

SCHWERPUNKT

Drogenbekämpfung – Schweiz als Vorbild? Perspektiven der vergleichenden Epidemiologie

G. FANTACCI, M.G. KOCH

ZUSAMMENFASSUNG

Weltweit wird auf das Modell Schweiz in der Drogenpolitik hingewiesen. Für Aufsehen hat insbesondere das Projekt der Heroinabgabe an Schwerstdrogensüchtige gesorgt. Wie sieht die Drogenpolitik in der Schweiz aus, wieviele Drogensüchtige gibt es? Könnte der Drogenmarkt durch die Heroinabgabe verkleinert werden? Könnte den Schwerstsüchtigen geholfen werden? Die Autoren stellen anhand des offiziellen Zahlenmaterials und auf Grund eines Vergleichs mit Europa, Schweden und den USA fest, dass der schweizerische Weg nicht erfolgreich ist. Die permissive Drogenpolitik der Schweiz führte zu einer Ausweitung des Drogenkonsums, insbesondere unter den Jugendlichen. Damit wurde die Klientel für die nächsten Jahrzehnte geschaffen. Es finden sich keine Indikatoren (Verzeigungen gegen das Betäubungsmittelgesetz, Menge sichergestellter Drogen), die auf eine Verkleinerung der Drogenszene hinweisen. Die Zahl der Drogentoten nimmt mit der Tolerierung der offenen Drogenszenen zu und sinkt mit deren polizeilicher Bekämpfung.

Schlüsselwörter: Heroinabgabe, Drogenpolitik, AIDS, Epidemiologie

ABSTRACT

The Swiss model and its drug policy is being referred to globally. The heroin trial project for heavy drug addicts has caused a stir. What does the drug policy look like in Switzerland, how many drug addicts are there? Could drug trafficking be reduced by the heroin trial? Could the heavily drug addicts be helped? The authors realise, according to the official figures and on account of a comparison with Europe, Sweden and the USA, that the Swiss way is not successful. The permissive Swiss drug policy led to an escalation of drug consumption, particularly with young people. This way the clientele was made for the next decades. No indications are being found (convictions against drug law, amount of drug seizures), which would point to a reduction of the drug scene. The figure of drug deaths increases with the tolerance of open drug scenes and decreases with the drug scene combated by the police.

Keywords: Heroin trial, drug policy, AIDS, epidemiology

*Anschrift der Autoren: Dr. Giovanni FANTACCI, Spezialarzt FMH für Allgemeinmedizin
Präsident AIDS-Aufklärung Schweiz, Postfach 3176, CH - 8033 Zürich
Dr. M.G. KOCH, Epidemiologe, Karlsborg/Schweden*

Einleitung

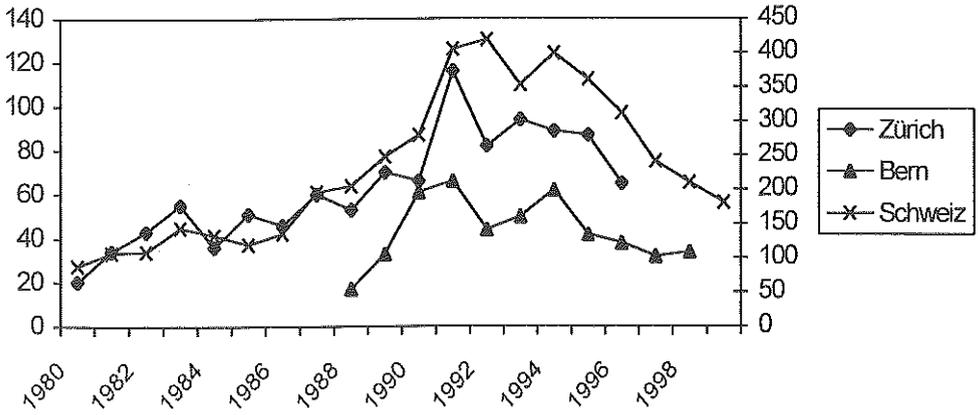
Seit den achtziger Jahren wurden in der Schweiz aus Kreisen politischer Parteien, von Regierungsmitgliedern, privaten Vereinen und Einzelpersonen verschiedenste Forderungen aufgestellt, wie etwa Strafbefreiung für den Konsum von Cannabis oder von Heroin an Süchtige, bis hin zur Forderung nach einer Legalisierung aller Drogen.¹ Gemeinsamer Nenner all dieser Forderungen ist die irriige Annahme, dass die Drogenprobleme durch die Art des Konsums und dessen Bekämpfung (Kriminalisierung/Sanktionsdrohung) und nicht durch die Substanz selbst verursacht würden.² In erstaunlich offenen Worten beschrieb der Direktor des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) Prof. T. ZELTNER 1999 seine Zielrichtung anlässlich der Diskussion um die Revision des Betäubungsmittelgesetzes von 1975, bei der es um die Drogenkriminalisierung geht (ein anderes Wort für Drogenfreigabe): Er bezeichnet die holländische Drogenpolitik mit dem Opportunitätsprinzip (Strafmaß und Strafverfolgung sind eine Ermessensfrage des Richters) als ein Vorbild für die Schweiz. Sodann würden nicht mehr die Substanz, sondern der Mensch und sein Suchtverhalten ins Zentrum gerückt; die Haltung des Staates gegenüber den Drogenkonsumierenden müsse überdacht und der Umgang mit Hanfprodukten in neue Bahnen gelenkt werden.³

Die Drogensituation in der Schweiz

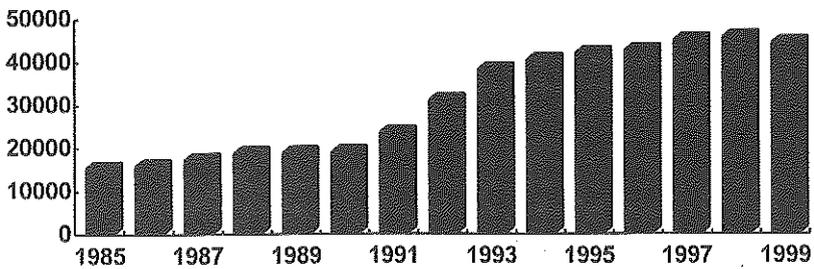
Die Schweiz hat 7 Millionen Einwohner. In der Schweiz wird die Zahl der Personen, die täglich harte Drogen (hauptsächlich Heroin und Kokain) konsumieren, vom BAG auf ca. 30.000 geschätzt. Der Anteil der Drogenabhängigen in der Schweiz ist höher als in allen umliegenden Ländern. In der Schweiz stellte man während des Bestehens der offenen Drogenszenen in Zürich (Platzspitz bzw. Bahnhof Letten) und Bern (Kocher-Park) ein deutliches Ansteigen der Todesfälle fest. Nachdem der Bundes-

rat die Heroinabgabe bewilligt hatte, wurden die offenen Drogenszenen stark bekämpft, parallel dazu ging die Anzahl der Drogentoten zurück. Interessant ist auch der kurzzeitige Abfall der Zahl der Drogentoten im Kanton Zürich in der Zeit zwischen Platzspitz-Schließung und Wiedereröffnung der offenen Drogenszene auf dem Bahnhof Letten. Die Zahl der Drogentoten verharrt heute immer noch auf einem hohen Niveau. Durch die Schließung der offenen Drogenszenen nahm die Attraktivität dieser Szenen und damit der Anteil ausländischer Drogensüchtiger ab. In Bern, wo die offene Szene länger bestand als in Zürich, stieg die Zahl der Drogentoten noch einmal an, bevor sie mit der Schließung der offenen Szene zurückging. Der größte Teil der Drogentodesfälle ist durch eine Heroin-Überdosierung bedingt. Nicht eingerechnet sind Todesfälle durch Unfälle unter Drogeneinfluss, Selbstmord, Aidserkrankungen, von Hepatitis B und C. Die effektivste Maßnahme, um die Zahl der Drogentoten zu vermindern, war die Schließung der offenen Drogenszene, wo in jeder gewünschten Menge preisgünstig Drogen erhältlich waren.

Die Zahl der Drogentoten ist die schlimmste Folge des illegalen Drogenkonsums und gibt nur beschränkt Hinweise auf die Größe der Drogenszene in der Schweiz (vgl. Grafik 1). Die Zahl der Drogentoten ist im Vergleich zu den achtziger Jahren auf einem hohen Niveau stabil. Die Anzeigen gegen das Betäubungsmittelgesetz nehmen jedes Jahr zu und weisen auf einen weiterhin wachsenden Drogenmarkt hin. Berücksichtigen muss man, dass die Drogendelikte in den letzten Jahren nicht mehr so stark verfolgt werden. In den verschiedenen Kantonen der Schweiz ist die Strafverfolgung unterschiedlich strikt. Ein deutlicher Anstieg der Anzeigen ist seit der Tolerierung von offenen Drogenszenen feststellbar. 1999 wurde ein starker Anstieg von Anzeigen gegen Erstkonsumenten festgestellt von 12.627 auf 16.278 (+29%).



