zudem ist die Wahrscheinlichkeit äusserst gering, alkoholisiert in eine Verkehrskontrolle zu geraten.

Alkoholbedingte Strassenverkehrsunfälle

Das Bundesamt für Statistik weist für

1995 6'417 durch Alkohol verursachte Unfälle aus. Dabei sind 2'867 Personen verletzt und 135 getötet worden. Zwar nimmt die Gesamtzahl von Toten und Verletzten im Strassenverkehr ab; dieser Trend lässt sich aber für Alkoholunfälle nicht im selben Mass bestätigen. Sind in den letzten Jahren im Schnitt 10 Prozent aller Verkehrsunfälle mit Verletzten alkoholbedingt gewesen, beträgt der entsprechende Anteil bei Unfällen mit Toten rund 20 Prozent. Dieser Sachverhalt weist deutlich darauf hin, dass sich Alkohol im Unfallgeschehen besonders gravierend auswirkt.

Artikel 55 des Strassenverkehrsgesetzes legt fest, dass nur Fahrzeuglenker beziehungsweise -lenkerinnen und andere an Unfällen beteiligte Personen, bei denen Anzeichen von Angetrunkenheit vorliegen, geeigneten Untersuchungen zu unterziehen sind. Bei einer relativ niedrigen BAK sind motorische Einzelausfälle oder augenfällig gestörtes Verhalten nicht ausgeprägt, jedoch latent vorhanden. Der Nachweis einer alkoholischen Beeinflussung der für die Fahrtüchtigkeit massgeblichen Hirnfunktionen durch Beobachtung von Verhaltensauffälligkeiten - wie sie das Gesetz vorsieht - ist somit mit einfachen Mitteln häufig nicht möglich, wenn der Lenker nicht schwer alkoholisiert

Mehr als jeder 10. Verkehrsunfall mit Verletzten und mehr als jeder 5. Verkehrsunfall mit Todesfolgen ist alkoholbedingt

Tabelle 11

Gründe für Führerausweisentzüge in den Jahren 1995 und 1996

	1995	1996	Veränderung in Prozent
Missachten von Geschwindigkeitsvorschriften	19'747	18'858	-4.5
Angetrunkenheit	15'812	14'731	-6.8
Unaufmerksamkeit	4'536	4'425	-2.7
Missachten des Vortrittes	2'319	2'339	+0.9
Nichtbeachten von Signalen	1'931	1'828	-5.3
Unzulässiges Überholen	1'536	1'533	-0.2
Andere Fahrfehler	4'455	4'310	-3.3
Trunksucht	504	550	+9.1
Drogensucht	1'280	1'253	-2.1
Krankheit oder Gebrechen	860	870	+1.2
Übrige Gründe	6'022	6'280	+4.3

Quelle: BFS (1997a)

RECHT UND POLIZEI

ALKOHOL IM STRASSENVERKEHR

In der Schweiz ist jede vierte gerichtlich erfasste Straftat „Fahren in angetrunkenem Zustand“

146

ist, sondern nur eine BAK im rechtlich kritischen Bereich aufweist. Solange der Lenker die automatisierten Funktionsabläufe beherrscht, ist er aufgrund der nicht feststellbaren Anzeichen von Angetrunkenheit nur sehr schwer oder gar nicht zu erfassen. Bei den starken Alkoholkonsumenten und -konsumentinnen, von denen nachweisbar die höchste Unfallgefahr ausgeht, sind aufgrund von Gewöhnungseffekten selbst bei einer sehr hohen Blutalkoholkonzentration - zum Teil über 3 Promille - keine äusseren Anzeichen feststellbar. Es muss deshalb davon ausgegangen werden, dass der Anteil alkoholbedingter Unfälle an der Gesamtzahl der Verkehrsunfälle bedeutend höher ist als die offizielle Statistik glauben macht. Darauf weisen auch Untersuchungen in Notfallstationen von Spitälern hin.

Weil alkoholisierte Lenker und Lenkerinnen häufig nicht aufgrund äusserer feststellbarer Merkmale erkannt werden können, sieht ein Revisionsvorschlag des Strassenverkehrsgesetzes vor, dass die Polizei die Möglichkeit hat, systematische verdachtsfreie Atemproben durchzuführen. D.h. die Polizei kann eine Atemluftkontrolle anordnen, ohne dass äussere Anzeichen einer Alkoholisierung vorliegen. Da ein Atemtest - im Gegensatz zur Blutprobe - die körperliche Integrität nicht verletzt, liesse sich eine solche Massnahme rechtfertigen, da so die Entdeckungswahrscheinlichkeit der alkoholisierten Fahrzeuglenker und -lenkerinnen erhöht würde und sich die Dunkelziffer der Alkoholfahrten reduzieren liesse.

Fahrausweisentzüge

1996 haben die Administrativbehörden 14'731 (1995: 15'812) Fahrausweise wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand entzogen. Dies entspricht rund einem Drittel aller Fahrausweisentzüge und ist nach Missachtung der Höchstgeschwindigkeit der zweithäufigste Entzugsgrund.

Tabelle 12

Ausweisentzüge im Jahr 1995

	Anzahl	%-Anteil
Ohne Unfall/Rückfall	8'647	52%
Mit Unfall	3'589	22%
Rückfall	3'264	19%
Mit Unfall/Rückfall	1'208	7%

Quelle: BFS (1997)

Rund 30 Prozent der angetrunkenen Fahrzeuglenker, denen der Fahrausweis entzogen worden ist, sind 1995 zudem in einen Unfall verwickelt gewesen. 26 Prozent sind wiederholt wegen dieses Vergehens aufgefallen. Dieser hohe Anteil der Wiederholungstäter und -täterinnen unterstreicht die Bedeutung der Rückfallprävention im Strassenverkehr. Die Anzahl der Fahrausweisentzüge bewegt sich seit Jahren in etwa auf dem gleichen Niveau. Der mehr oder weniger stete Anteil der Ausweisentzüge wegen Angetrunkenheit an allen Ausweisentzügen weist auf eine Konstanz der polizeilichen Verfolgungspraxis von Trunkenheitsfahrten hin.

Verurteilungen wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand (Art. 91 SVG)

1994 sind rund 18'000 Strafurteile aufgrund von Verstössen gegen

Tabelle 13

Ausweisentzüge wegen Angetrunkenheit 1992 bis 1996

Jahr	Anzahl	in % aller Entzüge
1991	14'410	35%
1992	15'665	33%
1993	16'393	33%
1994	15'903	32%
1995	15'812	33%
1996	14'731	32%

Quelle: BFS (1997)

Artikel 91 des Schweizerischen Strassenverkehrsgesetzes (Fahren in angetrunkenem Zustand) gefällt worden. Diese Zahl entspricht der Hälfte aller aufgrund von Verstössen gegen das Strassenverkehrsgesetz ergangenen Urteile sowie einem Viertel aller in diesem Jahr gesprochenen Urteile. Dies demonstriert mit aller Deutlichkeit, welche Rolle das nichtsituationsadäquate Alkoholtrinken in der schweizerischen Justiz spielt. Zum Vergleich: Der Anteil der Verurteilungen wegen Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz an allen Verurteilungen hat 1994 12 Prozent betragen.

Nachschulung

1995 sind in der Schweiz erstmals mehr als 4'400 Fahrzeugführer und -führerinnen zur Nachschulung aufgeboten worden. Dies entspricht einer Zunahme von fast 84 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Der Grund für diese starke Zunahme liegt darin, dass seit 1994 in fast allen Kantonen Kurse für Fahrzeuglenker und -lenkerinnen, die wiederholt in verkehrgefährdender Weise Verkehrsregeln verletzt haben, organisiert werden.

Wie gross der Anteil alkoholauffälliger Fahrer und Fahrerinnen am Total der zur Nachschulung aufgebotenen Fahrer und Fahrerinnen ist, geht allerdings aus der Statistik nicht hervor. Vor allem bei wiederholt alkoholauffälligen Personen wäre eine solche Nachschulung wünschenswert. Allerdings ist die Zuweisung in einen Nachschulungskurs bei jenen wiederholt auffälligen Fahrern und Fahrerinnen, bei denen die Diagnose „Alkoholismus“ gestellt werden muss, nicht sinnvoll. Bei diesen Personen ist eine längere, individuelle Intervention angezeigt.

Auch für diese Fälle sieht der Entwurf zur Revision des Strassenverkehrsgesetzes die Prüfung von Blutproben vor, um so potentiell Alkoholabhängige einer Behandlung zuzuführen.

R. Müller

Tabelle 14
Verurteilungen wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand (Art. 91 SVG), 1990-1994

Anzahl Verurteilungen	Straftaten nach		% - Anteil (2 von 1)
	aller Straftaten (1)	Art. 91 SVG (2)	
1990	65'737	15'692	24
1991	68'386	16'107	24
1992	68'689	17'048	25
1993	77'665	19'061	25
1994	73'815	18'062	25

Quelle: BFS (1997).

1 Schaffhauser (1992).
2 SFA (1993).
3 Huguenin et al. (1994).

RECHT UND POLIZEI

ILLEGALE DROGEN

Eine engere Zusammenarbeit der Polizei mit den Sozial-, Fürsorge- und Beratungsdiensten wird angestrebt

Einflüsse auf die polizeiliche Arbeit

Die nationale Drogenkonferenz vom 18.2.95 hat sich auch zum Thema Repression geäussert: „Neben der Bekämpfung des illegalen, organisierten Drogenhandels steht das Verhindern neuer, offener Konsumszenen im Vordergrund. Die Steuerung dieses Prozesses erfolgt im Prinzip über die Toleranz der vom Problem betroffenen Bevölkerung. Generell sind die Erwartungen der Öffentlichkeit an die Repression, insbesondere an die Polizei, zu hoch. Diese Erwartungshaltung zwingt zu einer engeren und effizienteren Zusammenarbeit der Strafverfolgungsorgane mit den Hilfseinrichtungen auf der Grundlage gemeinsam vereinbarter Rollenaufträge und Handlungsrichtlinien.“⁽¹⁾

Bezüglich der öffentlichen Wahrnehmung der mit dem Drogenkonsum verbundenen Probleme steht „die Macht des illegalen Drogenhandels“ mit 71 Prozent aller Nennungen sowie „die durch Betäubungsmittelkonsumierende begangenen Delikte“ mit 65 Prozent aller Nennungen ganz oben auf der Problemliste. Die Printmedien haben in den Jahren 1994 und 1995 in 35.5 Prozent aller zu Drogenfragen erschienenen Informationen die mit dem Drogenkonsum liierte Kriminalität in den Vordergrund der Berichterstattung gestellt. Die italienischsprachige (mit 43 Prozent) und die französischsprachige (mit 48 Prozent) Presse haben diesen Aspekt ganz besonders betont⁽²⁾, obschon ein Vergleich mit den Kriminalstatistiken der Deutschschweiz keine relevanten Unterschiede bezüglich der effektiven Zahlen von Delikthäufigkeit, Anzeigen und Verurteilungen aufzeigt.

Der Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG) vom Februar 1996 an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) kommt zu folgenden Schlüssen: Die mit der Revision des BetmG von 1975 angestrebten Ziele im Bereich der Straf-

barkeit der missbräuchlichen Verwendung von Drogen hätten sich grösstenteils nicht verwirklichen lassen. Die Bestrafung des Konsums habe sich als untaugliches Mittel zur Bekämpfung der Drogenprobleme erwiesen. Die Repression müsse als wichtige Teilstrategie der nationalen Drogenpolitik im Rahmen des sogenannten Vier-Säulen-Modells beibehalten, jedoch primär auf die Angebotsreduktion ausgerichtet und konzentriert werden. Die Bekämpfung der Geldwäscherei (Art 305bis StGB) sowie die intensivierete Aufsicht über die Finanzmärkte (Art 305ter, Abs. 2 StGB) seien weitere zentrale Strategien zur Bekämpfung der Drogenprobleme.

Bei der Früherfassung von Einsteigern und Einsteigerinnen in den Suchtmittelkonsum müsste gemäss der Empfehlung des Berichtes der Expertenkommission die Polizei enger mit den Sozial- und Fürsorge-/Beratungsdiensten zusammenarbeiten, um eine Auswahl der Klientel nach fachlich anerkannten Kriterien gewährleisten zu helfen. Das Einbeziehen von Konsumierenden nicht mehr primär als Angeschuldigte, sondern als Zeugen könnte die Polizei bei ihren Ermittlungsarbeiten gegen den organisierten, illegalen Drogenhandel (Art. 260ter StGB) nachhaltiger als bisher unterstützen. Wesentliche Fortschritte lassen sich dabei nur erzielen, wenn der Polizei sowohl die personellen als auch die materiellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden und wenn ihre Arbeit auf neue gesetzliche Grundlagen (vor allem national einheitliche Strafprozessordnung sowie kantonale und kommunale Polizeigesetze) ausgerichtet wird.

In der Vernehmlassung steht ein Entwurf des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements (EJPD) und des Bundesamtes für Polizeiwesen (BAP) zur Revision des Strassenverkehrsgesetzes. Vorgeschlagen werden darin unter anderem verschärfte Massnahmen gegen Fahrzeuglenker

Drogenkonsumierende sollen nicht mehr primär als Angeschuldigte, sondern als Zeugen gegen den Drogenhandel von der Polizei betrachtet werden

und -lenkerinnen, welche unter Medikamenten- oder Suchtmittelinfluss stehen. Aus medizinischer Sicht kann beim Konsum von Betäubungsmitteln - sei es auf legaler (z.B. ärztliche Verschreibung) oder illegaler Grundlage - keine Grenze festgesetzt werden, nach deren Überschreiten die Fahrunfähigkeit eindeutig erwiesen wäre. Aus diesem Grunde enthält der Entwurf den Vorschlag, den Grenzwert Null einzuführen. Atemluftkontrollen sollen neu auch ohne äussere Anzeichen von Alkoholenuss zugelassen werden. Am Grenzwert von 0.8 Promille will der Bundesrat vor derhand nicht rütteln.

Die Bekämpfung des illegalen organisierten Drogen-Grosshandels ist auch durch die Abschaffung vieler Grenzkontrollen in Europa schwieriger geworden. Die teilweise durch föderale Barrieren begründete Langsamkeit nationalstaatlichen und polizeilichen Handelns gegenüber der Schnelligkeit des organisierten Verbrechens stellt das eigentliche Problem dar. Unterschiedliche Auffassungen und Regelungen im Datenschutzbereich verschärfen dieses Problem zusätzlich. Die kleinräumigen kantons- und gemeindepolizeilichen Strukturen der Verbrechensbekämpfung sind vor allem im kriminalpolizeilichen Bereich zunehmend überfordert. Eine subsidiäre Ermittlungskompetenz des Bundes im Bereich des organisierten Wirtschaftskriminal- und Betäubungsmittel-Verbrechens auf der Ebene eines nationalen kriminalpolizeilichen Lagezentrums bei den sogenannten Zentralstellendiensten des BAP steht zur Diskussion.

Mit Inkrafttreten des Bundesgesetzes vom 18.3.1994 über Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht am 1.1.95 ist die Möglichkeit geschaffen worden, die bisherigen Vollzugsschwierigkeiten des Bundesgesetz über Ausländer und Niederlassung (BGA) zu vermindern. Damit können Ausländer und Ausländerinnen, die keine Aufenthalts- oder Niederlassungsbe-

willigung besitzen, unter bestimmten Voraussetzungen für bis zu drei Monate in Ausschaffungshaft genommen werden. Ausländern und Ausländerinnen, deren Ausschaffung auch dann noch nicht möglich wäre, kann unter Androhung von Gefängnisstrafen von bis zu einem Jahr verboten werden, ein bestimmtes Gebiet zu verlassen oder zu betreten.

Am 24.4.96 beschloss der Bundesrat die Schaffung der nationalen „Koordinations- und Dienstleistungsplattform Drogen Schweiz“. Diese sieht unter anderem die enge Zusammenarbeit zwischen dem Bundesamt für Polizeiwesen und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit dem Ziel vor, auch auf Bundesverwaltungsebene die engstmögliche Kohärenz der Massnahmen im repressiven und sozialmedizinischen Bereich zu gewährleisten. Dies geschieht konkret in der Form enger Zusammenarbeit je einer Stelle des BAP und des BAG in einem gemeinsamen Fachsekretariat. Damit wird das repressive Element der nationalen Vier-Säulen-Politik gleichzeitig gestärkt und in seinem Rollenverständnis umfassender definiert.

Strafrechtspraxis

Die wesentlichen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten beim Vollzug des BetrG liegen bei den Kantonen. Der Bund kann im Aufgabenbereich der Kantone koordinierend und unterstützend wirken. So kann der Bund mit Hilfe der Händlerdatenbank DOSIS gezielte Unterstützung bei Ermittlungen gegen den Betäubungsmittel-Grosshandel leisten.

Der Bundesrat hat am 20.2.91 beschlossen, die Strafbarkeit des Konsums und seiner Vorbereitungshandlungen als Grundsatz beizubehalten. Er liess das EDI, in Zusammenarbeit mit dem EJPD und dem EDA (Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten) prüfen, ob für Erstkonsumenten und -konsumentinnen die Möglichkeit

einer Massnahme statt Strafe einzuführen sei. Das EDI ist aufgrund der Vernehmlassungsergebnisse zum Schluss gekommen, dass hiervon abzusehen sei. Es wurde dem praktizierten „Opportunitätsprinzip“ den Vorzug gegeben, wonach wegen geringfügiger Verstösse gegen das BetmG verurteilte Drogenkonsumierende einer Massnahme zugeführt werden können oder sogar von einer Strafe Abstand genommen werden kann.

Suchtmittel im Freiheitsentzug

Der 3. Methadonbericht vom Dezember 1995 des BAG teilt mit, dass die Vollzugs-Institutionen den Anteil der Drogenkonsumierenden 1992 auf rund 22 Prozent und 1993 auf rund 26 Prozent schätzen. Stute⁽³⁾ hat gezeigt, dass die Zahl nachweisbar Suchtmittel Konsumierender in Basler Strafanstalten bedeutend tiefer liegt, als in der öffentlichen Diskussion stets behauptet oder angenommen, aber nie verifiziert worden ist. In 295 Urinproben von vor ihrem Haftantritt bekannterweise ausschliesslich Opiate Konsumierenden ist in vier Prozent aller Fälle der Opiatkonsum auch in der Haftanstalt nachweisbar gewesen. Zum Vergleich: Beim Eintritt haben 508 Urinproben von zu Haftstrafen verurteilten Methadonbezügern bei 65.5 Prozent aller Fälle Opiatkonsum und bei 37.9 Prozent aller Fälle Kokainkonsum angezeigt. Bei acht Prozent aller Fälle ist beim Eintritt weder Heroin- noch Kokainkonsum nachweisbar gewesen. In 334 Proben, die während der Haftverbüßung erhoben worden sind, sind in keinem einzigen Fall Spuren von Kokain und nur in 9 Proben von 8 Personen solche von Opiaten gefunden worden. THC-Carbonsäure, ein biologisch inaktiver Metabolit des THC, ist bei rund 30 Prozent aller Inhaftierten nachgewiesen worden.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Versuche des Bundes zur ärztlichen Betäubungsmittelverschreibung ist

1995 ein Heroin-Abgabeprojekt in der Strafanstalt von Oberschöngrün/SO gestartet worden. Die bisher vorliegenden Erkenntnisse lassen den Schluss zu, dass diese Form der Schadensminimierung und der Stabilisierung der sozialmedizinischen Situation der Klientel auch im Strafvollzug möglich, sinnvoll (im Hinblick auf die Resozialisierung) und praktisch durchführbar ist. Reine Spritzenabgabe-Projekte hat es im Berichtszeitraum in den Strafanstalten von Schällenhütli/BS, Hindelbank/BE, Oberschöngrün/SO, Realta/GR und Champ-Dollon/GE gegeben. Auch diese Projekte bieten bis heute keinerlei nennenswerten Probleme.

Die Methadonbehandlung im Gefängnis wird im Schnitt von acht Prozent aller Inhaftierten in Anspruch genommen⁽⁴⁾. In der Untersuchungshaft, in Bezirksgefängnissen und im Massnahmenvollzug liegt dieser Anteil bei 21 Prozent. Zuständig und verantwortlich für die Durchführung ist der behandelnde (Gefängnis-)Arzt. In nahezu allen Bezirks- und Regionalgefängnissen ist das Weiterführen einer vor Haftantritt begonnenen Methadonbehandlung unbefristet möglich. Eine Neu-Indikation dieser Behandlung während des Vollzugs ist bei 52.3 Prozent der Institutionen nicht möglich.

Suchtmittelspezifische Aktivitäten der Armee

Der Ausbildungschef hat bereits 1992 in seinen Richtlinien für die disziplinarische Ahndung des Konsums geringer Mengen von Betäubungsmitteln während der Dienstzeit (Richtlinie vom 28.1.92) festgelegt, wie die grundsätzliche Haltung der Armee bei geringen Verstössen gegen das BetmG durch Angehörige der Armee zu handhaben sei. Die Armeeführung stellt sich erklärermassen hinter das Vier-Säulen-Modell der nationalen Drogenpolitik, wobei allerdings die beiden Bereiche Betreuung/Therapie und Schadens-

minimierung innerhalb der Armee aus naheliegenden Gründen wegfallen. Im Vordergrund stehen damit Aktivitäten in den Bereichen Prävention und Repression.

Die Arbeitsgruppe „Drogen und Armee“ der Untergruppe Sanität (UGSAN) unter Leitung des Oberfeldarztes erarbeitet seit 1994 in Zusammenarbeit mit dem BAG und dem Psychologisch-Pädagogischen Dienst (PPD) der Armee zuhanden der Einheitskommandanten und Zugführer eine Handlungsanleitung zu Suchtproblemen im Dienstbetrieb mit dem (Arbeits-) Titel: Behelf „Suchtmittel in der Schweizer Armee“. Sie soll noch im Jahr 1997 publiziert werden. Darin integriert ist die Haltung und die Strafverfolgungspraxis der Militärjustiz im Betäubungsmittel-Bereich.

Die PPD-Arbeitsgruppe „Suchtprävention in der Schweizer Armee“ (SPISCHA) entwickelt auf diesen Grundlagen seit 1995 Fachdienstkurse zu Suchtfragen sowie Informations- oder Lehrmittel für den Einsatz in Schulen und Kursen der Armee. Angestrebt wird die enge Zusammenarbeit der militärischen (Schul-/ Truppenärzte, PPD, Militärjustiz, Sozialdienst der Armee) mit zivilen nationalen, kantonalen oder regionalen Strafverfolgungs- und Suchtberatungsstellen und Suchthilfestellen, damit beim Auftreten konkreter Suchtprobleme im Dienstbetrieb eine juristisch und fachlich korrekte sowie adäquate Behandlung des Falles gewährleistet ist.

Chr. Buschan

RECHT UND POLIZEI ILLEGALE DROGEN

Der Konsum illegaler Drogen ist erst seit Ende der Sechzigerjahre strafbar

Rechtliche Grundlagen

In der Schweiz beschäftigt sich die Gesetzgebung erst seit dem ersten Weltkrieg mit den sogenannten Betäubungsmitteln. Das erste Schweizer Betäubungsmittelgesetz vom 2. Oktober 1924 bezieht sich zwar auf Opium und Kokain, schränkt jedoch lediglich den freien Verkehr ein: Produktion und Vertrieb, vor allem aber der Konsum bleiben straffrei.

Am 1. Juni 1952 tritt das Betäubungsmittelgesetz vom 3. Oktober 1951 in Kraft. Diese Gesetzesnovelle untersagt nun Produktion, Handel und Besitz von Betäubungsmitteln. Die Strafbarkeit des Besitzes ist als Auffangtatbestand für den illegalen Handel gedacht gewesen.

In den Jahren 1968 und 1969 - zur Zeit des Höhepunkts der Studentenunruhen - hat sich das Bundesgericht mit der Frage beschäftigt, ob auch der Besitz von Betäubungsmitteln zum eigenen Konsum strafbar sei. Die - wohl auch politisch beeinflusste - bejahende Entscheidung hat dazu geführt, dass anschliessend vielerorts Konsumenten und Konsumentinnen von Rauschmitteln wegen

Besitzes von Betäubungsmitteln verurteilt worden sind.

Die Revision des Jahres 1970 hat das Gesetz nur an internationale Abkommen angepasst, ohne den strafrechtlichen Teil des Betäubungsmittelgesetzes zu verschärfen.

Erst eine neuerliche Revision, die im Jahre 1975 in Kraft getreten ist, führt zur expliziten Strafbarkeit des Konsums: Die bundesgerichtliche Interpretation der Strafbarkeit des Besitzes ist in das Gesetz übernommen worden. Konsumierende können in extremis nun selbst dann bestraft werden, wenn sie gar nicht wissen, welche Substanzen sie zu sich genommen haben.

In den Jahren zwischen 1985 und 1992 ist es zu etlichen Revisionen der Betäubungsmittelverordnung gekommen, in die immer weitere Stoffe aufgenommen worden sind. Zur Zeit ist die Produktion, der Handel, Besitz und Konsum von etwa 160 Substanzen und eine unbestimmte Zahl von Derivaten strafrechtlich verboten.

Gleichzeitig mit der Ausweitung der Substitutionsprogramme hat auch die polizeiliche Repression massiv zugenommen

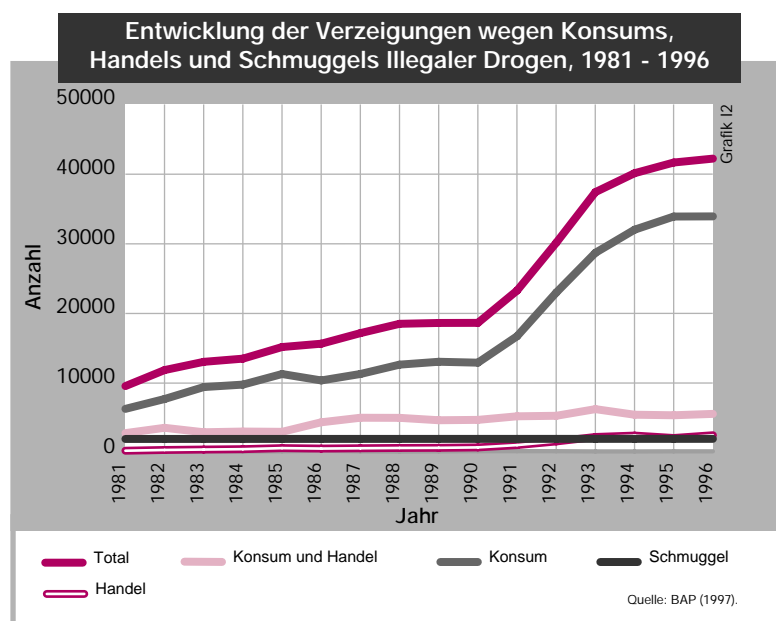
152

Polizeiliche Verzeigungen

Daten der polizeilichen Verfolgung des Drogenkonsums und -handels sind erst seit 1974 verfügbar.

Bis 1988 hat die Anzahl der polizeilichen Anzeigen jedes Jahr nur geringfügig zugenommen. Zwischen 1988 und 1990 stagniert sie sogar. Die Jahre 1991 bis 1993 sind dagegen von einem rasanten Anstieg der Anzeigen wegen Drogenkonsums und -handels gekennzeichnet, der 1994 abflacht und seit 1995 zum Stehen gekommen ist.

Insbesondere die Verdoppelung der Verfahrenszahlen von 19'000 auf 38'000 zwischen 1990 und 1993 verdeutlicht die zentrale Rolle der Polizei im gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema Drogenkonsum. Da Anzeigen wegen Drogenkonsums fast nie von Privatpersonen eingereicht werden, weist dieser starke



Anstieg auf eine deutlich verstärkte Drogenrepression hin. Die Anzahl der durch die Polizei erfassten Personen steigt hingegen nicht so stark an wie die Zahl der Verfahren, aber doch immerhin um 74 Prozent. Die Zahl der Mehrfachverzeigungen erhöht sich jedoch beträchtlich. 1994 verlangsamt sich der Anstieg auf etwa 40'000 von der Polizei initiierte Verfahren, die 27'000 Einzelpersonen betreffen. Im Jahr 1996 steigt die Anzahl der Verfahren dann nur noch leicht auf 42'000, während sich die Zahl der betroffenen Personen nicht mehr erhöht hat.

Die durchschnittliche Anzahl der Verzeigungen pro Person ist von unter 1.3 im Jahre 1990 auf über 1.5 im Jahre 1995 gestiegen. Entsprechend hat sich auch die Anzahl der erstmals Angezeigten von über 50 Prozent vor 1985 auf etwa 30 Prozent im Jahre 1995 reduziert.

Dabei sollte allerdings berücksichtigt werden, dass es den meldenden Polizeibeamten nicht immer möglich ist festzustellen, ob die verzeigte Person tatsächlich das erste Mal polizeilich auffällig gewesen ist. Bisher haben kantonale und städtische Polizeistellen keinen direkten Zugriff auf ausländische, ausserkantonale und zeitlich weit zurückliegende Akten.

Indikatoren für die Verfolgung von Drogenkonsum und Drogenhandel

Bis 1990 haben sich die Fallzahlen in den Bereichen Polizei, Justiz und Gefängnis weitgehend parallel entwickelt. Seit 1991 steigt der Umfang der polizeilichen Aktivitäten überproportional im Vergleich zu den anderen Bereichen.

In der Öffentlichkeit ist seit der Verabschiedung des „Massnahmenpaketes gegen den Drogenmissbrauch“ durch den Bundesrat der Eindruck entstanden, dass sich die nationale Drogenpolitik unter der Flagge der Forschungsprogramme zur diversifizierten Verschreibung von Betäu-

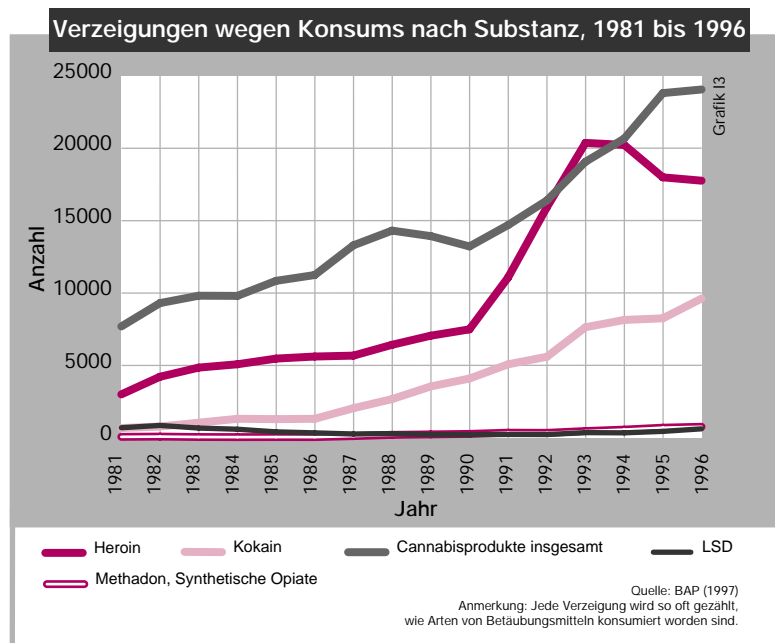
bungsmitteln stark liberalisiert habe. Auch der Anteil der Drogenberichterstattung, der sich mit Drogentherapie und Hilfsangeboten beschäftigt, ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen. Allerdings überwiegen nach wie vor die Berichte in den Medien, die sich mit der Drogenkriminalität und Repression beschäftigen⁽¹⁾. Die Daten zur Strafverfolgung belegen auch, dass die Intensität der Repression seit 1990 massiv zugenommen hat⁽²⁾.

Aber auch die Aufwendungen für Therapiemassnahmen sind seither gestiegen, wie es sich beispielsweise aus der Zahl der Methadonverschreibungen ableiten lässt. Vergleicht man allerdings den Aufwand für die Repression mit demjenigen für Therapiemassnahmen, steht nach wie vor die Repression im Vordergrund der nationalen Drogenpolitik⁽³⁾.

Auch der Konsum von Haschisch und Ecstasy führt zu Verzeigungen

Unterschiedliche Substanzen in der Strafverfolgung

Für die vergangenen Jahre kann eine deutliche Veränderung beobachtet werden: Während die Anzahl der Heroinverzeigungen abnimmt, steigt



RECHT UND POLIZEI ILLEGALE DROGEN

Über 80 Prozent der Anzeigen wegen eines Verstoßes gegen das BetmG basieren ausschliesslich auf Drogenkonsum

diejenige wegen Haschischkonsums und wegen Konsums von halluzinogenen Substanzen an: Der Haschischkonsum wird wieder verstärkt verfolgt, und die Aufmerksamkeit der Polizeiorgane richtet sich stärker auf Entaktogene wie Ecstasy, andere Methamphetaminderivate und LSD.

Es muss davor gewarnt werden, die Anzahl der Verzeigungen und die Substanzen, deren Konsum zu einer Verzeigung geführt hat, ohne weitere Prüfung als Indikatoren für eine Aussage über die Anzahl der Drogenkonsumenten und -konsumentinnen zu benutzen. Die Anzahl der Verfahren und das Auftreten unterschiedlicher Substanzen hängt wesentlich von der Intensität und der Zielgruppe der polizeilichen Arbeit ab. Neueste Forschungen zeigen, dass die stark angestiegene Anzahl an Verzeigungen kein Beweis für eine Zunahme der Abhängigenzahl ist; heute geht man vielmehr von einer stabilen Anzahl von Drogenabhängigen aus ⁽⁴⁾.

Ein Drittel der Verurteilungen wegen eines Verstoßes gegen das BetmG basiert ausschliesslich auf Drogenkonsum

Kantonale Unterschiede in der Strafverfolgung

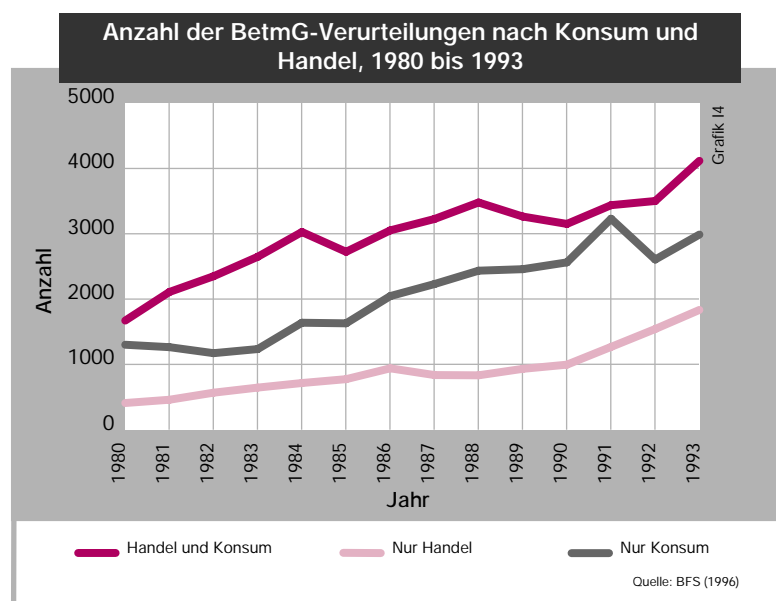
Da die Strafverfolgung, die Gerichtsorganisation und die Polizeiorganisation in der Schweiz kantonal geregelt

und von nationalen Behörden weitgehend unabhängig sind, sind auch grosse kantonale Abweichungen in der Verfolgung des Drogenkonsums zu erwarten. Während bestimmte Kantone (vor allem Bern, Aargau und Waadt) hohe Anteile an polizeilichen Anzeigen wegen Konsums haben, konzentrieren sich die Verfolgungsorgane in Zürich beispielsweise vor allem auf den Handel. In den Grenz- und Flughafenkantonen spielt die Verfolgung des Drogenschmuggels eine grosse Rolle bei der polizeilichen Aktivität. Gesamtschweizerisch steht jedoch nach wie vor die Verfolgung des Konsums mit vier Fünfteln sämtlicher Verfahren im Vordergrund.

Verurteilungen wegen Drogenkonsums

Daten zu Verurteilungen wegen Drogenkonsums und -handels sind schon aus der Zeit vor den sechziger Jahren verfügbar. Seit den späten sechziger Jahren zeigt sich ein beeindruckender Zuwachs an Verurteilungen. Entgegen einer weit verbreiteten Ansicht werden heute durchaus häufig Personen wegen blossen Drogenkonsums verurteilt: im Durchschnitt der letzten Jahre etwa ein Drittel der Fälle. Knapp die Hälfte der Verurteilungen betreffen Personen, die sowohl konsumiert als auch gehandelt haben, und nur gerade etwa 20 Prozent der ins Strafregister eingetragenen Verurteilungen erfolgen ausschliesslich aufgrund von Drogenhandel. Allerdings gibt es beträchtliche kantonale Unterschiede: Während etwa im Aargau und in der Waadt mehr als die Hälfte der Verurteilungen aufgrund von Drogenkonsum ausgesprochen werden, sind es in Zürich oder Luzern deutlich unter 30 Prozent. Es ist offensichtlich, dass sich die Strukturen der Drogenszenen der einzelnen Kantone nicht dermassen stark voneinander unterscheiden, wie es das Verhältnis der gerichtlich geahndeten Drogendelikte erscheinen lässt. Insgesamt ergehen zur Zeit mehr als

154



ein Zehntel aller im schweizerischen Strafregister eingetragenen Urteile aufgrund von Strafbestimmungen des Betäubungsmittelgesetzes. In den frühen siebziger Jahren waren dies noch weniger als fünf Prozent der Eintragungen.

