

Eine zukünftige Drogenpolitik unter regional- und gesundheitspolitischen Prämissen

Autor(en): **Mörikofer-Zwez, Stéphanie**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Reihe Kriminologie / Schweizerische Arbeitsgruppe für Kriminologie = Collection criminologie / Groupe suisse de travail de criminologie**

Band (Jahr): **15 (1997)**

PDF erstellt am: **23.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1051233>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

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

STÉPHANIE MÖRIKOFER-ZWEZ

EINE KÜNFTIGE DROGENPOLITIK UNTER REGIONAL- UND GESUNDHEITSPOLITISCHEN PRÄMISSEN

1. Gesundheitspolitische Ziele in der Drogenpolitik

Gesundheitspolitik in ihren drogenpolitischen Aspekten geht von der Prämisse aus, dass der Konsum von illegalen Drogen grundsätzlich unerwünscht ist. Für diesen nicht in allen Teilen unbestrittenen gesundheitspolitischen Ansatz gibt es gute Gründe: Der Konsum von weichen und von harten Drogen führt, vor allem bei Jugendlichen, zu psychischen Beeinträchtigungen und zu Entwicklungsstörungen mit nachhaltigen Folgen für die Lebensperspektiven der Konsumentinnen und Konsumenten. Bei längerem Drogenmissbrauch können auch physische Schädigungen und gesundheitliche Dauerschäden auftreten. Drogenkonsum führt damit zu Beeinträchtigungen des physischen und psychischen Wohlbefindens, d.h. der Gesundheit im Sinne der WHO-Definition. Suchtkrankheiten führen zudem zu hohen Folgekosten für die Gemeinschaft im besonderen und für den Gesundheitsbereich im allgemeinen. Betroffen sind im Bereich der Drogensucht insbesondere die Kantone und Gemeinden, aber auch die Abhängigen selber und nicht zuletzt deren Familien.

Das erklärte Ziel jeglicher Gesundheitspolitik und insbesondere der präventiven Massnahmen ist der bestmögliche Gesundheitszustand der ganzen Bevölkerung, denn ein möglichst grosser Anteil von psychisch und physisch gesunden Menschen, die urteils- und handlungsfähig sind, bilden eine Gesellschaft, in der sich besser leben lässt und weniger Leid ertragen werden muss. Im Bereich der Drogenpolitik ergibt sich daraus ein doppeltes Ziel:

- Eine möglichst geringe Zahl von Drogenabhängigen.
- Die Vermeidung oder Verringerung von gesundheitlichen Schäden während der Abhängigkeitsperiode.

2. Ziele im gesellschaftlichen Umfeld

Sowohl das gesellschaftliche Umfeld wie auch soziale Normen beeinflussen die Erreichung der postulierten Ziele einer gesundheitspolitisch orientierten Drogenpolitik. Die Akzeptanz von Suchtverhalten durch die Gesellschaft hängt stark vom verwendeten Suchtmittel ab. Unsere Einstellung gegenüber Alkohol ist anders als gegenüber Heroin oder Kokain. Deshalb wird oft eher ein bestimmtes Suchtmittel bekämpft, während der generelle Aspekt der Vermeidung von Suchtverhalten in den Hintergrund tritt. Gleichzeitig ist Verdrängungsverhalten in unserer Gesellschaft weit verbreitet. Sichtbares Suchtverhalten, wie es in der offenen Szene augenfällig ist, wird anders bewertet als nicht sichtbares Suchtverhalten in verdeckten Szenen oder Medikamentenmissbrauch hinter verschlossenen Türen.

Hinzu kommt, dass die Bekämpfung des Drogenhandels und der damit im Zusammenhang stehenden Geldwäscherei teilweise andere Interessen verfolgt als gesundheitspolitisch motivierte Aktionen. Hier entzündet sich zum Beispiel die Frage nach der Strafbarkeit des Drogenkonsums, die polizeilich offenbar erwünscht ist, gesundheitspolitisch jedoch nicht.

Trotz dieser äusseren Einflüsse muss aus gesundheitspolitischer Sicht das Erreichen der beiden oben erwähnten Ziele im Mittelpunkt stehen – dies allerdings im Bewusstsein, dass Suchtverhalten nie völlig vermeidbar ist.

3. Das Vier-Säulen-Modell

Die bundesrätliche Drogenpolitik, die auf den vier Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression basiert, entspricht weitgehend den erwähnten gesundheitspolitischen Zielsetzungen und verdient deshalb grundsätzlich Unterstützung.