Grafik 1: Zahl der Drogentoten in der Schweiz (rechte Skala), Zürich und Bern (linke Skala)⁴



Grafik 2: Zahl der Anzeigen wegen Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz⁵

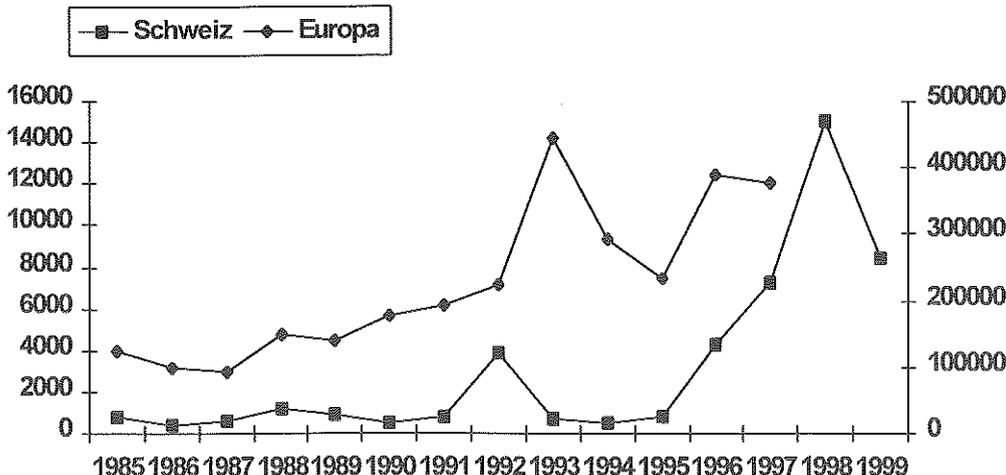
Weitere Hinweise auf die Grösse der Drogenszene in der Schweiz geben die Mengen von sichergestellttem Cannabis, Kokain und Heroin.

Sicherstellung von Cannabisprodukten in der Schweiz im Vergleich zu Europa⁶

Cannabisprodukte machen mengenmässig nach wie vor den Löwenanteil an illegaler Drogenherstellung und Konsum aus. Marokko bleibt grösster Hersteller und Exporteur mit ca. 76% der Haschisch-Mengen. Man nimmt an, dass 400 Tonnen Haschisch jährlich aus diesem Land nach Europa kommen. Daneben lieferten südafrikanische Staaten 1997 eine Menge von 175 Tonnen. In der Schweiz nehmen im Gegensatz zum übrigen Westeuropa die sichergestellten Mengen seit 1996 massiv zu. Dies dürfte sicherlich mit der Ausweitung des Konsums bei Jugendlichen zusammenhängen, mitbedingt durch die öffentliche Verharmlosung von Haschisch. In der schweizerischen Gesundheitsbefragung

von 1997 wurde gegenüber 1992 eine Zunahme des Konsums von Cannabis von 16 auf 26% bei 15-39-jährigen festgestellt (Die Betroffenen haben es mindestens einmal „probiert“). Die Zahl der regelmäßigen Konsumenten hat in den Altersgruppen der 15-19-jährigen (von 6,5% auf 11,2%) und der 20-24-jährigen (von 7,6% auf 13,5%) markant zugenommen.⁷ Hier wird die spätere Konsumenten Klientel für harte Drogen rekrutiert. Die Schweiz hat sich damit Probleme für die nächsten Jahrzehnte geschaffen.

Seit 1997 ist die Schweiz zum Selbstversorger mit Cannabis geworden. In der Schweiz befinden sich nach Angaben des Bundesamtes für Polizeiwesen die grössten Hanfanbauflächen Europas. 1998 begann der Export von Hanfsaatgut und -pflanzen sowie illegaler schweizerischer Cannabisprodukte. Der Verkauf geschieht über insgesamt 135 Hanfläden in der ganzen Schweiz in Form von sogenannten „Duftkissen“. Die Schweiz ist daran, die Niederlande in ihrer Funktion als Drogenexportland einzuholen.



Grafik 3: Sicherstellung von Cannabisprodukten in der Schweiz im Vergleich zu Europa

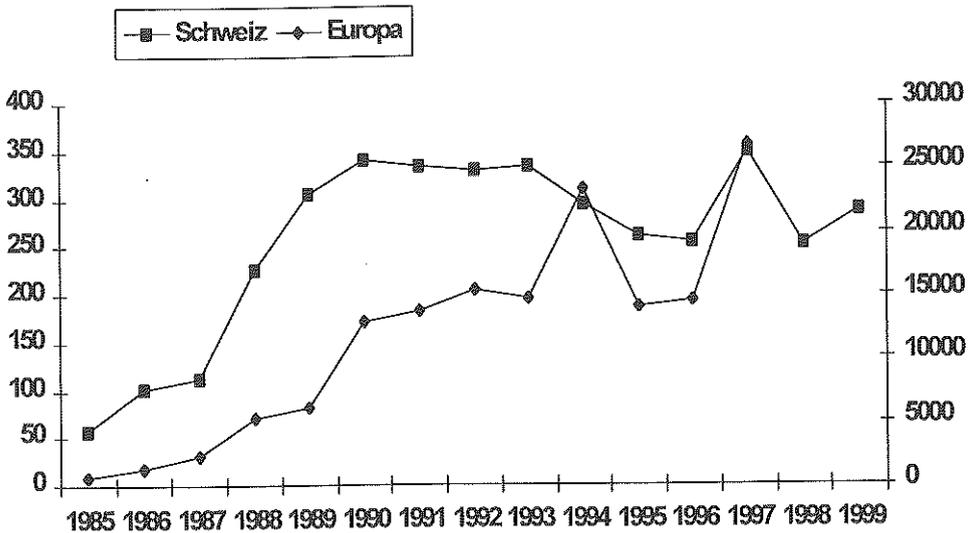
Für alle Grafiken gilt: Jeweils links die Skala für die Schweiz und rechts für Europa, die Angaben erfolgen in Kilogramm.

Sicherstellungen von Kokain in der Schweiz im Vergleich zu Europa

Das Kokain kommt vor allem aus Südamerika. Auch beim Kokain haben die sichergestellten Mengen zugenommen, sowohl in der Schweiz als auch in Europa. Das Kokain kommt über die

kanroute) von der Türkei aus nach Westeuropa gelangt, neuerdings auch über die Ukraine und Südrussland. In der Schweiz schwanken die sichergestellten Mengen stark. Das hängt damit zusammen, dass in Einzelfällen sehr große Mengen beschlagnahmt werden.

Der Drogenmarkt in der Schweiz ist im Vergleich zum übrigen Europa weiterhin am Wachsen, sichtbar ist dies eindeutig bei Cannabis, weniger ausgeprägt aber auch bei Heroin und Kokain. Europa hat auf hohem Niveau ein



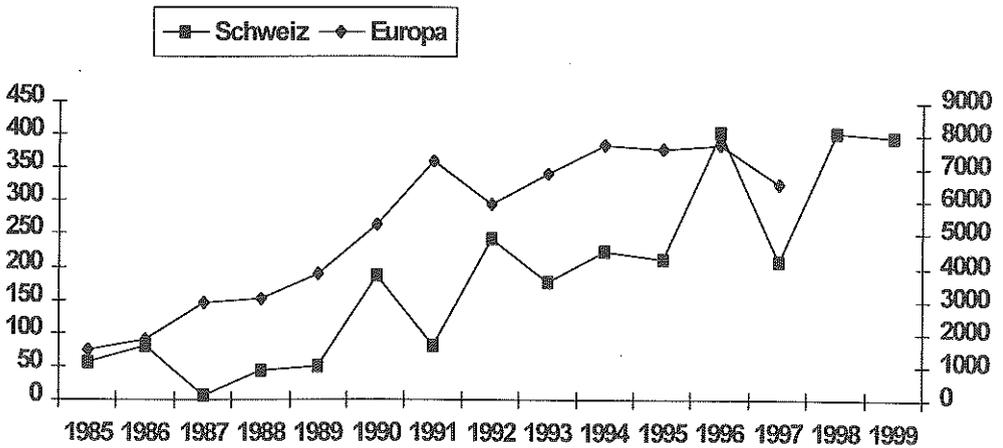
Grafik4: Sicherstellung von Kokain in der Schweiz im Vergleich zu Europa
 Jeweils links die Skala für die Schweiz und rechts für Europa, die Angaben erfolgen in Kilogramm.

Karibik, Lagos und über Nordafrika (als Crack) nach Europa, teilweise auf dem Luftweg.

Sicherstellung von Heroin in der Schweiz im Vergleich zu Europa

Bei den sichergestellten Mengen ist eine zunehmend bessere Qualität feststellbar. Südwestasiatisches Heroin dominiert den Markt in Europa, wobei es meistens auf dem Landweg (Bal-

Plateau erreicht, während dieses Plateau bei der Schweiz noch nicht sichtbar wird. Die Zunahme des Drogenkonsums wird auch in der oben erwähnten Gesundheitsbefragung von Jugendlichen und bei der weiterhin zunehmenden Zahl von Anzeigen gegen das Betäubungsmittelgesetz deutlich, insbesondere bei den Verzeigungen von Erstkonsumenten. Alle Zeichen deuten auf eine Ausweitung des Drogenkonsums mit allen seinen schädigenden Folgen hin.