Alter und Geschlecht

Ein deutlicher Trend der letzten 20 Jahre geht dahin, dass von den polizeilichen Verzeigungen wie auch von den Verurteilungen immer häufiger ältere Personen betroffen sind. Während in den siebziger Jahren noch vornehmlich die eher jugendliche „Einstiegsgeneration“ bei polizeilichen Aktionen erfasst worden ist, werden nun relativ viele ältere Konsumierende verzeigt. Dies ist sicherlich auch eine Folge der verstärkten Polizeiarbeit: Ältere Menschen haben sich früher leichter dem polizeilichen Zugriff entziehen können.

Die verbreitete Meinung, dass Jugendliche den Grossteil der verzeigten Drogenkonsumenten und -konsumentinnen bilden würden, wird von den Polizeistatistiken nicht bestätigt. Das mittlere Alter der wegen Drogenkonsums verzeigten Personen liegt heute bei etwa 25 Jahren; fast fünf Jahre über dem Altersdurchschnitt in den siebziger Jahren.

Wie auch bei anderen Vergehen werden Frauen wegen Betäubungsmitteldelikten viel seltener straffällig: Nur etwas mehr als 15 Prozent aller Verzeigten sind Frauen. Dieser Anteil hat sich seit Jahren kaum verändert. Der Frauenanteil an den Verurteilten ist etwas geringer als derjenige der Verzeigten, nämlich unter 15 Prozent. Unter den wegen Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz in den Strafvollzug eingewiesenen Personen befinden sich nur noch acht Prozent Frauen.

Die meisten auf der Grundlage des BetmG verurteilten Gefangenen sind männlich (92%) und zwischen 20 und

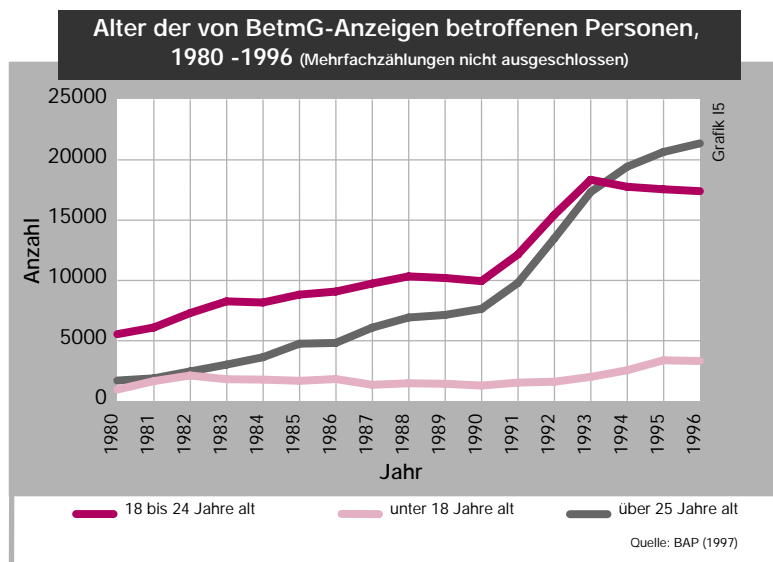
35 Jahre alt (80%). Die Altersverteilung steigt steil an und erreicht mit 25 bis 26 Jahren ihr Maximum. Der Median beträgt 29 und der Durchschnittswert 31 Jahre. Insgesamt sind die 21- bis 40jährigen überrepräsentiert.

Im Vergleich zur übrigen Gefängnispopulation ergeben sich nur geringe Unterschiede. Das Durchschnittsalter sämtlicher Inhaftierten ist mit 33 Jahren höher und der Anteil von Frauen mit etwa sieben Prozent niedriger als bei den BetmG-Strafgefangenen.

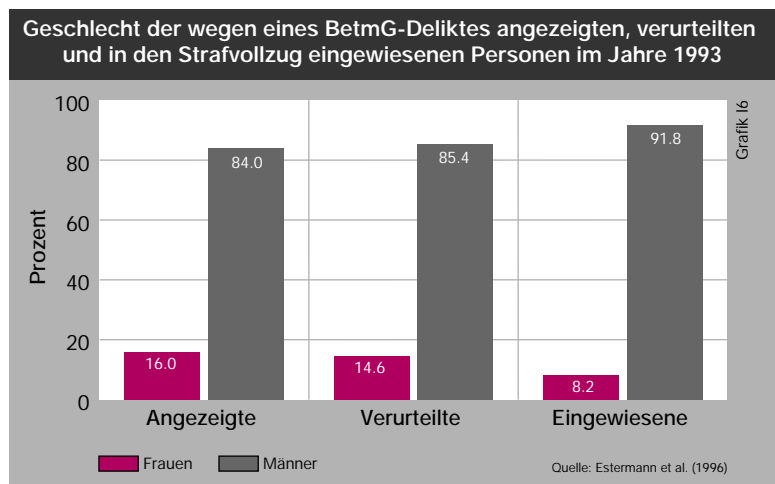
In der Regel sind vom Freiheitsentzug in Gefängnissen nur Personen betroffen, die ihr zwanzigstes Lebensjahr hinter sich haben. In besonders schweren Fällen werden jedoch auch Achtzehn- und Neunzehnjährige in ein Gefängnis eingewiesen. Normalerweise sind für diese Altersgruppe neben dem Jugendvollzug vor allem Arbeitserziehungsanstalten, Massnahmen und ähnliches vorgesehen. Wegen Drogenkonsums werden allerdings schon Jugendliche im Alter von fünfzehn oder sechzehn Jahren in Heime eingewiesen. In der Regel liegen dann auch noch andere Delikte vor, oder die Jugendämter stellen eine sogenannte Verwahrlo-

Zunehmend ältere Personen sind von Verzeigungen und Verurteilungen betroffen

Frauen werden wegen Betäubungsmitteldelikten viel seltener straffällig als Männer



RECHT UND POLIZEI ILLEGALE DROGEN



Der Anteil drogenkonsumierender Häftlinge steigt

156

Präventionsprojekte im Strafvollzug sind notwendig und erfolgreich

sung fest. Häufig setzen diese Jugendlichen ihre Karrieren in Gefängnissen fort⁽⁵⁾.

Drogen und Strafvollzug

Die Zahl der unbedingten Freiheitsstrafen und damit die Zahl der Haftantritte steigt seit Mitte der siebziger Jahre stetig an.

Die Anzahl der Häftlinge insgesamt, die aufgrund des BetmG verurteilt worden sind, stagniert hingegen zwischen 1986 und 1991 und nimmt erst seit 1992 wieder zu. Es scheint zudem, dass die Gerichte in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrzehnts, mindestens was die Haftdauer für Drogendelikte betrifft, eher zurückhaltend gewesen sind.

Die Vollzugsinstitutionen schätzen gemäss dem Methadonbericht des Bundesamtes für Gesundheit, dass etwa ein Viertel der Haftinsassen Drogenkonsumenten und -konsumentinnen sind. Untersuchungen von Urinproben von Inhaftierten haben jedoch nur in vier Prozent der Fälle positive Ergebnisse für Opiatkonsum ergeben. Bei etwa einem Drittel der Inhaftierten haben solche Tests Cannabiskonsum nachgewiesen, der wegen der langen Abbauzeit des THC-Wirkstoffes im Körper allerdings auch mehrere Wochen zurückliegen kann.

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 1992/93 hat ergeben, dass über 80 Prozent der Gefängnisinsassen Erfahrungen mit illegalen Drogen haben (Lebenszeitprävalenz) und über die Hälfte solche auch aktuell konsumieren⁽⁶⁾. Die Lebenszeitprävalenz für Heroin- und Kokainkonsum der Insassen liegt bei knapp zwei Dritteln; weniger als ein Drittel konsumieren im Moment harte Drogen. (vgl. auch S. 150).

Die internationale Situation

Während der Gebrauch von Haschisch und Marijuana in Westeuropa und im Mittelmeerraum weit verbreitet ist, werden Heroin und Kokain nur von einer Minderheit konsumiert. Besonders viele Drogenabhängige gibt es in Italien (250'000 bis 500'000) und in Spanien (100'000 bis 200'000). Dies entspricht einem Anteil an der Bevölkerung (Prävalenz) von drei bis acht Promille. In der Schweiz sind etwa vier Promille der Bevölkerung drogenabhängig. Damit bewegt sich die Schweiz im europäischen Vergleich im oberen Mittelfeld. Schweden weist eine leicht geringere Prävalenz als die Schweiz auf. Niedrigere Prävalenzen als in der Schweiz finden sich auch in den Niederlanden, in Grossbritannien, in Österreich und in Deutschland.

Konsum und Besitz von illegalen Drogen werden in der Schweiz besonders hart sanktioniert, da für diese Delikte seit 1975 Gefängnisstrafen möglich sind. Dies trifft seit 1993 auch für Schweden zu. In Spanien wird der Konsum und Besitz illegaler Drogen mit einer Polizeibusse geahndet, in Italien ist Konsum, Besitz und Erwerb zum Eigenkonsum straffrei, jedoch sind administrative Massnahmen möglich. In Deutschland ist der Besitz illegaler Drogen strafbar, was faktisch eine Strafbarkeit des Konsums bedeutet. Frankreich hat den Konsum illegaler Drogen unter Strafe gestellt. In den Niederlanden, in Grossbritannien und in Österreich ist der Konsum

illegaler Drogen in der Regel nicht strafbar.

Kosten der polizeilichen Kontrolle der Drogenmärkte

Die Bekämpfung des Drogenkonsums und Drogenhandels mit repressiven Mitteln ist ausserordentlich aufwendig. 1991 beliefen sich die Kosten für diese Polizeimassnahmen im weiteren Sinne auf rund eine halbe Milliarde Franken. Die Tendenz ist vor allem wegen der Verdoppelung der Anzeigen steigend, so dass beinahe von einer Kostenexplosion im Bereich der Drogenrepression gesprochen werden kann.

Diese 500 Millionen Franken pro Jahr sind die Regulierungskosten des schweizerischen Drogenschwarzmarktes. Das Volumen des Heroinmarktes beläuft sich - vorsichtig geschätzt - auf rund eine Milliarde Franken für elf Tonnen Heroin mit einer handelsüblichen Reinheit von 50 Prozent. Die polizeilichen Aktivitäten führen zur Konfiskation von vielleicht knapp zwei Prozent dieses Volumens.

Insgesamt beträgt heute der Aufwand für die Durchsetzung des Konsum- und Handelsverbots, also die Kosten für Polizei, Justiz und Strafvollzug jährlich mehr als eine halbe Milliarde Schweizer Franken. Umgerechnet auf die schätzungsweise 30'000 regelmässigen und potentiell auffälligen Konsumenten und Konsumentinnen harter Drogen ergibt das jährliche Kosten von etwa 20'000 Franken pro Person. Bezieht man alle Gelegenheits-, Cannabis- und Halluzinogenkonsumierenden mit ein, sind es immer noch mehr als 1'000 Franken pro Kopf. Die Gesamtaufwendungen für die Repression betragen das Zehnfache der Aufwendungen für Forschung und Prävention und das Doppelte der Aufwendungen für Betreuung und Therapie. Ein Vergleich der unterschiedlichen „Betreuungs-“ Kosten verdeutlicht die hohen Kosten der Repressionsmassnah-

men: ein Tag Gefängnisarrest kostet den Staat 300 bis 400 Franken, ein Tag stationäre Therapie ungefähr 200 Franken, ein Platz in einer ambulanten Therapie - etwa in einem Methadonprogramm - dagegen deutlich weniger als 100 Franken am Tag ⁽⁷⁾.

J. Estermann

Die schweizerische Gesetzgebung zum Konsum und Besitz illegaler Drogen zählt zu den schärfsten in Europa

Der finanzielle Aufwand für repressive Massnahmen ist um einiges höher als derjenige für therapeutische Angebote

1 Boller (1995).
2 BFS (1996).
3 Danthine & Balleto (1990), Bernasconi (1993).
4 Estermann (1996).
5 Estermann (1986).
6 Koller (1997).
7 Bundesrat (1995).

SOZIALE KOSTEN

Die sozialen Kosten eines gesellschaftlichen Problems unterscheiden sich je nach Berechnungsmethode zum Teil erheblich

Kostenklassifizierung

Der Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen verursacht drei Arten von Kosten: Gesundheitskosten, Kosten von Sachschäden sowie Kosten zur Schadensvermeidung und -dokumentierung. Unter die Gesundheitskosten fallen nicht nur sämtliche Aufwendungen des Gesundheitssystems, sondern auch der geschätzte Gegenwert der verlorenen Lebensjahre und aller psychischen und physischen Beeinträchtigungen (auch von Familienangehörigen und des weiteren sozialen Umfeldes).

Je nach Stelle, die für diese Kosten aufkommen muss, kann zwischen privaten und öffentlichen Kosten unterschieden werden. Da viele der privaten Kostenrisiken durch Versicherungen abgedeckt werden, trägt die Allgemeinheit auch einen Teil dieser Kosten.

Berechnungsmethoden

Die genauen alkohol-, tabak- oder drogenbedingten Kosten zu ermit-

teln, ist mit den heutigen Mitteln nicht möglich, da viele der dafür notwendigen Informationen bislang nicht oder nur teilweise erfasst werden. Es gibt z.B. keine Untersuchung darüber, wie viele Gewaltstraftaten unter Alkoholeinfluss oder zur Finanzierung des Drogenkonsums begangen werden, wodurch keine Aussage getroffen werden kann, welcher Anteil der Kosten des Justizapparates ursächlich durch Alkohol- resp. Drogenkonsum verursacht wird. Und auch der alkoholbedingte Anteil der Freizeitunfälle oder die genaue Anzahl aller während eines Jahres behandelten Alkoholkranken ist mit Hilfe der heutigen Statistiken nicht ermittelbar.

Des Weiteren lassen sich verlorene Lebensjahre sowie physische oder psychische Versehrtheit nicht einfach mit Geldbeträgen beziffern, weshalb unterschiedliche Berechnungsmodelle entwickelt worden sind. Diese unterscheiden sich zum Teil sehr in ihren Ansätzen und können deshalb zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen. So kann z.B. ein verlorenes Erwerbsjahr den Gegenwert eines durchschnittlichen Jahreslohnes erhalten oder auf der Basis von gerichtlichen und versicherungsüblichen Entschädigungssätzen bewertet werden.

Bei einer Berechnung der Kosten, die durch den Konsum von Alkohol, Tabak oder illegalen Drogen verursacht werden, müssen ganz zu Beginn zwei grundlegende Entscheidungen getroffen werden: Welche Informationen über gesundheitliche und sonstige Schäden sind verfügbar und werden für die Kalkulation verwendet, und welche Berechnungsmodelle und -methoden erscheinen für das gewünschte Ergebnis am sinnvollsten. Eine Arbeitsgruppe am „Institut de Recherches Economiques et Régionales“ (IRER) der Universität Neuenburg hat in einer Machbarkeitsstudie diese Vorarbeiten geleistet und wird in den nächsten Jahren die Kosten

Klassifikation einzelner Kostenkategorien

Gesundheit	
Finanzielle Aufwendungen	<ul style="list-style-type: none"> - Arzt- und Krankenhaus honorare - Aufwendungen für Umschulungen und soziale Wiedereingliederung - Administrative Aufwendungen - Sonstige Aufwendungen
Verlorene Lebenszeit	<ul style="list-style-type: none"> - Schulzeit - Arbeitszeit - Haushaltszeit - Freizeit - Private Zeit (Essen, Schlafen usw.)
Menschliche Leiden	<ul style="list-style-type: none"> - Physische und psychische Leiden als Folge von Verbrechen - Verlorene Lebensfreude - Psychische Leiden von Angehörigen
<hr/>	
Sachschaden	<ul style="list-style-type: none"> - Eigentumsschäden - Umweltschäden - Administrative Kosten
<hr/>	
Vorbeugung und Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> - Forschung - Vorbeugung

des Tabakkonsums in der Schweiz neu berechnen ⁽¹⁾.

Die letzte Berechnung der alkoholbedingten volkswirtschaftlichen Kosten haben 1977 Robert E. Leu und Peter Lutz erstellt ⁽²⁾. Eine Neuberechnung im Zuge der von einer Expertengruppe der Universität Neuenburg erstellten Machbarkeitsstudie ⁽¹⁾ wird zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt.

Generell wird davon ausgegangen, dass das Trinken von Alkohol ein allgemeines Risikoverhalten ist. Deshalb wird bei den Kostenverursachern nicht zwischen Alkoholabhängigen und „normalen“ Konsumenten und Konsumentinnen unterschieden: Um einen alkoholbedingten Verkehrsunfall zu verursachen, muss man nicht alkoholabhängig sein.

Kostenwirksame Folgen des Alkoholkonsums

Die hohe gesellschaftliche Akzeptanz des - auch übermässigen - Alkoholkonsums führt in der Schweiz zu einer Vielzahl von Folgeschäden:

Sterblichkeit

Neben alkoholbedingten Krankheiten mit Todesfolge müssen auch Sterbefälle durch Suizid und alkoholbedingte Unfälle untersucht werden. Aus den durch den zu frühen Tod verlorenen Lebensjahren können die der Volkswirtschaft verlorenen Erwerbsjahre berechnet werden.

Krankheiten

Alkoholkonsum ist mitverantwortlich für eine Vielzahl von gesundheitlichen Schäden, was 1994 zu rund 250'000 alkoholbedingten Pflegetagen in Krankenhäusern geführt hat (vgl. Kapitel Krankheit und Tod). Die Behandlungskosten fliessen in die Gesamtkostenberechnung ein.

Unfälle

Alkoholbeeinflusste Verkehrsunfälle sind in der Schweiz gut dokumentiert. 1995 sind 2'867 Personen bei

alkoholbedingten Unfällen verletzt und 135 getötet worden (vgl. Kapitel Recht und Polizei - Alkohol).

Dagegen ist man bei den weiteren Unfallkategorien auf Schätzungen angewiesen:

Etwa fünf Prozent der Arbeitsunfälle sind alkoholbeeinflusst, im Haushalt sind es etwa 16.5 Prozent der Unfälle, und bei sonstigen Unfällen im öffentlichen Raum (vor allem Sportunfälle) schätzt man den Anteil auf 34.5 Prozent ⁽³⁾.

Invalidität

Ein direkter Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Invalidität ist nicht bekannt. Jedoch können viele alkoholbedingte Krankheiten und Unfälle zur Invalidität führen.

Kriminalität

Über die alkoholbedingte Kriminalität bestehen in der Schweiz kaum Zahlen oder Schätzungen ⁽⁴⁾.

Erwerbstätigkeit

Allgemein wird immer noch die Formel des Stanford Research Institute, Kalifornien, aus dem Jahr 1972 ⁽⁵⁾ verwendet, um die alkoholbedingten betrieblichen Kosten zu berechnen: Unter der Annahme, dass mindestens fünf Prozent der Belegschaft alkoholabhängig sind und der weiteren Annahme, dass diese im Schnitt nur 75 Prozent der möglichen Produktivität erbringen können, ergibt sich folgende Kostenberechnungsformel: alkoholbedingte betriebliche Kosten = gesamte Lohnsumme des Unternehmens * 5% (Alkoholabhängige im Betrieb) * 25% (Minderleistung). Da diese Formel mittlerweile über 25 Jahre alt ist, kann davon ausgegangen werden, dass sich die alkoholbedingten betrieblichen Kosten durch die in der Zwischenzeit veränderten Produktionsformen und Anforderungen an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eher erhöht haben.

Persönlichkeit und Familie

Kaum bezifferbar sind die Folgen durch den Alkoholkonsum im sozia-

Alkoholbedingte Unfälle, Krankheiten und Sterbefälle verursachen die meisten alkoholbedingten sozialen Kosten

Unternehmen entstehen alkoholbedingte Kosten in der Höhe von etwa 1.5 Prozent der Lohnsumme

SOZIALE KOSTEN

Die alkoholbedingten sozialen Kosten betragen heute etwa 3 Milliarden Franken im Jahr

len familiären Nahraum. Dabei gibt es deutliche Anzeichen, dass gerade in der Familie der Alkoholkonsum gravierende Schäden hervorruft: Beziehungsstörungen, Scheidung und Verarmung sind alkoholbedingte Folgen, unter denen das gesamte soziale Umfeld leidet.

Über 80'000 Kinder haben 1972 mit mindestens einem abhängigen Elternteil zusammengelebt. Diese Zahl wird heute sicherlich genauso gross sein ⁽²⁾.

Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholkonsums

Leu und Lutz ⁽²⁾ bezeichnen das Total aller alkoholbedingten Kosten innerhalb eines Jahres als volkswirtschaftliche Kosten; unabhängig davon, wer diese Kosten schliesslich bezahlen muss. Sie unterscheiden zwei Kostenarten:

Produktionsausfall

Produktionsausfall entsteht durch die alkoholbedingte zahlenmässige Verringerung der arbeitsfähigen Bevölkerung durch Tod und die Verminderung der gesamtwirtschaftlichen Arbeitsproduktivität durch alkoholbedingte Krankheiten und Unfälle.

Verbrauch an Produktionsfaktoren

Es wird ein Mehr an Produktionsfaktoren (Arbeitskräfte und Kapital)

benötigt, um die alkoholbedingten Schädigungen zu beheben oder zu mildern. Aber auch die präventiven Massnahmen erhöhen den Verbrauch an Produktionsfaktoren.

Der volkswirtschaftliche Nutzen des Alkoholkonsums

Es wird häufig behauptet, dass Alkoholkonsum der Volkswirtschaft nütze, indem er dem Staat zum einen zu höheren Steuererträgen ver helfe und zum anderen im Rahmen von Produktion und Vertrieb Arbeitsplätze schaffe.

Beide Argumente sind aus volkswirtschaftlicher Sicht nicht stichhaltig, denn:

- Steuererträge vermehren das Vermögen einer Gesellschaft nicht. Bei der Erhebung von Steuern handelt es sich um einen reinen Umverteilungsprozess, bei dem die Alkoholkonsumierenden etwas von ihrer Kaufkraft dem Staat abgeben.
- Durch den Konsum von alkoholischen Getränken werden zwar Arbeitsplätze geschaffen. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass die Konsumenten und Konsumentinnen bei einem Konsummarkt ohne alkoholische Getränke, das Geld, das sie bisher für Alkoholkonsum ausgegeben haben, nun nicht mehr für Konsumzwecke verwenden würden. Das bedeutet, dass der Konsummarkt andere Konsumprodukte in vermehrtem Masse anbieten müsste, was wiederum Arbeitsplätze in Produktion und Vertrieb schaffen würde.

Es ist sogar denkbar, dass auf diese Art und Weise in der Schweiz mehr Arbeitsplätze entstehen würden, da ein grosser Teil der alkoholischen Getränke importiert wird und die einheimische Bierproduktion nicht sehr arbeitsintensiv ist.

Der volkswirtschaftliche Nutzen des Alkoholkonsums ist im Vergleich zu den sozialen Kosten minim

1972 haben Leu und Lutz alkoholbedingte Kosten in der Höhe von mindestens 1.2 Mia Franken berechnet. Kalkuliert man nur die Teuerung dazu, betragen die alkoholbedingten Kosten heute mindestens 2.8 Mia Franken. Da sich der Gesamtkonsum etwas gesenkt hat, gleichzeitig aber eine enorme Kostensteigerung im medizinischen Sektor stattgefunden hat, werden die alkoholbedingten Kosten heute über der 3-Milliarden-Franken-Grenze liegen und somit mehr als 400 Franken je Einwohner bzw. Einwohnerin betragen.

Kostenwirksame Folgen des Tabakkonsums

In der Schweiz sind etwa eine Million Menschen nikotinabhängig (vgl. Kapitel Abhängigkeit). Dieser weit verbreitete Tabakkonsum führt zu einer Vielzahl von kostenwirksamen Folgeschäden.

Sterblichkeit

Rauchen stellt mit Abstand die häufigste vermeidbare Todesursache in der Schweiz dar. Für 1976 schätzen Leu und Schaub die durch das Rauchen verlorenen Lebensjahre auf 50'000 bis 60'000 Jahre ⁽⁶⁾.

Krankheiten

Die im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe sind für eine Vielzahl von Krankheiten verantwortlich bzw. fördern solche. 1994 sind in Krankenhäusern rund 350'000 Pflgetage von Patienten und Patientinnen mit tabakbezogenen Diagnosen angefallen (vgl. Kapitel Krankheit und Tod).

Invalidität

1976 sind rund 3'000 neue Invaliditätsfälle aufgetreten, die durch das Rauchen verursacht worden sind ⁽⁶⁾.

Kosten für direkt betroffene Dritte

Die Kosten des Passivrauchens können kaum monetär bewertet werden, da die benötigten Basisdaten (Anzahl Passivrauchende und ihre Folgekosten wie z.B. häufigeres Reinigen der Kleidung) fehlen. Es wird geschätzt, dass in der Schweiz jährlich etwa 200 Menschen an den Folgen des Passivrauchens sterben (vgl. Kapitel Krankheit und Tod).

Kosten für die Allgemeinheit

Vor allem die Sozialversicherungen sind durch das Rauchen betroffen. Allerdings kann nicht genau bestimmt werden in welcher Höhe, da das Rauchen sowohl eine belastende wie auch entlastende Wirkung hat:

Die Versicherungen müssen im Krankheitsfall und bei Eintreten in den Ruhestand Leistungen bezahlen; da Rauchende jedoch früher sterben

als Nichtraucher, beziehen Nichtraucher insgesamt viel länger diese Leistungen, andererseits bezahlen sie auch länger Beiträge.

Allgemeine gesellschaftliche Kosten

Weitere Kosten (wie z.B. erhöhte Reinigungskosten öffentlicher Strassen und Plätze) die der Gesellschaft durch das Rauchen entstehen, können bisher nicht quantifiziert werden.

Kostenwirksame Folgen des Konsums illegaler Drogen

Die gesellschaftlichen Kosten des Konsums illegaler Drogen zu berechnen, ist aus verschiedenen Gründen sehr schwierig:

Zum einen ist es fast unmöglich, genaue Zahlen über den Konsum (Anzahl Abhängige bzw. Konsumierende, konsumierte Menge einer Substanz während eines Jahres usw.) zu erhalten, zum anderen ist es sehr schwierig, die Kosten der medizinischen und therapeutischen Betreuung zu beziffern: Zu unterschiedlich sind die einzelnen Massnahmen. Danthine und Balletto haben für ihre Berechnung für das Jahr 1988 die drogenbedingten Kosten in folgende vier Kategorien unterteilt ⁽⁷⁾, die Bernasconi bei seiner Neuberechnung der drogenbedingten Kosten für das Jahr 1990 wiederverwendet hat ⁽⁸⁾.

Medizinische Kosten

Die medizinischen Kosten beinhalten die Aufwendungen für die ambulante Pflege, für die stationären Therapien,

Die tabakbedingten sozialen Kosten betragen heute zwischen 1.1 und 1.6 Milliarden Franken im Jahr

Leu und Schaub haben für das Jahr 1976 die tabakbedingten, volkswirtschaftlichen Kosten wie folgt beziffert: Direkte Kosten (ambulante Behandlung, Spitalbehandlung und Rehabilitation) mindestens 40 Mio., höchstens 79.7 Mio Franken und indirekte Kosten (Mortalität, Invalidität, Rehabilitation und Morbidität) mindestens 522.6 Mio., höchstens 728.0 Mio. Franken. Unter Einbezug der Teuerung muss für das Jahr 1996 mit mindestens 1'005.4 Mio und höchstens 1'444.9 Mio Franken gerechnet werden. Da seit 1976 die Anzahl Rauchender leicht zurückgegangen ist, die Kosten für die medizinischen Leistungen jedoch drastisch gestiegen sind, ist wahrscheinlich eine untere Grenze der tabakbezogenen gesellschaftlichen Kosten von 1.1 Mia. und eine obere von 1.6 Mia. Franken realistisch.

SOZIALE KOSTEN

Die Kommission „Schild“ beziffert die drogenbedingten Kosten auf rund eine Milliarde Franken

für die Behandlung der drogensüchtigen Aids-Kranken und für die soziale Wiedereingliederung.

Volkswirtschaftliche Kosten

1988 sind 205 Personen an ihrem Drogenkonsum und 39 drogenkonsumierende Personen an Aids gestorben. Danthine und Balletto ⁽⁷⁾ beziffern auf Basis des Jahresdurchschnittseinkommens und des Durchschnittsalters der Drogentoten die Kosten für jeden Todesfall auf rund 729'000 Franken. Insgesamt ergeben sich so durch die Mortalität Kosten in der Höhe von 178 Mio. Franken. 1996 sind rund 750 Personen an den direkten und indirekten Folgen ihres Drogenkonsums gestorben (vgl. Kapitel Krankheit und Tod - illegale Drogen). Mit Hilfe der erwähnten Berechnungsformel können somit die Mortalitätskosten für das Jahr 1996 auf rund 547 Mio. Franken beziffert werden. Die Morbiditätskosten schätzen Danthine und Balletto für das Jahr 1988 auf 62 bis 78 Mio. Franken. Somit beziffern sie die Kosten für Mortalität und Morbidität auf 240 bis 256 Mio. Franken.

Bernasconi schätzt die Mortalitäts- und Morbiditätskosten nach dem Zahlungsbereitschaftsansatz (dabei wird davon ausgegangen, dass es für jeden Drogenabhängigen einen Menschen gibt, der sein ganzes Vermögen für dessen Leben ausgeben würde) und berechnet Mortalitäts- und Morbiditätskosten von mindestens 0 (wenn niemand sein

Vermögen hergeben würde) und maximal 1'399.5 Millionen Franken für 25'400 Heroin-und/oder Kokainkonsumierende ⁽⁸⁾.

Kosten der Kriminalität und der Repression

Die Kosten im Zusammenhang mit der Kriminalität teilen Danthine und Balletto wie folgt auf:

- für Polizei und Spezialeinheiten
- für Zoll
- für Justizwesen
- für Strafanstalten
- für Drogenkriminalität.

Präventions- und Forschungskosten

Unter die Kosten für Prävention und Forschung fallen sowohl Aufwendungen für Drogen- wie auch für Aids-Forschung und Prävention.

Externe Effekte

Danthine und Balletto haben in ihrer Berechnung bewusst die Kosten für die sogenannten externen Effekte unberücksichtigt gelassen. Bernasconi versucht die intangiblen Kosten von Freunden und Verwandten von Drogenkonsumierenden wiederum mit dem Zahlungsbereitschaftsansatz zu quantifizieren und erhält eine untere Grenze von 132.25 Mio. und eine obere von 2'725.23 Mio. Franken. Zudem bezieht er die Kosten der Sachversicherungen für Schäden aus der Beschaffungskriminalität in seine Berechnung ein: 5.69 bis 28.47 Mio Franken. Weitere externe Effekte wie die gesamtwirtschaftli-

Vergleich der drogenbedingten Kosten nach unterschiedlichen Berechnungen (in Mio. Franken)

Tabelle J1	Danthine & Balletto		Bernasconi		Estermann	Bericht der Expertenkommission für die Revision des BetmG	
	für 1988		für 1990			für 1991	Durchschnitt 1990 - 1994
	min.	max.	min.	max.	min.		max.
Medizinische Kosten	73.3	100.4	110.42	145.01		340*	460*
Mortalitäts- und Morbiditätskosten	240	256	0	1399.5			
Externe Effekte	k.A.	k.A.	137.94	2753.7			
Kosten der Gesetzanwendung	159.4	162.2	287.54	334.36	500	500	500
Prävention und Forschung	13.6	16.2	28.2	28.2		46	51
Total	486.3	534.8	564.1	4'660.77		886	1'011

Quellen: Danthine und Balletto (1990), Bernasconi (1993), Estermann (1996), BAG (1996).
* inkl. Kosten der Überlebenshilfe

Kosten durch Alkohol, Tabak und illegale Drogen im Ländervergleich je Einwohner und Einwohnerin (in Franken)				
Tabelle J2	Schweiz	Australien *	USA **	Kanada ***
	Hochgerechnet für 1996	Collins & Lapslay (1991)	Rice et al. (1991)	Single et al. (1996)
Alkohol	429	232	499	284
Tabak	193	58	k.A.	360
illegale Drogen	143	74	339	51
k.A. = keine Angaben				
* Beträge in AUS \$ umgerechnet zum Kurs von 1.18				
** Beträge in US \$ umgerechnet zum Kurs von 1.48				
*** Beträge in CAN \$ umgerechnet zum Kurs von 1.07				

che Fehlallokation der Ressourcen, die Wohlfahrtsverluste infolge von Drogenmonopolen bzw. engen Oligopolen, die Schädigungen an Neugeborenen und die Arbeitsunfähigkeit von Drogenabhängigen sind nach Bernasconi nicht quantifizierbar.

Kosten im internationalen Vergleich

Kostenschätzungen für die Schweiz rechnen mit mindestens 3 Milliarden Franken alkoholbezogener Kosten im Jahr (Tabak 1.1 bis 1.6 Milliarden und illegale Drogen 0.9 bis 1.0 Milliarden Franken). Kostenschätzungen in den USA und Kanada kommen im Verhältnis zur Einwohnerzahl (vgl. Tabelle J2) zu ähnlichen Ergebnissen. In den USA werden für 1988 die Kosten je Einwohner und Einwohnerin für Alkoholmissbrauch auf 499 Franken und für Drogenmissbrauch auf 339 Franken geschätzt ⁽⁹⁾. In Kanada schätzen Experten die alkoholbezogenen pro-Kopf-Kosten auf 284 Franken, die tabakbezogenen Kosten auf 360 Franken und die Kosten durch den Konsum illegaler Drogen auf 51 Franken ⁽¹⁰⁾. Für Australien wird für das Jahr 1988 mit folgenden Kosten je Bewohner und Bewohnerin gerechnet: Alkohol: 232 Franken, Tabak: 58 Franken und illegale Drogen: 74 Franken ⁽¹¹⁾.

M. Meyer

- 1 Jeanrenaud et al. (1996).
- 2 Leu & Lutz (1977).
- 3 SFA (1993).
- 4 Fahrenkrug (1993).
- 5 SRI (1976).
- 6 Leu & Schaub (1981).
- 7 Danthine & Balletto (1990).
- 8 Bernasconi (1993).
- 9 Rice et al. (1991).
- 10 Single et al. (1996).
- 11 Collins & Lapslay (1991).

BILDUNG UND FORTBILDUNG

In der Pionierphase sind die Weiterbildungsaktivitäten durch die Suchtfachverbände VSD und GREAT organisiert worden

164

Weiterbildungsmassnahmen sollen möglichst den Anforderungen eines Zertifikatslehrganges entsprechen

Ausbildung von Suchtfachleuten

Das Angebot der Fort- und Weiterbildung im Bereich Drogenabhängigkeit ist vor dem Inkrafttreten des Massnahmenpakets zur Verminderung der Drogenprobleme im Februar 1991 sehr lückenhaft gewesen. In den letzten Jahren ist es mit und ohne die Unterstützung des Bundes beträchtlich angewachsen. Das BAG hat etwa 900'000 Franken pro Jahr zur Finanzierung verschiedener Ausbildungsprojekte investiert. Primär ist die Ausbildung von Suchtfachleuten gefördert worden. In Zusammenarbeit mit den beiden Fachverbänden VSD (Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz) und GREAT (Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies) sind die beiden Bildungszentren „Convers“ in der Deutschschweiz und „ARIA“ in der französischen Schweiz gegründet worden.

- „CONVERS“ bietet punktuelle Fortbildungen an. Bis Ende 1996 sind 75 Weiterbildungsmodule mit einer Dauer von zwei bis zwölf Tagen organisiert worden, an denen mehr als 1'000 Personen teilgenommen haben. 1996 ist die Zertifikats-Ausbildung „Berater im Suchtbereich“ mit 35 Unterrichtseinheiten eingeführt worden. Diese Ausbildung ist vorerst für 18 Personen ausgelegt worden.
- „ARIA“ hat 1992 einen ersten, 42tägigen Weiterbildungszyklus organisiert. 13 Tage dieser Weiterbildung sind als allen Suchtfachleuten zugängliche Konferenzen (Vorlesungen) organisiert worden. 24 Personen haben den ganzen Weiterbildungskurs besucht. 1995 ist ein zweiter Zyklus mit 11 Teilnehmern und Teilnehmerinnen gestartet worden. Zudem bietet ARIA seit 1995 unterschiedliche Fortbildungselemente an, die zwischen einem und drei Tage dauern. Das neueste Angebot der ARIA besteht aus themenzentrierten Interventionsgruppen.

Drei weitere regionale Projekte sind zudem ins Leben gerufen worden, die in bescheidenem Umfang vom Bund unterstützt worden sind:

- „ZADRO“ (Zusatzausbildung Drogen) in Zürich wird vom Institut für Suchtforschung in Zürich getragen. An der dreitägigen Basisausbildung haben 51 Personen teilgenommen, das Weiterbildungselement (13 halbe Tage) haben 32 Personen besucht.
- „Tessere per un mosaico“ wird von der Sozialarbeiterschule Mendrisio organisiert. 1996 haben 20 Schüler und Schülerinnen an der 16tägigen Weiterbildung teilgenommen.
- Die Abteilung Abus de substances der HUG (Hôpitaux Universitaires de Genève) hat 1996 eine fachübergreifende, 200stündige Therapieausbildung über abhängiges Verhalten mit einem kognitiv-verhaltensforschenden Ansatz eingeführt. Der dazugehörige Vorlesungszyklus (Konferenzen) ist allen zugänglich.