Mit geeigneten *Präventionsmassnahmen* lässt sich ein Einstieg in die Drogen in vielen Fällen vermeiden und durch Beratung und *Therapie* lässt sich der Ausstieg fördern. Vermeidung und Behandlung von Infektionen wie HIV, Hepatitis und Abszesse stehen im Vordergrund, wenn es darum geht, während der Abhängigkeitsphase die *gesundheitlichen Schäden so gering wie möglich zu halten*. Für jene Süchtigen, die nicht aussteigen wollen oder nicht aussteigen können, sind «Substitutionsprogramme» anzubieten. Im Bereich der *Schadensminderung*, meist etwas vereinfacht Überlebenshilfe genannt, sind auch soziale Integrationshilfen erforderlich.

Die *Repression* als letzte der vier Säulen gehört aus gesundheitspolitischer Sicht teilweise zur Prävention. Damit Suchtverhalten entsteht, braucht es sowohl die individuellen psychischen Voraussetzungen als auch die Verfügbarkeit des Suchtmittels. Es ist anzunehmen, dass Repression den Zugang zum Suchtmittel erschweren und damit präventiv wirken kann. Ergebnisse aus der wissenschaftlichen Begleituntersuchung des Rückführungszentrums Kaserne in Zürich lassen darauf schliessen, dass die Lettenschliessung – eine rein repressive Massnahme – tatsächlich eine präventive Wirkung hatte. Vor allem der starke Rückgang der aufgegriffenen Drogenkonsumenten nach der Lettenschliessung spricht eine deutliche Sprache: Wo keine offene Drogenszene ist, nimmt auch die Präsenz von Konsumentinnen und Konsumenten ab. (Abb. 1) Weniger offensichtlich, aber umso interessanter ist, dass der Anteil der Personen im Einstiegealter (< 24jährige) unter den aufgegriffenen Drogenabhängigen nach der Lettenschliessung merklich abnahm. (Abb. 2) Gleichzeitig verminderte sich der Anteil der Aufgegriffenen ohne dauernde Präsenz in der Drogenszene (Gelegenheitskonsumentinnen und -konsumenten) deutlich. Von den insgesamt aufgegriffenen Personen ohne oder mit nur kurzfristiger Szenenpräsenz wurden 49% in den 6^{1/2} Monaten vor der Lettenschliessung und September 95 (7^{1/2} Monate) und 23% zwischen Oktober 95 und Juni 96 (9 Monate) aufgegriffen. Zudem sank der Anteil der erstmals Aufgegriffenen an der Gesamteinweisungszahl im Rückführungszentrum Kaserne von ca. 50% in

der Zeit direkt vor der Lettenschliessung auf Werte unter 30% in den nachfolgenden Monaten. Diese Beobachtungen deuten darauf hin, dass Szenenschliessungen die Schwelle zum Drogengebrauch anheben und damit den Einstieg erschweren.

Der Unterschied zwischen den Situationen vor und nach der Lettenschliessung ist grundsätzlich verständlich. Eine offene Szene ist in doppeltem Sinn ein Anziehungspunkt. Der Supermarkt der Drogen übt nicht nur auf alle Drogenabhängige eine Sogwirkung aus, sondern auch auf potentielle Konsumenten und Konsumentinnen und solche die bereits einen Ausstieg geschafft haben. Eine Szene fasziniert zudem auch viele Jugendliche, die ein Erlebnis oder Happening suchen und dadurch erstmals in Kontakt mit Drogen geraten. Die Schliessung offener Szenen kann hier offensichtlich eine positive, das heisst konsumverhindernde Wirkung ausüben, mindestens für jene, die nicht zum harten Kern der Drogenszene zu zählen sind.

4. Regionalpolitische Aspekte des Drogenkonsums

4.1 Drogentourismus

Drogenpolitik ist bislang vor allem unter dem Aspekt der Probleme von Zentren wie Zürich, Bern und Olten mit ihren offenen Drogenszenen betrachtet und diskutiert worden. Weil die Städte ihrer Drogenprobleme nicht mehr Herr wurden, verlangten sie aus verständlichen Gründen eine Eindämmung des «Drogentourismus» aus dem Einzugsgebiet ihrer Agglomerationen. Die Rezepte, aus Sicht der Zentren, wurden gleich mitgeliefert. Man verlangte ein reichhaltiges Angebot an staatlichen Hilfeleistungen, wie Betreuungsprogramme, Gassenzimmer, Notschlafstellen, Heroinabgabeprogrammen sowie Arbeits- und Beschäftigungsprogramme in den Wohngemeinden der Süchtigen.