Grafik 5: Sicherstellung von Heroin in der Schweiz im Vergleich zu Europa

Die schweizerische Drogenpolitik

Die Schweiz ist folgenden internationalen Abkommen beigetreten: dem „Einheitsübereinkommen über die Betäubungsmittel“ von 1961 („Single Convention on Narcotic Drugs“), dem Psychotropenabkommen von 1971 („Convention on Psychotropic Substances“) und dem Zusatzprotokoll von 1972. Noch nicht beigetreten ist die Schweiz dem UN-Übereinkommen „Gegen den illegalen Handel mit Betäubungsmitteln und psychotropen Stoffen“ von 1988 („Convention against Illicit Trafficking in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances“).

Die internationale Drogenkontrolle (Suchtstoffkontrollrat der UNO in Wien INCB) entstand aus den verheerenden Erfahrungen einiger Länder mit psychotropen Drogen. Die erste internationale Drogenkonvention von 1912 wurde auf dem Hintergrund von schweren sozialen und volksgesundheitlichen Konsequenzen des weitverbreiteten Rauchens von Opium im 19. Jahrhundert in China erlassen.

Die Single Convention on Narcotic Drugs von 1961 dient als „Verfassung“ der internatio-

nal Drogenkontrolle. Sie ist gesetzlich verpflichtend für 150 Länder. In der Präambel heißt es, dass „Drogensucht ein ernsthaftes Unglück für das Individuum bedeutet und verbunden ist mit großen sozialen und wirtschaftlichen Gefahren für die Menschheit“ und dass alle an die Konvention gebundenen Länder „die Pflicht haben, dieses Übel zu verhindern und zu bekämpfen“.⁸

Im folgenden soll die offizielle schweizerische Drogenpolitik aufgrund ihrer Selbstdarstellungen und des vom BAG selbst herausgegebenen Zahlenmaterials dargestellt werden. Die Schweiz, bzw. das zuständige BAG betreibt seit 1990 in der Drogenbekämpfung eine sogenannte Vier-Säulen-Politik:

1. Prävention,
2. Therapie und Rehabilitation/Wiedereingliederung,
3. Schadensbegrenzung und Überlebenshilfe,
4. Repression und Kontrolle.

Die meisten Länder verfolgen in der Drogenbekämpfung eher eine Drei-Säulen-Politik von Prävention, Therapie und Repression.⁹

Zu den einzelnen Säulen

1. Prävention

Für die Prävention gibt die Schweiz jährlich 30-35 Millionen Franken aus. Das BAG geht davon aus, dass Abschreckung längerfristig kein wirkungsvolles Mittel ist. In den landesweiten Kampagnen des BAG wird mit folgenden Slogans gegen die Drogensucht gekämpft: „Miteinander reden kann Drogenprobleme verhindern“, „Vertrauen statt verbieten kann Drogenprobleme verhindern“ oder „Die meisten Drogensüchtigen schaffen den Ausstieg“. Keine dieser Behauptungen ist belegt. Vieles spricht stark dagegen. Dass die Prävention auf der Basis so vager und z.T. unrichtiger Annahmen nicht funktioniert, wird an der massiven Ausweitung des Haschischkonsums unter Jugendlichen deutlich.

2. Therapie und Rehabilitierung/Wiedereingliederung

Zu Therapie und Rehabilitierung bzw. Wiedereingliederung gehören alle Maßnahmen des Drogenentzugs, die stationäre Rehabilitation und die Methadonabgabe. Zur Therapie zählt das BAG aber auch die ärztlich kontrollierte Heroinabgabe. Bis dahin kostete die Heroinabgabe 12 Millionen Franken. In der Schweiz werden rund 15.000 Methadonbezieher gezählt.

3. Schadensbegrenzung und Überlebenshilfe

Die Schweiz gibt jährlich 120 bis 200 Millionen Franken für die Schadensverminderung/Überlebenshilfe aus: Dazu gehören die Spritzenabgabe, Gassenzimmer und Fixerräume, begleitetes Wohnen, niederschwellige Methadonprogramme, Gassenküche etc. In niedrigschwelligen Einrichtungen wurden im Zeitraum 1993 bis 1994 in der Schweiz täglich ungefähr 20.000 Spritzen abgegeben.

4. Repression und Kontrolle

Zur Repression gehören die Verfolgung des Drogenhandels, Zollkontrollen und die Beschlagnahme von illegalen Drogen. Die Schweiz

ist durch den Beitritt zu internationalen Abkommen zu bestimmten polizeilichen Maßnahmen verpflichtet. Die Anzahl der Verstöße gegen das geltende Betäubungsmittelgesetz ist immer noch im Ansteigen begriffen. Nach Angaben des BAG kosten die verschiedenen Maßnahmen jährlich 500 Millionen Franken.

Die ärztliche Heroinverschreibung

Zur 2. Säule, Therapie, zählt das BAG neuerdings auch das umstrittenste Element der schweizerischen Drogenpolitik: die ärztliche Heroinverschreibung. Im Mai 1992 wurde unter politischem Druck ein Heroinabgabeprojekt mit wissenschaftlicher Begleitforschung bewilligt. Dieses Projekt wurde im Dezember 1993 gestartet und war auf eine Versuchsperiode von drei Jahren begrenzt. Die Versuche sollten an maximal 800 Drogensüchtigen durchgeführt werden. Im Juni 1997 wurde ein erster Abschlussbericht veröffentlicht. Von ärztlicher und von internationaler Seite wurde von Anfang an massive Kritik an den Heroinabgaberversuchen geübt.

Bei Beginn der Heroinabgabe war im Gesamtversuchsplan des BAG die Drogenabstinentz als Hauptziel festgelegt. An diesem Kriterium muss auch der Erfolg des Programmes gemessen werden, auch wenn es später fallengelassen wurde und nur noch von der „Machbarkeit“ die Rede ist. Die Ergebnisse der Untersuchungen wurden nicht in wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert, sondern über die Medien der Öffentlichkeit und der Fachwelt bekannt gemacht. Über sie erfolgte auch der Druck auf die Politiker zur Zustimmung. Die Auswerter und die Auftraggeber der Versuche waren die gleichen Personen, was die Unabhängigkeit der Ergebnisse sehr in Frage stellt.

Bis heute wurde nur ein Teil der Zahlen ausgewertet. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Untersuchung von Merkmalen der Versuchsteilnehmer (z.B. Suchtverhalten, Gesund-

heitszustand, soziale Verhältnisse) bei Eintritt und im Verlauf der Studie. Mit den Versuchen sollten langjährige chronische Heroinabhängige anvisiert werden, die zahlreiche gescheiterte Therapieversuche hinter sich haben. Diesen sogenannten „Schwerstabhängigen“, die angeblich durch die Maschen aller Hilfsangebote gefallen sind, könne nur durch die Abgabe von Heroin geholfen werden. Bedingungen für eine Aufnahme in das Projekt war das Erreichen des 20. Lebensjahres sowie eine schwere Opiatabhängigkeit seit mindestens zwei Jahren, täglicher Heroinkonsum, mindestens zwei gescheiterte Therapieversuche, schlechter psychischer Zustand und Zeichen sozialer Desintegration.

Der anerkannte Standard, um die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode in der modernen Medizin nachzuweisen, ist ein wiederholbarer, kontrollierter und randomisierter Versuch (doppelblind), der zeigt, dass eine vorgesehene Behandlung einer anderen, vergleichbaren Behandlung signifikant überlegen ist. Falls kontrollierte, randomisierte Untersuchungen nicht durchgeführt werden können, hängt der Nachweis therapeutischer Wirksamkeit einer Behandlung von sogenannten „beobachtenden“ Studien ab. In solchen Studien werden die Ergebnisse von Patientengruppen verglichen, welche zwischen Behandlungsalternativen selber ausgewählt haben.