Parallel zu diesen Projekten sind sehr unterschiedliche Fortbildungsangebote entstanden wie Veranstaltungen zur Sensibilisierung im Bereich der Prävention, die beispielsweise die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ISPA) anbietet, thematische Kurse, die von grossen stationären Institutionen wie Les Oliviers, Le Levant usw. organisiert werden oder andere Fortbildungsangebote von Berufsfachverbänden.

Die Bildungszentren „CONVERS“ und „ARIA“ sind von der Koordinationsstelle für Weiterbildung der Universität Bern evaluiert worden⁽¹⁾. Als Ergebnis dieser Studie sind vier prinzipielle Empfehlungen zum Entwurf und zur Planung der zukünftigen Fortbildungsaktivität formuliert worden:

BILDUNG UND FORTBILDUNG

- Es soll eine Expertengruppe ins Leben gerufen werden, die eine allgemein anerkannte Fort- und Weiterbildungspolitik entwickelt.
- Das Fort- und Weiterbildungsangebot soll bei Bildungsinstitutionen verankert werden, die Qualitätsnormen und eine anerkannte Zertifizierung garantieren können.
- Das Fortbildungsangebot soll nicht zur Bildung eines neuen Berufsstandes führen. Es soll aufbauend auf den Basisausbildungen Zusatzqualifikationen vermitteln. Es muss eine Lösung für die langjährigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Suchtbereich geben, die nicht im Besitz einer tertiären Ausbildung sind.
- Inhalte und Dauer des Fort- und Weiterbildungsangebotes müssen den Bedürfnissen und Mitteln der Einrichtungen und denjenigen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen angepasst werden. Das impliziert eine den sich veränderenden Umständen anpassungsfähige und regionalisierte Fort- und Weiterbildungsstruktur.

Die erste dieser Empfehlungen hat zur Bildung der „Expertenkommission für Fort- und Weiterbildung im Suchtbereich“ geführt, die ihre Arbeit im April 1996 aufgenommen hat. Zielsetzung ist es, ein zusammenhängendes, koordiniertes und adäquates Fort- und Weiterbildungsangebot auf die Beine zu stellen, für dieses einen Qualitätsstandard auszuarbeiten und für dessen Kontrolle zu sorgen. Diese Kommission trifft auf ein komplexes Aufgabengebiet:

- Sie findet auf dem Fortbildungsmarkt eine Vielzahl von qualitativ unterschiedlichen Angeboten vor, in denen sich die unterschiedlichen Kulturen und institutionellen Strukturen widerspiegeln.
- Die beruflichen Qualifikationen der potentiellen Klientele sind

sehr heterogen. Im Bericht GERTSCH von 1994 ⁽²⁾ - eine Erhebung über die Bedürfnisse der schweizerischen Fortbildungsinstitutionen im Bereich der Drogenarbeit - ist gezeigt worden, dass die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen die grösste Gruppe in diesem Bereich ausmachen, sie werden gefolgt vom Pflegepersonal, den Psychologen/Psychologinnen, den Ärzten/Ärztinnen und Psychiatern/Psychiaterinnen. Die Anzahl der im Drogenbereich tätigen Spezialisten und Spezialistinnen wird auf 2'000 geschätzt; die Anzahl der im Alkoholbereich Tätigen ist nicht bekannt. Weiter ist die spezielle Situation jener im Suchtbereich Tätigen aufgezeigt worden, die über keine der erwähnten Grundausbildungen verfügen. Der Bericht unterstreicht die Notwendigkeit der fachlichen Weiterbildung für Menschen, die bei ihrer Arbeit nur teilweise mit Suchtproblemen in Berührung kommen: alle medizinischen und sozialen Berufe, das Erziehungswesen, die Polizei und der Strafvollzug sowie die Verwaltung.

- Die Tätigkeiten im Suchtbereich sind in sehr unterschiedliche Aktivitätsbereiche unterteilt, die verschiedene Ziele verfolgen: Prävention, Entzug, stationäre und ambulante therapeutische Behandlung, Rehabilitation und Überlebenshilfe.
- Ebenfalls sind die Interventionsmodelle für diese Aktivitäten sehr verschieden. Sie basieren auf unterschiedlichen ideologischen Vorstellungen, auf unterschiedlichen konzeptionellen Ansätzen oder sind einfach auf der Grundlage praktischer Erfahrung erarbeitet worden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich das Fort- und Weiterbildungsangebot im Bereich der Suchtarbeit noch im Entwick-

Wichtig ist auch die suchtbezogene Fortbildung für alle Berufsgruppen, die von alkohol- oder drogenbedingten Problemen punktuell betroffen sind

Weil die Zielgruppe für suchtbezogene Weiterbildung extrem heterogen ist, muss die Planung von Angeboten sehr differenziert geschehen

BILDUNG UND FORTBILDUNG

Die wichtigsten Elemente des Konzeptes der Expertenkommission für Fort- und Weiterbildung im Schulbereich

- Es ist ein Kursrahmen der Fort- und Weiterbildung auszuarbeiten, dessen Einzelbestandteile Gegenstand einer Ausschreibung sein werden (Grundkurs, Aufbaukurs und Kurskette, die mit einem Zertifikat abgeschlossen werden).
- Die zur Verfügung stehenden Finanzmittel müssen vorwiegend in Programme investiert werden und nicht in die Infrastruktur der Institutionen.
- Die bereits staatlich anerkannten Bildungseinrichtungen (wie z.B. die Fachhochschulen für Soziale Arbeit) sind zu bevorzugen, wenn sie in der Lage sind, einen von den angesprochenen Berufsgruppen anerkannten Abschluss der Weiterbildung zu gewährleisten.
- Es muss besonders darauf geachtet werden, dass das Fort- und Weiterbildungsangebot auf inhaltlichem und strukturellem Niveau interdisziplinär und fachübergreifend gestaltet wird. Dieses neue System soll ab 1998 getestet werden, damit es 1999 definitiv eingesetzt werden kann. Die generellen Zielsetzungen dieser Bildungsmaßnahmen sind:
 - Die Fachkenntnisse und -kompetenzen sowohl innerhalb einer Berufsgruppe wie auch auf interdisziplinärer Ebene zu verbessern.
 - Die Aktivitäten der Spezialisten zu professionalisieren und deren professionellen Status zu bekräftigen.
 - Die interdisziplinäre und fachübergreifende Arbeit zu bestärken.
 - Die Rate der beruflichen Befriedigung zu erhöhen und die Fluktuation in diesem Bereich zu vermindern.

166

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des medizinischen Sektors sind eine wichtige Zielgruppe für suchtbetogene Weiterbildungsangebote

lungsstadium befindet. Es muss den unterschiedlichen Erwartungen einer ausgesprochen heterogenen Zielgruppe gerecht werden. Zudem ist das Thema Sucht politisch äusserst sensibel.

Fortbildungsangebote für einzelne Berufsgruppen

Auch die Fortbildung derjenigen, die bei der Ausübung ihres Berufes mit Abhängigen in Kontakt kommen, soll verbessert werden. Ziel ist es, das gesamte Behandlungsnetz dieser Patienten zu professionalisieren. Eine gute fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten bildet eine der Bedingungen für einen Behandlungserfolg.

Ärzte/Ärztinnen

Spezielle Aufmerksamkeit ist den Ärzten/Ärztinnen gewidmet worden. Ihre Rolle bei der Behandlung von Abhängigen wird durch die Entwicklung der Methadonbehandlung nochmals wichtiger. Diverse Fortbildungsaktivitäten sind bereits in der Mehrzahl der Kantone durchgeführt worden, zum Teil mit angeordneter

Teilnahme, meistens jedoch auf freiwilliger Basis. Der Kanton Waadt hat in der französischsprachigen Schweiz Pionierarbeit geleistet, indem er das „Programm zur Prävention und Weiterbildung für Ärzte im Bereich der Drogenabhängigkeit“ (PPMT) entwickelt hat. Es bietet drei sich ergänzende Leistungen an: Eine Telefonhotline, die den Ärzten/Ärztinnen zur Verfügung steht, um Schwierigkeiten mit drogenabhängigen Patienten und Patientinnen zu klären, eine Informationsbroschüre und regionale Gruppen zum Erfahrungsaustausch.

Die Arbeitsgruppe „Médecins Romands Toxicomanie“ (MedRoTox) schlägt vor, dass jeder Kanton die Stelle eines Weiterbildungskoordinators/einer Weiterbildungskoordinatorin einrichtet, die die Aktivitäten der Weiterbildung im medizinischen Bereich steuert.

Die FMH entwickelt ein Projekt zur Fortbildung für allgemeines „counselling“. Das so gewonnene Fachwissen wird auch für die Behandlung von abhängigen Personen hilfreich sein.

BILDUNG UND FORTBILDUNG

Apotheker/Apothekerinnen

Der Schweizerische Apothekerverein organisiert jährlich Weiterbildungsaktivitäten im Drogenbereich. In einigen Kantonen sind die Ärzte- und Ärztinengruppen zum Austausch von Erfahrungen mit Drogenabhängigen auch für Apotheker und Apothekerinnen offen, die Methadon abgeben. Dies führt zu einer verbesserten fachübergreifenden Zusammenarbeit.

Pflegepersonal

Um eine zweckmässige Behandlung Drogenabhängiger durch das Pflegepersonal zu fördern, hat das BAG in Zusammenarbeit mit dem SBK (Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger) ein Fortbildungsprojekt gestartet. Leider ist dieser Kurs mangels Interesses eingestellt worden. In der Zukunft wird ein Angebot geschaffen werden müssen, das den Bedürfnissen dieses Berufszweiges gerecht wird.

Sozial- und Heilpädagogen und -pädagoginnen

Zusammen mit dem Dachverband dieser Berufsgruppe (SVE) hat das BAG das Projekt „Fil rouge“ gestartet. Ziel ist es, die Kompetenz der im Erziehungsbereich Tätigen zu stärken, damit diese bei ihrer Arbeit mit Jugendlichen besser mit drogenbedingten Problemen umgehen können. Dieses Projekt sieht unterschiedliche Fortbildungsaktivitäten vor.

Schule

Das Modell der schulischen Mediatoren und Mediatorinnen ist mit Ausnahme von Genf in allen Kantonen der französischsprachigen Schweiz eingeführt worden. Das BAG hat ein Weiterbildungsangebot für Lehrer und Lehrerinnen in der französischsprachigen Schweiz finanziert, die diese Funktion an ihrer Schule ausüben wollen. Diese Vertrauenslehrer und -lehrerinnen sollen nicht nur Schülern und Schülerinnen mit Drogenproblemen helfen können, sondern allgemein bei psychosozialen Problemen der Jugendlichen im Alter von 12 bis 20 Jahren ihre Unterstüt-

zung anbieten. In der Deutschschweiz gibt es drei Projekte, die eine vergleichbare Zielsetzung verfolgen: „SPAZ“ in den Berufsschulen im Kanton St.Gallen, „Kontaktlehrpersonen“ in den Berufsschulen des Kantons Zürich und „Schulteam“ an Schulen der Sekundarstufe in verschiedenen Kantonen (AG, BE, BL, LU, SO, SZ, TG und ZG).

Jugendarbeit

Das Projekt „Voilà“ unter der Leitung der SAJV (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände) organisiert mit der finanziellen Unterstützung des BAG unter anderem die Fortbildung von Jugendleitern und -leiterinnen von Ferienlagern. Diese sollen in ihre Aktivitäten Elemente der Prävention und Gesundheitsförderung einbauen.

Sportlehrer und -lehrerinnen

Im Projekt „Ohne Drogen, mit Sport!“ sind mit der finanziellen Unterstützung des BAG von der Eidgenössischen Sportschule in Magglingen Sportlehrer und -lehrerinnen von verschiedenen Sportverbänden dahingehend ausgebildet worden, suchtgefährdete und drogenabhängige Jugendliche durch sportliche Aktivitäten ins soziale Netz zu integrieren. Weiter hat es Weiterbildungsmöglichkeiten in der Sportanimation für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von stationären Einrichtungen gegeben.

Ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

Die Unterstützung von Drogenabhängigen darf sich nicht nur auf Personen beschränken, die sich beruflich mit der Suchthilfe beschäftigen.

Unter den „Ehrenamtlichen“ sind zwei Zielgruppen bei der Entwicklung

Personen, die mit Jugendlichen arbeiten, können bei entsprechender Weiterbildung eine wichtige Rolle in der Prävention spielen

Die Förderung und finanzielle Unterstützung der Fortbildungsaktivitäten für punktuell betroffene Berufsgruppen wird fortgesetzt. Ein spezieller Schwerpunkt wird in den nächsten Jahren die Entwicklung von Bildungsmassnahmen für Sozialarbeiter und -arbeiterinnen, das Personal im Strafvollzug und die Polizei bilden.

BILDUNG UND FORTBILDUNG

Auch ehrenamtliche Helfer benötigen ein adäquates Weiterbildungsangebot

spezieller Weiterbildungsmaßnahmen durch das BAG finanziell unterstützt worden. Die Vereinigungen der Eltern drogenabhängiger Kinder in der Deutschschweiz (VEVD AJ) und in der französischsprachigen Schweiz (FRAPCD) haben Personen ausgebildet, die die gegenseitige Hilfe innerhalb dieser Organisationen unterstützen sollen.

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Telefondienstes „Die dargebotene Hand“ sind weitergebildet worden, um Anrufe aufgrund der nationalen Kampagne zur Sensibilisierung hinsichtlich der Drogenprobleme adäquat beantworten zu können.

Zusammenfassung

In den letzten Jahren sind im Bereich der suchtspezialisierten Fortbildung für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dieses Bereiches beachtliche Fortschritte erzielt worden. Mit den ersten Projekten konnten schnell die vorhandenen Lücken im Fort- und Weiterbildungsangebot aufgedeckt und zielgerichtet geschlossen werden. Nun muss das neu geschaffene Angebot in ein kohärentes System gebracht werden, um allen Fachleuten klar identifizierbare Fort- und Weiterbildungsgänge zur Verfügung zu stellen, die ihren Bedürfnissen und den Wünschen ihrer Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen angepasst sind.

R. Stamm

Keine Beschreibung des präventiven Bemühens kommt umhin festzustellen, dass Prävention oft dort ihre grösste Wirkung entfaltet, wo sie am wenigsten als solche benannt wird:

- in einer lebenswert gestalteten sozialen Umwelt,
- in qualifizierter und empathischer Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im familiären Alltag und innerhalb bestehender Einrichtungen,
- in kooperativen und humanen Arbeitszusammenhängen und in einer Kreativität und Selbstentfaltung ermöglichenden Freizeit.

Beim Versuch das präventive Geschehen in der Schweiz zu beschreiben, fällt auf, dass das Verständnis von Prävention, wie es in den Konzepten, Leitbildern und der praktischen Arbeit von Präventionsstellen zum Ausdruck kommt, sich in einem kontinuierlichen Wandel befindet.

Seit 1993 lassen sich aufgrund der Umfrage bei den Kantonen vor allem die folgenden Tendenzen in der Prävention erkennen:

1. Präventives Handeln erfolgt zunehmend vernetzt; der Zusammenarbeit in den Regionen und zwischen den einzelnen Landesteilen wird mehr und mehr Bedeutung beigemessen.
2. Anstelle von Drogenprävention wird mehr Gesundheitsförderung betrieben; substanzbezogene Prävention verliert damit an Gewicht.
3. Im Gegenzug zur verstärkten Gesundheitsförderung rückt die Sekundärprävention in den Vordergrund des Interesses der Prävention.
4. Zunehmend finden Ansätze des sozialen Marketings Eingang in die Prävention. Damit wird die

Definition von Zielgruppen vorrangig, und insbesondere die geschlechtsspezifische Prävention gewinnt an Bedeutung.

Von der Isolation zur Vernetzung

In den letzten Jahren ist in der Schweiz ein nahezu flächendeckendes Präventionsangebot eingerichtet worden. Nicht immer hat die Vernetzung zwischen den neu eingerichteten Stellen mit dieser Entwicklung Schritt gehalten, so dass heute noch Koordinationsdefizite bestehen, doch hat die Vernetzung des Präventionsangebotes zweifellos Fortschritte gemacht und zwar sowohl zwischen als auch innerhalb der Kantone.

An die Vernetzung werden hohe Erwartungen gestellt, soll sie doch die Kosten-Nutzen-Bilanz präventiven Handelns verbessern und die Kundenfreundlichkeit erhöhen.

Interkantonale Vernetzung

Die interkantonale Vernetzung wird zum einen durch die Berufsverbände VSD (Verband Sucht - und Drogenfachleute Deutschschweiz) und GREAT (Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies) sowie durch den „Verband Alkohol- und Suchtfachleute (A+S)“ getragen. Zum anderen unternimmt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) Anstrengungen zur Vernetzung der Präventionsaktivitäten in der Schweiz. Mit „ARIA“, welches dem GREAT angegliedert ist, und „Convers“, welches vom VSD getragen wird, bestehen zwei Bildungsinstitutionen zur Förderung der interkantonalen Vernetzung. Beide Bildungsangebote basieren auf einem Mandat des BAG.

Der Verband „Alkohol- und Suchtfachleute“ übernimmt für die Vernetzung vergleichbare Aufgaben wie der VSD und GREAT, er konzentriert sich jedoch auf die Alkoholproblematik. Als gesamtschweizerische Plattform und Koordinationsstelle für den Bereich der gemeindenahen Gesund-

Vernetzung verbessert die Kosten-Nutzen-Bilanz präventiven Handelns

PRÄVENTION

Der Erfahrungsaustausch zwischen den Kantonen hat sich verbessert - kantonsübergreifende Projekte sind jedoch eher die Ausnahme

heitsförderung versteht sich die Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX. Andere private Organisationen bemühen sich ebenfalls um Koordination, so etwa die Pro Juventute, die Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung und die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).

Im Rahmen der interkantonalen Vernetzung steht vor allem der fachliche Austausch im Zentrum der Kooperation; eine kantonsübergreifende Projektarbeit ist eher die Ausnahme.

Um bestehende Mängel in der Koordination von Prävention und Gesundheitsförderung zu beheben, gibt es Bestrebungen, die Vernetzung kontinuierlich zu optimieren:

- Die Fachgruppe „Prophylaxe“ des

VSD hat Ende 1996 einen Restrukturierungsantrag gestellt, in dem die Bildung eines ständigen Ausschusses angeregt wird. Der von der Fachgruppe gebildete Ausschuss hat unter anderem die Aufgabe, die fachliche und präventionspolitische Vernetzung unter den verschiedenen Präventionsstellen zu gewährleisten.

- Der Austausch zwischen dem VSD und dem BAG wird intensiviert. Einmal jährlich soll in Zukunft eine vom VSD und vom BAG gemeinsam organisierte Tagung durchgeführt werden. Dabei soll insbesondere gewährleistet werden, dass die kantonalen Präventionsstellen durch die VSD-Fachgruppe Prophylaxe eine Mitsprachemöglichkeit bei der Planung der BAG-Aktivitäten ausüben können.

Interkantonale Vernetzung - Beispiele aus der Praxis

Ohne Drogen - mit Sport

Das Projekt will erreichen, dass Sport in allen Phasen der Suchtproblematik professionell und zielgerichtet eingesetzt wird (Prävention, Suchtphase, Entzug, Therapie, Rehabilitation). Das Projekt gehört zum Massnahmenpaket des Bundesamts für Gesundheit und wird getragen durch das BAG und die Eidgenössische Sportschule Magglingen ESSM. Die Kantone Aargau, Bern, Freiburg, Genf, Glarus, St. Gallen und Wallis beteiligen sich an diesem Projekt.

Suchtprävention im Jugendverband - „Voila“

Dieses Projekt will Suchtprävention in die Jugendarbeit einbauen. Das Projekt gehört zum Massnahmenpaket des Bundesamtes für Gesundheit. Als Partner beteiligt sich die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände (SAJV). Die Kantone Aargau, Basel (BS/BL), Bern, Freiburg, Luzern, Solothurn, St. Gallen, Thurgau, Zug und Zürich beteiligen sich an diesem Projekt.

Suchtprävention im Heim - „Fil Rouge“

Suchtprävention im Heim will die Tragfähigkeit der Heime für Drogenabhängige erhöhen und die Handlungskompetenz des Heimpersonals im Umgang mit drogengefährdeten Kindern verbessern. Dieses Projekt im Sekundärpräventionsbereich ist Teil des Massnahmenpaketes des Bundes und wird vom Schweizerischen Fachverband für Sozial- und Heilpädagogik mitgetragen. Es beteiligen sich 365 Heime aus der Deutschschweiz, 150 Heime aus der französischsprachigen Schweiz und 17 Heime aus dem Tessin.

Nez Rouge

Auf der Grundlage eines kanadischen Vorbildes organisiert das Projekt die Heimfahrt für Automobilisten und Automobilistinnen, die sich nicht mehr in der Lage fühlen, nach Alkoholkonsum ihr Fahrzeug nach Hause zu lenken. Mittels des Einsatzes von Freiwilligen werden so Alkoholfahrten und damit Alkoholunfälle verhindert.

Café Saigon

Das Computerspiel „Café Saigon“ wendet sich an junge Leute und wird in Einrichtungen in der ganzen Schweiz eingesetzt, in denen diese häufig verkehren (Schulen, Freizeitstätten usw.). Interessierte können in spielerischer Weise ihre Entscheidungen und deren Konsequenzen in einer Reihe von Lebenssituationen testen, von denen einige im Zusammenhang mit Suchtproblemen stehen.

An Beispielen aus der Zentralschweiz, der Ostschweiz und der Westschweiz soll verdeutlicht werden, wie die interkantonale Vernetzung der Suchtpräventionsarbeit auf unterschiedliche Weise realisiert werden kann.

Vernetzung in der Zentralschweiz

In der Innerschweiz sind die Präventionsstellen der Kantone Obwalden, Nidwalden, Schwyz, Uri, Glarus, Zug und Luzern untereinander im Rahmen der Zentralschweizerischen Arbeitsgemeinschaft Prävention (ZAP) vernetzt. RADIX hat in dieser Arbeitsgruppe die Koordination übernommen.

Die Gruppe pflegt einen Erfahrungsaustausch, der vermehrt auch gemeinsame Projekte zur Folge haben soll.

Vernetzung in der Ostschweiz

Im Rahmen des Ostschweizerischen Verbandes von Fachleuten für Suchtfragen (OVFS) sind Organisationen der Bereiche Prävention, Therapie und Beratung vernetzt (fachlicher Austausch, Fortbildungsangebote). Zum OVFS gehören Stellen der Kantone Thurgau, Glarus, Appenzell (AI/AR) und St. Gallen.

Die Zentren für Prävention (ZEPRA) präsidieren den OVFS und sind zudem noch mit Organisationen ausserhalb der Präventions- und Suchtarbeit tätig.

Vernetzung in der Westschweiz

In der Westschweiz wird die Vernetzung der Tätigkeiten der verschiedenen im Abhängigkeitsbereich Tätigen vor allem durch den GREAT gewährleistet. Der GREAT ist ein Berufsverband, der die Aktivitäten seiner Mitglieder auch mit den Berufsverbänden der deutschen Schweiz sowie mit jenen des Bundesamtes für Gesundheit koordiniert. Arbeitsgruppen des Verbandes beschäftigen sich mit Themen wie „Prävention“, „Alkohol“, „Drogenpolitik“ und „Weiterbildung“. Der GREAT ist auch der Trägerverein

der vom Bundesamt für Gesundheit unterstützten Weiterbildungsstätte ARIA. Eine weitere Arbeitsgruppe gibt in Zusammenarbeit mit der SFA die Zeitschrift „Dépendances“ heraus.

Kantonale Vernetzung

Je nach Kanton werden an die Vernetzung andere Anforderungen gestellt, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden und eine ausreichende Kundennähe gewährleisten zu können. Neben dem dezentral organisierten Kanton Zürich wird im folgenden die zentral organisierte Suchtprävention der Kantone St. Gallen und Wallis genauer beschrieben.

Die Vernetzung im Kanton Zürich

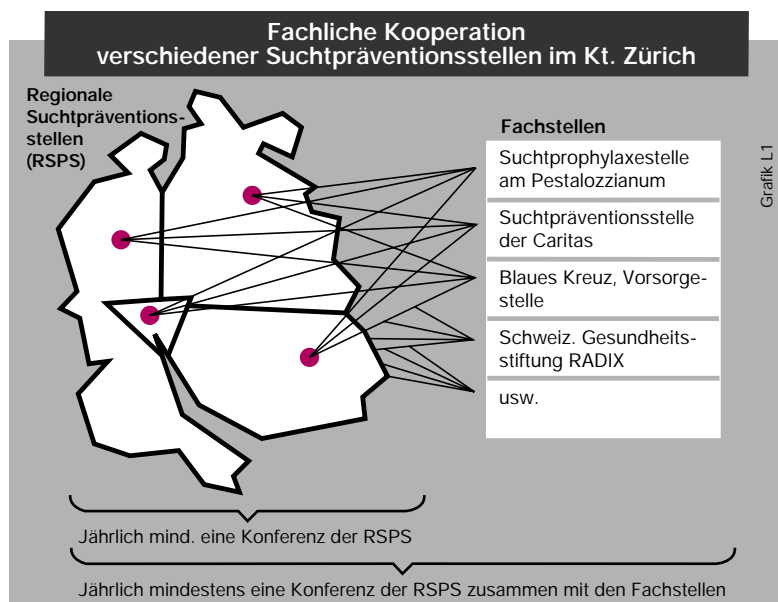
Nach einer Ist-Zustands-Analyse, die verschiedene Doppelspurigkeiten, Koordinationsmängel und regionale Lücken aufgedeckt hat, sind durch eine Arbeitsgruppe des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich die Grundlagen für die Arbeitsweise, Finanzierung und Vernetzung der regionalen Suchtpräventionsstellen (RSPS) formuliert worden.

Auch wenn eine klare Aufgabenteilung vorgesehen ist, arbeiten die regionalen, generalistisch ausgerichteten Suchtpräventionsstellen mit den spezialisierten, kantonsweit tätigen Präventionsstellen zusammen. Zuständig für die Gesamtkoordination ist das Institut für Sozial- und Präventivmedizin.

Innert zweier Jahre ist es gelungen, in allen Bezirken eine regionale Suchtpräventionsstelle einzurichten. Der Präventionsbeauftragte des Kantons Zürich zieht entsprechend eine positive Bilanz, was die Organisation der Suchtprävention betrifft: „Durch die acht bestehenden RSPS verfügt der Kanton Zürich über ein systematisches Netz von Suchtpräventionsstellen, welches flächendeckend aktiv ist. Ausgehend von einer rückständigen Situation in der

Vernetzung muss kundennah organisiert sein

PRÄVENTION



Suchtprävention anfangs der 90er Jahre, hat der Kanton Zürich damit ein fortschrittliches Konzept rasch umsetzen können.“⁽¹⁾

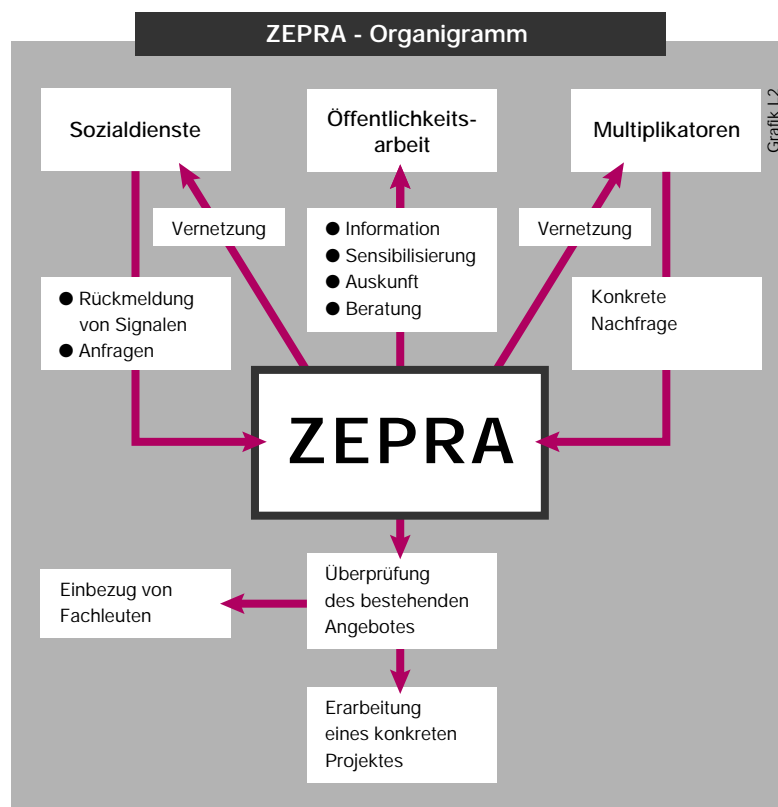
Die Grafik L1 verdeutlicht die Komplexität der Organisation der Suchtprävention im Kanton Zürich.

Die Vernetzung im Kanton St. Gallen

Die Hauptrolle in der Präventionslandschaft des Kantons St.Gallen spielen die Zentren für Prävention (ZEPRA) in Altstätten und Wil. Die beiden ZEPRA verstehen sich als Zentralstellen der Suchtprävention, die lokale Bemühungen unterstützen und begleiten. Die beiden kantonsweit tätigen ZEPRA-Stellen gehören zum Dienstleistungsangebot des Gesundheitsdepartements des Kantons St.Gallen.

Im Rahmen der kantonsweiten Arbeit kooperieren die ZEPRA einerseits mit Stellen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen und andererseits mit Multiplikatoren (vgl. Grafik L2).

172



Mit dem Multiplikatorenansatz wollen die ZEPRA eine möglichst grosse präventive Breitenwirkung erzielen. Die Zusammenarbeit mit den Stellen des Sozial- und Gesundheitswesens (z.B. Sozialdienste, Gassenarbeit, Drogenberatungsstellen) soll den Fachleuten der ZEPRA ermöglichen, Hinweise auf aktuelle problematische Entwicklungen und Tendenzen im Suchtbereich zu erhalten, um so die Präventionsarbeit besser auf die reale Lebenswelt der Zielpersonen abzustimmen.

Die Vernetzung im Kanton Wallis

Im Kanton Wallis hat die „Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT)“ vom Staatsrat das Mandat erhalten, sowohl sämtliche Präventionsaktivitäten im Kanton als auch die Betreuung von Personen mit Alkohol- und Drogenproblemen zu koordinieren. Die LVT ist eine privatrechtliche Organisation, wird jedoch vom Staat finanziert. In Zusammenarbeit mit der „Commission cantona-

le de lutte contre les toxicomanies“ erarbeitet sie Präventions- und Betreuungspunkte sowie Projekte zur beruflichen Reintegration von Abhängigen. Die LVT koordiniert und überwacht sämtliche Tätigkeiten der mit der Problematik von Alkohol und Betäubungsmitteln befassten Institutionen des Kantons. Die LVT hat sieben regionale Zentren geschaffen, welche die präventiven und therapeutischen Bedürfnisse der Bevölkerung im Bereich der Suchtproblematik abdecken sollen. Das Organigramm der LVT sieht eine Zusammenarbeit mit allen sozialen und sozialmedizinischen Diensten des Kantons wie auch mit Rechtsdiensten sowie Privatärzten und -ärztinnen vor. Ein zentraler Auskunftsdienst weist alle Rat- und Hilfesuchenden an die nächste geeignete Beratungsstelle. Die Dokumentationsstelle der LVT sowie ein Präventionsdienst gewähren Unterstützung bei allen lokalen Projekten.

Von der Verhinderung des Drogenkonsums zur allgemeinen Gesundheitsförderung

Während Jahrzehnten ist Prävention vor allem als Vorbeugung und Verhinderung von Substanzmissbrauch verstanden worden. Mittels zielgerichteter Aktivitäten sollte suchtförderndes Handeln verringert werden.

Heute liegt der Schwerpunkt dagegen mehr auf der Förderung und Stärkung von gesundheitsfördernden Potentialen der Person und ihrer Lebenswelt. Im Gegensatz zur klassischen Prävention, die hauptsächlich auf dem „Risikofaktorenansatz“ beruht, geht Gesundheitsförderung insbesondere vom „Schutzfaktorenansatz“ aus. Schutzfaktoren sollen Menschen gegen krankmachende Einflüsse immunisieren.

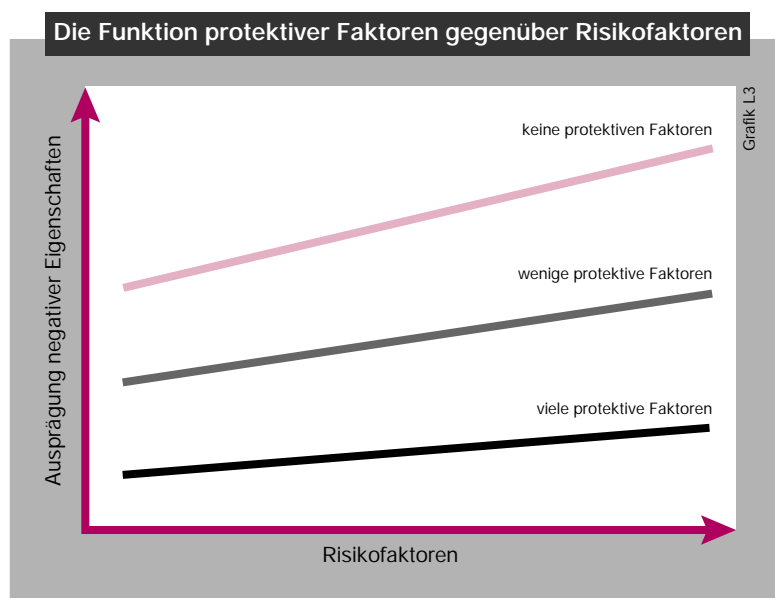
Der Schutzfaktorenansatz ist nicht neu^(2,3), er wird allerdings erst seit kurzem in die Drogenprävention integriert. Die wachsende Beliebtheit dieses Ansatzes ist insbesondere auf drei Hauptgründe zurückzuführen:

- Die zunehmende Bereitschaft der Präventionsfachleute, sich mit Theorie und Forschung auseinanderzusetzen, hat zur vermehrten Berücksichtigung des Schutzfaktorenansatzes in der präventiven Praxis geführt.
- Präventionsfachleute versprechen sich vom Schutzfaktorenansatz eine verbesserte Akzeptanz ihrer Arbeit. Denn der Begriff „Fördern“ bringt im Gegensatz zum Begriff „Vermeiden“ eine positive Perspektive der Präventionsarbeit zum Ausdruck, welche in der breiteren Öffentlichkeit und dem spezifischen Zielpublikum eher auf Zuspruch stösst.
- Der Schutzfaktorenansatz bietet für die immer wichtiger werdende substanzspezifische Präventionsstrategie eine entwicklungs-fähige theoretische Grundlage.

Der Schutzfaktorenansatz darf allerdings nicht als Alternative zum Risikofaktorenansatz aufgefasst werden, sondern vielmehr als eine Ergänzung (vgl. Grafik L3).

Personen, die über viele Schutzfaktoren verfügen, erweisen sich als

Aktuelle Prävention betont weniger das Krankmachende als vielmehr das Gesundheitsfördernde



PRÄVENTION

Substanzspezifische und substanzunspezifische Prävention ergänzen sich

gesünder, weil sie in der Lage sind, Herausforderungen der Umwelt besser zu bewältigen^(2, 3).

Folgende Schutzfaktoren stehen im Vordergrund der Fachdiskussion:

1. *Sinngebung*, d.h. die Fähigkeit, dem Leben Sinn zu geben, Ziele zu finden und sie zu verwirklichen suchen.
2. *Optimismus*, d.h. die Überzeugung, gegen Schicksalsschläge gefeit zu sein.
3. *Kontrolle*, d.h. das Gefühl, Einfluss auf den Lauf des eigenen Lebens nehmen zu können.
4. *Herausforderung*, d.h. Veränderungen der Lebensumstände und problemgeladene Situationen werden primär als bewältigbare Herausforderung und nicht als verunsichernde Bedrohung erlebt.
5. *Soziale Einbettung*, d.h. Beziehungen zu Menschen zu haben, die auf Vertrauen, Intimität und Dauer gründen.

Die Diskussion um die substanzspezifische Prävention

Geht es im Rahmen von substanzunspezifischen Präventionsmassnahmen vor allem um die Förderung von gesundheitsfördernden Potentialen bzw. um die Entwicklung von personalen und sozialen Ressourcen des Individuums, steht bei der substanzspezifischen Prävention die Vermittlung von drogennahem und drogenfernem Wissen (einschliesslich über Tabak und Alkohol) im Vordergrund der Bemühungen.

Ausgehend vom Sachverhalt, dass die alleinige Vermittlung von Wissen, Verhalten nicht entscheidend zu beeinflussen vermag, hat sich bei Präventionsfachleuten vielfach die Ansicht durchgesetzt, dass auf die Vermittlung von Drogenwissen gänzlich verzichtet werden könnte. Diese Ansicht vernachlässigt jedoch den Sachverhalt, dass Wissen für rationales Entscheiden zwar keine hinreichende, doch notwendige Bedingung darstellt.

Die drogenspezifische Prävention

Gesundheitsförderung - Beispiele aus der Praxis

Street-Soccer

Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich leistet mit ihrem Projekt einen Beitrag dazu, dass Quartierstrassen für eine begrenzte Zeit in Spiel- und Begegnungsstrassen umgewandelt werden können. So soll die Lebenswelt der Kinder günstig beeinflusst und bedürfnisorientierte bzw. förderliche Entwicklungsbedingungen geschaffen werden. Dabei erhalten die Bewohner einer Strasse Gelegenheit, sich besser kennenzulernen und so ihr Beziehungsnetz zu erweitern (Aktivierung von sozialer Unterstützung).