Solche Forderungen lassen sich in ländlich geprägten Kantonen, wie zum Beispiel im Aargau, bloss beschränkt umsetzen und sind oft auch nicht sinnvoll. 80% der Aargauer Drogenabhängigen schlafen zu Hause. In kleinen Städten und Dörfern ist daher der Bedarf an Unterkünften klein. Die Notschlafstelle Aarau, vom Stimmbürger gutgeheissen, musste wegen schlechter Belegung wieder geschlossen werden.

Tageseinrichtungen der Drogenhilfe sind nur in einem bevölkerungsreichen, geographisch engen Raum sinnvoll, in der Regel nur in grösseren städtischen Zentren. In kleineren Gemeinden kann eine betriebswirtschaftlich sinnvolle Grösse gar nicht erreicht werden, weil der Bedarf zu klein ist. Eine regionale Zusammenfassung von Tageseinrichtungen ist aus Gründen der Zugänglichkeit wenig sinnvoll. Dies gilt insbesondere auch für die betreute, wissenschaftlich begleitete Heroinabgabe. Ausserhalb der Zentren fehlt zudem im allgemeinen die Bereitschaft der Bevölkerung, ein «regionales Zentrum für Drogenabhängige» zu werden.

Im Zusammenhang mit dem Drogentourismus ist daran zu erinnern, dass die Drogenabhängigen dorthin gehen, wo der Stoff leicht erhältlich ist. Wegen den günstigen Verkehrsverbindungen zieht es zum Beispiel die Abhängigen aus dem Aargau je nach Region in die schnell erreichbaren Zentren Zürich, Basel oder Olten. Die beste Antwort auf die Problematik des Drogentourismus ist deshalb die Schliessung der offenen Szenen.

4.2 Künftige Konzepte

Aus regionalpolitischer Sicht und mit Blick auf die Verhinderung des Drogentourismus müssen künftige drogenpolitische Konzepte vor allem zwei Anforderungen genügen:

- Die Attraktivität der städtischen Zentren als Drogeneinkaufsplätze ist so tief als möglich zu halten. Dies bedingt, dass keine offenen Szenen geduldet werden.
- Die Programme für Prävention, Therapie und Überlebenshilfe sind so zu konzipieren, dass sie nicht nur auf die Bedürfnisse städtischer Zentren ausgerichtet sind, sondern auch den Anforderungen ländlich strukturierter Gegenden zu genügen vermögen.

5. Regionalpolitisch taugliche Umsetzung gesundheitspolitischer Massnahmen im Drogenbereich

5.1 Drogenprävention

Drogenprävention hängt eng mit den grundsätzlichen Anliegen der Gesundheitsförderung zusammen. Ziel der Drogenprävention muss das Stärken der gesunden Kräfte im Menschen sein. Diese *primäre Prävention* zielt auf die Erhaltung und Förderung der Gesundheit und beruht vorwiegend auf Information, Erziehung und Hinführen zu sinnvoller Freizeitgestaltung im direkten Kontakt mit Jugendlichen, Erziehern und der Öffentlichkeit. Die Primärprävention ist regionalpolitisch unproblematisch und lässt sich auch in ländlichen Gebieten gut organisieren. Hauptschwierigkeit der Primärprävention ist die Erfolgskontrolle. Denn der Erfolg jeder Prävention ist das «Nichtereignis», das Nichteintreten eines Schadenfalls.

Etwas schwieriger, aber immer noch möglich, ist in ländlichen Gebieten die Früherfassung von Suchtgefährdeten und die Früherkennung von Gefahren und manifesten Störungen, das heisst die *sekundäre Prävention*. Die Suchtprävention auf dieser Stufe strebt die Verhinderung des Kontakts mit Drogen an und versucht, ein weiteres Abgleiten in die Sucht und Verelendung zu verhindern. Weil es sich bei den Zielpersonen der sekundären Prävention in kleineren Gemeinden meist um Einzelfälle handelt, ist die nötige Sensibilisierung der Kontaktpersonen oft unzureichend und der Handlungsbe-

darf wird verkannt. In diesem Umfeld haben sich folgende Massnahmen der Sekundärprävention bereits bewährt:

- Die Einrichtung von regionalen Suchtpräventionsstellen zur Beratung von Angehörigen und Kontaktpersonen sowie zur Beratung, Betreuung und Frühbehandlung von Suchtgefährdeten.
- Die Schaffung stationärer Zentren für Kriseninterventionsprogramme.
- Die Rückführungsprogramme, welche es erlauben Neueinsteigerinnen und Neueinsteiger zu erfassen und einer geeigneten sekundärpräventiven Massnahme zuzuführen. Die Rückführungen führen zudem zu einer verstärkten Sensibilisierung der Verantwortlichen in den Wohngemeinden der Betroffenen.
- Die Schliessung offener Szenen zur Verminderung der Verfügbarkeit von Betäubungsmitteln. Die Reduktion des Angebots im Drogenmarkt hilft mit, den Einstieg in den Drogenkonsum zu erschweren.

Die Unterstützung von Eltern, Lehrkräften und LehrmeisterInnen als Bezugspersonen gefährdeter Jugendlicher ist ein wichtiger Teil der Sekundärprävention. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass sich die Zusammenarbeit mit den Eltern nicht immer leicht gestaltet. Grundsätzlich gilt jedoch, dass je früher die Intervention erfolgt, desto grösser die Chancen, den Absturz in die Drogenabhängigkeit zu vermeiden und dies bei geringerem psychischem, zeitlichem und finanziellem Aufwand, als in späteren Phasen der Sucht.

5.2 Therapie

Stationäre und ambulante Therapien sind grundsätzlich sowohl in städtischen wie auch in regionalen Zentren möglich. Eine Einschränkung muss allerdings bei der ambulanten Therapie gemacht werden: Therapien, welche eine tägliche Anreise erfordern, sind – auch wegen der oft mangelnden Disziplin und Belastbarkeit der Drogenabhängigen – in Regionalzentren kaum möglich.

Ein wachsendes Problem bei der stationären Therapie sind die Kosten, welche die finanziellen Möglichkeiten kleiner Gemeinden oft übersteigen. Dies führt zu einer merklichen Zurückhaltung bei der Bewilligung von Therapien oder sogar zur Weigerung von Gemeinden, die nötigen Kostengutsprachen zu leisten. Aus diesem Grund sind heute eher kostengünstige, nicht unbedingt kürzere, aber einfachere Therapien gefragt. Die Einführung eines innerkantonalen Kostenteilers, der die Belastung gleichmässiger verteilt und einen Selbstbehalt für den «Besteller» vorsieht, könnte diese Problematik entschärfen.

Mit Blick auf die Kostenproblematik drängt sich für die Zukunft kein Ausbau, aber ein Umbau des Therapieangebotes auf. Soweit als möglich sollten in Zukunft ambulante Therapien zum Zuge kommen, weil diese wesentlich kostengünstiger sind als ein stationärer Aufenthalt in einer Therapieeinrichtung. Allerdings darf dabei nicht übersehen werden, dass für eine beachtliche Zahl von Drogenabhängigen eine ambulante Therapie nicht in Frage kommt, sei es dass das vorhandene soziale Netz unzureichend ist, sei es dass der Schweregrad der Persönlichkeitsstörung eine stationäre Betreuung nötig macht.

Stationäre Behandlungen, wenn sie erfolgreich sein sollen, müssen auf die einzelne Patientin oder den einzelnen Patienten zugeschnitten sein. Neben anspruchsvollen eher kurzen Therapien mit hoher Eintrittsschwelle braucht es die klassischen Therapien von eineinhalb bis zweijähriger Dauer und solche, die eine Kombination mit Arbeitsmöglichkeiten bieten. Zusätzlich braucht es auch Einrichtungen in denen die Ausstiegswilligen volle Arbeit leisten und die eigentliche Therapie ausgelagert ist. Beim Einrichten von Therapiestationen ist auch wichtig, nicht nur intellektuell anspruchsvolle Therapien anzubieten, weil die wenigsten Drogenabhängigen eine höhere Schulbildung abgeschlossen haben. Diese individuellen Bedürfnisse sind auch zu berücksichtigen, wenn der Strafvollzug zugunsten einer Suchttherapie aufgeschoben wird.