Die wichtigsten publizierten Ergebnisse

Insgesamt sind 1.146 Personen ins Heroinprogramm aufgenommen worden. 111 Personen wurden aber von der Bewertung ausgeschlossen, weil sie rasch wieder austraten oder die Daten nicht vollständig vorlagen. Die oben erwähnten Einschlusskriterien wurden überhaupt nicht eingehalten. Zum Zeitpunkt des Eintritts hatten 49% noch keine stationäre Therapie durchgemacht, und weitere 26% hatten nur einen einzigen Therapieversuch in ihrer Behandlungsgeschichte zu verzeichnen. 11% hatten noch nie, weitere 65% nur 1- bis 5

mal einen körperlichen Entzug gemacht. 9% hatten noch nie an einem Substitutionsprogramm teilgenommen und weitere 37% nur einmal. Insgesamt hatten diese Gruppen das bestehende Therapieangebot denkbar schlecht genutzt, besonders wenn man berücksichtigt, dass die Heroinabhängigkeit im Durchschnitt seit 10 Jahren bestand. Erstaunlich ist auch der relativ gute Gesundheitszustand bei Eintritt, der bei immerhin 79% der Probanden als sehr gut oder gut bewertet wurde. Auch die Bewertung des Ernährungszustandes mit 80% als gut oder sehr gut ist erstaunlich. Der psychische Zustand wird bei 60% als sehr gut oder gut bezeichnet und nur bei 2% der Teilnehmer als sehr schlecht. Dass es sich bei diesen Teilnehmern ausschliesslich um „Schwerstabhängige“ gehandelt haben soll, muss nach all dem stark bezweifelt werden. Bemerkenswert ist, dass 61% der Heroinbezieher vorher in einem Methadonprogramm betreut wurden.

Von 1146 in den Versuch aufgenommenen Patienten sind bis Versuchsende 350 (30,5%) ausgeschieden. Ergebnisse liegen erst für eine Teilgruppe von 385 Teilnehmern vor. Aus dieser Kohorte sind 128 Patienten (33,2%) ausgeschieden. Von diesen 128 Patienten sind 16% in eine abstinenzorientierte Behandlung eingetreten und 39% in ein Methadonprogramm. Umgerechnet auf die Gesamtzahl von 385 Teilnehmern bedeutete das eine vorläufige Erfolgsquote von 5,2%, gemessen am Hauptziel der Abstinenz.¹⁰

Eine Auswertung im zweiten Zwischenbericht zeigt, dass eine langjährige Abhängigkeitsdauer, täglicher Kokainkonsum und ein positiver HIV-Status Risikofaktoren für einen frühen Austritt darstellen. Dies zeigt, dass diese sogenannten Schwerstabhängigen, also die eigentliche Zielgruppe des Versuches, offensichtlich schlecht erreicht wurde. In vergleichenden Untersuchungen therapeutischer Behandlungsmethoden der Drogensucht wird immer wieder auf die Bedeutung der frühen Intervention hingewiesen – um eine Chronifizierung zu ver-

hindern – und es wird klar abstinenzorientierten Methoden stets der Vorzug gegeben.¹¹

Die WHO hat deutliche Kritik gegen die Versuche geäußert¹²

Aus dem Evaluationsbericht¹³ über die Schweizer Heroinabgabeveruche durch 23 von der WHO eingesetzte Experten lässt sich viel Kritik herauslesen:

1. Den Experten liefert die Schweizer Studie keinen Beweis dafür, dass Heroin erfolgreicher wäre als Methadon (Seite 11). Sie verweisen auf den Bericht des „1998 WHO 30th Expert Committee“, gemäß dem die erfolgreichste Therapie der Opiatsucht mit lang wirkenden oralen Opioidagonisten wie Methadon erreicht wird und die Gefahr besteht, dass die Heroinabgabe den Wert der streng kontrollierten Methadontherapie mindert (Seiten 9 - 10).

2. Die Experten weisen auf methodologische Mängel der Studie hin, so etwa, dass nicht geprüft werden könne, ob die Verbesserung im Gesundheitszustand und den sozialen Funktionen die Folge der Heroinabgabe oder des ganzen Behandlungsprogrammes sei (Seite 11). Auch das Fehlen standardisierter Protokolle wurde beanstandet (Seite 5).

3. Im Bericht wird kritisiert, dass es sich bei den Angaben über die Verbesserung der Wohn- und Arbeitssituation, der sozialen Kontakte, des kriminellen Verhaltens und der Reduktion des Beikonsums von Heroin und anderen Drogen um Selbstangaben der Klientel ohne unabhängige externe Auswerter und ohne Überprüfung handelte (Seite 1) und dass die Haltequote, die als besonderer Erfolg betont wird, nicht größer ist als in den Anfangsberichten über die Methadonsubstitution (Seite 8).

4. Der Bericht weist auf Seite 12 darauf hin, dass die Studie keine Beurteilung der Kosteneffektivität und der Indikation der Heroinabgabe erlaubt.

5. Der Bericht zweifelt an der Übertragbarkeit der Studienresultate auf andere Länder

(Seite 11) und fordert wissenschaftlich rigorose Evaluationen von Substitutionsbehandlungen und randomisierte, kontrollierte klinische Studien zur Bewertung der begleitenden Behandlungsmaßnahmen.

6. Ein Parameter für die Problemschwere hat sich im Verlauf der „Behandlung“ mit Heroin offenkundig verschlechtert. Die Gesamtmortalität unter den Teilnehmern der Studie lag mit fast 3% deutlich über dem europäischen Schnitt (etwa 2%). In Großbritannien¹⁴ hat man zeigen können, dass eine pragmatische Suchttherapie die Mortalität von 1,9% (1967-1976) auf rund 1% (1984-1993) hat senken können (Seite 7).

Das Suchtstoffkontrollrat in Wien (International Narcotics Control Board, INCB) hat wiederholt die schweizerische Drogenpolitik kritisiert

In seinem am 24. Februar 1998 erschienenen Bericht für 1997 kritisiert der INCB die schweizerische Drogenpolitik mit deutlichen Worten: „Der Rat äußerte seine Bedenken zu einem Element der Schweizer Drogenpolitik, nämlich dem Projekt der Heroinverteilung an Süchtige. Er empfahl, den Wert der wissenschaftlichen Begleitforschung und die Ergebnisse dieses Experiments durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) überprüfen zu lassen.“¹⁵

Der INCB hält 1999 in einer Pressemitteilung auf die von der WHO geäußerte Kritik folgendes fest: „Die Schweizer Studien waren nicht in der Lage zu untersuchen, ob die Verbesserungen des gesundheitlichen Zustandes oder des sozialen Verhaltens der einzelnen Teilnehmer durch die Heroinverschreibung selbst bedingt oder ob sie die Folge des umfassenden Behandlungsprogrammes waren. (...) Die Schweizer Versuche schlagen vor, dass Heroin für solche Patienten in Frage kommt, welche wiederholt in Methadonprogrammen gescheitert sind. Die Studie hat jedoch keine überzeu-

genden Beweise erbracht – auch für wiederholt in Methadonprogrammen Gescheiterte –, dass die medizinische Verschreibung von Heroin allgemein zu besseren Resultaten führt als eine fortgesetzte methadongestützte Behandlung.“¹⁶

Drogenpolitik in anderen Ländern

Die Drogenpolitik der USA und der nationale Rauschgiftbekämpfungsplan

Das Drogenproblem wird in den USA ernstgenommen; es werden große Geldmittel zur Bekämpfung bereitgestellt, mehr als in jeder anderen Nation der Welt.¹⁷ Diese Politik zeigt auch ihre Erfolge: Seit 1985 ist ein deutlicher Rückgang des Drogenkonsums feststellbar. Damals hatten ungefähr 12 Prozent der Gesamtbevölkerung aktiv mit illegalen Drogen zu tun. Bis 1990 sank diese Zahl bis auf etwa 7 Prozent und blieb dort für einige Jahre ungefähr konstant. Von dieser Abnahme des Drogenkonsums blieben jedoch die chronisch Abhängigen unberührt. Der Kokainkonsum sank von 5,7 Millionen Konsumenten (1985) auf 1,5 Millionen (1997), also um fast 75%. Auch beim Marihuana-Konsum zeigte sich ein markanter Rückgang, von 23,8 Millionen Konsumenten (1979) auf 11,1 Millionen (1997), also um 50%. Seit der Clinton-Ära hat die Bekämpfung des Drogenproblems wieder nachgelassen. So kam es unter den Jugendlichen erneut zu einem starken Anstieg des Marihuana-Konsums. Auch der Heroin- und Methamphetaminkonsum sind wieder im Steigen begriffen.

In Umfragen wurde deutlich, wie sich eine Veränderung in der Einstellung gegenüber den Drogen direkt auf den Drogenkonsum auswirkt. Die oberste Linie (Vierecke) der folgenden Grafik zeigt den Prozentsatz junger Menschen, die in Umfragen angeben, dass sie Drogenkonsum missbilligen. Nach 1990 beginnt

diese Linie zu sinken: Die Missbilligung des Konsums beginnt nachzulassen. Die Mittellinie (Dreiecke) zeigt die Einschätzung des Risikos, das heißt, ob junge Menschen glauben, dass Drogenkonsum für sie ein Gesundheitsrisiko darstellt. Diese Linie beginnt nach 1991 zu sinken. Die untere Linie zeigt den Prozentsatz junger Menschen, die innerhalb des letzten Monats Marihuana konsumiert haben. Diese Linie beginnt 1992 markant anzusteigen. Hier wird deutlich: Die Schwächung einer ablehnenden Einstellung gegenüber Drogen unter jungen Menschen scheint direkt zu einer 1992 beginnenden markanten Zunahme des Marihuana-Konsums geführt zu haben, und zwar zu einer Zunahme um über 100% bei einem Absinken der Risikoeinschätzung und Missbilligung um nur 10-20%. Das Wissen um die Gefährlichkeit schützt also vor dem Drogenmissbrauch.