Clever-Club

Die SFA hat den Clever-Club für eine kindgerechte Entwicklungsförderung an Tagesschulen und Mittagstischen lanciert. Spannende Hörspiele, in denen die Kinder ihre eigenen Alltagsthemen erkennen können, sowie abwechslungsreiche Gruppenspiele und Experimente ermöglichen den teilnehmenden Buben und Mädchen, sich auf spielerische Weise mit ihren eigenen Freuden, Sorgen und Belastungen auseinanderzusetzen. So können sie Fähigkeiten für eine gesunde Lebensbewältigung erwerben.

Du Seisch Wo Düre (Es Ist Deine Entscheidung)

Im Rahmen dieses Projekts, das vom Gesundheitsdienst der Stadt Bern betrieben wird, können die Teilnehmenden mit speziell dafür ausgebildeten Begleitpersonen Gruppen- und Einzelgespräche führen. Die Begleitpersonen helfen durch aktives Zuhören - ohne zu werten und zu gewichten - bei der Entwicklung, Umsetzung und Überprüfung von Lösungsstrategien für konkrete Lebenssituationen wie zum Beispiel „Wie finde ich Freunde?“ oder „Wie kann ich meine Schulleistungen verbessern?“.

Airotrimm

Der Airotrimm ist ein erlebnispädagogisches Angebot für Jugendliche der „Suchtpräventionsstelle Schaffhausen“, mit dem Risikolust auf förderliche Weise ausgelebt werden kann.

bleibt, vor allem in Kombination mit der drogenunspezifischen Strategie, eine sinnvolle Vorgehensweise. Besonders für die Ansprache von Jugendlichen und Erwachsenen sind suchtmittelspezifische Aspekte unverzichtbar. Insbesondere für Jugendliche stellt das Lernen eines massvollen Umgangs mit legalen Drogen eine wichtige Entwicklungsaufgabe dar.

Die Wirkung der substanzspezifischen Prävention hängt jedoch nicht zuletzt davon ab, inwiefern es der substanzunspezifischen Prävention gelingt, flankierend für günstige Rahmenbedingungen zu sorgen.

Aktuelle drogenspezifische Prävention hat folgende Funktionen:

- Sachliche Informationen über legale und illegale Drogen: Dabei geht es heute weder um einfache Abschreckung (z.B. Darstellung von Alkoholiker- oder Fixerkarrieren) noch um die Verbreitung von simplen Slogans wie „Just Say No“. Vielmehr soll auf die Risiken und die positiven Funktionen von Drogenkonsum auf sachliche, zielgruppenspezifische Weise hingewiesen werden, ohne zu dramatisieren oder zu banalisieren. Im Idealfall werden die Informationen von Gleichaltrigen vermittelt, wie dies zum Beispiel im Rahmen der Schülermultiplikator-kurse Alkohol Tabak (SMAT) geschieht.
- Informationen als Trendverstärker: Jugendliche werden mit Botschaften wie „Musik ist meine einzige Droge“ oder „Du weisst nie, was wirklich drin ist“ in ihrer drogenkritischen Einstellung bestärkt.
- Richtigstellung von falschen Normvorstellungen hinsichtlich des Drogenkonsums: Viele Jugendliche überschätzen die Anzahl der Gleichaltrigen, die Drogen konsumieren, und setzen sich dabei mit der Vorstellung,

nicht „in“ zu sein, selber unter Druck. Diese falschen Normvorstellungen werden heute vermehrt als Ausgangslage präventiver Aktivitäten berücksichtigt, zum Beispiel mit dem Slogan „80 Prozent der RaverInnen sind clean“.

Drogenerziehung in der Schule

Die Schulgesetze aller Kantone sehen vor, dass Gesundheits- und Drogenerziehung in der Schule erfolgen soll. In einer 1994 bei 878 zufällig in der ganzen Schweiz ausgewählten Lehrer und Lehrerinnen durchgeführten Untersuchung haben 78 Prozent der Lehrkräfte angegeben, mit ihren Schülern Tabakerziehung betreiben zu haben. Drogen- (74%) und Alkoholprävention (73%) ist etwas weniger durchgeführt worden.

Werden jedoch die Schüler und Schülerinnen nach den erhaltenen Informationen gefragt, so erinnern sich in der Schweiz weniger als 40 Prozent daran, jemals etwas über Tabakmissbrauch und rund 50 Prozent, etwas über die Probleme durch Alkohol- und illegalen Drogenkonsum in der Schule gehört zu haben. Die Unterschiede zwischen den Angaben der Lehrkräfte und der Schuljugendlichen deuten auf ein Kommunikationsproblem zwischen „Sender“ und „Empfänger“ hin.

Wenn wir zudem die Informationsbedürfnisse der Schuljugendlichen zu einzelnen Gesundheitsthemen in Betracht ziehen, scheinen diese hinsichtlich der Themen Alkohol, Tabak und illegale Drogen gesättigt. Ausgesprochen starke Wünsche werden aber bezüglich der Themen „Krebs“, „Gesundheitsverhalten“, „Medikamente“ und „Stressbewältigung“ geäussert. Diese Umfrageergebnisse zeigen, dass Alkohol-, Tabak- und Drogenerziehung in der Schule oft nicht bedarfsgerecht stattfindet. Diesen Mangel einfach den Schulkräften anzulasten, wäre indessen falsch, stehen doch Lehrer und Lehrerinnen nicht nur zwischen

Wissensvermittlung ist ein wichtiger, doch kein hinreichender Bestandteil der Prävention

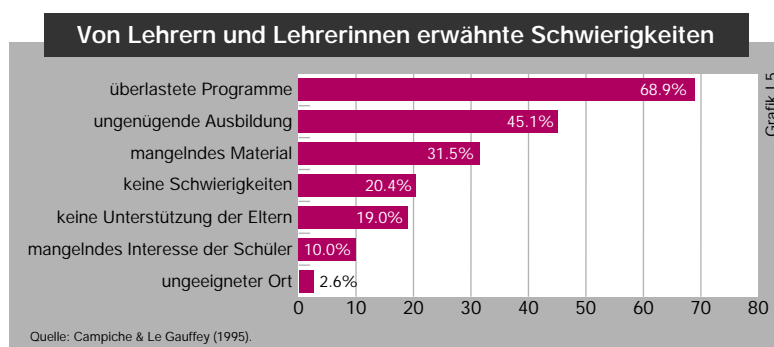
Präventives Handeln in der Schule scheitert häufig an den überlasteten Lehrplänen

PRÄVENTION

Gesundheitserziehung bereitet vielen Lehrkräften Schwierigkeiten

unterschiedlichen Erwartungen von Eltern, Schüler und Schülerinnen, Kollegen und Kolleginnen sowie Behörden, sondern sollen neben ihrer Hauptaufgabe, nämlich Vermittlung kognitiver Fähigkeiten, Alkohol-, Tabak-, Drogen-, Aids-, Umwelt- und Unfallerziehung betreiben. Es ist deshalb kein Wunder, dass sich rund 70 Prozent der befragten Lehrkräfte darüber beklagen, dass Gesundheitserziehung an den überlasteten Schulprogrammen scheitert. Immerhin beanstanden 45 Prozent die ungenügende Ausbildung und 32 Prozent das vorhandene pädagogische Material. Nur jede fünfte Lehrkraft hat mit der Gesundheitserziehung keine Schwierigkeiten (vgl. Grafik L5).

176



Sekundärprävention ist kostenwirksam, weil sie dort ansetzt, wo der Handlungsbedarf am notwendigsten ist

Von der Primär- zur Sekundärprävention

Eine Umfrage bei den Kantonen zeigt, dass für die Massnahmenplanung der nächsten zwei Jahre die Verstärkung der Sekundärprävention an erster Stelle der Prioritätenliste steht.

Verschiedene Gründe sind auszumachen, die diese Schwerpunktverschiebung zugunsten der Sekundärprävention begünstigt haben:

- Bei primärpräventiven Massnahmen, die sich an ein breites Zielpublikum richten (z.B. an alle Schüler und Schülerinnen der Primarschule), wird heute kritisiert, dass sie sich (unnötigerweise) an Personen richten, die mit grösster Wahrscheinlichkeit auch

ohne Prävention gesund bleiben würden (ungünstige Kosten-Nutzen-Bilanz).

- Die Primärprävention ist vor allem im wichtigen Interventionsbereich der Schule an ihre Grenzen gestossen:

1. Die Voraussetzungen zur kontinuierlichen Vorgehensweise sind heute weder in der Schule noch im Elternhaus gegeben. Evaluationen zeigen jedoch, dass Interventionen, die auf der Verhaltensebene positive Effekte erzielen wollen, sich nicht nur durch die Einbeziehung von verhaltensaktivierenden Methoden, sondern gleichzeitig durch Kontinuität auszeichnen müssen. Einzelne, punktuelle Aktivitäten erzielen kaum eine präventive Wirkung.
2. Der Prävention wird nicht genügend Platz eingeräumt, was vor allem auf die überfüllten Lehrpläne und weniger auf die Motivation der Lehrer und Lehrerinnen zurückzuführen ist.
3. Das präventive Angebot erreicht die meisten Eltern nicht.

Auch das BAG betont bei der Schwerpunktsetzung für den Bereich Prävention die Strategie der Sekundärprävention:

„Gefährdete Kinder und Jugend-

Sekundärprävention bedeutet in der Praxis vor allem Früherkennung und Schadensverminderung. Sie richtet sich an Risikogruppen, insbesondere an noch nicht abhängige Konsumenten und Konsumentinnen legaler und illegaler Drogen und an deren soziale Umwelt. Eine mögliche Entwicklung zur Drogenabhängigkeit soll rechtzeitig erkannt und „behandelt“ werden (Früherkennung). Zudem soll mit schadensvermindernden Massnahmen verhindert werden, dass Konsumenten und Konsumentinnen von legalen oder illegalen Drogen unumkehrbare Gesundheitsschädigungen davontragen (vgl. dazu auch die Kapitel Überlebenshilfe und Behandlung).

liche werden frühzeitig erkannt, und das Abgleiten in eine dauernde Drogenabhängigkeit wird durch angepasste Reaktionen verhindert“⁽⁴⁾.

Früherkennung

Bei der Früherkennung geht es darum, den Bezugspersonen von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen Kompetenzen zu vermitteln, die es ihnen erlauben, Signale von Gefährdung frühzeitig zu erkennen und darauf zu reagieren.

Dazu werden folgende Massnahmen durchgeführt:

- Fortbildungsmöglichkeiten
- Supervision (Praxisberatungsgruppen)
- Vernetzung: Zusammenarbeit mit psychosozialen Diensten (z.B. Erziehungs- und Jugendberatungsstellen, Begegnungszentren)
- Erarbeitung von Früherkennungskonzepten in Institutionen
- Krisenintervention.

Mit der Früherkennung wird eine Segmentierung des Zielpublikums vorgenommen, in der Hoffnung, die zur Verfügung stehenden Mittel für die Prävention gezielter einsetzen zu können (Verbesserung der Kosten-Nutzen-Bilanz).

Mit der gezielten Ansprache von Risikopersonen soll Prävention dort ansetzen, wo sie am notwendigsten ist. Damit soll die Effizienz der Prävention erhöht werden. Gerade gegenüber den politischen Instanzen, die über die finanziellen Ressourcen der Prävention bestimmen, kann die günstige Kosten-Nutzen-Bilanz solcher Massnahmen betont werden, um die Akzeptanz von Prävention zu verbessern.

Früherkennung setzt das Vorhandensein von Risikofaktoren voraus.

Damit ist eine Reihe von Gefahren verbunden, wie z.B. die ungerechtfertigte Etikettierung des Zielpublikums oder ein Machtmissbrauch.

Etikettierung und Machtmissbrauch werden heute in der Regel von den Projektinitiatoren und -initiatorinnen als Probleme erkannt und in der Planung und Durchführung sekundärpräventiver Massnahmen miteinbezogen. „Direkte Hilfe bei Krisen und Konflikten - dies ist der eigentliche Leitgedanke der Früherfassung. Es darf nicht darum gehen, Menschen zu normieren.“⁽⁵⁾

Wie die Früherkennung in der Realität umgesetzt wird, hängt vor allem von den strukturellen Rahmenbedingungen und den nur schwer beeinflussbaren Persönlichkeitseigenschaften jedes einzelnen Multiplikators und jeder einzelnen Multiplikatorin ab.

Schadensverminderung

Wie kann erreicht werden, dass der Konsum illegaler Drogen nur eine vorübergehende Verhaltensweise während eines bestimmten Lebensabschnittes bleibt und keine Langzeitwirkungen für die persönliche Integrität und Stabilität sowie für die soziale und gesundheitliche Entwicklung der Jugendlichen entstehen? Dies ist die Hauptfrage, die sich im Rahmen von schadensvermindern-

Früherkennung darf nicht zu vorschneller Etikettierung und Machtmissbrauch führen

Früherkennung - Beispiele aus der Praxis

Step by step	Computerprogramm für die Sekundärprävention in der Schule und im Lehrbetrieb. Zentren für Prävention des Kantons St. Gallen.
SPAZ	Sekundärprävention bei Auszubildenden. BAG / Zentren für Prävention des Kantons St. Gallen (ZEPRA)
Schulteam	Früherfassung in der Schule. BAG / Schuldirektion der Stadt Luzern.
Früherfassung in der Region	BAG / Stiftung Contact Bern.
Drogen- und Alkoholprävention im Betrieb	SFA in Zusammenarbeit mit verschiedenen Betrieben und regionalen Beratungsstellen

PRÄVENTION

Schadensverminderung am Beispiel der Ecstasy-Prävention

Im Sinne einer professionellen Risikobegleitung hat das Institut für Sozial- und Präventivmedizin seine Aktion „Ecstasy-Info“ lanciert. Mit Informationen auf Flyern und Beratungsangeboten an Techno-Partys sollen die Ecstasy-Gebraucher und -Gebraucherinnen zu einem möglichst risikoarmen Konsum angeleitet werden.

Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme setzt mit ihrer Kampagne „Ecstasy ist hirnrissig“ neben primärpräventiven Zielsetzungen auch den schadensvermindernden Ansatz um, indem sie sich mit dem Leitfaden zur Organisation von Techno-Partys („safer dancing“) an die Organisatoren von Rave-Partys und die behördlichen Bewilligungsinstanzen richtet. Konkrete Empfehlungen zeigen auf, wie die Rahmenbedingungen von Partys so gestaltet werden können, dass Sicherheits- und Gesundheitsrisiken vermindert werden können. Vergleichbare Zielsetzungen verfolgt die Informationsbroschüre für Fachleute, die vom Justiz- und Polizeidepartement des Kantons Basel-Stadt herausgegeben worden ist.

Die Einführung von Pillentests und andere Formen des sogenannten Monitorings, wie sie bereits in England und Holland eingesetzt werden, wird zur Zeit kontrovers diskutiert.

178

Schadensvermindernde Massnahmen sind für Drogenkonsumenten und -konsumentinnen von vitaler Bedeutung

Erfolgreiche Prävention orientiert sich an den Erkenntnissen des sozialen Marketings

den Massnahmen stellt. Wo der Drogenkonsum nicht zu verhindern ist, soll alles getan werden, um die gesundheitlichen Schädigungen möglichst gering zu halten.

Dieser schadensvermindernden Strategie liegt die Erkenntnis zu Grunde, dass Drogenkonsum vor allem eine vorübergehende Entwicklungsphase ist, aus der Jugendliche wieder herauswachsen können. Schadensverminderung will deshalb negative Auswirkungen auf die biographische Entwicklung von Drogenkonsumenten und Drogenkonsumentinnen verhindern.

Nachdem der Ansatz der Schadensverminderung seit Beginn der 80er Jahre vor allem im Bereich der harten Drogen realisiert worden ist (Überlebenshilfe), wird diese Strategie neuerdings auch auf andere Drogen ausgeweitet. Am deutlichsten kommt diese realitätsnahe, akzeptierende und pragmatische Grundhaltung bei der aktuellen Ecstasy-Prävention zum Ausdruck.

Das soziale Marketing: Leitlinien für eine wirkungsvolle Prävention

Wirkungsvolle Prävention funktioniert

nach den Kriterien des sozialen Marketings. Das soziale Marketing ist durch eine Anpassung der kommerziellen Marketingstrategien an den Bereich der öffentlichen Gesundheit entstanden und hat folgende Leitlinien^(6, 7):

1. Modernes Marketing richtet sich an die Bedürfnisse und Interessen der Konsumenten und Konsumentinnen.
2. Da sich die Bedürfnisse von verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterscheiden, ist es unerlässlich, die Gesamtbevölkerung in Zielgruppen zu unterteilen, die in sich möglichst homogen sind (Marktsegmentierung).
3. Zur Identifizierung der Bedürfnisse der Zielgruppe ist eine Marktanalyse notwendig.
4. Durch Markt- und Konsumforschung werden Inhalte und Form der Botschaften laufend überprüft.
5. Der Einsatz von Kommunikatoren und Kommunikatorinnen (z.B. Gleichaltrige, Personen des öffentlichen Lebens) und Techniken (öffentliche Veranstaltung, Fernsehen, Printmedien) erfolgt zielgruppenspezifisch.

Projekte für Frauen und Mädchen

Im Handbuch zur frauengerechten Suchtprävention geben Meier et al. eine umfassende Übersicht, was der „Suchtpräventionsmarkt“ gegenwärtig an Frauen- und Mädchen-Projekten zu bieten hat ⁽⁹⁾.

Dabei werden rund dreissig Projekte erläutert, die sich an Mädchen oder Frauen in unterschiedlichen Lebenssituationen richten (z.B. Alleinerziehende, Schülerinnen, Lehrerinnen, Eltern, Pfadileiterinnen). Die Projekte werden verschiedenen Arbeitsbereichen zugeordnet:

- Angebote für Frauen in der Familie, im Erwerbsleben und in den verschiedenen Kombinationen dieser beiden Lebenswelten, die den Alltag der meisten Frauen bestimmen
- Projekte für Frauen zwischen 18 und 25 Jahren
- Projekte für die Mädchenarbeit und die Arbeit mit weiblichen Jugendlichen
- Projekte für die Schule.

Die meisten Projekte zielen darauf ab, im Rahmen von Workshops, Kursen (meistens für 15 bis 30 Personen) oder Projektwochen (z.B. an Schulen) die persönlichen Ressourcen von Frauen und Mädchen zu fördern und die Sensibilität hinsichtlich suchtfördernder Bedingungen und spezifischer Frauenanliegen zu steigern.

Nur in einem Fall (der Wanderausstellung „(K)ein sicherer Ort“ des Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann des Kantons Bern“) wird ein breites Publikum angesprochen. Es ist auch eines der wenigen Projekte, welches sich explizit an Behördenmitglieder wendet und durch die beteiligten Kooperationspartner (z.B. Gleichstellungsbüro) in der Öffentlichkeit sozialpolitische Aktivitäten entfaltet.

Alters- und geschlechtsspezifische Prävention

Dem Alter angepasstes Ansprechen der Zielgruppen ist von entscheidender Bedeutung für den Erfolg einer Präventionsmassnahme.

Für die direkte Ansprache von kleineren Kindern ist der unspezifische Präventionsansatz besonders geeignet, da das Drogenthema für dieses Zielpublikum kaum von Bedeutung ist. Als Kommunikatoren und Kommunikatorinnen bzw. als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen werden bei Kindern insbesondere Eltern, die Lehrerinnen und Lehrer oder Kindergärtner und Kindergärtnerinnen eingesetzt, Personen also, die die Lebenswelt der Kinder prägen und deren Akzeptanz besitzen.

Bei der direkten oder indirekten Ansprache von Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Erwachsenen spielen sowohl substanzspezifische wie auch substanzunspezifische Aspekte eine wichtige Rolle.

Als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen finden bei Jugendlichen die Gleichaltrigen am meisten Akzeptanz. Da die Akzeptanz bzw. die

Glaubwürdigkeit der Informationsquelle eine entscheidende Rolle für die Wirksamkeit von präventiven Interventionen spielt, stellt der Ansatz des Peer-Counselings eine interessante Möglichkeit dar, wie Jugendliche präventiv angesprochen werden können. Der Schülermultiplikatorenkurs Alkohol/Tabak (SMAT) baut auf diesem Ansatz auf. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, dass es nicht immer leicht ist, geeignete Jugendliche als Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen zu finden: offensichtlich sind gerade Peer-Leader dem Tabak- und Alkoholkonsum nicht abgeneigt.

Geschlechtsspezifische Prävention und Suchtarbeit bedeutet fast immer Beschäftigung mit Mädchen- und Frauenthemem. Dabei geht es einerseits um die Entwicklung von Projekten, die speziell auf die Bedürfnisse von Frauen und Mädchen abgestimmt sind, andererseits um das Einbringen von Frauenanliegen in die Gestaltung allgemeiner Präventionsmassnahmen.

Die Diskussion der frauenspezifischen Suchtprävention ist in der

Alters- und geschlechtsspezifisches Bemühen ist grundlegend für den Erfolg der Prävention

Die frauen- und mädchenspezifische Suchtprävention hat stark an Bedeutung gewonnen

PRÄVENTION

Erst das Zusammenspiel verschiedener Methoden macht die präventive Wirkung aus

180

Öffentlichkeitsarbeit ist notwendig, um die gesellschaftliche Akzeptanz der Prävention zu steigern

Schweiz vor allem anlässlich der Fachtagung „Frauen und Süchte“ im Jahre 1991 von der Frauengruppe des VSD lanciert worden.

Der Forschungsbericht „Frauen - Sucht - Forschung“ formuliert die Kriterien für eine frauengerechte Suchtprävention wie folgt ⁽⁸⁾:

1. Die Entwicklung und Verankerung frauengerechter Suchtprävention ist nicht die alleinige Aufgabe von Frauen, sondern eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung, die Männer ebenso übernehmen müssen wie die Frauen selbst.
2. Ziel frauengerechter Suchtprävention ist es, die Beeinträchtigungen der einzelnen Frau, in ihrem sozialen Umfeld und in der Gesamtgesellschaft soweit als möglich dadurch zu verringern, dass auf Faktoren eingewirkt wird, welche eine Suchtentwicklung begünstigen können.
3. Frauengerechte Suchtprävention überprüft allgemeine Theorien und Modelle der Suchtprävention auf ihre Relevanz für Frauen, modifiziert und entwickelt bestehende Theorien entsprechend weiter.
4. Frauengerechte Suchtprävention reflektiert die gesellschaftlichen Machtverhältnisse und setzt das Hauptgewicht ihrer Massnahmen auf Strukturinterventionen.
5. Frauengerechte Suchtprävention verhindert, dass Gesundheit als soziale Norm gesetzt wird und Prävention bzw. Gesundheitsförderung den Anforderungsdruck an die einzelnen Frauen erhöht.
6. Frauengerechte Suchtprävention reflektiert Geschlechterrollen, Geschlechterrollenverhalten und die entsprechenden Konzepte in der Theorie.

Mittlerweile sind eine ganze Reihe

von Frauenprojekten in der Suchtprävention entstanden.

Der Methodenmix als erfolgsversprechende Präventions-Strategie

Aktuelle Prävention und Gesundheitsförderung funktioniert ressourcenorientiert und zielgruppenspezifisch nach den Grundsätzen des sozialen Marketings. Der Schutzfaktorenansatz gibt dabei Anhaltspunkte, welche Ressourcen gefördert werden sollen.

Grundsätzlich kann Prävention und Gesundheitsförderung auf der personalen Ebene geschehen oder durch umweltbezogene Massnahmen realisiert werden. Dabei sind Programme gefragt, die auf spezifische Alltagsprobleme der Adressaten (z.B. für Migranten und Migrantinnen, Frauen und Männer) eingehen. Das Entwicklungsaufgabenkonzept gibt zudem Anhaltspunkte, wie die Bedürfnisse und Alltagsprobleme der Personen der Zielgruppe aussehen und welche persönlichen Eigenschaften (Schutzfaktoren) gefördert werden können, um die Bewältigung der Lebensanforderungen zu erleichtern.

Unter Berücksichtigung der Strategien, wie sie im Massnahmenpaket (1992-98) des Bundesamtes für Gesundheit vorgesehen sind, werden konkrete personenbezogene und strukturorientierte primär- und sekundärpräventive Massnahmen abgeleitet.

Personenbezogene Massnahmen

„Die direkte personenorientierte Prävention richtet sich an Kinder und Jugendliche zur Stärkung ihrer persönlichen Ressourcen (Wissen, Wollen, Können)“ ⁽⁴⁾.

Personenbezogene *Primärprävention* und *Gesundheitsförderung* schliesst folgende Massnahmen ein:

- Förderung von Kompetenzen zur Bewältigung von spezifischen

Entwicklungsaufgaben wie Schuleintritt, Eintritt ins Berufsleben, Pensionierung.

- Spezifische Lebenshilfe und Entwicklungsförderung für Menschen, die sich in einer schwierigen Situation befinden, z.B. Arbeitslose, Schul- oder Lehrabbrecher und -abbrecherinnen, geschiedene Frauen und Männer, Migranten und Migrantinnen.
- Förderung von personalen Kompetenzen und sozialen Ressourcen, die zum Aufbau und der Erhaltung eines unterstützenden Beziehungsnetzes notwendig sind.
- Vermittlung von sachlichen suchtmittelspezifischen Informationen, um bestehende drogenkritische Einstellungen zu bestärken (Prävention als Trendverstärker) und um falsche Normvorstellungen über den Drogenkonsum zu relativieren.
- Massnahmen, die sich an eine breite Öffentlichkeit richten, sind wichtig, um die gesellschaftliche Akzeptanz von Präventionsmassnahmen zu erhöhen.

Folgende personenbezogene Massnahmen sind auf der *sekundärpräventiven* Ebene anzusiedeln:

- Massnahmen zur Schadensverminderung:
Auf personaler Ebene können dabei risikoärmere Drogenkonsummuster vermittelt werden, z.B. Regeln für Rausche, Vermeiden von Infektionsrisiken beim Drogenkonsum usw.
- Massnahmen zur Früherkennung von Risikoträgern und -trägerinnen:
Der Erfolg dieser Massnahmen hängt nicht zuletzt davon ab, ob die Früherkennung Probleme der Etikettierung und des Machtmissbrauchs vermeidet. Neben den Risikofaktoren müssen vor allem

auch gesundheitsfördernde Potentiale in der Person frühzeitig erkannt und in die Arbeit miteinbezogen werden.

Strukturorientierte Massnahmen

„Die strukturorientierte Prävention fördert die Ressourcen in den sozialen Umwelten: Familie, Schule, Lehre, Arbeitsplatz, Gemeinwesen, Freizeitgruppen usw., so dass diese suchthemmende Wirkung ausüben und Suchtgefährdung selber frühzeitig erkennen und darauf angemessen reagieren“⁽⁴⁾.

Strukturorientierte Prävention umfasst vor allem die folgenden Massnahmen:

- Fördern der sozialen Integration, z.B. Förderung von Begegnungsstrassen und Nachbarschaftshilfe, Arbeitslosentreffpunkte (Prävention als Lebenshilfe).
- Schaffen von Bedingungen, unter denen es für die Mitglieder einer Gemeinde möglich ist, aktiv zu werden und sich sinnvoll zu beschäftigen, z.B. Abenteuerspielplätze, Jugendtreffs, kulturelle Angebote.
- Massnahmen zur Unterstützung einer fördernden bzw. hilfreichen familiären Umwelt, die auf die Bedürfnisse der Eltern eingeht, z.B. Angebot externer Betreuungsmöglichkeiten für Kinder, Teilzeitstellenangebot, längerer Schwangerschaftsurlaub.
- Stärken und Unterstützen von Selbsthilfepotentialen in der Gemeinde, z.B. Unterstützung von Elterninitiativen, Selbsthilfegruppen usw.
- Entwickeln von Alternativen zum Drogenkonsum, z.B. attraktive Freizeitangebote, erlebnispädagogische Angebote.
- Massnahmen zur Früherkennung: Neben den Risikofaktoren sollten

Wirksame Prävention muss sich sozial Benachteiligter besonders annehmen

PRÄVENTION

*Prävention geht
uns alle an,
und nicht nur alle
anderen*

vor allem auch gesundheitsfördernde Potentiale in der Umwelt frühzeitig erkannt und in die Arbeit miteinbezogen werden.

- Massnahmen zur Schadensverminderung:
Der Kontext des Drogenkonsums beinhaltet zusätzliche Risiken, die durch gezielte Massnahmen reduziert werden können, z.B. Raumtemperaturkontrolle an Techno-Partys.

Gesellschaftspolitische Massnahmen - Bedingungen für eine optimale präventive Arbeit

„Der politische Wille soll auf allen Ebenen und in allen Bereichen der Gesellschaft dahingehend verstärkt werden, dass die Lebensbedingungen der Jugendlichen verbessert, die Gesundheitserziehung entwickelt und die Prävention gefördert werden“⁽⁴⁾.

- Vor allem die umwelt- und strukturorientierte Prävention kann oftmals nur dann realisiert werden, wenn der politische Wille dafür vorhanden ist. Deshalb richtet sich Prävention auch direkt an die politischen Entscheidungsträger und -trägerinnen.
- Bei der Planung von präventiven Massnahmen ist zu berücksichtigen, dass insbesondere unspezifische Massnahmen, die eine Ressourcenförderung zum Ziel haben, politisch brisant sind, geht es dabei doch auch um eine gerechtere Verteilung bzw. um eine Neuverteilung von psychosozialen und materiellen Ressourcen.
- Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Vernetzung darf sich deshalb nicht nur auf die Kooperation zwischen Suchtpräventionsstellen beschränken, sondern muss auch andere Stellen, Organisationen und Personen miteinschliessen, die etwas zur präventiven Zielerreichung beitragen können.

- Anzustreben ist eine vermehrte projektbezogene Vernetzung.
- Massnahmen zur Qualitätssicherung sind heute unbestritten, geht es doch darum, die für die Prävention vorhandenen Mittel möglichst effizient einzusetzen und die Qualität bzw. die Kundenorientierung fortlaufend zu optimieren. Dabei sind nicht nur präventive Massnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen, sondern auch die unterschiedlichen Vernetzungsmodelle.

L. Müller

1 Stähli (1996).
2 Antonovsky (1987, 1990).
3 Kobasa (1979, 1982).
4 BAG (1995c).
5 ZEPRA (1996).
6 Lefebvre & Flora (1988).
7 Müller & Schneider (1993).
8 Meier et al. (1995).
9 Meier et al. (1997).

Alkoholpolitik wozu?

Alkohol ist ein besonderes Gut! Für viele ist es Nahrungs- und Genussmittel, für andere Rausch- und Betäubungsmittel. Unzählige sind deshalb die Versuche des Staates, Menge und Formen des Alkoholtrinkens zu beeinflussen. Bereits im Mittelalter regelt eine Vielzahl von Sittenmandaten den Alkoholkonsum. Später entdecken die Staaten, wie einträglich Alkoholsteuern sein können:

Die Einfuhrzölle auf Rohmaterialien, die Lizenzgebühren für die Herstellung sowie die Konsumsteuern für alkoholische Getränke erweisen sich als so ertragreich, dass im 17. Jahrhundert die meisten europäischen Staaten Abgaben auf alkoholische Getränke erheben.

Im 19. Jahrhundert nehmen die Alkoholprobleme deutlich zu. Gleichzeitig entsteht eine breite Mässigkeit- und Abstinenzbewegung. Dies schafft die politischen Voraussetzungen für Massnahmen, die sich nicht nur nach der Maximierung der Steuererträge orientieren, sondern auch eine Konsumreduktion anstreben. Moralisch-sittliche und später volksgesundheitliche Zielsetzungen beeinflussen zusehends das alkoholpolitische Handeln.

Auch in der Schweiz ist es weitgehend das Verdienst der Temperenz- und Abstinenzbewegung, dass 1885/86 die erste eidgenössische Alkoholgesetzgebung mit einer klaren gesundheitspolitischen Zielsetzung erlassen wird.

Art. 32bis Bundesverfassung

- Die Gesetzgebung ist so zu gestalten, dass sie den Verbrauch von Trinkbranntwein und dementsprechend dessen Einfuhr und Herstellung vermindert. Sie fördert den Tafelobstbau und die Verwendung der inländischen Brennereirohstoffe als Nahrungs- oder Futtermittel.

Die schweizerische Alkoholgesetzgebung

Die schweizerische Alkoholgesetzgebung ist von Beginn an kein allumfassendes Gesetzeswerk, sondern das Resultat von Kompromissen zwischen gesundheits-, agrar-, gewerbe- und fiskalpolitischen Interessen.

Die Bundesverfassung und das Alkoholgesetz

Die Grundlage der schweizerischen Alkoholgesetzgebung bildet vor allem Artikel 32bis der Bundesverfassung. Er gilt jedoch lediglich für die gebrannten Wasser; die vergorenen Getränke werden nicht reglementiert. Laut Verfassung hat der Bund seine Gesetzgebung so zu gestalten, dass der Verbrauch von Trinkbranntwein vermindert wird. Der Bund erhält die Kompetenz, auf dem Wege der Gesetzgebung Vorschriften über die Herstellung, den Handel und die Besteuerung von gebrannten Wassern zu erlassen. Auch die brennlose Verwertung von Brennereirohstoffen soll er fördern.

Die Kantone erhalten von der Bundesverfassung in Artikel 32quater das Recht, die Handelsfreiheit zugunsten des öffentlichen Wohls auf dem Wege der Gesetzgebung einzuschränken, indem sie die Ausübung des Wirtschaftsgewerbes und des Kleinhandels mit Spirituosen reglementieren.

Artikel 32bis Abs. 9 der Bundesverfassung regelt zudem, dass die Kantone zehn Prozent des Reinertrages aus den Einnahmen der Bundessteuern für gebranntes Wasser erhalten. Diesen „Alkoholzehntel“ müssen die Kantone für die Bekämpfung des Alkoholismus und des Missbrauchs anderer Suchtmittel verwenden.

Das Bundesgesetz über die gebrannten Wasser (das Alkoholgesetz) regelt die Herstellung, die Einfuhr und den Handel von Spirituosen. Es

Die eidgenössische Alkoholgesetzgebung hat eine klare gesundheitspolitische Zielsetzung, sie bezieht jedoch nur die Spirituosen mit ein

POLITIK

ALKOHOL

Mehr als die Hälfte der Schweizer und Schweizerinnen über 15 Jahren würden eine Weinsteuern befürworten. Diese soll für fast 70 Prozent der Befürworter und Befürworterinnen maximal einen Franken je Liter betragen, nicht ganz 20 Prozent würden zwei Franken je Liter bezahlen und etwa 10 Prozent mehr als zwei Franken je Liter.

Quelle: SFA-Umfrage, Januar 1997

verbietet unter anderem das Hausieren mit gebrannten Wassern sowie den Verkauf und den Ausschank von Spirituosen an unter 18jährige.

Für den Vollzug dieses Gesetzes ist die Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV) zuständig.

Das Absinthverbot

Aufgeschreckt durch einen aufsehenerregenden Kriminalfall führen die Kantone Waadt und Genf das Absinthverbot ein. 1906 kommt eine Volksinitiative zustande, die dieses Verbot auf die ganze Schweiz auszuweiten wünscht. Gegen den Willen des Bundesrates stimmt das Volk 1908 dieser Initiative zu. 1910 tritt das Absinthgesetz in Kraft: Herstellung, Lagerung und Vertrieb, nicht aber der Konsum von Absinth sind seither verboten. Am 1. Juli 1995 werden die betreffenden Bestimmungen in die revidierte Lebensmittelverordnung überführt.

Die Biersteuer

1935 wird in der Schweiz eine allgemeine Getränkesteuer für alkoholische Getränke eingeführt. Sie soll die finanzielle Situation des Bundes verbessern. Gegen die Besteuerung des Weins erhebt sich sogleich politischer Widerstand. In der Folge wird diese Abgabe 1937 wieder aufgehoben. Nur die Besteuerung von Bier wird noch beibehalten. 1959 wird diese Steuer in der Bundesverfassung verankert. Sie sieht eine Gesamtbelastung von 17.7 Prozent des Engrospreises des offenen Lagerbiers vor. Seither ist die Biersteuer verschiedentlich angepasst worden, zum letzten Mal im Zuge der Gatt-

Verhandlungen: Die wegfallenden Zollzuschläge auf Braurohstoffe und Bier werden durch eine Erhöhung der Biersteuer kompensiert. Heute beträgt sie einschliesslich der Mehrwertsteuer 39.02 Rappen pro Liter.

Die Biersteuer ist rein fiskalisch und nicht gesundheitspolitisch begründet. Der Ertrag fällt in die Bundeskasse.

Regelungen des Weinbaus

Die schweizerische Weinwirtschaft wird vor allem durch den Bundesbeschluss über den Rebbau (Juni 1992) sowie durch einige Artikel im Landwirtschaftsgesetz geregelt. Die schweizerische Weingesetzgebung will insbesondere die inländische Weinproduktion fördern. Als wichtigste Elemente des Rebbaubeschlusses gelten die Mengenbegrenzung pro Flächeneinheit und die Einteilung der Moste und Weine in drei Qualitätsklassen. Angesichts der zunehmenden Marktöffnung gegenüber dem Ausland befindet sich die Weinwirtschaft stark im Wandel.