Die Schaffung einer entsprechend breiten Palette von stationären Therapien überfordert insbesondere die kleineren Kantone. Die interkantonale Zusammenarbeit bei der Konzipierung von Therapieeinrichtungen muss deshalb ausgebaut werden. Eine solche Zusammenarbeit erlaubt es auch, trotz der abnehmenden Zahl von therapiewilligen Drogenabhängigen ein genügend breites Angebot aufrecht zu erhalten.

Kostendruck, Qualitätskontrolle sowie die Notwendigkeit der interkantonalen und regionalen Zusammenarbeit erfordern klar geregelte Leistungsverträge zwischen den Anbietern von Therapieleistungen und der öffentlichen Hand. Solche Leistungsverträge wurden kürzlich im Kanton Aargau abgeschlossen. Ziel dieser Verträge ist:

- Die Schaffung von klaren Abmachungen zwischen der öffentlichen Hand als Auftraggeberin und den privaten Trägerschaften.
- Die gezielte Steuerung und Lenkung der Angebote durch Leistungsaufträge.
- Die Überprüfung der Zielerreichung in qualitativer (Controlling) und quantitativer (Datenerhebung) Hinsicht.
- Die Stärkung der Koordination und Planung in der Suchthilfe, um die beschränkten Mittel gezielt und wirkungsvoll einzusetzen.

5.3 Schadensminderung oder «Überlebenshilfe»

Der Bereich der Überlebenshilfe bringt aus regionalpolitischer Sicht die grössten Probleme mit sich. Notschlafstellen, Spritzenautomaten, Beschäftigungsprogramme, Abgabe von Heroin, Gassenzimmer und ähnliche Einrichtungen können nicht in jedem Dorf angeboten werden. Die Regionalisierung stösst jedoch auf Schwierigkeiten. Weil es bei den Angeboten der Überlebenshilfe nicht um Entzug und Therapie mit dem Ziel der Drogenabstinenz geht, hat die Bevölkerung Angst vor der Bildung lokaler Drogenszenen. Die Akzeptanz von Angeboten der Überlebenshilfe ist deshalb bei der Bevölkerung noch kleiner als bei Therapieeinrichtungen.

Aufgrund dieser Situation sind ausserhalb der grossen Zentren keine institutionellen, sondern nur individualisierte Angebote möglich. Die Drogenhilfe muss die vorhandene Infrastruktur nutzen. Die Spritzenabgabe zur HIV- und Hepatitis-Prophylaxe und die Abgabe von Methadon kann durch Apotheken und Beratungsstellen erfolgen. Speziell zugelassene Ärzte könnten, soweit überhaupt erwünscht, Heroin abgeben. Die Betreuung der Süchtigen muss soweit als möglich innerhalb des angestammten sozialen Netzes erfolgen, mit Unterstützung durch lokale Sozialbehörden und durch regionale Beratungsstellen, die entsprechend zu dotieren sind.

Für verwahrloste Drogenabhängige ist die Praxis des fürsorgerischen Freiheitsentzugs zu überprüfen und anzupassen. Bisherige Erfahrungen mit dem Instrument des fürsorgerischen Freiheitsentzugs bei Drogenabhängigen sind widersprüchlich. Es scheint jedoch, dass dieser für den Bereich des Entzugs zumindest nicht schlechtere Ergebnisse zeitigt als der freiwillige Entzug. Für die eigentliche Therapie dürfte der fürsorgerische Freiheitsentzug allerdings kaum in Frage kommen.

Trotz aller Bemühungen im Bereich der Überlebenshilfe wird sich in der alltäglichen Praxis jedoch letztlich die Einsicht durchsetzen müssen, dass wir jenen nicht helfen können, die sich nicht helfen lassen wollen.

5.4 Repression

Im Rahmen gesundheitspolitischer Zielsetzungen ist Repression nur als Beitrag zur Prävention sinnvoll. Sie soll den Zugang zu illegalen Suchtmitteln erschweren und die Erfassung von Neueinsteigern erleichtern. Die Strafbarkeit des Drogenkonsums ist gesundheitspolitisch gesehen von untergeordneter Bedeutung. Eine Untersuchung der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) in Lausanne zur Anwendung von Ecstasy belegt, dass

anfänglich 70–80% der Raver zu Ecstasy-Tabletten griffen. Heute sind es noch um die 20%. Bemerkenswert ist die Erkenntnis, dass nicht das Konsumverbot, sondern das Gesundheitsrisiko der Pille Jugendliche am Gebrauch der synthetischen Droge hindern. Nur 1,2% lassen sich vom Verbot beeindrucken. Das ist ein wichtiger Hinweis dafür, dass die Strategie einer umfassenden Gesundheitsförderung bei der Prävention des Suchtmittelmissbrauchs richtig ist.