In den USA existiert ein nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan, der fünf Ziele verfolgt:

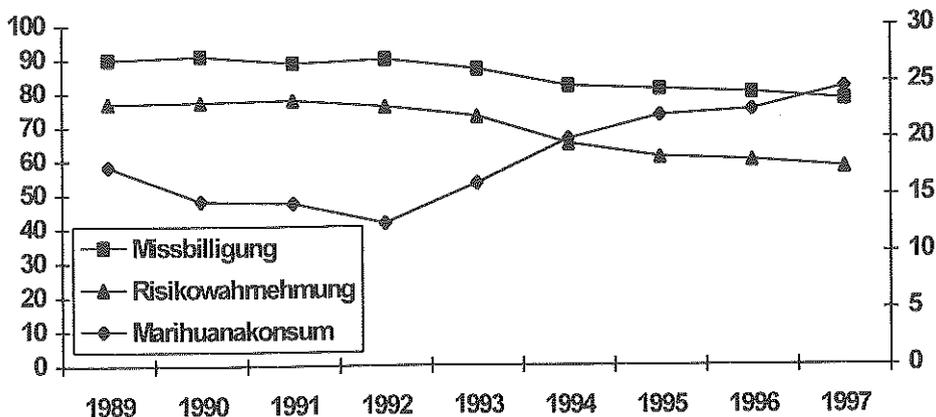
1. den Drogenkonsum der Jugendlichen zu verringern,
2. Kriminalität und Gewalt im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum zu reduzieren,
3. Gesundheits- und Sozialkosten im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum zu senken,
4. Amerikas Grenzen gegen Drogen zu sichern und
5. ausländische und einheimische Lieferquellen zu reduzieren.

Von den bereitgestellten Geldern zur Rauschgiftbekämpfung nehmen die Ausgaben für die Nachfragereduktion und die Strafverfolgung im Inland den Hauptteil ein. Eine entscheidende Änderung in der Drogenpolitik in den USA stellte dar, dass man von einer jeweils einjährigen Planung zu einer langfristigen Strategie, einem Zehnjahresplan überging. In den achtziger Jahren war ein klarer Konsens gegen den Drogenkonsum in allen Bevölkerungsschichten vorhanden. Dass das möglich war, muss im Zusammenhang mit einer gewaltigen landeswei-

ten Medienkampagne unter dem Motto „Partnerschaft für ein drogenfreies Amerika“ gesehen werden. Diese Kampagne wurde jedoch nicht kontinuierlich weitergeführt. Eine klare Einstellung gegen Drogen wurde ebenfalls ab-

weil die Begleitforschung alarmierende Ergebnisse zeigte.¹⁸

Diese Erfahrungen mit der partiellen Freigabe von Drogen wurden gut dokumentiert. In Stockholm machte der Psychiater und Polizei-



Grafik 6: Marihuanagebrauch in den USA. Linke Skala: Missbilligung und Risikowahrnehmung, rechte Skala: Marihuanakonsum

geschwächt durch die Behauptung in der Presse, Drogenpräventionsprogramme würden nicht funktionieren. Wie in Europa wird zunehmend Marihuana als Medizin in Betracht gezogen und Hanf als Feldfrucht propagiert.

Erfolge mit einer restriktiven Drogenpolitik – das Beispiel Schweden

Schweden ist von seiner Tradition her überhaupt nicht bekannt für eine restriktive Vorgehensweise. Im Gegenteil: Die Schweden zeigen üblicherweise in vielen gesellschaftlichen Bereichen eine liberale und „progressive“ Haltung. Gleichzeitig sind sie jedoch auch Pragmatiker, bereit, aus gemachten Erfahrungen Konsequenzen zu ziehen. So fand in der Zeit von 1965 bis 1967 in Schweden ein Drogenlegalisierungsversuch statt. Schon nach kurzer Zeit brach man das Experiment wieder ab,

arzt Nils BEJEROT konsequente Untersuchungen aller Inhaftierten auf Einstichmarken und verfolgte ungewöhnlich akribisch die Folgen des Freigabeexperimentes. Man sah innerhalb von nur 12 Monaten eine Verdoppelung der injizierenden Süchtigen (Morphium und Amphetamin). Viel wichtiger aber für die Dynamik der späteren Entwicklung der Drogenproblematik in Schweden war folgendes: Unter den 15-19-jährigen stieg der Anteil der Fixer von 3,6 auf 33% an (+ 820%). Auch die Kriminalität der Drogenabhängigen nahm in diesen Jahren markant zu: Dies galt insbesondere für die brutale Straßensriminalität (Körperverletzung, Raubüberfall, Nötigung), aber auch für Verkehrsunfälle unter Drogeneinfluss und sogar für Betrugsdelikte.

Anstatt der eigentlich vorgesehenen Mengen von 10.000 „Normaldosen“ monatlich – das hätten ca. 240.000 in diesen zwei Jahren ausmachen sollen – hatte man nach dieser Zeit

4.000.000 Dosen Amphetamine und 600.000 Dosen Morphin erreicht, d.h. die zwanzigfache Menge. Dieser Verschreibungsmissbrauch einiger Ärzte hatte für sie nach strafrechtlichen Untersuchungen den Approbationsentzug zur Folge. Politisch bewirkten diese verheerenden Erfahrungen einen Konsens quer durch alle Parteien, dass man Restriktivität als sinnvolle und notwendige Vorgehensweise bei der Bekämpfung des Drogenkonsums erkannte. Nach Todesfällen unter Journalisten und ihren Kindern zog auch die Presse dabei mit.

In den letzten 20 Jahren sank der Anteil der unter 25jährigen Süchtigen von 37 auf 10 Prozent. Diese Tendenz wird durch den Anteil von Teenagern bei den Drogentoten bestätigt: Er nahm von 1975 bis 1993 von 6% auf 1% ab.

Aids und Drogensucht

Die WHO und die UNO schätzen, dass bis Ende 1998 weltweit 48,7 Millionen Menschen mit HIV infiziert wurden; 12,9 Millionen Menschen sind an Aids erkrankt, von denen 11,7 Millionen bereits gestorben sind. Die HIV-Epidemie ist von außerordentlich heterogener und dynamischer Natur. Sie beinhaltet eine Vielzahl von Subepidemien in unterschiedlichen Regionen und Bevölkerungsgruppen, jede mit ihren eigenen spezifischen epidemiologischen Charakteristika.

In Europa und Nordamerika waren zu Beginn der Epidemie in den siebziger und achtziger Jahren zuerst Homosexuelle betroffen, kurz danach breitete sich das HIV besonders stark und schnell unter Drogenabhängigen aus, während das Virus nur langsam in die heterosexuelle Bevölkerung eindrang.

Weltweit kommt dem HIV-Übertragungsweg durch Spritzentausch bei iv-Drogenabhängigen eine untergeordnete Bedeutung zu (etwa 5% aller HIV-Übertragungen). In den Industrieländern¹⁹ spielt dieser Übertragungsmodus hingegen eine wichtige Rolle. Hier bilden die iv-Drogenabhängigen unter den Aidskran-

ken die größte Gruppe: Schweiz 36%, Italien 60%, Spanien 66%, Deutschland 64%. Die Ansteckung mit HIV bei Drogenabhängigen geschieht nicht nur durch Spritzentausch, sondern auch über sexuelle Kontakte. Im Drogenrausch gehen die Betroffenen häufig anonyme, flüchtige und ungeschützte Sexualkontakte mit hohem HIV-Ansteckungsrisiko ein. Insbesondere der Konsum von Kokain, Crack und Amphetaminen (wahrscheinlich auch Ecstasy) führt zu hektischer sexueller Aktivität.

Untersuchungen in den USA und England²⁰ ergaben, dass 60 und mehr Prozent der Personen, die durch heterosexuellen Kontakt angesteckt wurden, Drogensüchtige und/oder deren Partner sind. Mindestens 40% der iv-Drogenabhängigen stehen in einer sexuellen Beziehung zu einer Person, die keine Drogen nimmt. Die Partner von Drogenabhängigen weisen ein hohes Risiko auf, mit HIV angesteckt zu werden. Das Schweizer BAG schätzte, dass bei Drogenabhängigen der Prozentsatz HIV-Infizierter 25 bis 80mal höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Sexuelle Beziehungen zwischen Drogensüchtigen und ihren Partnern sind zum Beispiel in den USA, Schottland, Italien und Spanien einer der wichtigsten Übertragungswege zwischen der Gruppe mit risikoreichem Verhalten und der übrigen Bevölkerung.