Die Politik der Eidgenössischen Alkoholverwaltung

Die Eidgenössische Alkoholverwaltung (EAV) versucht gemäss Verfassungsauftrag den Konsum von Spirituosen zu vermindern. Als wirksamstes Mittel zur Reduktion des Konsums hat sich die Einschränkung der Erhältlichkeit durch Steuern erwiesen. Zudem gewährleistet die EAV die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen im Spirituosenbereich. Dazu gehören die flankierenden Massnahmen im Jugendschutz sowie die Einschränkung der Werbung für Spirituosen.

Die EAV reguliert und überwacht weiterhin den Spirituosenmarkt, insbesondere den Import und die Herstellung von Trinkalkohol sowie den Handel.

Die EAV verfolgt auch ein fiskalisches

Die Mehrheit aller Schweizer und Schweizerinnen befürwortet eine sozialkostendeckende Weinsteuern

Ziel. Der Reinertrag der EAV geht zu neunzig Prozent an den Bund zur Deckung seines Anteils an der AHV/IV. Die restlichen zehn Prozent erhalten, gemäss ihren Bevölkerungszahlen, die Kantone, die verpflichtet sind, diese Mittel zur Bekämpfung des Suchtmittelmissbrauchs zu verwenden.

Die Schwachstellen der Eidgenössischen Alkoholgesetzgebung

Die Eidgenössische Alkoholordnung hat vor allem drei schwerwiegende Schwachstellen:

1. Sie schliesst vergorene Getränke aus, obwohl der Konsum von gebrannten Wassern seit langem weniger als 20 Prozent des Gesamtkonsums ausmacht.
2. Die fiskalische Belastung vermag die durch den übermässigen Alkoholkonsum anfallenden sozialen Kosten bei weitem nicht zu decken.
3. Die Alkoholgesetzgebung steht im Mittelpunkt gegensätzlicher Interessen: Zwar bekräftigt die Verfassung die gesundheitspolitische Absicht, diese konkurrenziert jedoch mit fiskal-, agrar- und gewerbepolitischen Zielen.

Deshalb schlägt eine vom Bundesrat beauftragte interdepartementale Arbeitsgruppe über die Verfassungsrevision im Bereiche der Alkoholbewirtschaftung nach einer Schwachstellenanalyse der gegenwärtigen Alkoholgesetzgebung vor, in der Verfassung eine allgemeine Alkoholsteuer zu verankern. Diese soll gesundheitspolitisch begründet sein und eine Sozialkostendeckung garantieren.

Der Europäische Aktionsplan Alkohol

Mit dem Europäischen Aktionsplan Alkohol der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sollen die alkoholbedingten Probleme in den europäi-

schen WHO-Mitgliedsstaaten verringert werden. Dazu wird eine Reduktion des Durchschnittskonsums um 25 Prozent bis zum Jahr 2000 angestrebt. Die Schweiz hat diesen Aktionsplan auch angenommen.

Vorgeschlagen werden von der WHO zwei Arten von Massnahmen, mit denen der Konsum reduziert werden soll:

1. Mit einer auf Verbrauchsminde- rung ausgerichteten staatlichen Politik: mit Steuern, Produktionskontrollen, Handels- und Werbevorschriften, Trinkalterbeschränkungen, Warnaufschriften usw.
2. Mit erzieherischen Massnahmen, insbesondere solchen, die sich an Risikogruppen richten.

Die Europäische Charta Alkohol

Zur Förderung des Europäischen Aktionsplanes fordert die Alkoholcharta aus dem Jahr 1995 alle Mitgliedsstaaten auf, umfassende alkoholpolitische Konzepte zu erarbeiten und Programme aufzustellen, die folgende Ziele beinhalten:

- Alle Bürger und Bürgerinnen haben das Recht auf ein vor Unfällen, Gewalttätigkeiten und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschütztes Familien-, Gesellschafts- und Arbeitsleben.
- Alle Bürger haben das Recht auf korrekte, unparteiische Information und Aufklärung - von früher Jugend an - über die Folgen des Alkoholkonsums für die Gesundheit, die Familie und die Gesellschaft.
- Alle Kinder und Jugendliche haben das Recht, in einer Umwelt aufzuwachsen, in der sie vor den negativen Folgen des Alkoholkonsums und so weit wie möglich vor der Alkoholwerbung geschützt werden.

Die Alkoholpolitik des Bundes beschränkt sich auf die gebrannten Wasser

In einer Gesellschaft, in der viele viel trinken, gibt es auch viele, die zuviel trinken und dadurch viele Probleme hervorrufen

Die Liberalisierung der Gastgewerbesetzgebung in den Kantonen erhöht die Verfügbarkeit alkoholischer Getränke

- Alle alkoholgefährdeten und alkoholgeschädigten Bürger und Bürgerinnen wie auch ihre Familienangehörigen haben das Recht auf Zugang zu Therapie und Betreuung.
- Alle Bürger, die keinen Alkohol trinken möchten oder die aus gesundheitlichen oder anderen Gründen keinen Alkohol trinken dürfen, haben das Recht, keinem Druck zum Alkoholkonsum ausgesetzt zu werden und in ihrem abstinenter Verhalten bestärkt zu werden.

Die Alkoholcharta ist auch von der Schweiz akzeptiert worden.

Ausgangslage für eine aktuelle Alkoholpolitik

In der Schweiz trinkt ein Grossteil der Bevölkerung relativ wenig Alkohol. Allerdings trinken viele Schweizer und Schweizerinnen mehr oder sogar wesentlich mehr Alkohol als der Durchschnitt. Gewiss, eine bestimmte Anzahl von übermässigen Konsumenten und Konsumentinnen wird es in jeder Gesellschaft geben, in der Alkohol gebräuchlich und frei erhältlich ist. Und doch trägt jeder mit seinem individuellen Konsum zum Umfang der alkoholbedingten Probleme bei.

Alkoholprävention durch Preisregulierung?

Die WHO betont die Bedeutung von Alkoholsteuern für die Prävention. Dabei liegt die Annahme zugrunde, dass sich alkoholische Getränke wie andere Güter im Markt verhalten und eine Preiserhöhung zu einer Konsumreduktion führt. Tatsächlich liegen internationale und schweizerische Studien vor, die zeigen, dass preis erhöhende Massnahmen eine verbrauchsmindernde Wirkung haben und Jugendliche besonders empfindlich auf Preisveränderungen reagieren.

Die Wechselbeziehung der Preise auf die Nachfrage von alkoholischen und nichtalkoholischen Getränken ist ebenfalls nachgewiesen worden: Bier wird durch Mineralwasser ersetzt, wenn dessen Preis sinkt.

Preispolitische Massnahmen sind ein effektives Mittel zur Verringerung des Alkoholkonsums und der damit verknüpften Probleme.

Die Alkoholpolitik der Kantone

Die aktuelle Alkoholpolitik der Kantone ist durch eine zunehmende Liberalisierung der bestehenden Vorschriften gekennzeichnet: Die meisten Kantone haben in den letzten drei Jahren die Bedürfnisklausel abgeschafft. Damit muss bei der Erteilung eines Alkoholpatentes nicht mehr nachgewiesen werden, dass ein Bedürfnis nach einer zusätzlichen Alkoholausschankstätte besteht. Auch die Öffnungsvorschriften sowie die Anforderungen an die Gastwirte sind in einigen kantonalen Gaststättengesetzen liberalisiert worden. Dies geschieht trotz der wissenschaftlich klar begründeten Tatsache, dass je grösser die Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken in einer Gesellschaft ist, desto mehr alkoholbedingte Probleme entstehen.

Internationale Entwicklungen

Dem internationalen Abbau von Handelshemmnissen muss sich auch die Schweiz anpassen. Durch den Wegfall der protektionistischen Schutzzölle, der Steuerreduktion auf Spirituosen und der Importkontingentierungen wird das Preisniveau für alkoholische Getränke in der Schweiz sinken. Dies führt jedoch zu einem aus gesundheitspolitischer Sicht unerfreulichen Konsumanreiz.

Zukünftige Tendenzen

Die Zukunft der eidgenössischen Alkoholpolitik muss vor dem Hintergrund ökonomischer und gesell-

schaftlicher Veränderungen gesehen werden:

Trend zur Individualisierung und Desolidarisierung, mehr Hedonismus und weniger gesunde Lebensführung, steigende Staatsverdrossenheit, Liberalisierung und Deregulierung der Wirtschaft wie auch Beseitigung von Handelshemmnissen.

Alkoholische Getränke werden zunehmend als normale Konsumgüter betrachtet, ohne ihre psychoaktive und abhängigkeitsbildende Wirkung zu berücksichtigen. Deshalb dürfte wahrscheinlich auch die von einer vom Bundesrat eingesetzten Expertenkommission erhobene Forderung nach einer allgemeinen - den Wein einschliessenden - Alkoholsteuer Wunschdenken bleiben.

R. Müller

Zehn-Punkte-Programm für eine gesundheitsorientierte Alkoholpolitik in der Schweiz

1. *Informieren und Sensibilisieren der Öffentlichkeit*
Kontinuierliche Aufklärung und Propagierung von risikoarmen Trinkmustern.
2. *Jugend und Alkohol*
Förderung der Erziehungsarbeit in Schulen mit dem Ziel kritischen Konsumierens.
3. *Früherfassung risikoreicher Alkoholkonsumenten*
Flächendeckende Einführung von Früherfassungsprogrammen in Betrieben und Arztpraxen.
4. *Alkohol im Strassenverkehr*
Schaffung gesetzlicher Grundlagen für die Einführung verdachtsfreier Atemluftproben. Intensivierung der Durchsetzung geltender Vorschriften. Flächendeckende Rehabilitationsmassnahmen für alkoholauffällige Fahrer.
5. *Behandlung und Nachsorge*
Ausbau der Behandlungskette und insbesondere der Rückfallprophylaxe. Solidarisches Tragen der Heilungskosten der Alkoholabhängigkeit.
6. *Sozialkostendeckende Alkoholsteuern*
Einführung einer sozialkostendeckenden Wein- und Biersteuer mit entsprechender Zweckbindung an den Alkoholzehntel.
7. *Alternativsponsoring und Werbevorschriften*
Alternativsponsoring von Sport- und Kulturanlässen. Warnhinweise auf Anzeigen, im Fernsehen und auf Verpackungen.
8. *Forschung, Evaluation*
Gezielte Förderung der Behandlungs- und Evaluationsforschung aufgrund von definierten Prioritäten.
9. *Aus- und Weiterbildung*
Gezielte Förderung der fachlichen Aus- und Weiterbildung unter spezifischer Berücksichtigung der Ärzteausbildung.
10. *Zusammenarbeit zwischen den Partnerorganisationen, Kantonen und Bund*
Förderung der Zusammenarbeit, um eine bestmögliche Effizienz zu erzielen.

Der WHO-Massnahmenkatalog für eine umfassende Tabakpräventionspolitik ⁽³⁾

- Einrichtung und Unterhalt einer nationalen Organisation, die Tabakkontrollmassnahmen fördert, unterstützt und koordiniert.
- Systematische Überwachung der Rauchgewohnheiten, der tabakbedingten Krankheiten sowie der Wirksamkeit von Tabakkontrollmassnahmen.
- Einführung wirksamer Tabakerziehungsprogramme und Programme zur Raucherentwöhnung.
- Wirksamer Nichtraucherenschutz in Transportsystemen, öffentlichen Gebäuden und am Arbeitsplatz.
- Förderung des Nichtrauchens von Angehörigen des Gesundheitssystems, um damit ein gutes Beispiel zu geben. Motivierung der Angehörigen des Gesundheitssystems, für eine rauchfreie Umwelt einzustehen.
- Tabaksteuern, die schneller als Preise und Einkommen steigen.
- Einführung eines Tabakrappens, der zur Finanzierung von Tabakkontrollmassnahmen sowie für das Sponsoring von Sport- und kulturellen Ereignissen eingesetzt werden kann.
- Verbot aller Werbung und Verkaufsförderung für Tabakwaren. Verbot des Sponsorings von Sport- und Kulturveranstaltungen durch die Tabakindustrie.
- Deutliche und variierende Warnungen auf der Verpackung von Tabakwaren.
- Beschränkung der Zugänglichkeit zu Tabakprodukten für Jugendliche.
- Wirksame und leicht erhältliche Programme zur Raucherentwöhnung.
- Gesetzliche Begrenzung des Nikotin- und Teergehalts von Zigaretten.
- Klare Angaben der Schadstoffe auf der Verpackung von Tabakprodukten.
- Förderung von Alternativen zum Tabakanbau.

Die Gesundheitsgefahren durch das Tabakrauchen sind seit langem bekannt. Rauchen muss als der bei weitem wichtigste Risikofaktor vermeidbarer Todesfälle in den hochindustrialisierten Ländern angesehen werden. Als Konsequenz dieser Erkenntnis haben viele Länder tabakpolitische Massnahmen getroffen.

Bereits 1975 hat die Weltgesundheitsorganisation ihre Mitgliedsstaaten aufgefordert, auf dem Wege der Gesetzgebung Produktion, Vertrieb und Gebrauch von Tabakwaren zu kontrollieren ⁽¹⁾.

Der 1992 vom Regionalbüro Europa der WHO verabschiedete Aktionsplan für ein tabakfreies Europa beinhaltet mehr als dreissig Massnahmen zur Bekämpfung des Tabakgebrauchs in sechs Bereichen ⁽²⁾:

- Bildung von Allianzen zwischen Gesundheitsorganisationen
- multisektorale tabakpolitische Massnahmen
- Tabakprävention bei Jugendlichen
- Tabakfreie Umwelt
- Unterstützung für Rauchende beim Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören
- Techniken zur Einführung tabakpolitischer Massnahmen.

Ziele einer umfassenden nationalen Tabakpolitik

Übergeordnetes Ziel aller tabakpolitischen Bemühungen ist die Senkung der Sterblichkeit sowie des Krankheitsgeschehens, die durch den Tabakkonsum verursacht oder mitbedingt werden. Dieses Ziel kann durch die Kombination der folgenden drei Massnahmenbündel erreicht werden:

- Hilfe und Unterstützung, damit Nichtraucher nicht mit Rauchen beginnen
- Hilfe und Ermutigung für Rauchende, damit sie ihre Gewohnheit aufgeben
- Schutz für Kinder und Erwachsene, damit diese nicht ungewollt dem Tabakrauch ausgesetzt werden.

Wichtigste Elemente einer umfassenden Tabakpolitik

Es besteht eine weitgehende Übereinstimmung darüber, dass eine wirksame Tabakpolitik aus einer Kombination von einander ergän-

zenden Massnahmen besteht, die darauf abzielen, sowohl das Angebot zu lenken und die Verkaufsförderung zu steuern als auch die Nachfrage nach Tabakprodukten zu beeinflussen.

Nachfragesenkende Tabaksteuern

Die Nachfrage nach Tabakwaren ist preiselastisch: Wenn Tabakprodukte erschwinglicher werden, nimmt in der Regel der Verkauf zu. Umgekehrt nimmt der Konsum ab, wenn der Preis von Tabakwaren steigt. Insbesondere junge Menschen reagieren auf Preisveränderungen von Zigaretten.

Im internationalen Vergleich ist in der Schweiz der Durchschnittspreis für 20 Zigaretten tief; im Verhältnis zu den Lebenskosten sind Zigaretten heute in der Schweiz billiger als vor 40 Jahren. Zieht man das Lohnniveau in Betracht, hat die Schweiz weltweit mit die tiefsten Tabakpreise: Hat in der Schweiz ein Industriearbeiter für den Kauf eines Pakets Zigaretten durchschnittlich neun Minuten zu arbeiten, benötigt er in Deutschland 13, in Frankreich 15, in Italien 17 und in Portugal 33 Minuten (benötigte Arbeitsminuten auf der Basis des durchschnittlichen Industriehohns)⁽³⁾.

Erhöhungen der Tabaksteuer haben sich, wie eine Reihe von Länderbeispielen zeigt, als schnellste und zuverlässigste Möglichkeit der Reduktion des Tabakkonsums erwiesen. Damit lassen sich durch fiskalische Massnahmen auch die rauchbedingten Krankheiten und die Sterblichkeit senken. Allerdings kann die Wirkung fiskalischer Massnahmen nicht isoliert vom kulturellen Kontext gesehen werden.

Die Schweiz hat im Vergleich mit anderen Ländern sehr tiefe Tabaksteuern.

Der Reinertrag der Tabaksteuer ist in der Schweiz zweckgebunden. Er

Tabelle M1

**Durchschnittspreis für
20 Zigaretten in US\$, 1995**

Norwegen	5.43
Dänemark	5.03
Irland	4.33
Grossbritannien	4.28
Schweden	4.18
Finnland	4.08
Deutschland	3.52
Neuseeland	3.38
Belgien	3.20
Kanada	2.92
Niederlande	2.82
Frankreich	2.80
Schweiz	2.66
Japan	2.47
Luxemburg	2.29
Griechenland	1.99
USA	1.89
Portugal	1.79
Italien	1.70
Argentinien	1.37

Quelle: WHO (1996a).

fliesst verfassungsgemäss den grossen Sozialwerken AHV und IV zu. Eine Erhöhung der Tabaksteuern im Rahmen des Preisniveaus der Nachbarländer der Schweiz würde nicht nur den Verbrauch von Zigaretten senken und hätte damit positive Auswirkungen auf die Volksgesundheit, sondern brächte zudem Mehreinnahmen für den Bund zur Finanzierung dieser Sozialwerke.

Um einen konsumlenkenden Effekt zu erzielen, erweist es sich als günstig, merkliche Preiserhöhungen vorzunehmen und sodann den realen Preis von Zigaretten nicht fallen zu lassen. Da Zigaretten im Warenkorb zur Inflationsberechnung nur ein kleines Gewicht einnehmen, ist der dadurch bewirkte Inflationsschub gering.

Eine Rechtsexpertise des Bundesamtes für Justiz bejaht die verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Konsum-Lenkungssteuer für Tabakprodukte.

Preiserhöhungen sind die wirksamste Einzelmassnahme, um den Tabakkonsum zu vermindern

Die Schweiz hat weltweit im Vergleich zum Einkommen sehr tiefe Zigarettenpreise

Tabakwerbung, die sich direkt an Minderjährige richtet, ist verboten. Die Zigarettenwerbung benützt jedoch genau jene Werte, die für Jugendliche wichtig sind: Freiheit, Abenteuer, Ungebundensein

Einschränkungen der Verkaufsförderung für Tabakwaren

Die wissenschaftliche Literatur zeigt deutlich, dass die Zigarettenwerbung nicht allein zum Ziele hat, die Marktanteile zu halten oder auszuweiten, sondern dass sie auch bezweckt, neue Konsumenten, vorab Jugendliche, zu rekrutieren und die Rauchgewohnheiten aufrechtzuerhalten ⁽⁴⁾.

Viele Länder haben die Werbung sowie die Verkaufsförderung von Tabakwaren eingeschränkt oder gar verboten.

Die Schweizer Bevölkerung hat die Zwillingsinitiativen, die ein Werbeverbot für Tabakwaren und alkoholische Getränke gefordert haben, 1993 mit grossem Mehr verworfen. Gleichwohl bleibt die Werbung für Tabakwaren (und alkoholische Getränke) in Radio und Fernsehen untersagt. Die Verordnung zum Lebensmittelgesetz (Art. 15) verbietet überdies alle Tabakwerbung, die sich direkt an Minderjährige richtet und sie zum Tabakkonsum veranlasst.

Verboten ist insbesondere die Werbung an Orten, wo sich hauptsächlich Minderjährige aufhalten, auf Werbeträgern, die hauptsächlich für

Minderjährige bestimmt sind, auf Sportkleidern sowie auf den bei der Ausübung des Sports verwendeten Gegenständen und Fahrzeugen. Untersagt ist auch die Verteilung von Gratismustern an Minderjährige.

Warnaufschriften auf der Verpackung von Tabakwaren

Inwieweit Warnaufschriften auf der Verpackung von Tabakerzeugnissen den Verbraucher oder die Verbraucherin vom Konsum abschrecken, ist nicht eindeutig geklärt. Klar ist indessen, dass sie - sofern genügend gross und mit wechselndem Wortlaut angebracht - dazu beitragen können, das Bewusstsein über mögliche Folgen des Rauchens zu stärken ⁽⁵⁾.

Die Verordnung über Tabak und Tabakerzeugnisse sieht das Anbringen von im Wortlaut alternierenden Warnaufschriften auf der Breitseite von Zigarettenpackungen vor. Diese Warnaufschriften müssen mindestens acht Prozent dieser Fläche einnehmen und dürfen nicht an einer Stelle angebracht werden, die bei der Öffnung der Packung zerstört wird.

Die Verordnung über Tabak und Tabakerzeugnisse fordert neben den Warnaufschriften auf der Verpackung auch Angaben über das Produkt wie den Nikotin- und Teergehalt.

Nichtraucherschutz

Dass Passivrauchen die Gesundheit, insbesondere auch jene von Kindern, beeinträchtigen kann, ist wissenschaftlich klar belegt ⁽⁶⁾. Als Konsequenz dieser Erkenntnis hat eine Reihe von Ländern das Rauchen in öffentlichen Gebäuden, Transportsystemen und an Arbeitsplätzen teilweise oder ganz verboten.

Insbesondere die Beschränkungen des Rauchens am Arbeitsplatz haben sich als wirksam erwiesen. Nicht nur wird damit aktiver Nichtraucher- und Nichtraucherinnenschutz betrieben, sondern eine Reihe von Untersu-

Tabelle M2

Der Anteil an Steuern auf dem Verkaufspreis von 20 Zigaretten (1995):

USA	30%
Schweiz	50% *
Schweden	69%
Deutschland	72%
Niederlande	72%
Italien	73%
Belgien	75%
Frankreich	75%
Grossbritannien	77%
Norwegen	78%
Portugal	81%
Dänemark	85%

* 1996 beträgt der Steueranteil in der Schweiz 54%.
(Quelle: BAG)
Quelle: WHO (1996a).

chungen zeigt auch, dass Beschränkungen des Rauchens am Arbeitsplatz die Reduktion des Zigarettenkonsums bei aktiven Rauchenden spürbar fördern können. Rauchrestriktionen am Arbeitsplatz sollten Raucher und Raucherinnen allerdings nicht diskriminieren und auch nicht isoliert betrieben werden, sondern Bestandteil eines umfassenderen Präventionskonzeptes sein, das die gesundheitliche Aufklärung, Motivation und Hilfen zur Rauchentwöhnung miteinschliesst.

Während in vielen lokalen Transportsystemen und Spitälern in der Schweiz das Rauchen untersagt ist und in immer mehr Gaststätten rauchfreie Zonen bestehen, finden sich in öffentlichen Gebäuden kaum Beschränkungen.

Die Verordnung zum Arbeitsgesetz (Art. 19) schreibt vor, dass Arbeitnehmer und -nehmerinnen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Schädigungen, welche auf passives Rauchen zurückzuführen sind, „im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten“ geschützt werden müssen. Verschiedene Betriebe haben denn auch Einschränkungen des Rauchens am Arbeitsplatz erlassen. In der Mehrheit der Betriebe bestehen indessen keine klaren Regeln zum Nichtraucher- und Nichtraucherinnenschutz am Arbeitsplatz, und nur wenige Betriebe bieten ihren Angestellten Ausstiegshilfen an.

Die Zugänglichkeit zu Tabakprodukten

Eine ganze Reihe von Grössen beeinflusst die Entscheidung von Jugendlichen, mit dem Rauchen anzufangen und damit fortzufahren. Inwieweit dabei die Zugänglichkeit zu Tabakprodukten eine Rolle spielt, ist nicht völlig geklärt. Immerhin gibt es eine Anzahl von Studien, die darauf hinweisen, dass Jugendliche bei einer hohen Zugänglichkeit zu Tabakprodukten vermehrt zur Zigarette greifen⁽⁷⁾.

Tabakprodukte sind in der Schweiz

die am leichtesten zugänglichen Güter; kein anderes Konsumgut ist überall und zu jeder Zeit so leicht erhältlich wie Zigaretten. Auch bestehen keine Altersvorschriften über die Abgabe und den Verkauf von Zigaretten an Kinder und Jugendliche wie etwa für alkoholische Getränke. Ein allfälliges Verkaufsverbot von Zigaretten an unter 16jährige müsste die Zigarettenautomaten unter Aufsicht des Bedienungspersonals in Gaststätten stellen. Zigarettenautomaten im Freien finden sich in der Schweiz kaum mehr.

Tabak-Präventions-Kampagnen

Die Aussage, dass alle über die möglichen gesundheitlichen Folgen des Rauchens wüssten, so dass es müssig sei, die Öffentlichkeit weiter darüber zu informieren, wird so häufig kolportiert, dass ihr gleichsam Wahrheitswert zuerkannt wird. Dabei kann wohl kein Zweifel darüber bestehen, dass der Rückgang der Raucherrate in der Schweiz um 20 Prozent zu einem grossen Teil auf das kontinuierliche Informieren der Bevölkerung zurückzuführen ist. Zwar ist es kaum möglich, die Wirksamkeit einer einzelnen Massenmedienkampagne auf das Rauchverhalten nachzuweisen, doch zeigen die Erfahrungen aus Kanada, Finnland, Neuseeland und Norwegen deutlich, dass die Kombination von grossangelegten und kontinuierlichen Massenmedienkampagnen mit wiederholten Bezügen zur Schädlichkeit des Rauchens mit anderen Tabakkontrollmassnahmen, den Tabakkonsum zu senken vermögen⁽⁸⁾.

Massenmedienprogramme können nicht nur helfen, ein „ausstiegsfreundliches“ Klima zu schaffen, sondern können auch Tips geben, wie der Ausstieg zu schaffen ist und wo Hilfe dafür erhältlich ist.

Tabak-Präventions-Kampagnen werden in der Schweiz vorwiegend von privaten Organisationen getragen. Doch für einen kontinuierlichen

Einschränkungen des Rauchens am Arbeitsplatz kann die Reduktion des Rauchens spürbar fördern

Kein anderes Konsumgut kann in der Schweiz so leicht erworben werden wie Zigaretten

*Es ist sinnvoll,
immer wieder auf
die gesundheitlichen
Risiken durch das Rauchen
hinzuweisen*

und grossangelegten Einsatz der Massenmedien in Tabak-Präventions-Kampagnen fehlen die finanziellen Mittel bis anhin weitgehend. Für die Tabakwerbung und Verkaufsförderung von Tabakwaren werden dagegen pro Jahr rund 100 Millionen Franken eingesetzt. Dass bei diesem finanziellen Einsatz bezahlte Tabak-Präventions-Inserate einen schwierigen Stand hätten, ist offensichtlich. Der beschränkte, doch präzise Einsatz von Werbemedien in der Tabakprävention kann jedoch den Tabakkonsum in Frage stellen.

Tabakprävention bei Jugendlichen

Es ist sinnvoll, gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen zu verhindern, bevor sie sich eingeschliffen haben. Jugendliche und insbesondere Schulkinder sind deshalb ideale Adressaten für die Prävention.

Tabakprävention bei Jugendlichen wird vor allem in der Schule betrieben. Ein Grossteil der Schulkinder in der Schweiz hat denn auch im Verlauf ihrer Schulkarriere spezielle Lektionen über das Rauchen erhalten (vgl. dazu die Ausführungen im Kapitel Prävention). Die Überlastung durch den bestehenden Schulstoff verhindert jedoch vielfach eine kontinuierliche Tabakerziehung.

Im ausserschulischen Bereich wird Tabakprävention vor allem durch private Organisationen mit staatlicher finanzieller Unterstützung betrieben wie die grossangelegte Kampagne „Neue Lust - Nichtraucher“, die bei Jugendlichen auf hohe Akzeptanz gestossen ist.

Förderung des Ausstiegs

Wichtigstes Ziel jeder Tabakpolitik ist die Senkung der rauchbedingten Sterblichkeit sowie des rauchbedingten Krankheitsgeschehens. Deshalb muss dem Bemühen, möglichst viele Raucher und Raucherinnen zum Aufhören zu bewegen, hohe Priorität zukommen.

Um mit dem Rauchen aufzuhören, muss eine Person erstens dazu motiviert sein und zweitens muss sie die Nikotinabhängigkeit überwinden können.

Tabakkontrollmassnahmen müssen deshalb darauf abzielen, die Motivation zur Aufgabe des Rauchens in der Bevölkerung zu erhöhen und Ausstiegshilfen flächendeckend anzubieten. Dieses Angebot kann insbesondere durch die Angehörigen des Gesundheitssystems (Ärzte/Ärztinnen, Apotheker/Apothekerinnen, Zahnärzte/Zahnärztinnen usw.) gemacht werden. Vor allem bei der Nikotin-Ersatz-Therapie ist professioneller Rat wichtig. Deshalb ist ein Tabak-Präventionsprogramm der Ärzte/Ärztinnen gemeinsam durch die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) initiiert worden. Doch auch Betriebe, Schulen und Universitäten sollten ein entsprechendes Angebot zur Verfügung stellen.

Tabakprävention in der Schule

Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von 878 zufällig ausgewählten Lehrern und Lehrerinnen in der Mittel- und Oberstufe im Rahmen der alle vier Jahre stattfindenden Grossbefragung zum Gesundheitsverhalten von Schulkindern⁽⁸⁾.

- In immerhin mehr als einem Fünftel der Mittel- und Oberstufe findet kein tabakerzieherisches Bemühen statt.
- Die Überlastung durch den bestehenden Unterrichtsstoff verhindert eine adäquate Behandlung von Gesundheitsthemen in der Schule.
- In der Mehrheit halten sich Lehrer und Lehrerinnen genügend informiert und dokumentiert, um Tabakerziehung zu betreiben.
- Bevor man mehr Gesundheitserziehung im allgemeinen und Tabakerziehung im besonderen in der Schule fordern kann, müssten die Prioritäten für den zu behandelnden Schulstoff neu festgelegt werden.

Verbotene Tabakerzeugnisse

Tabakerzeugnisse zum oralen Gebrauch dürfen weder eingeführt noch verkauft werden (Art. 7, Tabakverordnung).

Der Teergehalt einer Zigarette darf 15mg nicht überschreiten; der Nikotingehalt ist nicht begrenzt!

Die Tabakpolitik des Bundes

Der Bundesrat hat erkannt, dass ein tabakpolitischer Handlungsbedarf besteht und 1995 ein Massnahmenpaket zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums verabschiedet. Jährlich sind dafür Aufwendungen im Betrage von 2,5 Millionen Franken vorgesehen. Schwerpunkte des Programms sind:

1. die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen und Partnerorganisationen
2. die gezielte Information von Bevölkerungsgruppen und die Unterstützung laufender Kampagnen
3. ein besserer Schutz vor dem Passivrauchen
4. die Verstärkung der Tabakprävention bei Jugendlichen
5. die Unterstützung der Tabakentwöhnung
6. die Förderung von Forschung und Ausbildung

Dieses Tabakmassnahmenpaket ist zweifellos ambitiös, doch die dafür zur Verfügung stehenden Mittel sind nicht sehr reichlich.

Seine Wirkung wird sich erst in einigen Jahren abschätzen lassen.

R. Müller

Nikotin ist eine abhängigkeitsbildende Droge, deren Abhängigkeitspotential gleich einzuschätzen ist, wie das von Heroin und Kokain

- 1 WHO (1975).
- 2 WHO - Regional Office for Europe (1992).
- 3 WHO (1996b, 1996c).
- 4 USDHHS (1989).
- 5 Kaisermann (1993).
- 6 Ackermann-Liebrich & Leuenberger (1995).
- 7 Slade et al. (1992).
- 8 Campiche & Le Gauffey (1995).

POLITIK ILLEGALE DROGEN

Drogenpolitik bleibt auch zwischen 1994 und 1996 ein zentrales politisches Thema

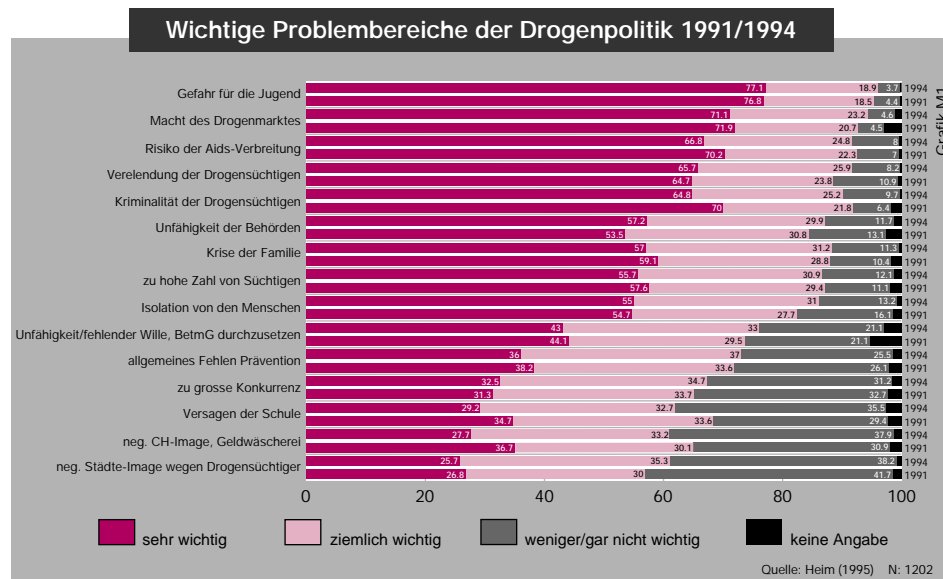
Drogenpolitik, präziser gefasst, jene Politik, die sich auf die Regulierung gesetzlich verbotener Betäubungsmittel bezieht, ist im Untersuchungszeitraum von 1994 bis 1996 ein zentrales innenpolitisches Thema geblieben: Eine über Jahre hinweg konstant hohe Zahl von etwa 30'000 Abhängigen von sogenannten „harten Drogen“ (Opiate, Kokain), Umfrageergebnisse und Schätzungen, die auf eine nicht geringe Zahl von Drogenkonsumenten schliessen lassen (besonders Cannabiskonsum, neuerdings aber auch synthetische Drogen wie Ecstasy), und ein Anteil drogenkonsumierender Personen von bis zu 40 Prozent an den Aids-Todesfällen umschreiben die Zahlenseite einer Problematik, die nach politischer Intervention verlangt.

Die Kantone haben bereits in den siebziger und achtziger Jahren erhebliche Ressourcen mobilisiert, um den Drogenproblemen entgegenzutreten. Der Bundesrat hat 1991 zusätzlich ein „Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme“ verabschiedet. Damit engagiert sich der Bund verstärkt in der Drogenpolitik und stellt mehr finanzielle und personelle Mittel in den Bereichen Prävention, Therapie, Schadensverminderung, Forschung und

Ausbildung bereit. Die 1993 und 1994 eingereichten und voraussichtlich 1997 und 1998 zur Abstimmung kommenden drogenpolitischen Volksinitiativen „Jugend ohne Drogen“ und „Droleg“ verschärfen die drogenpolitische Diskussion in der Schweiz zusätzlich. Die Ereignisse auf der offenen Drogenszene in Zürich und deren polizeiliche Auflösung haben der Drogenpolitik zusätzliche Aufmerksamkeit der Medien verschafft. Ein weiteres wichtiges Element für die schweizerische Drogenpolitik - gerade im Hinblick auf die anstehenden Volksabstimmungen - ist die Meinung der Bevölkerung zu drogenpolitischen Themen.

Die Bevölkerungshaltung zur Drogenpolitik

Eine differenzierte Untersuchung der drogenpolitischen Haltungen der Personen einer repräsentativen Stichprobe der schweizerischen Wohnbevölkerung aus dem Jahre 1994⁽¹⁾ zeigt, dass weder der Grad der Betroffenheit der Befragten (60% fühlen sich von Drogenproblemen betroffen) noch das generelle Interesse an der Drogenthematik seit einer Erstbefragung im Jahre 1991 abgenommen hat. Gewachsen ist in der Bevölkerung inzwischen hingegen



„der Unwille gegenüber Staat und Behörden“, die nach Ansicht der Befragten „keine adäquaten Lösungen der Probleme bieten können“⁽¹⁾.

Die Haltung der Bevölkerung gegenüber Drogenabhängigen bleibt auch 1994 durch eine starke Ambivalenz gekennzeichnet, die sich in widersprüchlichen drogenpolitischen Forderungen ausdrückt: Drogenabhängige werden einerseits als „Kranke“ angesehen, die der Hilfe und Behandlung bedürfen, andererseits aber auch als sozial randständige Personen, die Angst einflössen.

So erklärt es sich, dass die Mehrheit der Bevölkerung (70%) helfende Massnahmen für Abhängige befürwortet, inklusive solcher Hilfen, „die den Süchtigen das Leben erträglicher machen“⁽¹⁾, womit Gassenzimmer, Überlebenshilfe, Spritzenabgabe usw. gemeint sind. Auch die Unterstützung der Verschreibung von Betäubungsmitteln unter ärztlicher Kontrolle an Schwerstabhängige ist seit 1991 angestiegen (um sechs auf 70%).

60 bis 70 Prozent der Bevölkerung verspüren Angst vor Drogenkonsumentierenden, die auf offenen Drogenszenen mit Drogen handeln und Delikte begehen oder sich generell (jugend-) gefährdend verhalten. Staatliche Repressionen werden von 90 Prozent der Befragten besonders hinsichtlich des Handels mit harten Drogen (auch zum Eigengebrauch) und der Geldwäscherei von Drogengeldern gefordert. Hinsichtlich des Cannabis bleibt die Bevölkerungmeinung gespalten: Jeweils eine Hälfte ist für beziehungsweise gegen die Entkriminalisierung des Konsums. Eine überwältigende Mehrheit von über 90 Prozent der Bevölkerung befürwortet drogenpolitische Massnahmen mit präventiver Ausrichtung. Den Drogenproblemen vorzubeugen, scheint den Schweizern und Schweizerinnen immer noch besser als Heilen oder Strafe.