Die amerikanische Gesundheitsbehörde CDC veröffentlichte 1995 eindrucksvolle Untersuchungsergebnisse über HIV-Risikoverhalten von männlichen iv-Drogenabhängigen. In verschiedenen amerikanischen Großstädten wurden insgesamt 1820 männliche Drogenabhängige interviewt und nach 30 Tagen ein zweites Mal befragt. Beinahe alle (1697, 93% von 1820) erschienen zum zweiten Interview. Alle berichteten, dass sie in diesen 30 Tagen Drogen gespritzt hatten. 18% (297) der männlichen Drogenabhängigen hatten in den vorangegangenen 30 Tagen homosexuelle Kontakte gehabt. Von den 297 Drogenabhängigen hatten 95% mehr als einen Sexualpartner, im Durchschnitt 3,8 Sexualpartner in diesen 30 Tagen. Von diesen 297 mit homosexuellen Sexual-

kontakten hatten 267 (90%) auch mit einer oder mehreren Frauen Geschlechtsverkehr. 148 (50%) von den 297 gaben an, einen festen Partner zu haben, der bei 110 (74%) weiblich war. Lediglich 12% derjenigen mit einem festen weiblichen Partner benutzten in diesen 30 Tagen Kondome beim Geschlechtsverkehr. Beinahe alle (282, 95%) hatten Analverkehr, 71% von ihnen mit Männern und Frauen und 18% nur mit Männern. Von 297 Männern, die Sexualkontakte mit Männern hatten, tauschten 86% (250) Spritzen.²¹ Man sieht deutlich, dass diese Risikogruppe als „effektiver“ Virusverbreiter fungiert.

Schweden kann auch im HIV-Bereich mit günstigeren Zahlen aufwarten als die Schweiz.²² Es hat anders als die Schweiz klassische seuchenprophylaktische Maßnahmen wie z. B. die „partner notification“ eingesetzt. Schweden hat keine Spritzenaustauschprogramme und keine flächendeckende Methadonabgabe. In der Drogenpolitik hält das Land an seinem restriktiven Weg mit Frühintervention und konsequenter Therapie der bereits Drogensüchtigen fest. Mit all diesen Maßnahmen erreichte Schweden eine deutliche Senkung der HIV-Infektionszahlen. Die Zahlen der jährlich neuentdeckten HIV-Infektionen bei Drogensüchtigen haben sich in Schweden im Vergleich zur Schweiz folgendermaßen entwickelt (siehe Tabelle 1).

Die Schweiz hat 7 Millionen Einwohner, Schweden 8,9 Millionen, also vergleichbar viele. In der Schweiz gibt es mehr Fixer mit voll entwickeltem Krankheitsbild als Schweden überhaupt an infizierten Drogensüchtigen kennt (688, davon 115 mit Aids – nur etwa 6% der Schweizer Fälle). Dabei ist Schweden das

größte und von HIV und Drogen noch am stärksten betroffene Land Skandinaviens. Im Jahre 1995 hat man in Schweden nur 19 neue HIV-Infektionen (und 27 neue Aidsfälle) unter den Drogensüchtigen gefunden, in der Schweiz hingegen hat man seit 1991 jedes Jahr etwa 250 bis 300 neue Aidsfälle bei Fixern registriert – jährlich also mehr als doppelt so viele, wie insgesamt in Schweden bekannt sind!

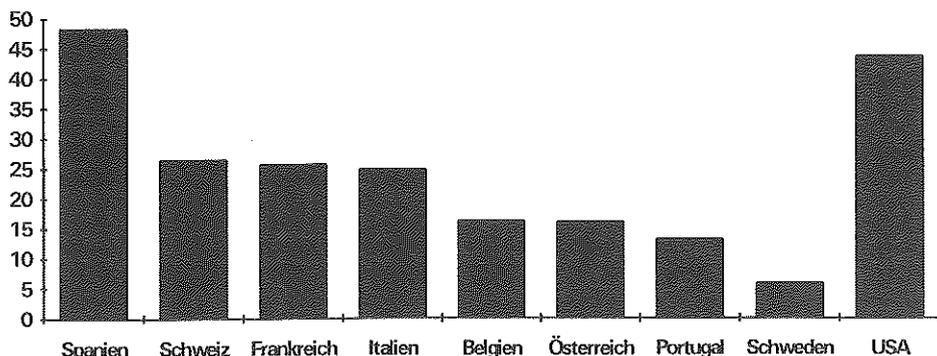
In der folgenden Grafik sieht man die vermutete HIV-Prävalenz 1994²³ in Europa und den USA (geschätzte Zahl HIV-infizierter Personen pro 10.000 erwachsene Einwohner). Die Schweiz hat verglichen mit den umgebenden Ländern eine hohe HIV-Durchseuchung, was nicht für eine effektive Seuchenkontrolle spricht.

Die katholische Kirche zum Drogenproblem

Das katholische Lehramt²⁴ hat sich in dieser Frage bereits häufig und eindeutig geäußert. Bereits Papst PAUL VI. sagte 1972: „Es ist unerlässlich, die öffentliche Meinung durch klare und genaue Informationen über die Natur und die wirklichen und tödlichen Konsequenzen der Drogen gegen jene Missverständnisse zu mobilisieren, die über deren behauptete Unschädlichkeit und deren wohltuende Einflüsse zirkulieren.“²⁵ JOHANNES PAUL II. sprach 1984 zu Mitgliedern therapeutischer Gemeinschaften. Nachdem er den Text von PAUL VI. zitiert hatte, fügte er mit eigenen Worten hinzu: „Es wurde vor allem die Möglichkeit der Wiedereingliederung und der Befreiung von der schweren Sklaverei versucht, und es ist wichtig, dass dies mit

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
(S) HIV+	142	205	98	45	45	43	31	27	25	28	19
(S) Aids	0	0	0	5	5	7	20	18	33	26	27
(CH) Aids	7	11	47	99	178	183	255	252	287	293	296
(CH) HIV+	287	286	252	403	361	266	204	187	165	118	99

Tabelle 1



Grafik 7: Vergleich der HIV-Prävalenzen im Jahre 1994 in verschiedenen europäischen Ländern und den USA

Methoden erreicht wurde, die rigoros jede Konzession an legale oder illegale Drogen ausschließen.“ In einer klaren Art und Weise sagte er weiter: „Die Droge kann man nicht mit der Droge besiegen. Die Droge ist ein Übel, und dem Übel kann man nicht mit Nachgiebigkeit begegnen. Die Legalisierung, auch die teilweise Legalisierung – abgesehen davon, dass sie indiskutabel ist, weil sie gegen geltendes Recht verstößt-, zeigt auch nicht die Resultate, die ihr Ziel waren. Diese Erfahrung ist allgemein bekannt.“ Am Schluss stellte er die drei anerkannten Pfeiler einer wirksamen Drogenbekämpfung dar, wenn auch in summarischer Weise: „Prävention, Repression, Rehabilitation: Das sind die Hauptpunkte in einem Programm, das im Lichte der menschlichen Würde erarbeitet wurde. Dieses Programm unterstützt die Beziehungen zwischen den Völkern und hat das Vertrauen und die Unterstützung der Kirche“.²⁶ Den ethischen Standpunkt zum Drogen- und Alkoholkonsum beleuchtete er vor Teilnehmern eines Drogenkongresses: „Sicher, es gibt einen klaren Unterschied zwischen dem Konsum einer Droge und dem Konsum von Alkohol: Während ein gemäßigter Konsum von Alkohol nicht gegen moralische Gebote verstößt und man nur den Missbrauch verdammen

muss, so ist der Drogenkonsum immer illegitim, weil er einen ungerechtfertigten und irrationalen Verzicht auf das Denken, Wollen und Handeln als freie Person beinhaltet. (...) Drogenabhängigkeit und Alkoholismus richten sich gegen das Leben. Man kann weder von einer ‚Freiheit, Drogen zu nehmen‘ sprechen noch vom ‚Recht auf Drogen‘, denn der Mensch hat nicht das Recht, sich selbst Schaden zuzufügen, noch kann und darf er der persönlichen Würde entsagen, die ihm von Gott gegeben ist!“²⁷

Schlussfolgerungen

Die Schweiz wird oft als Land genannt, das in der Drogenbekämpfung „neue“ Wege geht. Dabei wird häufig auf die Heroinabgabe hingewiesen. Erfahrungen mit der ärztlichen Drogenabgabe hatte in den sechziger Jahren bereits Schweden (1965-1967) gemacht, davor England (1959-1964) und die USA (1914-1923).²⁸ Nach verheerenden Auswirkungen haben alle drei Länder die Versuche abgebrochen. Die Schweiz hat die Zahl der Drogenbezieher von Anfang an so beschränkt, dass die Folgen nicht ganz so offensichtlich wie in Schweden wurden. Die

wissenschaftliche Überprüfung zeigt keine überzeugenden Ergebnisse. Das anfängliche Ziel der Abstinenz wurde wegen offensichtlichem Versagen aufgegeben. Es wurde nur noch von "Machbarkeit" gesprochen. Um zu zeigen, dass eine Drogenabgabe machbar ist, braucht es keine wissenschaftlichen Studien. Das ist selbstverständlich. Die Heroinabgabe hat in der Schweiz dazu geführt, dass abstinenzorientierte Programme zunehmend unter Druck kommen und ihre Plätze nicht mehr füllen können. Die Motivation zum Drogenausstieg hat deutlich abgenommen. Die Schweiz ist daran, sich langjährige, staatlich subventionierte Drogensüchtige zu schaffen. Die persönlichkeitszersetzende und suchterzeugende Wirkung von Heroin besteht unabhängig davon, ob das Heroin vom Schwarzmarkt oder vom Arzt stammt. Der Staat fördert selbstschädigendes Verhalten, dem er eigentlich entgegenwirken müsste. An globalen Parametern gemessen ist der Drogenmarkt in der Schweiz immer noch im Wachsen, die beschlagnahmten Mengen an Cannabis, Kokain und Heroin nehmen zu, ebenso die Verstöße gegen das Betäubungsmittelgesetz. Die Heroinabgabe hat hierauf keinen signifikanten Effekt. Einzig die Zahl der Drogentoten ist rückläufig, allerdings auf hohem Niveau. Dies kann eindeutig auf die Schließung der offenen Drogenszenen zurückgeführt werden. Dass die Duldung von offenen Szenen ein Fehler war, geben inzwischen auch die Drogenliberalisierer zu.²⁹ Es gilt auch im Drogenbereich, dass Risikovermeidung stets besser ist als Risikoverminderung, also Harm avoidance statt Harm reduction.

Der Vergleich der Schweizer mit der schwedischen und der US-amerikanischen Drogenpolitik zeigt unmissverständlich, dass eine ausgedehnte Freigabe und Abgabe von Drogen durch den Staat weder zum vorgegebenen Ziel der Abnahme des Drogenkonsums noch zu einer Verringerung der Kriminalität führt. Wenn es möglich war, einen breiten Konsens bezüglich der konsequenten Bekämpfung des Dro-

genkonsums herzustellen, wirkte sich das direkt in einer deutlichen Abnahme des Konsums aus. Sobald dieser Konsens z.B. durch die Einwirkung der Medien aufgeweicht wurde und die Jugendlichen wieder weniger vor den Gefahren der Drogen gewarnt wurden, nahm die Anzahl der Drogenkonsumenten direkt zu. Dies ist in Europa wie in den USA an verschiedenen Beispielen immer wieder zu beobachten. Während die USA bei den Ausgaben zur Bekämpfung des Drogenproblems das Schwergewicht auf die Bereiche der Prävention und Strafverfolgung legen, gibt die Schweiz viermal so viel Geld für Schadensbegrenzung und Überlebenshilfe aus als für die Prävention – und zwar trotz jahrelang offenkundig ausbleibendem Erfolg. Bedenklich ist die Situation in der Schweiz ebenfalls bezüglich HIV und AIDS. Vor allem der Vergleich mit den Zahlen in Schweden ebenfalls sehr ernüchternd aus. Dabei ist ein Hauptziel der Spritzenabgabe in der Schweiz, die HIV-Infektionen wesentlich zu verringern. Die wissenschaftliche Begleitforschung zeigt jedoch auch hier eine andere Realität: Schweden ohne Spritzenabgabeprogramme und mit nur 486 Methadonpatienten (3% der methadonplätze in der Schweiz) hat viel grösseren Erfolg bei der Bekämpfung der HIV-Verbreitung.

Die Ergebnisse verschiedener Wege in der Bekämpfung des Drogenelends liegen also klar auf dem Tisch. Trotzdem will die Schweiz selbst ihren Irrweg gehen und scheint auch nicht aus den verheerenden Auswirkungen, die sich jetzt schon zeigen, zu lernen. Dabei bestätigt sich nur ein weiteres Mal, dass eine Liberalisierung und Legalisierung der Drogen gar nicht zu einer Verringerung des Drogenproblems führen kann. Ganz zu schweigen davon, was mit den Generationen von jungen Menschen passiert, die für Illusionen geopfert wurden und irreversible körperliche und geistige Schäden davontragen. Wer übernimmt dafür die Verantwortung? Wer erklärt den Familien der Drogenabhängigen den Sinn dieser Sozial-

experimente, die ihnen unsägliches Leid gebracht haben?

Das Drogenproblem ist ein schwerwiegendes gesundheitliches Problem; schon Alkohol und Nikotin haben erhebliche schädigende Auswirkungen. Auffällig ist, dass Jugendliche in erhöhtem Maße anfällig sind für den Suchtmittelmissbrauch. Das Drogenproblem in seiner heutigen Form ist erst seit den sechziger Jahren bekannt. Eine ganze Subkultur aus falsch verstandenen Selbstverwirklichungsideen und einem übersteigerten Individualismus hat diese Entwicklung gefördert. Letztlich ist die Jugend gefährdet, weil sie auf ihrer Suche nach einem Lebensziel und Lebenssinn in einer labilen Gemütsverfassung ist. In dieser Phase kann der Jugendliche leicht auf Abwege gelangen. Die Verfügbarkeit der Drogen ist heute derartig groß, dass jeder Jugendliche sich leicht Suchtmittel beschaffen kann. Die Drogensucht wirkt sich verheerend auf die Persönlichkeitsentwicklung aus, sie verleitet auch zu kriminellen und gewalttätigen Handlungen. Am deutlichsten ist dies bei Kokain. Der Missbrauch auch sog. 'leichter' Drogen hat schwerwiegende Folgen, zu denen das bekannte amotivationale Syndrom bei chronischem Cannabisgebrauch gehört, sowie Depressionen nach wiederholtem Ecstasykonsum. Der Drogenhandel ist international organisiert und in Händen von skrupellosen Verbrechern, die große Summen in die Ausbreitung der Drogensucht investieren und das Mehrfache daran verdienen.

Die pragmatische Drogenbekämpfung orientiert sich an der Drei-Säulen-Politik von Prävention, Therapie und Repression. Diese differenzierte Mehrfachstrategie, zu der das entschlossene Verfolgen des Handels und das Eindämmen des Konsums in Übereinstimmung mit den internationalen Vereinbarungen und die Hilfeleistung an die Süchtigen zur Drogenfreiheit gehören, ist das eine. Aufklärung und Prävention für den Teil der Jugend, der noch nicht süchtig ist, ist das andere. Die schädigenden Wirkungen, die alle Rauschdrogen im menschlichen Körper zei-

gen, und ihre Konsequenzen für die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen und für sein soziales Umfeld begründen die Abstinenzforderung. Die starke suchterzeugende Wirkung dieser Drogen verbietet jegliche verharmlosende oder gar propagandistische Darstellung der Drogenwirkungen, die zu gefährlichen Experimenten verleiten könnte. Eine genaue, sachgerechte Aufklärung über die körperlichen und psychischen Auswirkungen der Drogen ist also für die Prävention *conditio sine qua non*. Die Reduktion der Nachfrage kann mit geeigneten Präventionsprogrammen geschehen, wie dies die Beispiele von Schweden, den USA und anderen restriktiven Staaten (Norwegen, Finnland, Island, Japan, Singapur) eindrucksvoll zeigen. Deutlich wird auch, dass ein Nachlassen dieser Bemühungen zu einem sofortigen Wiederanstieg des Missbrauchs führt. Die Prävention und der Kampf gegen die Drogen kann gewonnen werden, jedoch nur mit vereinten Kräften und entschlossenem Handeln. Jegliches Zögern, jede Bagatellisierung der Drogensucht führt zu einer erneuten Ausweitung des Problems. Drogen verändern das Bewusstsein, machen schutzlos, dann apathisch, darum sind sie so gefährlich. Daneben ist die Frühintervention bei bereits Drogensüchtigen wichtig, damit eine Chronifizierung verhindert werden kann. Problematisch an den suchterlängernden Maßnahmen der sogenannten Überlebenshilfe ist gerade das Belassen des Süchtigen in seiner Sucht. Legal verabreichtes Heroin führt genauso zu einer Suchterlängerung wie Methadon und andere Ersatzdrogen. Vor- und Nachteile der Interventionen im Drogenbereich müssen im Hinblick auf ihre Auswirkungen genau abgewogen werden.

Der Mensch hat die Fähigkeit, selbst zu entscheiden. Drogen verringern diese Fähigkeit. In eindrucksvollen Worten beschreibt das die bekannte Schweizer Philosophin Jeanne HERSCH: „Die Droge negiert die Menschenrechte, indem sie leugnet, dass man letztlich nicht von einem Arzt die Erlaubnis bekommt, sondern vom eigenen Gewissen. Weil der Mensch verantwort-

lich entscheiden kann - und da er kann, soll er hat er die Pflicht, ein entscheidendes Wesen zu sein. Das ist, was wir nicht loswerden können. Diese Verbindung gilt seit dem Tag, an dem der Mensch geschaffen wurde.³⁰

Der große Toxikologe Gabriel NAHAS (New York, Paris) zeigt anhand neuester Forschung auf, wie recht sie hat: Gerade jene Strukturen des Gehirns werden von den Drogen zerstört, die unsere Entscheidungsfreiheit - und damit die Würde des Menschen und seine Verantwortungsfähigkeit - begründen.³¹ Indem der Abhängige der Droge verfällt, tritt er dieses fundamentalste aller Menschenrechte, seine eigenen Handlungen kontrollieren zu können, an die Droge ab.