Zentrale drogenpolitische Ereignisse zwischen 1994 und 1996 auf Bundesebene

Nachdem das Jahr 1993 drogenpolitisch ganz wesentlich durch die Debatte über die Versuche einer kontrollierten Drogenverschreibung und die Einreichung der Volksinitiative „Jugend ohne Drogen“ bzw. die Vorbereitung der Volksinitiative „Für eine vernünftige Drogenpolitik / Tabula rasa mit der Drogenmafia“ (später „Droleg“) gekennzeichnet gewesen ist, hat der Bundesrat zu Beginn des Jahres 1994 die Initiative ergriffen, um mit seiner seit 1992 eingeschlagenen Drogenpolitik des „3. Weges“ zwischen strikter Repression jeglichen Drogenkonsums und laxistischer Liberalisierung fortzufahren⁽²⁾. In einer anderen geläufigen Formulierung ist immer häufiger die Rede von der „Vier-Säulen-Politik“ des Bundes in Drogenfragen, welche Therapie, Prävention, Überlebenshilfe und Repression einschliesst. Anlässlich der Zweiten Nationalen Drogenkonferenz, die im Februar 1995 in Bern stattgefunden hat, ist diese Mehrdimensionalität der Drogenpolitik auch einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt worden. Sowohl der Vorsteher des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartementes - zuständig für die Seite der Repression - als auch die Vorsteherin des Departementes des Inneren - verantwortlich für die medizinisch-soziale Seite der Drogenproblematik - haben ihre komplementären Vorstellungen hinsichtlich einer kohärenten und konsensfähigen Drogenpolitik entwickeln können.

In der Folge konkretisiert der Bundesrat seine Vier-Säulen-Politik, indem er sich sowohl für einen Ausbau der Repression des Drogenhandels als auch der Therapie und der Rehabilitation (mehr Behandlungsplätze) entschieden hat. Im Bereich der Repression werden die Instrumente zur Bekämpfung des illegalen Handels und des organisierten Verbrechens systematisch ausgebaut. Die Zentralstelle für Betäubungsmittel-

Die Drogenprobleme sind aus Sicht der Bevölkerung ungelöst

Eine grosse Mehrheit der Bevölkerung befürwortet eine Politik der Prävention und bessere Behandlungsmassnahmen - inklusive der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln

bekämpfung wird personell aufgestockt und die Einführung des polizeilichen Informationssystems DOSIS vorangetrieben. Bereits 1994 sind die Strafnormen gegen die Geldwäscherei und das organisierte Verbrechen mit Hinblick auf Drogendelikte erweitert worden. Eine Botschaft des Bundesrates zum Bundesgesetz zur Bekämpfung der Geldwäscherei im Finanzsektor (Juni 1996) betont, dass ein zu schaffendes Geldwäschereigesetz besonders dem Finanzsektor Sorgfaltspflichten auferlegt und organisatorische Massnahmen zur Bekämpfung der Geldwäscherei enthält. Das Bundesgesetz über Zwangsmassnahmen im Ausländerrecht ist insbesondere zur Abwehr ausländischer Drogenhändler verschärft worden.

Nach ersten Erfahrungen mit der medizinisch kontrollierten Abgabe von Betäubungsmitteln ist die Teilnehmerzahl an den Heroinversuchen 1995 mittelfristig (teilweise durch eine Umwandlung von Morphinplätzen) auf bis zu 800 Plätze erhöht worden; dies unter den kritischen Blicken benachbarter Länder und des UNO-Bedäubungsmittelkontrollorgans in Wien, die auf der Einhaltung der internationalen Drogenabkommen bestehen, die auch die Schweiz unterzeichnet hat. Im Frühjahr 1996 beschliesst der Bundesrat, dass die Versuche nicht abrupt abgebrochen werden, sondern bis zum Vorliegen des Ergebnisberichtes der wissenschaftlichen Begleitforschung fortgesetzt werden können.

Die Suche nach einer „Politik des Mittelweges“ zwischen den Extremen eines Drogenverbotes und einer Drogenfreigabe hat 1994 zum überraschenden gemeinsamen „Sechspunkteprogramm für eine kohärente Drogenpolitik“ der drei Bundesratsparteien FDP, SP und CVP geführt. Es umfasst folgende Ziele:

- intensivere Prävention
- verbesserte Therapieangebote

- erweiterte Heroinabgabe an Schwerstabhängige
- Strafflosigkeit des Drogenkonsums zum Eigengebrauch
- Massnahmen gegen Drogenkriminalität
- kohärente Drogenpolitik zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden.

Diese Leitlinien können als Minimalkonsens für eine Drogenpolitik des Bundes angesehen werden, wenn auch die konkrete Ausgestaltung der Programmpunkte vage geblieben ist. Deutlich ist jedoch der Wunsch dieser drei Bundesratsparteien hervorgetreten, dem Bund eine stärkere Führungsrolle in drogenpolitischen Fragen zuzuweisen: Im Herbst 1994 gab der Bundesrat einen Gegenvorschlag zur Volksinitiative „Jugend ohne Drogen“ in die Vernehmlassung, zog diesen dann aber auf Grund mangelnder Kompromissfähigkeit in der drogenpolitischen Debatte, auch innerhalb der politischen Parteien, wieder zurück. Geradezu als exemplarisches Beispiel für die beschriebenen Tendenzen in der nationalen Drogenpolitik im Jahre 1994 können die Vorgänge um die im Frühjahr 1995 erfolgte Schliessung der offenen Drogenszene in Zürich am Bahnhof Letten angeführt werden: In einer gemeinsamen Aktion der Drogendelegation des Bundes und Vertretern von Stadt und Kanton Zürich ist eine politisch tragfähige Lösung für die Letten-Krise entwickelt worden. Die Letten-Schliessung ist politisch und polizeilich vorbereitet worden, wobei der umstrittene fürsorgliche Freiheitsentzug - um ausserkantonale Abhängige in ihre Wohnsitzgemeinden zurückzuführen - und Zwangsmassnahmen des Ausländerrechts - um landesfremde Drogenhändler in Vorbereitungs- oder Ausschaffungshaft nehmen zu können - zur Anwendung gekommen sind. Die juristische Kritik an diesen beiden Massnahmen hat politisch keine Mehrheit gefunden.

Durch die Diskussionen um die beiden Initiativen zur Drogenpolitik ist die bundesrätliche Drogenpolitik immer wieder überprüft worden

Die öffentliche Diskussion über die beiden hängigen Volksinitiativen, über die laufende Versuchsanordnung für eine ärztlich kontrollierte Drogenverschreibung an Schwerstabhängige und über die Expertenüberprüfung des Betäubungsmittelgesetzes ist im Februar 1995 durch die Stellungnahmen und Emotionen zur Schliessung der offenen Drogenszene am Zürcher Letten zusätzlich angeheizt worden. In der Folge gerät der 1994 ausgehandelte drogenpolitische Kompromiss der drei Bundesratsparteien FDP, SP und CVP angesichts der komplexen anstehenden Probleme ins Wanken. Obwohl Bundesrat Koller und Bundesrätin Dreifuss auf der Zweiten Nationalen Drogenkonferenz versuchen, die drogenpolitische Debatte zu entschärfen und für mehr Differenziertheit und Behutsamkeit plädieren, gehen die Meinungen hinsichtlich der Erweiterung der Versuchsprogramme der medizinisch kontrollierten Drogenabgabe weit auseinander. Wert- und Normprämissen in der Drogenpolitik, wie das Abstinenzgebot bei der Drogentherapie und das Legalitätsprinzip bei der Strafbarkeit des Drogenkonsums, prallen erneut aufeinander.

Die bundesrätliche Botschaft zu den Volksinitiativen „Jugend ohne Drogen“ und „Droleg, für eine vernünftige Drogenpolitik“ hat im Juni 1995 einen Rückblick auf die Ergebnisse der Drogenpolitik des Bundesrates seit 1991 gegeben und gleichzeitig die Weichen für die künftige schweizerische Drogenpolitik gestellt.

Selbstkritisch hat der Bundesrat anerkannt, dass die quantitativen Ziele (Stabilisierung bzw. Verminderung der Anzahl abhängiger Konsumenten harter Drogen) nicht vollends erreicht worden sind. Gleichwohl sind eine Vielzahl von Projekten initiiert worden, die die Vernetzung zwischen Bund, Kantonen, Städten und Gemeinden sowie den betroffenen Fachorganisationen verbessern und vor allem die Verbreitung von

HIV-Infektionen unter den Drogenkonsumenten durch Schadensverminderungsmassnahmen verringern.

Die Präsentation der ersten wissenschaftlichen Zwischenergebnisse zur medizinisch kontrollierten Betäubungsmittelverschreibung im Herbst 1995 hat diese nochmals in den Vordergrund der drogenpolitischen Diskussion gerückt. Die vorgelegten Resultate deuten auf eine verbesserte gesundheitliche und psychosoziale Situation von mit Heroin substituierten Patienten und Patientinnen hin⁽³⁾. Der Kanton Genf ist daraufhin aus der Front der die kontrollierte Drogenabgabe ablehnenden Kantone der Romandie - mit Ausnahme des Kantons Freiburg, der sich mit einem Programm injizierbaren Methadons an dem Projekt beteiligt, lehnen die restlichen Westschweizer Kantone die Betäubungsmittelverschreibung ab - ausgesichert und nimmt seit September 1995 an der Heroilververschreibung teil.

Der „Nationale Drogenausschuss“ bildet die neue Koordinations- und Dienstleistungsplattform der Drogenpolitik

Aus den drogenpolitischen Leitlinien des Bundes für die Legislaturperiode 1995 bis 1999

Seit 1990 hat die Schweiz ihr Engagement zur Eindämmung der Drogenprobleme massiv verstärkt. In den Bereichen Repression und Gesundheitsförderung sind zahlreiche Aktionsprogramme in Angriff genommen worden. Mit dem drogenstrategischen Vier-Säulen-Modell zeigt der Bundesrat einen konsensfähigen Weg zur Verminderung der Drogenprobleme auf.

Die verfügbaren finanziellen Mittel sollen in ausgeglichener Weise zur kohärenten Behandlung von illegalen und legalen Drogen eingesetzt werden - einer Maxime des Bundes für die kommenden Jahre. Die Drogenpolitik des Bundes für die Legislaturperiode 1995 bis 1999 wird charakterisiert durch koordinierte Anstrengungen auf den Ebenen

- Revision der Gesetzgebung
- Präventions- und sozialmedizinische Programme
- Kampf gegen das organisierte Verbrechen
- Einbezug der Resultate wissenschaftlicher Versuche
- Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen und Städten
- internationale Zusammenarbeit.

Die Ereignisse im Frühjahr 1995 um die Schliessung der offenen Drogenszenen in mehreren Schweizer Städten hat deutlich die Notwendigkeit der Schaffung von arbeitsfähigen horizontalen (zwischen Departementen) und vertikalen (zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden) Strukturen aufgezeigt. Eine „Projektorganisation aktuelle Drogenprobleme“, an der sich der Bund mit einem Drogenausschuss sowie der Kanton und die Stadt Zürich mit eigenen Vertretern und Vertreterinnen beteiligt haben, hat bei der Letten-Auflösung, wie bereits berichtet, eine wichtige Rolle gespielt. Die Etablierung einer ständigen interdepartementalen und -disziplinären Arbeitsgruppe für Drogenfragen durch den Bundesrat ist ein weiterer Schritt in diese Richtung gewesen. Im April 1996 hat der neue „Nationale Drogenausschuss“ mit dem Titel „Koordinations- und Dienstleistungsplattform Drogen Schweiz“ die Aufgabe übernommen, drogenpolitische Strategien zu entwickeln und aufeinander abzustimmen, Massnahmen in den verschiedenen Bereichen und Regionen der Schweiz zu koordinieren und die Federführung bei gemeinsamen Aktionen in besonderen Lagen zu übernehmen. Unterstützt durch ein Fachsekretariat sind in diesem Drogenausschuss der Bund durch je drei Personen aus dem EDI und dem EJPD vertreten, die Kantone durch sechs Regierungsvertreterinnen und -vertreter aus den Bereichen Gesundheit, Fürsorge, Erziehung, Polizei und Justiz repräsentiert sowie die schweizerischen Städte durch eine sechsköpfige Vertretung beteiligt. Diese Plattform ermöglicht es im Sinne des Vier-Säulen-Modells des Bundesrates, den Einfluss des Bundes auf die Drogenpolitik zu verstärken, gleichzeitig aber die Autorität der Kantone, Gemeinden und Städte zu respektieren.

An dieser Stelle muss auch die wichtige 1995 veröffentlichte Position von 100 führenden Wirtschaftsvertretern der Schweiz zur Drogenpolitik

erwähnt werden. Die in diesem Papier enthaltenen Aussagen fordern zwar die konsequente repressive Auflösung aller Drogenszenen, lassen aber gleichzeitig Zustimmung zur Drogenabgabe an Schwerstsüchtige und zur Entkriminalisierung des Drogenkonsums erkennen. Betont wird von den Wirtschaftsfachleuten - neben den durch das Drogenproblem entstandenen Imageschäden für den Finanzplatz und den Wirtschaftsstandort Schweiz - ein immer häufiger gehörtes Argument in der Drogenpolitik: der Kostenaspekt einer ineffizienten Repressionspolitik. Ähnliches liess auch die Verbindung der Schweizer Ärzte FMH verlauten. Eine Nähe zu gewissen drogenpolitischen Grundpositionen des Bundesrates wird bei diesen Positionen deutlich.

In der Frühjahrssession 1996 verwirft der Nationalrat die beiden zur Abstimmung anstehenden Drogeninitiativen deutlich und erteilt damit sowohl der „Jugend ohne Drogen“ wie auch der „Droleg“ eine klare Absage. Der Mittelweg des Vier-Säulen-Prinzips des Bundesrates - seit 1991 im Massnahmenpaket des Bundes angelegt - gewinnt damit an politischer Legitimität. Der Versuch einer Partei, eine verfassungsmässige Verankerung der bundesrätlichen drogenpolitischen Leitlinien zu bewirken, ist jedoch auch auf Ablehnung gestossen.

1996 haben beide Kammern der Ratifizierung von zwei UNO-Konventionen zum Umgang mit illegalen Drogen (dem Übereinkommen von 1971 über die psychotropen Substanzen und dem Zusatzprotokoll von 1972 zum Einheitsabkommen von 1961) zugestimmt. Der Bundesrat hat zudem eine Botschaft zum Wiener Übereinkommen von 1988 mit der Aussage veröffentlicht, dieser Konvention nur mit Vorbehalt beizutreten und sie erst nach den Volksabstimmungen zu den drogenpolitischen Initiativen ratifizieren zu lassen. So soll der Handlungsspiel-

raum bei der Gestaltung der nationalen Drogenpolitik erhalten bleiben.

Im August 1996 verkompliziert sich die drogenpolitische Situation im Lande erneut, als die ständerätliche Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit einen direkten Gegenvorschlag zur Volksinitiative „Jugend ohne Drogen“ vorstellt. Dieser ähnelt in wesentlichen Zügen dem einstigen Entwurf des Bundesrates. Gefordert wird eine Verfassungsänderung, die dem Bund mehr Kompetenzen für die Reglementierung von Betäubungsmitteln einräumt und deren ärztlich kontrollierte Abgabe nicht völlig ausschliesst. Im September 1996 übernimmt der Ständerat die Kommissionsalternative und macht damit eine dritte Debatte zwischen Nationalrat und Ständerat notwendig. Diese findet anfangs März 1997 statt, und schliesslich einigen sich die Räte Ende März, dem Volk keinen Gegenvorschlag zu unterbreiten.

Die Drogenpolitik im Spiegel der Schweizer Medien

Als Spiegel - wenn auch gelegentlich als Zerrspiegel - der schweizerischen

Drogenpolitik mögen das Ausmass und die Inhalte diesbezüglicher Artikel in den Schweizer Medien gelten. Einen Einblick auf die Zeit zwischen 1993 und 1995 liefert dazu eine Presseanalyse des Instituts für Journalismus der Universität Freiburg⁽⁴⁾. Als Folgeuntersuchung zu früherer Medienberichterstattung über Drogen angelegt, konstatieren die Autoren eine enorm angestiegene Anzahl von Presseartikeln zur Drogenthematik (vgl. Grafik M2). Folgende Basistendenzen der Medienberichterstattung über Drogen lassen sich feststellen:

- Es ist vor allen Dingen die Berichterstattung über die Vorgänge auf der offenen Drogenszene am Zürcher Bahnhof Letten im Sommer 1994, die den Artikelausstoss hat anschwellen lassen. Bis zum Februar 1995 überschwemmt eine Flut von Presseartikeln (monatlich bis zu 1000 Artikeln) zur Drogenthematik die Schweiz.
- Die Presse hat sich ebenfalls ausführlich den Positionen und Gegenpositionen der Drogeninitiativen - häufig reduziert auf die Schlagwörter „Repression“

Die Medienberichterstattung über Drogenprobleme boomt



Die innere Sicherheit ist für die Medien ein wichtiges Thema der Drogenpolitik

Vor allem staatliche Stellen und drei Parteien (SVP, SPS und FDP) beeinflussen die nationale Drogenpolitik

beziehungsweise „Liberalisierung“ - gewidmet und damit bereits weit im Vorfeld der Abstimmungen eine wichtige Rolle bei der drogenpolitischen Meinungsbildung gespielt. Gegen Ende 1995 flammt die Debatte um die Initiativen und die bundesrätliche Drogenpolitik in den schweizerischen Medien richtig auf.

- Die Fragen nach den richtigen Behandlungsmethoden für Drogenabhängige (abstinenzorientiert oder nicht) sowie die Modalitäten für die Versuche der ärztlich kontrollierten Verschreibung von Betäubungsmitteln sind 1994 ebenfalls teilweise sehr kontrovers und unsachlich diskutiert worden. Nach der Schliessung des Letten gewinnen ab dem Frühjahr 1995 vor allen Dingen die Versuche zur ärztlichen Heroinverschreibung die Medienaufmerksamkeit.
- Als weiteres Charakteristikum der Drogenberichterstattung vermerkt die Studie eine stärkere Betonung der Thematik der „Inneren Sicherheit“ in den Zeitungsartikeln über Drogenprobleme. Entsprechend häufiger treten dort Polizeikräfte und die Polizeiführung als Hauptakteure in Erscheinung.

Drogenpolitisch von Interesse ist zudem ein Teilergebnis dieser Medienstudie, wonach die drogenpolitischen Positionen privater Akteure und Organisationen in den Medien mehr Raum erhalten haben. Von Bedeutung ist auch, dass mit dem Anwachsen des repressiven Diskurses in den Medien die Berichterstattung über Drogenprävention und medizinisch-soziale Drogenhilfe an Gewicht verlor.

Neuere Drogenpolitik-Forschung in der Schweiz

Drogenpolitik-Forschung jenseits ökonomischer Modellrechnungen bestimmter drogenpolitischer Szena-

rien, deren Ergebnisse häufig umstritten sind⁽⁵⁾, sind in der Schweiz immer noch die Ausnahme. Besonderes Interesse hat deshalb die Studie von Cattacin, Lucas und Vetter⁽⁶⁾ zu den drogenpolitischen Modellen in sechs europäischen Städten erregt, die in drei drogenpolitischen Idealtypen zusammengefasst worden sind (das therapeutische Modell, das Modell der Kontrolle und das Modell der Schadensminimierung).

In einer Studie im Rahmen eines europäischen Forschungsverbandes zur Drogenpolitik in Europa (COST A6) untersucht Fahrenkrug⁽⁷⁾ die Hauptakteure der nationalen Drogenpolitik in der Schweiz (Organisationen, Dienststellen, Kommissionen), deren Netzwerk-Beziehungen und inhaltliche Interessen an der Drogenpolitik. Die Ergebnisse lassen erkennen, dass Macht und Einfluss auf diesem Politikfeld unter relativ wenigen Organisationen und staatlichen Dienststellen sowie Kommissionen verteilt sind. Einen hohen Einfluss besitzen nach Auffassung der über 60 befragten drogenpolitisch aktiven Organisationen und Dienststellen vor allem staatliche Stellen (Bundesamt für Gesundheit/Sektion Drogen, Eidgenössisches Departement des Innern, Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement), Expertenkommissionen zu Fragen der Drogenpolitik, drei politische Parteien (SVP, SPS und FDP) sowie einige private Fachorganisationen.

Im Politikfeld nationaler Drogenpolitik herrscht ein Übergewicht von Organisationen des medizinisch/sozialen Sektors gegenüber polizeilich/juristischen Einrichtungen. Wegen des hohen Konfliktpotentials und der geringen Dichte der Netzwerkbeziehungen der Organisationen untereinander kommt den vermittelnden staatlichen Stellen eine wichtige Rolle zu. Im Sommer 1996 hat sich abgezeichnet, dass die Mehrheit der befragten Organisationen bei aktuellen drogenpolitischen Themen wie der Entkriminalisierung und Legali-

sierung von Betäubungsmitteln (Cannabis) sowie der Fortsetzung der medizinischen Verschreibung von Heroin an Schwerstabhängige eher eine liberale Lösung befürworten. Künftige nationale Drogenpolitik sollte nach Auffassung der fachlich spezialisierten Stellen eher eine gesundheits- und sozialpolitische Haltung einnehmen.

Ist das Eidgenössische Betäubungsmittelgesetz reformbedürftig?

Zu Beginn des Jahres 1996 gerät weitere Bewegung in die schweizerische Drogenpolitik: Die Expertenkommission zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes legt - im Auftrage des Eidgenössischen Departement des Innern - ihren Bericht⁽⁸⁾ vor. Die Kommission Schild - benannt nach ihrem Vorsitzenden, dem Basler Regierungsrat Jörg Schild - ist mit einer Reihe von Hauptpostulaten für eine Revision des BetmG an die Öffentlichkeit getreten, von denen vor allem zwei ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt sind:

- Strafflosigkeit des Konsums und Erwerbs von Betäubungsmitteln zum Eigenkonsum inklusive aller Vorbereitungshandlungen und
- Weiterführung der kontrollierten Drogenverschreibung, sofern sich die wissenschaftlichen Ergebnisse der laufenden Verschreibungsversuche als positiv erweisen.

Die weiteren Hauptpostulate stehen eindeutig im Zeichen der Unterstützung der Vier-Säulen-Politik des Bundesrates (mehr Bundeskoordination in den Bereichen Prävention und Überlebenshilfe, Ausbau der Behandlungseinrichtungen, keine rechtlichen Änderungen des fürsorgerischen Freiheitsentzuges, verbesserte Bundesfinanzierung, mehr Forschung usw.). Die Kommission hat betont, nicht der Drogenfreigabe das Wort zu reden. Die Straffreiheit des Konsums

solle lediglich in der Strafverfolgung Kräfte freistellen, um die Grosshändler im Drogenhandel zu fassen und gleichzeitig das Prinzip der Rechtsgleichheit bei der Bestrafung von Drogendelikten wiederherstellen.

In einem Bericht der Subkommission Drogenfragen der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission mit dem Titel „Drogenpolitische Szenarien“, der zur fast gleichen Zeit erschienen ist (Juni 1996)⁽⁹⁾, wird ausführlich auf die Arbeit der Forschungsgruppe um den Genfer Politologen Sandro Cattacin Bezug genommen und es werden sieben mögliche drogenpolitische Szenarien für die Schweiz diskutiert. Unter Berücksichtigung der politischen Traditionen in der Schweiz und den staatspolitischen Gegebenheiten einer direkten Demokratie unterstützen die Experten ein drogenpolitisches Grundmodell der Schadensminimierung: „Das Ziel in diesem Modell besteht darin, Schäden und Risiken im Zusammenhang mit Drogen, deren Vorhandensein als Gegebenheit zur Kenntnis genommen wird, zu vermeiden und möglichst gering zu halten. Präventions- wie auch Behandlungs- und Betreuungsangebote sind gut ausgebaut. Der Konsum von Drogen ist zwar nicht erwünscht, wird aber nicht verfolgt, solange er nicht zu Belästigungen im Umfeld führt. Da die Drogenpolitik nicht auf ein einziges und ausschliessliches Ziel ausgerichtet ist, können in diesem Modell unterschiedliche Vorstellungen in pragmatischer Weise eingebaut werden.“

Insgesamt befürwortet diese Subkommission einstimmig die Weiterentwicklung der Drogenpolitik auf der Basis des bundesrätlichen Vier-Säulen-Modells, ergänzt um die Empfehlungen der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes an die Vorsteherin des Eidgenössischen Departementes des Innern (Februar 1996). Über die längerfristige Entwicklung der schweizerischen Dro-

Die Experten und Expertinnen der Kommission „Schild“ empfehlen eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes

Auch in den eidgenössischen Expertenkommissionen gibt es keine einheitliche Meinung zur Legalisierung des Drogenkonsums

In den Kantonen wird der Drogenhandel verstärkt verfolgt

In den Kantonen wird die Bildung von offenen Drogenszenen von der Polizei strikte unterbunden

genpolitik herrschen in der Kommission geteilte Meinungen. Mit knapper Mehrheit (sechs gegen vier Stimmen) schlägt die Kommission als Zukunftsvariante „eine Legalisierung der Drogen mit differenzierter, reglementierter Zugänglichkeit“ vor, welche in einem neu zu schaffenden Bundesgesetz über psychotrope Substanzen festzuschreiben wäre, da die Gesamtbilanz der negativen Auswirkungen der aktuellen Gesetzgebung und ihrer Anwendung wahrscheinlich schädlicher sind als diejenige der Drogen selbst. Gegen die Legalisierung sprechen nach Ansicht der Kommissionsminderheit die eingegangenen internationalen Verpflichtungen der Schweiz, ein möglicher Konsumanstieg sowie ein drohender Drogentourismus.

Nach Ablauf der Vernehmlassung der Postulate der Expertenkommission zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes hat sich die Schwierigkeit gezeigt, in Einzelfragen einen Kompromiss zu finden. So hat sich im August 1996 die Eidgenössische Kommission für Jugendfragen der Forderung nach Straffreiheit für den Drogenkonsum angeschlossen, während Kantone, Parteien und Fachorganisationen in ihrer Meinung hinsichtlich dieses Punktes gespalten sind.

Drogenpolitische Tendenzen auf Kantonsebene zwischen 1994 und 1996

Mit einer Ausnahme besitzen alle Kantone 1996 eine schriftlich fixierte „drogenpolitische Orientierung“.

Zur Verfolgungspraxis des Drogenkonsums betont eine deutliche Mehrheit der kantonalen Stellen, dass die Polizei ihre Einsatzstrategien nach dem Legalitätsprinzip ausrichtet, d.h. insbesondere öffentlichen Drogenkonsum und die Bildung offener Drogenszenen nicht zulässt. Die Umschreibungen „strikte Anwendung des Betäubungsmittelgesetzes“ und „sofortige Auflösung jeglicher offener Drogenszene“ sind in diesem Zusam-

menhang wiederholt gefallen. Gegenüber der Befragung im Jahr 1993 und vermutlich in Verbindung mit den Geschehnissen auf dem Zürcher Letten-Bahnhof scheint sich hier in vielen Kantonen ein Kurswechsel vollzogen haben.

Diese Politik des „keine Toleranz gegenüber Drogenkonsum“, die in einigen Kantonen differenziert nach dem Grad der Öffentlichkeit und damit der Sichtbarkeit des Drogenkonsums und des Konsumierendentypus (Eigenkonsum; Händler/Händlerin-Konsument/Konsumentin; reiner Händler/reine Händlerin) angewendet wird, bezieht sich lediglich auf die Verfolgungspraxis der Polizei.

Die Verfolgungsmethoden der Polizei gegenüber dem Drogenhandel haben nach Aussagen der Kantone innerhalb des Untersuchungszeitraumes noch strikere Formen angenommen. Drogenhandel zu unterbinden und Händlerringe zu sprengen, ist von allen Kantonsdienststellen als drogenpolitische Priorität und somit als hochrangiges Ziel der Polizei bezeichnet worden. Einige Polizeidienststellen beklagen sich in diesem Zusammenhang über einen Mangel an Personal, um ihre Aufgaben effizienter bewältigen zu können. Als Fazit lässt sich somit klar festhalten, dass eine Politik der Repression des Drogenkonsums und Drogenhandels seit der letzten Kantonsbefragung 1993 unverkennbar an Boden gewonnen hat.

Doch schliesst ein derartiger Trend die parallele Existenz und Fortentwicklung einer Politik des Ausbaus der Behandlungs- und Hilfseinrichtungen sowie der Schadensverminderung in vielen Kantonen nicht aus. Die grundsätzliche Haltung gegenüber Massnahmen zur „Aids-Prävention bei Drogenkonsumenten“, „Spritzentausch“ und generell „Überlebenshilfe für Drogenabhängige“ ist „positiv“, und entsprechende Angebote existieren in den meisten Kantonen. Besonders die kleineren Kanto-

ne haben hier ihr Angebot seit 1993 ausgebaut. Kantone und Bezirke im Umkreis der grossen „Drogenmetropolen“ der Schweiz haben in den vergangenen drei Jahren im Rahmen der damals angestrebten „dezentralen Drogenhilfe“ ebenfalls eigene Hilfseinrichtungen geschaffen. Lücken werden vereinzelt noch in der Aids-Prävention (Spritzentausch usw.) vermerkt. Auch die Westschweiz zeigt sich 1996 gegenüber Massnahmen der Schadensverminderung drogenpolitisch aufgeschlossener als noch vor drei Jahren.

Die Haltung der Kantone in Fragen der Drogentherapie („Substitutionsprogramme, niedrighschwellige Methadonprogramme und abstinenzorientierte Programme“) ist wesentlich uneinheitlicher. Sehr viele Kantone vermeiden eine direkte Beantwortung ihrer Position zu den „Substitutionsprogrammen“ (ärztliche Drogenverschreibung). Lediglich die Kantone, die massgeblich an derartigen wissenschaftlichen Versuchen beteiligt sind, haben sich diesen gegenüber positiv geäussert. Keinerlei Akzeptanzprobleme scheinen die Methadonprogramme (mehr oder weniger niederschwellig) aufzuwerfen. Ohne Ausnahme befürworten die Kantone diese Therapieform und erläutern die jeweilig geltenden Vergabemodalitäten. Abstinenzorientierte Therapieformen gehören in allen Kantonen zur Palette der Behandlungsangebote; in einigen wenigen Kantonen werden sie deutlich favorisiert.

Drogenprävention, Drogentherapie und Schadensverminderung geschieht in den Kantonen immer häufiger in Zusammenarbeit zwischen dem medizinisch-sozialen Sektor und der Polizei. Auch die Drogenpolitik in den Kantonen ruht dabei - wie die Bundespolitik - auf mehreren Säulen, die sich pragmatisch ergänzen bei der Verminderung von Drogenproblemen.

Von der Drogenpolitik zur Suchtmittel-Politik

Seit 1993 haben weitere Kantone neue Konzepte zur Suchthilfe entwickelt und bis zur Gesetzesreife fortentwickelt, nur noch drei Kantone lehnen ausdrücklich eine integrierte Suchtmittel-Politik (illegale Drogen, Alkohol, Tabak usw.) ab. Es lässt sich somit - vergleichbar mit Tendenzen auf der Bundesebene - ein deutlicher Trend in Richtung einer integrierten Suchtmittel-Politik festhalten. Entsprechende Gremien und Strukturen (Kantonale Suchtmittel-Kommissionen, Suchthilfe-Gesetze usw.) sind dazu in den letzten Jahren vorbereitet oder installiert worden.

H. Fahrenkrug

Ärztliche Drogenverschreibung ist in den Kantonen immer noch umstritten

Auf allen politischen Ebenen geht der Trend zur integrierten Suchtmittel-Politik

- 1 Heim (1995).
- 2 Fahrenkrug (1995).
- 3 Uchtenhagen et al. (1995b).
- 4 Boller & Coray (1996)
- 5 Bernasconi (1993), Fechlin & Müller (1996).
- 6 Cattacin et al. (1996).
- 7 Fahrenkrug (1996).
- 8 BAG (1996).
- 9 Subkommission Drogenfragen der Eidg. Betäubungsmittelkommission (Hrsg.) (1996).

SUCHTFORSCHUNG

Forschung über Alkohol, Tabak und illegalen Drogen soll auf die folgenden Fragen Antworten geben:

Substanzforschung: Wie wirken Alkohol, Tabak und illegale Drogen ?

Epidemiologischen Forschung: Wie viele Personen sind betroffen, und welche gesundheitlichen Folgen sind dokumentiert?

Ursachenbezogene Forschung: Wie entsteht und verändert sich das Problem des Substanzgebrauchs?

Interventionsforschung: Wie lässt sich der Substanzgebrauch beeinflussen?

Gesellschaftsbezogenen Forschung: Welche Wechselwirkung besteht zwischen Substanzgebrauch und dem gesellschaftlichen Umfeld?

Evaluationsforschung: Welche Wirkung zeigen bestimmte Massnahmen?

In den letzten drei Jahren sind etwa 130 Suchtforschungsberichte publiziert worden

204

In der Schweiz sind in den letzten Jahren mit Unterstützung des Bundes grosse Forschungsanstrengungen unternommen worden. So sind in den vergangenen drei Jahren über 130 Suchtforschungsberichte zu den unterschiedlichsten Themen publiziert worden.

Substanzforschung

Zwar besteht ein breites Wissen über die gesundheitliche Wirkung von Alkohol und Tabak. Die Schweiz hat sich jedoch an der Erarbeitung dieses Wissens wenig beteiligt (vgl. Maffli und Efonyi-Mäder, 1996).

Mit der Forschung über die illegalen Drogen sind insbesondere die Kenntnisse über die Anwendung und Wirkungsweise jener Substanzen erweitert und vertieft worden, die zur Substitution illegal konsumierter Substanzen verwendet werden können, wie Diamorphin, Morphin und Methadon (Mino, 1996), Buprenorphin (Ladewig et al., 1995); Methadon (Eap et al., 1996a und 1996b), orales Buprenorphin und orales Methadon (Ladewig et al., 1996), Heroin und Morphin (Ladewig und Simoni, 1994; Bourquin et al., 1996; Brenneisen et al., Hämmig et al., in Vorbereitung; Brenneisen, 1996; in Vorbereitung), Morphin (Uchtenhagen et al., 1995 und 1996), Benzodiazepine (Ladewig und Simoni, 1994).

Die vorliegende Zusammenfassung beruht auf einer Arbeit von Margret Rihs-Middel, BAG. Eine ausführliche Darstellung der Forschungsergebnisse ist vom BAG im Frühjahr 1997 unter dem Titel «Suchtforschung des BAG Recherche sur les dépendances de l'OFSP 1993-1996» publiziert worden. Dort befindet sich auch die Literaturliste für dieses Kapitel.

Zukünftige Forschungsschwerpunkte

Die vorliegenden Studien haben immer wieder gezeigt, dass die Wirkung der Substanzen von Merkmalen des Individuums und von dessen aktuellem Zustand bestimmt wird. Diese individuellen Einflüsse sollen in der Grundlagenforschung noch genauer untersucht werden. Die Wirkung wieder in Mode gekommener Substanzen wie Ecstasy und LSD ist vermehrt zu untersuchen.

Es soll mit Hilfe der modernen Visualisierungsverfahren die Wirkungsweise von Opiaten, Opioiden und anderen suchterzeugenden Substanzen auf die Gehirntätigkeit erkundet werden. Erste Schritte in diese Richtung sind bereits unternommen worden (Schläpfer, 1996).

Epidemiologische Forschung

Alkohol

Die epidemiologische Forschung über Alkohol ist einerseits durch die Schweizerische Gesundheitsbefragung (Gmel und Schmid, 1996), andererseits durch die regelmässigen Befragungen und Dokumentationen der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme abgedeckt (Fahrenkrug, 1993; Klingemann und Efonyi-Mäder, 1994; Le Gauffey et al., 1995). Ausserdem bestehen eine Reihe von Statistiken, z. B. die Statistik der ambulanten Beratungsstellen im Alkohol- und Drogenbereich SAMBAD (SFA/ISPA, 1996) und die Statistik der stationären Angebote im Drogenbereich SAKRAM (Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige, 1995).

Das Ausmass der durch Alkoholkonsum induzierten Probleme wird in einer Untersuchung von Gmel und Schmid (1996) aufgezeigt. Moret, Péccoud und Yersin (1993) haben den Anteil problematisch Alkoholkonsumierender - und deren

gesundheitliche Probleme - in einer Poliklinik untersucht.

Tabak

Die Schweizerische Gesundheitsbefragung liefert die Angaben über den Umfang des Rauchens in der Schweiz. Einen Ländervergleich zum Tabakkonsum veröffentlicht die WHO regelmässig (WHO, 1996). Zudem lassen sich auch aufgrund der Verkaufszahlen der Tabakindustrie Schlüsse auf den Tabakkonsum in der Schweiz ziehen. Untersuchungen über die tabakbedingten körperlichen Schädigungen liegen zum grossen Teil schon einige Jahre zurück, haben aber auch heute noch Gültigkeit: Anzahl der Todesfälle (Pfluger, 1993), erhöhtes Krebsrisiko und Herz-Kreislaufisiken (Levi und La Vecchia, 1993; Rickenbach, 1993), chronische Krankheiten (Gutzwiller et al., 1989), Passivrauchen (Leuenberger et al., 1994).