Referenzen

1. 1987 wurden unter dem Eindruck der HIV-Epidemie die Methadonprogramme unter der Leitung von Prof. AMBROS UCHTENHAGEN, dem Direktor des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, weit geöffnet. Seither kann jeder niedergelassene Arzt eine Bewilligung zur Methadonabgabe bekommen. Die Zahl der Methadonbezieher nahm danach stark zu: Von anfangs einigen Hundert auf 1992 bereits mit über 10.000 und 1995 gegen 15.000 Methadonbezieher. Im Oktober 1988 stellte Prof. Hans KIND (Psychiater) in einem Interview mit der Familienzeitschrift „Schweizer Illustrierte“ die Behauptung auf, Heroin sei nicht gesundheitsschädigend. Deshalb forderte er Straffreiheit für den Drogenkonsum. Zum Jahreswechsel 1988/1989 wurde auf dem Platzspitz mit Billigung des Stadtrates ein öffentlicher Fixerraum in einem Zelt mit einer dazugehörigen Infrastruktur für Spritzenabgabe, Verpflegung und Übernachtung installiert. Wurden im Dezember 1988 noch ca. 240 Spritzen pro Tag gratis an Süchtige abgegeben, so waren es im Juli 1990 bereits bis zu 11.000 Spritzen täglich. Bis 1991 wurden die Zustände auf dem Platzspitz unhaltbar. Das große Ausmaß des Elends, die starke Ausweitung des Drogenkonsums, die steigende Zahl der Drogentoten und die massive Zunahme der Kriminalität führten schließlich dazu, dass die Stadt Zürich genötigt war, den Platzspitz zu räumen und hermetisch abzuziegeln. 1992 bildete sich unweit des Platzspitzes eine neue große Szene auf dem Areal des alten Bahnhofs Letten. Diese Drogenszene entfaltete ebenfalls eine massive Sogwirkung nicht nur auf Drogensüchtige, sondern auch auf Drogenhändler aus ganz Europa. In der Umgebung des Letten kam es in der Folge zu häufigen Gewalttätigkeiten und Schießereien. Gegenüber der Polizei, welche die Drogenszene eindäm-
- men wollte, kam es zu Bedrohungen und Erpressungen der Drogenmafia. Der Stadtrat war nicht willens, diese Auswüchse zu bekämpfen, sondern ‚hätschelte‘ mit seiner Politik die Drogenszene am Letten. Mit diesem offensichtlichen Elend wurde politisch Druck gemacht, um die Heroinabgabe in der Schweiz zu erzwingen. Nachdem der Bundesrat 1992 einer versuchsweisen Heroinabgabe zugestimmt hatte, wurde die offene Szene geräumt. Seither hat die Polizei den Auftrag, die Entstehung von offenen Szenen zu unterbinden. Was - nach Behauptung der Stadtregierung - jahrelang nicht möglich war, gelingt seither. Es haben sich keine größeren Szenen mehr gebildet. Die Drogenlegalisierungslobby hat mit der Heroinabgabe einen großen Schritt ‚vorwärts‘ gemacht.
2. Vgl. auch FANTACCI, G., KÖPPEL, H., *Drogen als Mittel der Gesellschaftsveränderung. II. Internationales Symposium gegen Drogen.*, Zürich (1999).
3. *Drogenkonsum entkriminalisieren - aber wie?* Neue Zürcher Zeitung vom 26. August 1999.
4. Für die Zahlen Schweiz: Schweizerische Betäubungsmittelstatistik, Bundesamt für Polizeiwesen, Kriminalpolizeiliche Zentralstelle in Bern. Für die Zahlen Kanton Zürich: Kriminalstatistik, Kantonspolizei Zürich. Für Kanton Bern: Bundesamt für Gesundheit, Bern.
5. Zahlen vom Bundesamt für Polizeiwesen, Kriminalpolizeiliche Zentralstelle in Bern.
6. Alle Zahlen zur Menge sichergestellter Drogen stammen von Interpol und vom Bundesamt für Polizeiwesen, Kriminalpolizeiliche Zentralstelle in Bern.
7. *Immer mehr Jugendliche greifen zu Zigarette oder Joint.*, In Spectra. Herausgegeben vom Bundesamt für Gesundheit Bern, Dezember (1998).
8. Vgl. auch HARTELIUS, J., *Die sozialen Konsequenzen des Drogenmissbrauchs. II. Internationales Symposium gegen Drogen*, Zürich (1999).
9. Ausführliche Angaben zur Drogenpolitik der Schweiz finden sich in: *Daten und Fakten zur Drogenpolitik des Bundes*. Herausgegeben vom Bundesamt für Gesundheit Bern, April (1997).
10. Die Zahlen und Ergebnisse stammen aus dem Abschlussbericht der Forschungsbeauftragten: *Synthesebericht*, Institut für Suchtforschung Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, Juni (1997). Für eine ausführliche Darstellung der Kritik an der Heroinabgabe in der Schweiz empfiehlt sich die Broschüre von AESCHBACH, E., *Zum Abschlussbericht über die Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln*, erschienen auf deutsch, französisch und englisch, Zürich (1998).
11. HOVNANIAN, L., *The four stages of drug addiction (based on clinical experience with 5000 addicts)*, Bull. Acad. Nat. Med., 178; 6: 1029-37; discussion 1037-42, (1994) Jun. TÄSCHNER, K.L., *Are there new methods in therapy of drug dependency?*, Z. für Ärtzl. Fortb. (Jena), 90; 4: 315-20, (1996).

12. Eine Zusammenstellung der internationalen Kritik findet sich in der Broschüre *Internationale Kritik an Schweizer Heroinversuchen*, Zürich (1999). Sie enthält den WHO-Evaluationsbericht und die INCB-Berichte in deutscher Übersetzung.
13. ALI, R. et al., *Report of the External Panel on the Evaluation of the Swiss Scientific Studies of Medically Prescribed Narcotics to Drug Addicts*, World Health Organization, (1999).
14. *EMCDDA Review of scientific studies of mortality among drug users and feasibility study for a common methodology for monitoring overall and cause-specific mortality among drug users in member states of European Union*, (1998), unpublished.
15. *Report of the international narcotics control board for 1997*, Ziffer 366, United Nations, New York (1998).
16. Informationsdienst der Vereinten Nationen vom 19. Mai 1999.
17. Ausführlich ist die Drogenpolitik der USA dargestellt in SCHECTER, D., *Die Drogenpolitik der USA und der nationale Rauschgiftbekämpfungsplan. II. Internationales Symposium gegen Drogen*, Zürich (1999).
18. KOCH, M.G., *Bekämpfung der HIV-Verbreitung unter Drogensüchtigen. Schwedische Erfahrungen mit einem Lentiproblem*. Zürich (1997).
19. Vgl. auch APRIL, K., *Die HIV-Epidemie und die Drogen. II. Internationales Symposium gegen Drogen*, Zürich (1999).
20. Centers for Disease Control, *Update: Trends in Aids-Incidence, Deaths and Prevalence - United States 1996*, MMWR, (1997) 46: 165-73; FRANCE, A.J., SKIDMORE, C.A., ROBERTSON, J.R., *Heterosexual spread of human immunodeficiency virus in Edinburgh*, Br.Med.J. (1988) 296: 256-9.
21. Centers for Disease Control, *HIV Risk Practices of Male Injecting-Drug Users who have Sex with Men - Dallas, Denver and Long Beach, 1991-1994*, MMWR, (1995) 44: 767-8.
22. KOCH, M.G., *Bekämpfung der HIV-Verbreitung unter Drogensüchtigen. Schwedische Erfahrungen mit einem Lentiproblem*, Zürich (1997). Zahlen für die Schweiz vom Bundesamt für Gesundheit, Bern.
23. Zahlen von UNAids/WHO, Genf.
24. Vgl. auch MIRANDA, G., *Die katholische Kirche und das Drogenproblem. II. Internationales Symposium gegen Drogen*, Zürich (1999).
25. Lehre von PAUL VI., X 1972/1286.
26. An die therapeutischen Gemeinschaften. Rom, 7. September 1984.
27. An die Konferenz, organisiert durch das Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano. Rom, 25. November 1991.
28. Vgl. auch KOCH, M.G., *Heroin und andere Opiate im Umfeld psychotroper Drogen*, Zürich (1997).
29. Interview mit Bundesrätin Ruth DREIFUSS in „Welt am Sonntag“ vom 1. August 1999.
30. HERSCH, J., *Drogen negieren die Menschenrechte. Warum die Rauschgiftabgabe unmenschlich ist. II. Internationales Symposium gegen Drogen*, Zürich (1999).
31. NAHAS, G., *Cocaine, the Brain and Consciousness*. In Druck.