Die Konsumententwicklung bei Jugendlichen ist in den letzten Jahren mehrfach untersucht worden (Michaud et al., 1993; Rickenbach et al., 1993; Krebs, 1994; Krebs et al. 1994 und in Vorbereitung; Le Gauffey et al., 1995; Gmel, 1997).

Im Berichtszeitraum ist zudem eine Analyse von Zielgruppen für Rauchprävention durchgeführt worden (Krebs, 1993).

Illegale Drogen

In den letzten Jahren sind mehrere Schätzungen zur Anzahl der Drogenabhängigen erstellt worden (vgl. Estermann, 1996; Knolle, 1996 und 1997). Diesen Schätzungen liegen häufig die offiziellen Polizeistatistiken zugrunde (Bundesamt für Polizeiwesen, 1996). Zudem gab es Untersuchungen über die Methadon-Substitutionsbehandlung (Eidgenössische Betäubungsmittelkommission, 1995; Gervasoni et al., 1996a und 1996b) und über die stationären Hilfsangebote (Dobler-Mikola et al., 1994; Mühle, 1994; Eidgenössische Betäubungsmittelkommission, 1995; Dobler

-Mikola, Griching und Reichlin, 1996). Auch die gesundheitlichen Probleme der Drogenkonsumierenden sind untersucht worden, wie z.B. die HIV- und Hepatitisinfektionen (Cattaneo et al., 1993; Gervasoni et al., 1996).

Zudem ist versucht worden, die Gruppe der Drogenkonsumierenden zu beschreiben, die sich weder an Behandlungszentren wenden noch von Polizei und Justizbehörden aufgegriffen werden (verdeckt Drogenkonsumierende) (Estermann, 1996; Kübler und Hausser, 1996).

Um eine bessere Grundlage für die Planung angemessener Massnahmen im Drogenbereich zu schaffen, sind folgende Forschungs- und Monitoring-Projekte initiiert worden:

- Statistik der niedrighwelligen Angebote im Bereich der Überlebenshilfe, z.B. Spritzenabgabe und -tausch, Injektionsräume, Kontakt- und Anlaufstellen (Benninghoff, Gervasoni und Dubois Arber, 1996).
- Statistik der ambulanten Angebote im Alkohol- und Drogenbereich (SFA/ISPA, 1996).
- Statistik der Methadonbehandlungen (Patzen und Güntert, 1992).
- Statistik der stationären Angebote (Dobler-Mikola et al., 1996).
- Weiterführung der Datenerhebung zum europäischen Städtevergleich im Rahmen der Pompidougruppe, z.B. erste Behandlungsanfragen in den Städten Zürich und Genf (Reith et al., 1993; vgl. Stauffacher, Lanz und Sempach, 1995).
- Auswertung der Justiz- und Polizeidaten zu Verzeigungen und Drogentodesfällen (Estermann, 1996; Knolle, 1996; Bundesamt für Gesundheit, 1995; Bundesamt für Statistik, 1994).

Drogenkonsumierende sind in den letzten Jahren umfassend untersucht worden

Um neue Konsumtendenzen frühzeitig erkennen zu können, sind Kohortenstudien erforderlich

SUCHTFORSCHUNG

Der Substanzgebrauch von speziellen Bevölkerungsgruppen, wie z.B. Jugendlichen, Frauen, alten Menschen sollte weiter untersucht werden

- Kantonale Statistik des Tessins (Fahrländer, 1996).

Ein wichtiges Anliegen ist auch eine bessere Kenntnis der verschiedenen Kategorien von Drogenkonsumierenden in bezug auf die unterschiedlichen Substanzen und deren Kombination (Efonayi-Mäder et al., 1995; Konings et al., 1994; von Aarburg, 1996).

Zukünftige Forschungsschwerpunkte

Die bestehenden epidemiologischen Befunde sind zusammenzufassen und zu analysieren. Der Substanzgebrauch in klar umrissenen Zielgruppen (Jugendliche, Migranten und Migrantinnen, Frauen sowie alte Menschen) ist detaillierter zu beschreiben.

Der Tabak-, Alkohol- und Medikamentenbereich soll grundlegend epidemiologisch untersucht werden, wie auch der Zusammenhang zwischen Substanzkonsum und Krankheiten unter Einbezug der internationalen Forschung.

Ursachenforschung

Alkohol, Tabak

Zu protektiven und aggravierenden Faktoren für den Tabak- und Alkoholkonsum hat Carrell (1994) Stellung genommen.

Eine Erweiterung des Ansatzes, einzelne Faktoren für eine Suchtentstehung auszuarbeiten, stellt das Konzept der Lebensstilforschung dar (Abel, 1991). Es wird sich zeigen, inwieweit dieser Ansatz für eine sinnvolle Präventionsarbeit nutzbar gemacht werden kann (vgl. auch Rütten und Abel, 1995; Abel, 1996).

Illegale Drogen

Begleitende (von Aarburg, 1996) und retrospektive Untersuchungen (Gros und Wernli, 1993; Klingemann, 1993; Fahrenkrug, 1995; Halfon et al., 1995; Klär, 1995; Stohler et al., 1995; von Aarburg, 1996; Estermann, 1996) zu

Lebensverläufen von Drogenabhängigen zeigen wichtige Einflussfaktoren (im sozialen Umfeld, vorgängig konsumierte Substanzen und Konsumformen) für den Drogenkonsum auf.

Zukünftige Forschungsschwerpunkte

Hier ist ausführlich die Frage zu klären, welche Faktoren die Entwicklung eines mehrfachabhängigen Lebensstils mit substituierenden Abhängigkeiten fördern respektive hemmen.

Darüber hinaus ist den rückfallfördernden und rückfallpräventiven Faktoren vermehrt Bedeutung zu schenken.

Interventionsforschung

Alkohol

Maffli, Wacker und Mathey (1995) haben unter anderem gezeigt, dass Alkoholabhängige erst nach vielen Jahren abhängigen Konsums eine Therapie beginnen. Um den in dieser Phase entstehenden gesundheitlichen Problemen vorzubeugen, ist in Lausanne eine integrierte Forschungs-, Ausbildungs- und Behandlungseinheit zur Früherfassung im Alkoholbereich aufgebaut worden (Besson, 1996; Stoll und Decrey, 1996).

Tabak

Ein hoher Prozentsatz der Rauchenden schafft einen Rauchstopp ohne aufwendige Unterstützung (Bucher und Gutzwiller, 1994). Eine Initiative der Verbindung der Schweizer Ärzte und des Bundesamtes für Gesundheit soll Ärzte anregen, mit einer Minimalintervention in der ärztlichen Praxis einen wichtigen Anstoss zum Aufhören zu geben (Grüninger, 1991; Burkhalter, 1995; Grüninger und Meili, 1995).

Illegale Drogen

Die Interventionsforschung in der Behandlung Drogenabhängiger ist in den letzten Jahren ausgeweitet und

Den zu einem Rückfall führenden Faktoren soll in der Forschung vermehrt Beachtung geschenkt werden

vertieft worden (vgl. Rihs-Middel, 1995 und 1996; The Task Force for Reviewing Services for Drug Misusers, 1996).

Im Wallis (Martigny, Monthey und St. Maurice) ist versucht worden, ein Präventionsprojekt mit einem gemeinde-orientierten Ansatz unter Einbezug aller involvierten Personen und Stellen zu implementieren (Jacoud und Malatesta, 1996).

Da auffällt, dass Drogenkonsumierende überdurchschnittlich häufig keine abgeschlossene Berufsausbildung haben (vgl. z.B. Klär, 1995), ist dieses Phänomen gezielter untersucht worden (Neuenschwander und Suess, in Druck). Zudem ist auch eine direkte suchtpreventive Intervention bei Waadtländer und Walliser Lehrabbrechern und -abbrecherinnen durch spezielle Beratung und Betreuung initiiert worden (Ferron et al., 1996).

Die Typologisierung der Behandlungsangebote im abstinenzorientierten stationären Bereich (Schaaf et al., 1996), die Erfassung von Behandlungsansatz und Behandlungsqualität (Wettach et al., 1996) sowie das Erarbeiten von angemessenen Behandlungsmethoden für die Patienten und Patientinnen mit Doppeldiagnosen - für den abstinenz-orientierten psychiatrischen Bereich (Bachmann et al., 1995) und für den Substitutionsbereich (Uchtenhagen et al., 1996) - sind wichtige Forschungsaktivitäten gewesen.

Die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln unter Einschluss von Heroin, Morphin und Methadon ist in den letzten Jahren im Blickpunkt der Öffentlichkeit gestanden. Sie ist laufend evaluiert worden (Uchtenhagen et al., 1995 und 1996; Rihs-Middel et al., 1995). Der Schlussbericht für dieses Projekt wird 1997 vorgelegt.

Durch die Untersuchungen der abstinenz-orientierten, stationären Pro-

gramme und der oralen Methadonprogramme kann heute ein Vergleich dieser beiden Behandlungsangebote versucht werden. Folgende Behandlungsgesichtspunkte sind untersucht worden: Rekrutierung (von Quamou-Lewis et al., 1993; Tschan et al., 1993; Falcato et al., 1995; Christen und Christen, 1996; vgl. Dobler-Mikola et al., 1996), Verlauf (Tschan et al., 1993; Dobler-Mikola et al., 1996), Erfolgskriterien (Coda und Schöpfer, 1996; Dobler-Mikola et al., 1996), soziales Verhalten und Lebensumfeld (Dobler-Mikola et al., 1996, Meier Kressig et al., 1996; Schumacher et al., 1996; Klingemann, in Vorbereitung).

Zukünftige Forschungsschwerpunkte

Der Schwerpunkt der Interventionsforschung sollte in den nächsten sechs Jahren auf gezielte Interventionen im Präventionsbereich gelegt werden. Die verschiedenen nun vorliegenden Studien sprechen eine deutliche Sprache bezüglich der Beeinflussung des Lebensstils von gefährdeten Jugendlichen. Hier sollte neben alters- und zielgruppengerechter Prävention und neben der substanzspezifischen Prävention vor allem auch ein adäquater Umgang mit legalen, aber abhängigkeitszeugenden Substanzen wie Alkohol, Tabak und bestimmten Medikamenten im Vordergrund stehen.

Der Straf- und Massnahmenvollzug sollte als Teil des Behandlungssystems aufgefasst und entsprechend untersucht werden.

Gesellschaftsbezogene Forschung

Alkohol

Eine begonnene Studie zur Schätzung der aktuellen alkoholbedingten Kosten für die Gesellschaft (vgl. Jeanrenaud et al., 1995) wird zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt.

Tabak

Die gesellschaftlichen Kosten des Tabakkonsums werden gegenwärtig

Eine wichtige zu klärende Frage ist: Welche Faktoren fördern abhängiges Verhalten und welche schützen davor

Evaluation und Zielüberprüfung gewinnen angesichts der Ressourcenverknappung immer mehr an Bedeutung

SUCHTFORSCHUNG

Die gezielte Intervention in der Jugendprävention soll ein Schwerpunkt in den nächsten Jahren bilden

208

Der Zusammenhang zwischen Sucht und der jeweiligen Lebenssituation wie Arbeitslosigkeit, Alter usw. muss stärker erforscht werden

durch eine gesundheitsökonomische Studie erfasst (vgl. Jeanrenaud et al., 1996). Im Rahmen der Gesamtevaluation des bundesrätlichen Massnahmenpakets Tabak wird die Kosten/Nutzen-Rechnung auch eine wichtige Rolle spielen (Abel et al., 1996).

Illegale Drogen

Forschungsarbeiten im Repressionsbereich stützen sich im wesentlichen auf die Verzeigungsstatistiken der Polizei (Estermann, 1996; Knolle, 1996).

Eine ganze Reihe von Untersuchungen beschäftigt sich mit der Wechselwirkung zwischen gesellschaftlichem Umfeld und Konsum von illegalen Drogen.

In mehreren Studien sind die Auswirkungen der offenen Drogenszenen auf das Umfeld, ihrer Auflösung sowie ihres Wandels nach der Schliessung der offenen Szenen dokumentiert worden (Müller und Grob, 1992; Braun, 1995; Ronco et al., 1996; Widmer et al., 1996). Auch die Reaktionen von Anwohnern und Passanten im Umfeld niedrigschwelliger Angebote der Überlebenshilfe wie Gassenzimmer mit Spritzentausch oder Kontakt- und Anlaufstellen sind untersucht worden (Kübler et al., 1996; Meier Kressig et al., 1996; Ronco et al., 1996).

Bernasconi (1993) hat aufgezeigt, welche tangiblen und intangiblen Kosten der Konsum illegaler Drogen in der Schweiz verursacht.

In verschiedenen Studien sind unterschiedliche Ausprägungen von kantonalen, aber auch internationalen Drogenpolitiken miteinander verglichen und bewertet worden (Cesoni und Robert, 1994; Cattacin et al., 1995; Cesoni, 1996). In einer weiteren Studie (Cesoni und Robert, 1996) sind die Urteilsprüche in der Schweiz in Hinblick auf das inkriminierte Verhalten, den Zusammenhang zwischen Strafmass und Substanzen

sowie auf die Urteilsbegründungen hin analysiert worden.

Zukünftige Forschungsschwerpunkte

Der Zusammenhang zwischen Sucht und Gewalt sowie zwischen Sucht und besonderen Lebenssituationen wie Arbeitslosigkeit und Eintritt in den Ruhestand sollte aufgezeigt werden. Daneben ist mehr Wert auf die Erforschung der Möglichkeiten der Schadensminderung bei nicht abhängigen Personen zu legen, z.B. Schutz der Passivrauchenden.

Angesichts der Ressourcenverknappung soll in stärkerem Ausmass Gewicht auf Studien zur Kosten-/Nutzen-Relation für Behandlung versus Nichtbehandlung - vor allem bei Alkoholmissbrauch - gelegt werden.

Evaluation

Die im Rahmen des Massnahmenpakets zur Verminderung der Drogenprobleme unterstützten Projekte und Initiativen werden im Rahmen einer laufenden Gesamtevaluation dokumentiert und auf ihre Wirksamkeit untersucht (vgl. Cattaneo et al., 1993; Gervasoni et al., 1996).

Zudem werden gegenwärtig ausgewählte ambulante Beratungsstellen evaluiert (Klingemann, in Vorbereitung), wie dies bereits mit einigen Präventionsstellen geschehen ist (Müller und Schneider, 1993).

Zukünftige Forschungsschwerpunkte

Die bisherigen Evaluationsanstrengungen sind für alle verschiedenen Massnahmen zu koordinieren und zu vertiefen.

Untereinander vergleichbare Selbstevaluationen sollten gefördert werden. Die Bewertung von städtischen und kantonalen Präventionsanstrengungen sollten vermehrt einer wissenschaftlichen Prüfung unterzogen werden.

M. Meyer

Übersicht aller alkoholbedingten Diagnosen (1994)

	ICD 9	Attributives Risiko				Hauptdiagnosen				Pflegetage				Mortalität				Verlorene Lebensjahre	
		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer bis 70	Frauen bis 70
		<65	=>65	<65	=>65	<65	=>65	<65	=>65	<65	=>65	<65	=>65	<65	=>65	<65	=>65		
Leberschäden																			
Alkoholische Fettleber, akute alkoholische Hepatitis, alkoholische Leberzirrhose, alkoholischer Leberschaden (nbn)	571.0, 571.3	1.00	1.00	1.00	1.00	466	143	216	116	6305	2324	3202	2655	218	179	89	53	3853	1630
Leberzirrhose ohne Angabe von Alkohol, biliäre Zirrhose primär, biliäre Zirrhose sekundär, nichtalkoholische Fettleber	571.5 - 571.9	0.54	0.55	0.43	0.49	74	24	28	17	3394	1286	1383	1302	10	15	5	23	187	87
Summe alkoholbedingter Diagnosen Leberschäden						540	167	243	133	9699	3610	4585	3957	228	194	94	76	4040	1717
Gastritis und Pankreatitis																			
Akute Pankreatitis	577	0.24	0.24	0.24	0.24	128	33	58	36	1895	500	817	558	4	5	1	6	71	37
Chronische Pankreatitis	577.1	0.84	0.84	0.84	0.84	129	33	58	36	1908	504	823	561	2	2	1	1	40	27
Alkoholische Gastritis	535.3	1.00	1.00	1.00	1.00	20	6	17	11	116	62	93	118	5	4		7	100	0
Summe alkoholbedingter Diagnosen Gastritis und Pankreatitis						277	72	132	84	3918	1066	1733	1237	11	10	2	14	211	64
Blutkreislauf																			
Bluthochdruck	401 - 405	0.09	0.09	0.03	0.04	54	47	13	35	579	639	119	739	7	38	1	31	100	15
Alkoholische Myokardiopathie	425.5	1.00	1.00	1.00	1.00	34	12	8	10	381	176	83	158	4	7	2	6	79	29
Supraventrikuläre paroxysmale Tachykardie, paroxysmale Tachykardie (nbn), Vorhofflimmern und -flattern	427.0, 427.2, 427.3	0.36	0.36	0.31	0.28	215	254	109	200	1198	2313	613	2336	13	75	5	88	266	89
Krankheiten des cerebrovaskulären Systems:	430 - 438	0.13	0.13	0.18	0.23	190	440	173	860	3432	11902	2889	26079	23	252	22	749	390	447
Summe alkoholbedingter Diagnosen Blutkreislauf						493	754	302	1104	5589	15030	3705	29313	46	372	30	875	836	580
Krebs und Karzinome																			
Lippen- und Rachenkrebs zwischen Gaumen und Kehlkopf	140, 141, 143-146, 148, 149	0.40	0.40	0.31	0.29	215	98	40	33	3092	1680	588	515	50	51	10	12	838	156
Speiseröhrenkrebs (Ösophagus)	150	0.48	0.48	0.41	0.38	125	85	27	26	1898	1279	437	592	54	76	10	27	877	157
Leberkrebs	155	0.39	0.39	0.32	0.31	65	80	20	24	808	1020	178	367	42	90	5	30	645	92
Kehlkopfkrebs (Larynx)	161	0.51	0.52	0.45	0.43	91	49	6	10	1082	706	106	152	17	25	1	3	260	12
Brustkrebs	174.0			0.03	0.04	0	0	44	42	0	0	565	780			15	37	0	266
Karzinome der Lippe und Mundhöhle zwischen Gaumen und Kehlkopf	230.0	0.40	0.40	0.31	0.29	1	1	0	1	6	5	2	13	0	0	0	1	0	0
Karzinome der Speiseröhre (Ösophagus)	230.1	0.48	0.48	0.41	0.38	1	1	0	1	5	5	2	13	0	5	0	0	0	1
Karzinome der Leber	230.8	0.39	0.39	0.32	0.31	2	2	0	1	11	9	4	25	0	0	0	3	2	4
Karzinome des Kehlkopfes (Larynx)	231	0.51	0.52	0.45	0.43	2	1	1	1	9	8	6	2	0	0	0	0	0	0
Karzinome der Brust	233			0.03	0.04	0	0	1	0	0	0	5	3			0	0	0	1
Summe alkoholbedingter Diagnosen Krebs und Karzinome						501	317	140	138	6912	4712	1893	2462	163	247	41	115	2622	689
Schädigung Früh- und Neugeborener sowie Schwangerer																			
Spontane Fehlgeburt	634.0			0.16				80				193		k.A.	k.A.	0	0	k.A.	k.A.
Unzureichendes fötales Wachstum mit Zustandsbeeinträchtigung der Mutter	656.5			0.04				2				8		k.A.	k.A.	0	0	k.A.	k.A.
Verzögertes fötales Wachstum	764	0.04		0.04		5		5		115		93		k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Verkürzte Schwangerschaft und geringes Geburtsgewicht	765	0.04		0.04		25		19		455		369		k.A.	k.A.	0	0	k.A.	k.A.
Summe alkoholbedingter Diagnosen Schädigung Früh- und Neugeborener sowie Schwangerer						29	0	106	0	570	0	664	0	0	0	0	0	k.A.	k.A.
Neurologische Erkrankungen																			
Alkohol-Psychosen	291	1.00	1.00	1.00	1.00	156	54	50	13	1639	886	512	191	2	8	3	2	40	38
Alkoholabhängigkeit	303.0	1.00	1.00	1.00	1.00	1593	180	693	70	19820	3238	8988	1242	51	33	10	6	983	195
Alkoholmissbrauch	305	1.00	1.00	1.00	1.00	234	18	178	17	1031	176	853	159	in 303	in 303	in 303	in 303	in 303	in 303
Alkoholische Polyneuritis	357.5	1.00	1.00	1.00	1.00	11	5	6	5	350	126	158	167	in 303	in 303	in 303	in 303	in 303	in 303
Erhöhter Blutalkoholspiegel	790.3	1.00	1.00	1.00	1.00	9	3	7	3	111	89	69	48	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Toxische Wirkung durch Äthylalkohol	980	1.00	1.00	1.00	1.00	56	7	32	4	296	57	164	10	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Toxische Wirkung durch Methylalkohol	980.1	1.00	1.00	1.00	1.00	5	1	3	0	27	5	15	1	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Summe alkoholbedingter Diagnosen neurologischer Erkrankungen						2065	268	969	112	23273	4577	10759	1817	53	41	13	8	1023	233
Summe aller alkoholbedingten Diagnosen						3905	1578	1893	1570	49961	28995	23338	38786	501	864	180	1088	8730	3284
Summe aller Diagnosen						207522		193769		2211429		2384794		31228		30759			
Anteil aller alkoholbedingten Diagnosen						2.64		1.79		3.57		2.60		4.37		4.12			
Psychiatrische Erkrankungen																			
ehemals 291, 303, 305.0	F10	1.00	1.00	1.00	1.00	1722	121	792	42	111527	19578	40409	15764						
Summe aller psychiatrischen Diagnosen						10381		9135		1728714		1675323							
Anteil der alkoholbedingten psychiatrischen Diagnosen						17.75		9.13		7.58		3.35							

Quelle: Veska (1995)

Übersicht aller tabakbedingten Diagnosen (1994)

	ICD 9	Attributives Risiko				Hauptdiagnosen				Pflegetage				Mortalität			
		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen		Männer		Frauen	
		<65	=>65	<65	=>65	<65	=>65	<65	=>65	<65	=>65	<65	=>65	<65	=>65	<65	=>65
Atemwege																	
Pneumonie und Grippe	480 - 487	0.20	0.20	0.15	0.07	283	412	133	103	3211	6596	1384	2038	14	186	6	86
Emphyseme, Bronchitis	490 - 492	0.82	0.83	0.77	0.58	806	1702	367	528	14467	33406	6843	10381	9	73	1	21
Chronische Verschlüsse der Atemwege, anderenorts nicht klassifiziert	496	0.82	0.83	0.77	0.58	81	123	39	39	1130	2253	665	734	72	729	30	211
Summe tabakbedingter Diagnosen Atemwege						1170	2236	538	671	18809	42255	8893	13153	95	989	37	318
Kreislauf, arteriosklerotische Krankheiten und andere																	
Nikotinmissbrauch	305.1	1.00	1.00	1.00	1.00	25	2	18	2	113	20	91	18	1	0	0	0
Ischämische Herzkrankheiten	410 - 414	0.43	0.16	0.35	0.06	3517	1060	624	254	30318	12980	6057	3866	398	703	67	260
Krankheiten des Lungenkreislaufes	415 - 417	0.82	0.83	0.77	0.58	50	55	37	31	482	846	548	574	21	109	22	144
Herzrhythmusstörungen	427	0.43	0.16	0.35	0.06	360	163	169	56	1997	1483	951	660	26	47	8	22
Herzinsuffizienz und Komplikationen von Herzkrankheiten	428 - 429	0.29	0.27	0.23	0.10	140	472	43	180	1784	7381	548	3661	90	574	28	358
Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	430 - 438	0.47	0.19	0.39	0.07	697	644	366	244	12632	17430	6112	7395	83	369	46	212
Arteriosklerose	440	0.44	0.43	0.36	0.18	450	671	103	228	4851	12099	1315	4512	3	90	0	44
Aortisches Aneurysma	441	0.44	0.43	0.36	0.18	137	210	17	20	1666	2583	153	324	20	79	2	15
Andere Erkrankungen der Arterien	442 - 448	0.44	0.43	0.36	0.18	196	253	76	92	2333	5203	871	1625	7	58	5	34
Geschwüre	531 - 534	0.41	0.46	0.34	0.19	337	286	113	126	3211	4200	1268	1902	6	32	1	20
Morbus Crohn	555	0.36	0.40	0.42	0.20	55	5	101	9	733	44	1348	201	1	1	1	1
Tod durch Feuer	890-899	0.15		0.15		0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0
Summe tabakbedingter Diagnosen Kreislauf-, arteriosklerotische und andere Krankheiten						5964	3822	1666	1243	60120	64270	19261	24739	660	2061	183	1111
Krebs und Karzinome																	
Lippen und Rachenraum	140,141,143 - 146,148,149	0.61	0.55	0.53	0.28	326	136	67	31	4689	2329	999	485	49	49	14	10
Ösophagus, Speiseröhre	150	0.57	0.53	0.49	0.25	150	93	32	17	2280	1410	520	395	65	83	11	18
Magen	151	0.16	0.13	0.12	0.04	45	49	16	12	541	773	306	268	18	46	7	12
Krebs des Analkanals	154.2 - 154.3	0.51	0.48	0.43	0.22	11	16	8	6	181	266	114	127	57	76	1	3
Bauchspeicheldrüse	157	0.27	0.22	0.21	0.08	38	65	32	23	563	1035	520	447	30	67	17	26
Kehlkopf	161	0.75	0.71	0.68	0.43	132	68	10	10	1569	971	161	151	25	34	1	3
Trachea, Bronchien und Lunge	162	0.86	0.85	0.78	0.57	1787	1444	532	266	20566	22312	6746	4384	620	1193	191	213
Cervix uteri	180			0.21	0.09	0	0	30	6	0	0	382	90	0	0	11	8
Vulvakrebs	184.4			0.42	0.20	0	0	3	4	0	0	60	91	0	0	2	8
Peniskrebs	187.1 - 187.4	0.31	0.33			5	8	0	0	34	148	0	0	1	2	0	0
Harnblase	188	0.45	0.42	0.37	0.18	219	362	50	51	2063	3895	573	816	25	145	6	24
Nierenkrebs	189.0	0.28	0.31	0.22	0.11	51	56	25	13	623	896	337	238	15	47	7	11
Nierenbecken und Ureterkrebs	189.1 - 189.2	0.58	0.54	0.50	0.26	26	23	14	8	310	370	181	135	5	9	2	6
Karzinome in situ der Lippe, Mundhöhle oder Rachen	230.0	0.61	0.55	0.53	0.28	1	1	0	0	9	7	3	12	0	0	0	1
Karzinome der Speiseröhre	230.1	0.57	0.53	0.49	0.25	1	0	0	0	6	5	2	8	0	0	0	0
Karzinome im Magen	230.2	0.16	0.13	0.12	0.04	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0
Karzinome im Analkanal	230.5 - 230.6	0.51	0.48	0.43	0.22	0	0	0	0	4	3	1	5	1	4	0	3
Karzinome am Kehlkopf	231.0	0.75	0.71	0.68	0.43	2	1	1	0	13	11	8	2	0	1	0	0
Karzinome in der Lunge	231.2	0.86	0.85	0.78	0.57	5	4	2	0	38	34	25	6	3	24	1	8
Karzinome am Gebärmutterhals	233.1			0.21	0.09	0	0	19	2	0	0	109	20	0	0	0	0
Karzinome an der Harnblase	233.7	0.45	0.42	0.37	0.18	1	1	7	1	5	11	40	8	0	4	0	2
Summe tabakbedingter Diagnosen Krebs und Karzinome						2798	2329	848	450	33493	34477	11089	7687	911	1785	271	358

	ICD-9	Attributives Risiko	Hauptdiagnosen	Pflegetage	Mortalität	
Schädigung Früh- und Neugeborener, sowie Schwangerer						
Extrauterine Schwangerschaft	633	0.09	19	95	0	
Spontane Fehlgeburt	634	0.07	33	80	0	
Blutung im Frühstadium und ante partum	640-641	0.11	43	311	0	
Unzureichendes fötales Wachstum, verzögertes fötales Wachstum, Frühgeburt und geringes Geburtsgewicht	656.5, 764, 765	0.17	113	4584	2	
Vorzeitiger Blasensprung und verzögerte Entbindung nach rechzeitigem Blasensprung	658.1-658.2	0.16	20	170	0	
Anomalien und vorgeburtliche Behinderungen	740-779	0.05	326	3553	0	
Schädigung des Fötus oder des Neugeborenen durch vorzeitigen Blasensprung	761.1	0.16	2	38	1	
Schädigung des Fötus durch Extrauterin gravidität	761.4	0.09	0	0	0	
Schädigung des Fötus durch spontane Fehlgeburt	761.8	0.07	0	0	0	
Schädigung des Fötus durch Plazentalösung und -blutung	762.0-762.1	0.11	1	15	1	
Plötzlicher Kindstod	798.0	0.26	0	0	16	
*Schwangerschaftsschäden mit Prävalenz von .202 = 2/3 aller Raucherinnen im gebärfähigen Alter						
Summe tabakbedingter Diagnosen Früh- und Neugeborener sowie Schwangerer			557	8846	20	
	Hauptdiagnosen		Pflegetage		Mortalität	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
	<65	=>65	<65	=>65	<65	=>65
Summe aller tabakbedingten Diagnosen	9932	8388	3610	2364	112422	141002
Summe aller Diagnosen	48089	45579	1666	4835	512	1787
Anteil aller tabakbedingten Diagnosen	207522	193769	2211429	2384794	31228	30759
Quelle: Veska (1995)	8.83	3.08	11.46	3.93	20.82	7.47

LITERATURVERZEICHNIS

- AA-Deutschland (1995). Die Gemeinschaft der AA in Zahlen, Umfrage 1994. München: AA.
- Abbet J.P. & Müller R. (1991). Veränderungen im Konsum legaler und illegaler Drogen bei Jugendlichen. Lausanne: SFA/ISPA.
- Abel E.L. & Sokol R.J. (1991). A Revised Conservative Estimate of the Incidence of FAS and its Economic Impact. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 15(3), 514-524.
- Abelin T. & Gsell O.R. (1967). Relative Risk of Pulmonary Cancer in Cigar and Pipe Smokers. *Cancer* 20(8), 514-524.
- Abplanalp H. & Abplanalp M. (1995). Gemeinsam finden was wirkt: Leitfaden durch die Schlüssellandschaft. Bern: Terra-Vecchia.
- Ackermann-Liebrich U. & Leuenberger Ph. (1995). Report on Passive Smoking in Switzerland. Bern: BAG (nicht veröffentlicht).
- Adams R.D. & Viktor M. (1989). Alcohol and Alcoholism. In: *Principles of Neurology*. New York: McGraw-Hill, 870-888.
- AGS - Amt für Gemeinden und Soziale Sicherheit (1996). Hilfe bei Suchtproblemen - Zwischenbericht und Perspektiven 1997 bis 2000. Solothurn: Amt für Gemeinden und Soziale Sicherheit (AGS), Abteilung Soziale Dienste und Familien.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anda R.F., Williamson D.F. & Remington P.L. (1988). Alcohol and Fatal Injuries among U.S. Adults: Findings from the NHANES I. *Journal of the American Medical Association* 260(17), 2529-2532.
- Anderson P. (1996). WHO Working Group on Population Levels of Alcohol Consumption. *Addiction* 91(2), 275-283.
- Antonovsky A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky A. (1990). Personality and Health: Testing the Sense of Coherence Model. In: Friedman H.S. (ed.). *Personality and Disease*. New York: Wiley, 155-177.
- ARUD - Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (1995). DDD-F - Diversifizierte Drogenverschreibung und Drogenabgabe an drogenabhängige Frauen in Zürich in der ARUD-Poliklinik, (3. Bericht). Zürich: ARUD.
- Ayer S. & Gmel G. (1996). Consommation d'ecstasy en Suisse romande. Rapport du département de recherche No 27. Lausanne: SFA/ISPA.
- BAG - Bundesamt für Gesundheitswesen (1989a). Rauchgewohnheiten in der Schweiz 1989. *Bulletin* 37, 479-480.
- BAG - Bundesamt für Gesundheitswesen (1989b). Methadonbericht. Suchtmittelersatz in der Behandlung Heroinabhängiger in der Schweiz. (2. Auflage). Bern: BAG.
- BAG - Bundesamt für Gesundheitswesen (1995a). Methadonbericht. (3. Auflage). Bern: BAG.
- BAG - Bundesamt für Gesundheitswesen (1995b). Gesamtversuchsplan und Ausführungsbestimmungen, Bern: BAG.
- BAG - Bundesamt für Gesundheitswesen (1995c). Suchtprävention - Schwerpunkte des Bundesamtes für Gesundheit 1992-98. Bern: BAG.
- BAG - Bundesamt für Gesundheitswesen (1995d). Le problème des drogues sous l'angle de la statistique. *Bulletin* 29, 6-9.
- BAG - Bundesamt für Gesundheit (1996). Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951 an die Vorsteherin des Eidgenössischen Departementes des Innern. Bern: BAG.
- BAP - Bundesamt für Polizeiwesen (1996). Schweizerische Betäubungsmittelstatistik 1995. Bern: Bundesamt für Polizeiwesen.
- BAP - Bundesamt für Polizeiwesen (1997). Schweizerische Betäubungsmittelstatistik 1996. Bern: Bundesamt für Polizeiwesen.
- Bardeleben U. v., Stohler R., Petitjean S. & Ladewig D. (1994). Substitutionsbehandlungen mit Methadon in Basel-Stadt. In: Ladewig D. (Hrsg.). *Drogen und Alkohol* Nr. 7. Lausanne: SFA/ISPA, 55-72.
- Bartecchi C.E., MacKenzie T.D. & Schrier R.W. (1994). The Human Costs of Tobacco Use. part1. *New England Journal of Medicine* 330(13), 907-912.
- Batra A. (1995). Tabak: Neue Befunde zu Gefährdungszahlen. In: DHS (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht* 96. Geesthacht: Neuland, 84-93.
- Beaglehole R., Bonita R. & Kjellström T. (1993). *Basic Epidemiologie*. Geneva: WHO.
- Benninghoff F., Gervasoni J.P. & Dubois-Arber F. (1996). Monitoring des activités des structures à bas-seuil d'accès pour consommateurs de drogues en Suisse: remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux. *Médecine sociale et préventive* 41(1), 5-14.

LITERATURVERZEICHNIS

- Berenson G.S., Wattigney W.A., Tracy R.E. et al. (1992). Artherosclerosis of the Aorta and Coronary Arteries and Cardiovascular Risk in Persons aged 6 to 30 Years and Studied at Necropsy (the Bogalusa Heart Study). *American Journal of Cardiology* 70(9), 851-858.
- Bernasconi D. (1993). Ökonomische Ansätze zur Ausgestaltung der Drogenpolitik in der Schweiz. Bamberg: Difo-Druck GmbH.
- Bernhard A. (1995). Drogenstation Frankental. Sugarless 4, 3.
- BFS - Bundesamt für Statistik (1995). Drogen und Strafrecht in der Schweiz. Bern: BFS.
- BFS - Bundesamt für Statistik (1995a). Die Kosten der Drogenrepression. Schätzungen für die Schweiz 1991. *Statistik in der Schweiz*, Heft 19/1995. Bern: BFS.
- BFS - Bundesamt für Statistik (1996). Statistisches Jahrbuch 1997. Bern: BFS.
- BFS - Bundesamt für Statistik (1997a). Unveröffentlichte Auswertungen aus der Datenbank der Strafverurteilungen, Stand der Datenbank: 06.05.97 (für 1994), 25.07.96 (für 1993). Bern: BFS.
- BFS - Bundesamt für Statistik (1997b). Statistik der Administrativverfahren nach SVG 1992-1996. Bern: BFS.
- Boller B. (1995). Drogen - Medienthema und Medien-Selbstdarstellung. Drogenberichterstattung in der Schweizer Presse in den Jahren 1993 und 1994. *Bulletin* 33, 4-7.
- Boller B. & Coray R. (1996). Der Drogendiskurs der Schweizer Presse - Dreijahresbericht 1993 - 1995. Lausanne: IUMSP.
- Braun N. & Diekmann A. (1994). Drogenschwarzmarkt und KonsumentInnen-situation: Einige Ergebnisse der Berner Szenebefragung. In: Eisner M. (Hrsg.) (1994). *Illegale Drogen und Kriminalität in der Schweiz*. Lausanne: SFA/ISPA, 5 ff.
- Braun N., Diekmann A., Weber J.P. & Zahner C. (1995). Die Berner Drogenszene. Bern: Haupt-Verlag.
- Büechli M. (1993). Echange de seringues et prévention du VIH: rapport sur la remise de seringues stériles aux consommateurs et consommatrices de drogue. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Bundesrat (1995). Botschaft zu den Volksinitiativen „Jugend ohne Drogen“ und „für eine vernünftige Drogenpolitik“ (Droleg-Initiative). Bern.
- Caiata M. (1996). Integrierte Drogenabhängigkeit - Eine Pilotstudie über sozial integrierte GebraucherInnen von Heroin. *Abhängigkeiten* (2)1, 25-30.
- Camargo C.A. (1989). Moderate Alcohol Consumption and Stroke: The Epidemiologic Evidence. *Stroke* 20(12), 1611-1626.
- Campiche V. & Le Gauffey J. (1995). Education à la santé dans le cadre de l'école: point de vue des enseignants. Lausanne: SFA/ISPA.
- Cattacin S., Lucas B. & Vetter S. (1996). Drogenpolitische Modelle - Eine vergleichende Analyse sechs europäischer Realitäten. Zürich: Seismo-Verlag.
- Cattaneo M., Dubois-Arber F., Leuthold A. & Paccaud F. (1993). Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Phase I. Erste Bilanz 1990 - 1992. *Cahiers de recherche doc. IUMSP 81a*. Lausanne: IUMSP.
- Chapman S. (1992). Changes in Adult Cigarette Consumption per Head in 128 Countries, 1986 - 1990. *Tobacco Control* 1(4), 281-284.
- Christen L., Christen S., Dobler-Mikola A. & Seidenberg A. (1994). Evaluation eines niederschweligen Methadonangebots «ZokL 1 1992». Zürich: ARUD.
- Collins D.J. & Lapsley H.M. (1991). Estimating the Economic Costs of Drug Abuse in Australia. Canberra: National Campaign against Drug Abuse.
- Conne-Perréard E., Restellini J.P., Dumont P. & Gaberel P.E. (1994). Cures de méthadone à Genève 1988-1993. Analyse des données recueillies par le service du médecin cantonal. Genève: Service du médecin cantonal.
- Craig W.Y., Palomaki G.E., Johnson A.M. & Haddow J.E. (1990). Cigarette Smoking-Associated Changes in Blood Lipid and Lipoprotein Levels in the 8- to 19 Year Old Age Group: A Metaanalysis. *Pediatrics* 85(2), 155-158.
- Danthine J.P. & Balletto R. (1990). Ökonomische Kosten des Konsums illegaler Drogen. In: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme & Universität de Lausanne / DEEP-HEC (Hrsg.) *Soziale und präventive Aspekte des Drogenproblems unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz*. Lausanne: SFA/ISPA, 98-131.
- Day N.L. (1992). The Effects of Prenatal Exposure to Alcohol. *Alcohol, Health and Research World* 16(3), 238-244.
- De Bakey S.F., Stinson F.S. & Dufour M.C. (1993). Surveillance Report #25. Cirrhosis Mortality in the United States, 1970-1989. Rockville MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Division of Biometry and Epidemiology.

LITERATURVERZEICHNIS

- Del Ponte C. (1994). Die Bedeutung des Drogenhandels im organisierten Verbrechen. In: Eisner M. (Hrsg.) (1994). *Illegale Drogen und Kriminalität in der Schweiz*. Lausanne: SFA/ISPA, 73ff.
- Demoscope (1995). *Backdatas Rauchen 1995*. Adliswil: Demoscope.
- DHS (Hrsg.) (1995). *Jahrbuch Sucht 96*. Geesthacht: Neuland.
- Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich (1992). *Lagebericht und Gesamtkonzept für Massnahmen im Bereich des Suchtmittelkonsums*. Zürich: Kantonale Kommission für Drogenfragen.
- Dobler-Mikola A. (1996a). Wie gross ist „der kleine Unterschied“ in der Therapie? Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Eintritt in eine therapeutische Gemeinschaft und ein Jahr nach dem Austritt. In: Vogt I. & Winkler K. (Hrsg.). *Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden*. Freiburg/Brsg.: Lambertus, 52-78.
- Dobler-Mikola A. (1996b). Therapieerfolg als Veränderung der Lebenssituation. In: ISF (Hrsg.). *Therapieerfolg - was verstehen wir darunter? Bericht zum VI. Symposium des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie*. Forschungsinformationen Nr. 3. Zürich: IFS, 16-26.
- Dobler-Mikola A., Grichting E., Wettach R.H.U. & Schaaf S. (1996). *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Pilotjahr 1995. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistiken*. Zürich: FOS.
- Dobler-Mikola A., Grichting E. & Reichlin M. (1997). *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie, Jahres-Gesamtstatistik 1996*. Zürich: IFS.
- Doll R. & Peto R. (1978). Cigarette Smoking and Bronchial Carcinoma: Dose and Time Relationships among Regular Smokers and Lifetime Non-Smokers. *Journal of Epidemiology and Community Health* 32(4), 303-313.
- Doll R., Wheatley K., Gray R. & Sutherland I. (1994). Mortality in Relation to Smoking: 40 Years' Observations on Male British Doctors. *British Medical Journal* 309, 901.
- Dubois-Arber F., Jeannin A., Meystre-Agostoni G., Gruet F., & Paccaud F. (1994). Prévention du sida chez les toxicomanes en Suisse: une évolution encourageante. *Schweizerische Rundschau Medizinische Praxis* 83, 916-920.
- Dufour M. & Fe Caces M. (1993). Epidemiology of the Medical Consequences of Alcohol. *Alcohol Health & Research World* 17(4), 265-271.
- Durieux J.M., Godeaux O., Dewaele P. & Vanbellingen M. (1995). Pathologies somatiques liées à la toxicomanie. Bern: OFSP.
- EAV - Eidgenössische Alkoholverwaltung (1996). *Lagebericht*. Bern: EAV.
- EDI - Eidgenössisches Departement des Inneren. (1995). *Schlussbericht zur nationalen Drogenkonferenz*. Bern: EDI.
- Edwards G., Andersen P., Babor T.F. et al. (1994). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.
- Eisner M. (Hrsg.) (1994). *Illegale Drogen und Kriminalität in der Schweiz*. Lausanne: SFA/ISPA.
- EKAF - Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (1995). *Stellungnahme der Eidgenössischen Kommission für Aids-Fragen*. Bulletin 29, 10.
- English D.R., Holman C.D.J., Milne E. et al. (1995). *The Quantification of Drug Caused Morbidity and Mortality in Australia, 1995 Edition*. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health.
- Ernst C. (1989). *Alkoholmissbrauch - Alkoholabhängigkeit - Alkoholismus*. Bern: EDMZ.
- Estermann J. (1986). *Kriminelle Karrieren von Gefängnisinsassen. Eine empirische Untersuchung*. Frankfurt/M, Bern, New York: Lang.
- Estermann J., Herrmann U., Hügi D. & Nydegger B. (1996). *Sozialepidemiologie des Drogenkonsums. Zu Prävalenz und Inzidenz des Heroin- und Kokaingebrauchs und dessen polizeiliche Verfolgung*. Luzern: Orlux.
- Fahrenkrug H. (1993). *Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch*. In BAG, Weiss W. (Hrsg.). *Gesundheit in der Schweiz 1991*. Zürich: Seismo-Verlag, 235-249.
- Fahrenkrug H. (1995). *Drogenpolitik*. In: Fahrenkrug H. et al. (Hrsg.). *Illegale Drogen in der Schweiz 1990 - 1993*. Zürich: Seismo-Verlag, 161-188.
- Fahrenkrug H. (1996). *Macht und Einfluss in der nationalen schweizerischen Drogenpolitik. Europäische Drogenpolitik im Vergleich - Projekt COST A6*. Lausanne: SFA/ISPA.
- Fahrenkrug H. & Gmel G. (1996). Nach Heroin und Kokain gleich Alkohol und Nikotin, Experten schätzen das Suchtpotential von Drogen ein. *Abhängigkeiten* 2(1), 43-46.
- Fahrenkrug H., Rehm J., Müller R. et al. (1995). *Illegale Drogen in der Schweiz 1990 - 1993*. Zürich: Seismo-Verlag.

- Fechlin J. & Müller E. (1996). Ökonomische Bewertung der acht drogenpolitischen Szenarien. In: Subkommission Drogenfragen der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission (Hrsg.) (1996). Drogenpolitische Szenarien. Bern: BAG.
- Fillmore K.M., Hartka E., Jonstone B.M. et al. (1991). The Collaborative Alcohol-Related Longitudinal Project: A Meta-Analysis of Life Course Variation Drinking. *British Journal of Addiction* 86, 1221-1268.
- Friedman H.S. (ed.). (1990). *Personality and Disease*. New York: Wiley.
- Gaudin C., Niquille M., Burnand B. & Yersin B. (1992). Identification de l'alcoolisme et propositions thérapeutiques: une étude en hôpital général. *Journal suisse de médecine* 122, 1159 - 1167.
- Gebhardt M. (1996). Aids und HIV in der Schweiz. Epidemiologische Situation Ende 1995. Bern: BAG.
- Gertsch M. (1994). Besoins en formation continue des institutions suisses oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie. Rapport de travail 12. Bern: Université de Berne.
- Gervasoni JP., Dubois-Arber F., Benninghoff F. et al. (1996). Evaluation der Aids-Präventions Strategie in der Schweiz. Fünfter zusammenfassender Bericht 1990 - 1995. Kurzfassung. Lausanne: IUMSP/UEPP.
- Geyer M. & Cordonier D. (1992). Des disparités régionales. *Psychologie Europe* 1(2), 11-26.
- Gijn J.v., Stampfer M.J., Wolfe C. & Algra A. (1993). The Association between Alcohol and Stroke. In: Verschuren P.M. (ed.). *Health Issues related to Alcohol Consumption*. Bruxelles: ILSI Press, 43-79.
- Glanz S.A. & Parmley W.W. (1991). Passive Smoking and Heart Disease. *Epidemiology, Physiology and Biochemistry, Circulation* 83(1), 1-12.
- Glatt M.M. (1995). Controlled Drinking after a Third of a Century. *Addiction* 90(9), 1157-1160.
- Gmel G. (1996a). Soziodemographien des Alkoholkonsums in der Schweiz. In: Gmel G. & Schmid H. (Hrsg.). *Alkoholkonsum in der Schweiz - Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993*. Hamburg: Dr. Kovac, 17-54.
- Gmel G. (1996b). Problematischer Alkoholkonsum und Alkoholprobleme. In: Gmel G. & Schmid H. (Hrsg.). *Alkoholkonsum in der Schweiz - Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993*. Hamburg: Dr. Kovac, 69-110.
- Gmel G. & Schmid H. (1996). *Alkoholkonsum in der Schweiz - Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Gmel G., Schmid H. & François Y. (1996). Die Schweiz - drei Länder, drei (Trink-) Sitten. In: Gmel G. & Schmid H. (Hrsg.). *Alkoholkonsum in der Schweiz - Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993*. Hamburg: Dr. Kovac, 55-68.
- Halliday H.L., Reid M. & McClure G. (1982). Results of Heavy Drinking in Pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 84, 892-895.
- Hämmig R. (1990). Verschreibungsprogramme - ein Diskussionsbeitrag. *Drogalkohol*, 3, 191-196.
- Hartkamp N. (1996). Der Auftrag zur Qualitätssicherung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe: Ziele, Messinstrumente und Arbeitsorganisation. *Partner Magazin* 30 (1), I-VII.
- Heather N. (1995). The Great Controlled Drinking Consensus. *Addiction* 90(9), 1160-1162
- Heim G. (1995). Repräsentative Befragung (Phase T1) zur Wahrnehmung und Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -konsum. Lausanne: IUMSP.
- Hilts P.J. (1995). Rating Addictiveness. *The Journal*, 12.
- Holman C.D.J., English D.R., Milne E. & Winter M.G. (1996). Meta-Analysis of Alcohol and All-Cause Mortality: A Validation of NHMRC Recommendations. *Medicine Journal of Australia* 164, 161.
- Huguenin R.D., Scherer Ch., Pfaff R.P. et al. (1994). Meinungen und Einstellungen von Autofahrern in der Schweiz und in Europa. *bfu-Report* 21. Bern: bfu.
- IFS - Institut für Suchtforschung (Hrsg.) (1995). *Behandlungsanfragen von Drogenabhängigen in der Stadt Zürich 1991-1993*. Forschungsberichte des Instituts für Suchtforschung Nr. 1. Zürich: ISF.
- ISF - Institut für Suchtforschung (Hrsg.) (1996). *Therapieerfolg - was verstehen wir darunter? Bericht zum VI. Symposium des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie*. Forschungsinformationen Nr. 3. Zürich: ISF.
- ISPM - Institut für Sozial- und Präventivmedizin (Hrsg.) (1994). *Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich*. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 2, Juni 1994. Zürich: ISPM.
- IUMSP - Institut universitaire de médecine sociale et préventive (1995). *Repräsentative Befragung zur Wahrnehmung der Schweizerischen Bevölkerung zu Drogenproblematik und -konsum*. Cahiers de recherche doc. IUMSP n° 111.5. Lausanne: IUMSP.

LITERATURVERZEICHNIS

- Janerish D.T., Thomson W.D., Varela L.R. et al. (1990). Lung Cancer and Exposure to Tobacco Smoke in Household. *New England Journal of Medicine* 323, 632-636.
- Jeanrenaud C., Soguel N., Vitale S. & Frei A. (1996). Kostenanalyse des Alkohol- und Tabakkonsums - Machbarkeitsstudie. Neuchâtel: Institut de Recherches Economiques et Régionales (IRER), Université Neuchâtel.
- Joller-Jemelka H.I., Wilhelm U., Steffen R. & Grob P.J. (1985a). Virale Hepatitis und AIDS-assoziierte HTLVIII/LAV-Virusinfektion bei Drogenabhängigen. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 115, 1114-1119.
- Joller-Jemelka H.I., Gugli T. & Grob P.J. (1985b). Zur Epidemiologie der Hepatitis-D-Virus-Infektion. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 115, 1679-1684.
- Joller-Jemelka H.I. (1991). Serologische Untersuchungen bei der akuten, chronischen und autoimmunen Hepatitis. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 121, 693-700.
- Jost K. (1996). Die Nase im Wind!. *Drogenmagazin* 22(5), 7-8.
- Kägi M.K., Joller H., Wunderli W. et al. (1989). Prävalenz von Cytomegalievirus, Hepatitis B und HIV Antikörpern bei gesunden Blutspendern, Spitalpatienten, Patienten vor Nierentransplantation, i.v. - Drogenabhängigen und Homosexuellen. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 119, 217-222.
- Kaisermann M.J. (1993). The Effectiveness of Health Warning Messages. *Tobacco Control* 2(4), 267-269.
- Kielholz P., Battegay R. & Mühlemann R. (1973). Alkohol und Verkehr. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 103, 21-26.
- Klingemann H. (1992). The Role of Alcohol Treatment in a Consensus Democracy: The Case of the Swiss Confederation. In: Klingemann H., Takala J.P. & Hunt G. (eds.). *Cure, Care or Control*. New York: State University of New York Press, 151-172.
- Klingemann H., Takala J.P. & Hunt G. (eds.). (1992). *Cure, Care or Control*. New York: State University of New York Press.
- Klingemann H. (1995). Therapie und Betreuung. In: Fahrenkrug H. et al. (Hrsg.). *Illegale Drogen in der Schweiz 1990 - 1993*. Zürich: Seismo-Verlag, 91-138.
- Klingemann H. (1996). Drug Treatment in Switzerland: Harm Reduction, Decentralization and Community Response. *Addiction* 91(5), 723-736.
- Knolle H. (1997a). Die Entwicklung des Drogenkonsums in der Schweiz seit 1990. *Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik* 133(1), 49-63.
- Knolle H. (1997b). Zunehmender Heroin- und Kokainkonsum in der Schweiz seit 1990: Anwendung eines verallgemeinerten Poisson-Ansatzes auf Anzeigedaten. *Sozial-Präventivmedizin* 42(2), 105-111.
- Kobasa S.C. (1979). Stressful Life Events, Personality and Health: An Inquiry into Hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 37, 1-11.
- Kobasa S.C. (1982). Commitment and Coping in Stress Resistance among Lawyers. *Journal of Personality and Social Psychology* 42, 707-714.
- KOFOS (1996). Qualitätssicherung, Controlling und Mapping der Therapielandschaft. *Forschungsinformation* Nr. 4. Zürich: IFS.
- Koller Ch. (1997). La consommation de drogues dans les prisons suisses. Résultats d'une enquête d'interviews réalisée en 1993. In: Nelles J. & Fuhrer A. (Hrsg.). *Harm Reduction in Prison*. Bern: Lang-Verlag, 93-114.
- Körkel J. (1995). Denkstile über Sucht: Beginn eines Wandels. *Verhaltensmedizin Heute* 5, 8-17.
- KOSTE (1996). *Informationsschrift*. Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich. Bern: Koste.
- Kraushaar B. & Liebherr E. (1996). *Drogenland in Mafiahand*. Zürich: Werd Verlag.
- Kübler D. & Hausser D. (1995). *Consommateur d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical*. Cahiers de recherche doc. IUMSP no 111.7. Lausanne: IUMSP.
- Kübler D. (1993). *L'Etat face à la toxicomanie*. Lausanne: Université de Lausanne.
- Kurz T. (1990). Die stationären Drogentherapien im Frühjahr 1989. *Drogalkohol* 2, 132-139.
- Ladewig D. (Hrsg.) (1994). *Drogen und Alkohol* Nr. 7. Lausanne: SFA/ISPA.
- Lagrué G. & Cormier S. (1996). Les difficultés de l'aide à l'arrêt du tabac. *Médecine et Hygiène* 54, 768-774.
- Lanz A. (1991). Die Drogenszene in Zürich. *Forschung und Dokumentation* No. 2. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich.
- Lanz A., Sempach R. & Scholz G. (1996). Evaluation der Kontakt- und Anlaufstellen, ein niedrigschwelliges Tagesstrukturangebot in der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin* 41(1), 35-44.

LITERATURVERZEICHNIS

- Le Gauffey Y., Efonyai-Mäder D. & François Y. (1995a). Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum bei 11- bis 16jährigen Schülern und Schülerinnen in der Schweiz. Unterlagen der Pressekonferenz vom 23.5.97 in Bern. Lausanne: SFA/ISPA.
- Le Gauffey Y., Efonyai-Mäder D., François Y. & Schmid H. (1995b). Les consommations d'alcool, de tabac et de drogues des écoliers de 11 à 16 ans. Lausanne: SFA/ISPA.
- Lefebvre R. & Flora J. (1988). Social Marketing and Public Health Intervention. *Health Education Quarterly* 15(3), 3-21.
- Leu R.E. & Lutz P. (1977). Ökonomische Aspekte des Alkoholkonsums in der Schweiz. Zürich: Schulthess Verlag.
- Leu R.E. & Schaub T. (1981). Rauchen und Gesundheit, eine volkswirtschaftliche Analyse, Kurzfassung. Basel: Institut für Sozialwissenschaften, Institut für angewandte Wirtschaftsforschung.
- Levi F., Franceschi S., La Vecchia C. et al. (1997). Lung Carcinoma, Trends by Histologic Type in Vaud and Neuchâtel, Switzerland, 1974 - 1994. *Cancer* 79, 906-914.
- Lindenmeyer H., Rafeld A. & Steiner V. (1994). Arbeit und Wohnen für Menschen im Umfeld illegaler Drogen. Zürich: SAH.
- Maffli E., Wacker H.-R. & Mathey M.-C. (1995). 7-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz. Bericht der Forschungsabteilung Nr. 26. Lausanne: SFA/ISPA.
- Marolini N. (1992). Anonyme Alkoholiker und das professionelle Behandlungssystem in der französischsprachigen Schweiz. *Drogalkohol* 3, 192-210.
- McKennell A.C. & Thomas R.K. (1967). Adults' and Adolescents' Smoking Habits and Attitudes. London: Government Social Survey, HMSO.
- McPherson K., Engelsmann E. & Conning D. (1993). Breast Cancer. In: Verschuren P.M (ed.). *Health Issues Related to Alcohol Consumption*. Bruxelles: ILSI Press, 221-224.
- Meier C., Hablützel S., & Ramsauer S. (1997). Medikamente, Männer, Marzipan: Handbuch zur frauengerechten Suchtprävention. Zürich: Seismo-Verlag.
- Meier C., Isenschmid Gerster B. & Schoep-Chevalley M. (1995). Frauen - Sucht - Forschung. Grundlagen einer frauengerechten Suchtprävention. Bern: ISPM.
- Meier Kressig M. (1996). Evaluation der Beschäftigungsprogramme der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin* 41(1), 85-95.
- Meier Kressig M., Nydegger B. & Schumacher Ch. (1996). Nutzen niedrigschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Stadt Zürich. Gesamtevaluation der niedrigschwelligen Drogenhilfe in der Stadt Zürich. Schlussbericht. Zürich: ISF.
- Meier M. & Sempach R. (1995). Evaluation der Beschäftigungsprogramme der Stadt Zürich, Forschungsbericht Nr. 4. Zürich: ISF.
- Meyer M. & Zander U. (1997). Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz - Die Antworten der Kantonsbefragung. Lausanne: SFA/ISPA.
- Mino A. (1995). Les maintenances à la méthadone. *L'Information psychiatrique* 71(3), 237-246.
- Moeller M.L. (1981). Anders helfen - Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Moggi F., Hirsbrunner H.P., Wittig R. et al. (1996). Stationäre Behandlung von Patienten mit Doppeldiagnosen. *Verhaltenstherapie* 6, 201-209.
- Mühle U. (1994). REHA 2000. Projektbericht zur Situation und zum Handlungsbedarf in der stationären Drogentherapie. Gesamtschweizerische Planungsgrundlagen für die Weiterentwicklung der stationären Drogentherapie. Bern: BAG.
- Müller J. (1995). Qualitative und quantitative ambulante Versorgung von Alkoholabhängigen in spezialisierten Beratungsstellen. Bern: EKA, Arbeitsgruppe Behandlung.
- Müller L. & Schneider H.D. (1993). Wie ist Suchtprävention wirkungsvoll zu organisieren? Evaluation der Fachstelle für Suchtprävention Luzern. Fribourg: Psychologisches Institut der Universität Fribourg. Abteilung Angewandte Psychologie.
- Müller R. (1983). Trinksitten im Wandel. Lausanne: SFA/ISPA.
- Narring F., Tschempfer A., Michaud P. et al. (1994). Gesundheit Jugendlicher in der Schweiz. Cahiers de recherche doc. IUMSP no 113c. Lausanne: IUMSP.
- Nelles J. & Fuhrer A. (Hrsg.) (1997). Harm Reduction in Prison. Bern: Lang-Verlag
- Nelles J. & Fuhrer A. (1995). Kurzbericht über die Evaluation des Pilotprojekts „Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank“. Bern: BAG.
- Nelles J., Waldvogel D., Maurer Ch. et al. (1995). Pilotprojekt „Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank“, Evaluationsbericht. Bern: Eidgenössische Drucksachen- und Materialzentrale.

LITERATURVERZEICHNIS

- NIDA - National Institute on Drug Abuse (1996). Neurotoxicity and Neuropathology associated with Cocaine Abuse. Research Monograph Series N°163. Washington D.C.: USDHHS.
- Nydegger B. & Schumacher Ch. (1996). Nutzen niedrigschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Stadt Zürich. Sozial- und Präventivmedizin 41(1), 22-34.
- OFSP - Office fédéral de la santé publique (1995). La méthadone, un médicament comme les autres. Bulletin 50, 19.
- OFSP - Office fédéral de la santé publique (1996). Un aperçu complet de l'offre et de la qualité. Spectra 5, 3.
- Olgiate M., Dobler-Mikola A. & Uchtenhagen A. (1994). Die methadonunterstützte Behandlung im Kanton Zürich. In: Ladewig D. (Hrsg.) (1994). Drogen und Alkohol Nr. 7. Lausanne: SFA/ISPA, 73-103.
- Organisationen der Tabakindustrie (1996). Tabak in der Schweiz 1995. Reinach: Eigenverlag.
- Organisationen der Tabakindustrie (1997). Tabak in der Schweiz 1996. Reinach: Eigenverlag.
- Produktschap voor Gedistilleerde Dranken (1997). World drinking trends 1996. Oxfordshire: NTC Publications Ltd.
- Rehm (1995). Konsumformen und Verbreitung illegaler Drogen in der Schweiz. In: Fahrenkrug H. et al. (Hrsg.). Illegale Drogen in der Schweiz 1990 - 1993. Zürich: Seismo-Verlag, 13-34.
- Rehm J., Mariolini N., Huber M. et al. (1992). Die Selbsthilfeorganisation der AA in der deutschsprachigen Schweiz. Drogalkohol 3, 141-152.
- Rice D.P., Kelman S. & Miller L.S. (1991). Estimates of Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse and Mental Illness, 1985 and 1988. Public Health Reports 106(3), 280-293.
- Rihs-Middel M., Lotti H., Stamm R. & Clerc J. (Hrsg.) (1996). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln - Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Erfahrungen. Bern: Hans Huber.
- Roelli C. & Simmel U. (1997). Kantonale Finanzierungsmechanismen im Bereich der stationären Drogentherapie. Umfrage bei den Kantonen zwischen September und Dezember 1996. Bern: KOSTE.
- Röhrig S. & Grob P.J. (1990). Infektion mit Hepatitisviren HAV, HBV und HCV sowie mit dem Aidsvirus HIV bei Drogenabhängigen der Gassenszene Zürich - eine Prävalenzstudie. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 120, 621-629.
- Ronco C., Spuhler G. & Kaiser R. (1996a). Evaluation des „Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige“ in Luzern. Sozial- und Präventivmedizin 41(1), 45-57.
- Ronco C., Spuhler G., Coda P. & Schöpfer R. (1996b). Evaluation der Gassenzimmer I, II, und III in Basel. Sozial- und Präventivmedizin 41(1), 58-68.
- SAKRAM - Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige (1995). 3. Statistikbroschüre 1990-1994. Lausanne: SFA/ISPA.
- Schaaf S. (1996). Erfahrungen in der Therapie und Veränderungen der Lebenssituation. In: ISF (Hrsg.). Therapieerfolg - was verstehen wir darunter? Bericht zum VI. Symposium des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie, Forschungsinformationen Nr. 3. Zürich: ISF, 27-38.
- Schaffhauser R. (1992). Trunkenheit im Strassenverkehr: Gibt es Möglichkeiten der Verbesserung der Situation? Referat gehalten an der Aargauerischen Richtertagung vom 22.6.92 in Windisch.
- Scheidegger C. & Zimmerli W. (1996). Incidence and Spectrum of severe Medical Complication among Hospitalized HIV-seronegative and HIV-seropositive Narcotic Drug Users. AIDS 10, 1429-1430.
- Scheitlin T., Joller-Jemelka H.I. & Grob P.J. (1992). Hepatitis und HIV-Infektionen bei Benützern und Benützerinnen illegaler Drogen. (Hepatitis and HIV Infection in Users of Illegal Drugs). Schweizerische Medizinische Wochenschrift 122, 1432-1445.
- Schick M.T. & Alberto Y.J. (1994). Epidemiologische Analyse der Drogentodesfälle in der Schweiz 1990-1993 unter Einbezug der Jahre 1987-1989. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheitswesen. Bern: ISPM.
- Schmid H. & Gmel G. (1996). Alkoholkonsumtrends in der Schweiz 1975 - 1992. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 126, 1099-1106.
- Schmid H. (in Vorbereitung). Das Risiko «Droge». In: SFA/ISPA (Hrsg.). Tagungsbeiträge des 10. Seminars der SFA, 1996. Lausanne: SFA/ISPA.
- Schoberberger R. et al. (1995). Psychologische und physiologische Abhängigkeit bei Rauchern und deren Einfluss auf die Entwöhnungsmotivation. Wiener medizinische Wochenschrift 145, 70-73.
- Schuckit M.A. (1995). Drug and Alcohol Abuse. A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment. Fourth edition. New York: Plenum Medical Book Company.

LITERATURVERZEICHNIS

- Schweizerische Krebsliga (1991). 20 Sekunden zum Nachdenken. Bern: Eigenverlag.
- Sempach R. & Lanz A. (1992). Auflösung der offenen Drogenszene am Platzspitz in Zürich. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich, Forschungsamt.
- SFA & Université de Lausanne / DEEP-HEC (Hrsg) (1990). Soziale und präventive Aspekte des Drogenproblems unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz. Lausanne: SFA/ISPA
- SFA - Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (1993). Zahlen und Fakten. Lausanne: SFA/ISPA.
- SFA - Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (1996). Pressekonferenz Ecstasy vom 3.10.96. in Bern. Lausanne: SFA/ISPA.
- SFA - Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (Hrsg.) (in Vorbereitung). Tagungsbeiträge des 10. Seminars der SFA, 1996. Lausanne: SFA/ISPA.
- SGB 1992/93. Nicht publizierte Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93.
- Simmel U. & Hertli B. (1995). Arbeitsgruppe Therapie: Was hilft wem?. Synthese zur Gruppenarbeit. In: EDI (Hrsg.). Schlussbericht zur Nationalen Drogenkonferenz vom 18. Februar 1995. Bern: EDI.
- Single E. (1995). Harm Reduction and Alcohol. The International Journal of Drug Policy 6(1), 26-30.
- Single E., Robson L., Xie X. et al. (1996). The Costs of Substance Abuse in Canada. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Slade J., Connolly G.N., Davis R.M. et al. (1992). Report of the Tobacco Policy Research Study Group on Access to Tobacco Products in the United States. Tobacco Control 1 (Supplement), 4.
- Sobell M. D. & Sobell L. C. (1995). Controlled Drinking after 25 Years: How important was the great Debate?. Addiction 90, 1149-1153.
- Sondheimer G. (1986). Die Behandlung in Fachkliniken für Alkoholranke. Swiss Med 8(3b), 49-52.
- Sozialamt der Stadt Zürich (1991). Die Drogenszene in Zürich. Aktuelle Lebensumstände von Drogenkonsumenten/Innen. Forschung und Dokumentation Nr. 2. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich.
- Sozialamt der Stadt Zürich (1992a). Die Kontakt- und Anlaufstellen Benutzer/Innen-Profil und Benutzung der Angebote aller Anlaufstellen. Forschung und Dokumentation Nr. 7. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich.
- Sozialamt der Stadt Zürich (1992b). Auflösung der offenen Drogenszene am Platzspitz in Zürich. Forschung und Dokumentation Nr. 8. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich.
- Spuhler T. & Michel K. (1993). Suizid. In: Weiss W. (Hrsg.). Gesundheit in der Schweiz. Zürich: Seismo-Verlag, 337-346.
- SRI - Stanford Research Institute (1976). Occupational Alcoholism Programs in U.S. Companies. LRPS-Report No. 572. California: SRI.
- Stähli R. (1996). Die regionalen Suchtpräventionsstellen im Kanton Zürich. Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich 2, 1-4.
- Stauffacher M. (1995). Behandlungsanfragen von Drogenabhängigen in der Stadt Zürich 1991-1993. Forschungsbericht Nr. 1. Zürich: ISF.
- Studer A. (1994). L'infirmerie de la scène zurichoise. Le journal du SIDA 62, 44-46.
- Stute H. (1996). Quantitative Evaluation des Konsumes von Heroin bzw. Kokain in einer Gefängnispopulation. Inaugural-Dissertation 1995/96 am Gerichtlich-medizinischen Institut, Universität Basel.
- Subkommission Drogenfragen der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission (Hrsg.). (1996). Drogenpolitische Szenarien. Bern: BAG.
- Tecklenburg U. (1991). Das stationäre Behandlungssystem für Alkoholabhängige in der Schweiz im Wandel. Suchtprobleme & Sozialarbeit 2, 70-81.
- Tomkiewicz S. & Vivet P. (1991). Aimer mal, châtier bien - Enquêtes sur les violences dans des institutions pour enfants et adolescents. Paris: Seuil.
- Trisconi Y., Marini M., de Werra P. et al. (1989). Caractéristiques médico-sociales des patients alcooliques hospitalisés dans deux services de médecine interne d'hôpitaux de Suisse romande. Journal suisse de médecine 119, 1907-1912.
- Tschan F., Baillod J., Tüller N. & Seiler A. (1993). Methadonbehandlungen im Kanton Bern 1979-1989. Schriftenreihe der schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik, 27. Muri: SGGP.
- Uchtenhagen A., Gutzwiller F. & Dobler-Mikola A. (1995a). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Zürich: ISF.
- Uchtenhagen A., Gutzwiller F., Dobler-Mikola A. & Blättler R. (1995b). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten, Kurzversion. Zürich: ISF.

LITERATURVERZEICHNIS

- Uchtenhagen A., Dobler-Mikola A. & Gutzwiller F. (1996a). Ärztlich kontrollierte Verschreibung von Betäubungsmitteln: Grundlagen, Forschungsplan, erste Erfahrungen. In: Rihs-Middel M. et al. (Hrsg.). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Bern: Hans Huber, 27-40.
- Uchtenhagen A., Dobler-Mikola A. & Gutzwiller F. (1996b). Medical Prescription of Narcotics: Background and Intermediate Results of a Swiss National Project. *European Addiction Research* 2(4), 201-207.
- Uchtenhagen A., Dobler-Mikola A. & Gutzwiller F. (1996c). Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln - Zweiter Zwischenbericht der Forschungsbeauftragten. Zürich: ISF / ISPM.
- UEPP (1996). Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie - Phase II. Lausanne: UEPP.
- USDHHS - US Department of Health and Human Services (1989). Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. DHHS Publication No. 89-8411. Washington D.C.: USDHHS.
- Verheul R., Brink W. v.d. & Hartgers C. (1995). Prevalence of Personality Disorders among Alcoholics and Drug Addicts: An Overview. *European Addiction Research* 1(4), 166-177.
- Verschuren P.M (ed.) (1993). Health Issues related to Alcohol Consumption. Bruxelles: ILSI Press.
- VESKA - Vereinigung Schweiz. Krankenhäuser (1994). Gesamtstatistik 1993, Diagnosen und Operationen. Medizinische Statistik. Bern: Eigenverlag.
- VESKA - Vereinigung Schweiz. Krankenhäuser (1995). Gesamtstatistik 1994, Diagnosen und Operationen. Medizinische Statistik. Bern: Eigenverlag.
- Vogelsanger V. (1995). Selbsthilfegruppen brauchen ein Netz. Zürich: Seismo-Verlag.
- Vogt I. & Winkler K. (Hrsg.) (1996). Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden. Freiburg/Brsg.: Lambertus.
- Voll P. & Gauthier J.-A. (1997). Ambulante Suchtberatung 1994. Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (SAMBAD). Lausanne: SFA/ISPA.
- Warner K.E. (1987). Health and Economic Implications of a Tobacco-Free Society. *Journal of the American Medical Association* 258(15), 2080-2086.
- Weiss W. (Hrsg.) (1993). Gesundheit in der Schweiz. Zürich: Seismo-Verlag.
- Wettach R. & Dobler-Mikola A. (1994). Zur Bedeutung der lebensgeschichtlichen Ressourcen für den Rehabilitationserfolg von Drogenabhängigen nach einem stationären Therapieaufenthalt. *Suchtprobleme & Sozialarbeit* 4, 148-157.
- Wettach R. (1996). Zum Therapieerfolg in der stationären Drogentherapie. Methodische Aspekte und Querschnittsergebnisse. In: ISF (Hrsg.). Therapieerfolg - was verstehen wir darunter? Bericht zum VI. Symposium des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie. *Forschungsinformationen* Nr. 3. Zürich: ISF, 3-15.
- WHO - World Health Organization (1975). Controlling the Smoking Epidemic. Technical Report Series 636. Geneva: WHO.
- WHO - World Health Organization (1996a). Tobacco Alert, the Tobacco Epidemic: A Global Public Health Emergency. Geneva: WHO.
- WHO - World Health Organization (1996b). Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. Geneva: WHO.
- WHO - World Health Organization (1996c). Tobacco or Health. Geneva: WHO.
- WHO - World Health Organization, Regional Office for Europe (1992). Action Plan for a Tobacco-free Europe. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- Wicki M. (1994). Evaluation comparative de deux projets de formation continue dans le domaine des dépendances. Rapport de travail 13. Bern: Université de Berne, Service de coordination pour la formation continue.
- Wydler H., Walter T., Hättich A. et al. (1996). Die Gesundheit 20jähriger in der Schweiz. Frankfurt a/M: Sauerländer.
- Yersin B. (1993). Epidémiologie des accidents liés à l'alcool en Suisse: revue des études des centres d'urgence. *Les Cahiers du Great* 17(1/2), 27-34.
- Yersin B. (1997). Attentes et limites des réseaux multidisciplinaires dans la prise en charge thérapeutique des patients alcooliques: l'expérience lausannoise. *Dépendances* 2, 32-35.
- ZEPRA (1996). Sekundärprävention in der Schule. Programm zur Früherkennung und Intervention. Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer. St. Gallen: ZEPRA.
- Zürrer M., Biedermann K., Rudin C. & Lauper U. (1995). Frühgeburtlichkeit bei HIV-infizierten Frauen. Schweizerische Arbeitsgruppe „HIV und Schwangerschaft“. *Geburtshilfe* 199, 58-64.

Wie sieht heute in unserem Land die Konsumsituation bei Alkohol, Tabak und illegalen Drogen aus? Wie gehen Schweizerinnen und Schweizer mit legalen und illegalen Drogen um? Welche Probleme ergeben sich aus dem Konsum dieser Substanzen für den einzelnen und die Gesellschaft? Wie reagiert die Gesellschaft auf die sichtbaren Probleme durch den Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen? Welches ist der heutige Stand in den Bereichen Therapie, Prävention und Politik? Welches sind mögliche künftige Strategien im Drogenbereich?

Dieser Bericht ist die erste umfassende Gesamtbetrachtung über den Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz. Für den Zeitraum von 1994 bis 1996 werden die wichtigsten Tendenzen und Entwicklungen aufgezeigt und bewertet. Somit bietet dieses Buch eine unentbehrliche Beschreibung der Drogensituation und der Hintergründe für Politiker, Fachleute, Journalisten, Lehrkräfte, Institutionen sowie das interessierte Publikum und eignet sich hervorragend als Grundlage und Informationsmittel für die anstehenden drogenpolitischen Entscheide.

Der Bericht ist auch in französischer Sprache erhältlich

ISBN 2-88183-058-7
Fr. 24.80