6. Schlussfolgerungen und Zusammenfassung

Eine künftige Drogenpolitik muss in erster Linie darauf ausgerichtet sein, *Suchtverhalten bei Jugendlichen zu vermeiden*. Dieses Ziel beschränkt sich nicht auf die illegalen Drogen und verlangt eine *ganzheitliche Prävention*. Es geht darum, die gesunden Kräfte und die Konfliktfähigkeit jedes und jeder Einzelnen zu stärken sowie die mitmenschlichen Beziehungen zu fördern.

Die *Verantwortung* zur Förderung und Einübung von Sozialkompetenz und Selbstkompetenz und zur Gesundheitserziehung im engeren Sinne liegt einerseits bei den Familien, andererseits bei den Kantonen und Gemeinden. Diese müssen über Schule, Jugendarbeit, Sportaktivitäten und durch ein positives soziales Umfeld die nötigen Impulse geben.

Weil die Entwicklung von Jugendlichen immer auch Krisen miteinschliessen kann, sind zudem die erwähnten Instrumente der *Sekundärprävention* für gefährdete Jugendliche energischer als bisher zu fördern und einzusetzen. Alle diese Bemühungen sind durch eine drastisch reduzierte Zugänglichkeit, insbesondere von harten Drogen, zu stützen.

Sämtliche Instrumente der Therapie und der Überlebenshilfe sind darauf auszurichten, den Drogenabhängigen den Ausstieg aus der Drogensucht zu ermöglichen. Dabei darf allerdings nicht übersehen

werden, dass dieses Ziel oft nur über Umwege zu erreichen ist. Genauso wie viele Wege in die Sucht hinein führen, braucht es auch ein diversifiziertes Angebot an Wegen aus der Sucht heraus. Dabei kann während längeren Phasen das Prinzip der Schadensbegrenzung Vorrang haben. Bei der Bereitstellung der Infrastruktur ist auf die nötige Flexibilität zu achten, weil sich die Bedürfnisse gerade in den Bereichen von Therapie und Überlebenshilfe rasch ändern können.

Gleichzeitig muss bedacht werden, dass sich Vorgehensweisen, die sich im städtischen Umfeld bewährt haben, nicht ohne weiteres auf ländliche Gegenden übertragen lassen. Für die Betreuung von Drogenabhängigen, die einer Therapie nicht oder noch nicht zugänglich sind, sind deshalb in *ländlichen Gebieten* neue individualisierte Formen der Betreuung und Begleitung zu entwickeln oder zu verstärken. Solche Massnahmen sind auch ein Beitrag an die Entlastung der städtischen Zentren.

Die genannten Anforderungen an eine gesundheits- und regionalpolitisch sinnvolle Drogenpolitik können im wesentlichen ohne Revision des Betäubungsmittelgesetzes verwirklicht werden. Einzelne Revisionspostulate, wie zum Beispiel die Aufhebung der Strafbarkeit des Drogenkonsums oder die Möglichkeit der Heroinabgabe an Schwerstsüchtige, könnten sich jedoch möglicherweise positiv auswirken. Bei einer Revision des Betäubungsmittelgesetzes ist aber auf alle Änderungen zu verzichten, welche dem gesundheitspolitischen Grundziel der Suchtprävention zuwider laufen. Vor allem ist auf Änderungen zu verzichten, welche die Zugänglichkeit von harten oder weichen Drogen erhöhen und damit die Gefahr des Einstiegs in die illegalen Drogen erhöhen.

Suchtverhalten hat es immer gegeben und wird es immer geben. Die meisten Gesellschaften, auch unsere eigene, haben jedoch Normen und Verhaltensweisen entwickelt, welche die gesundheitlichen und sozialen Gefahren des Suchtmittelkonsums in Grenzen halten. Die Suchtproblematik wird sich nicht lösen, wenn wir diese Normen

über Bord werfen. Normen dürfen aber auch nicht dazu führen, das Problem, das sie eingrenzen wollen, zu verschlimmern. Dieser gesellschafts- und gesundheitspolitischen Gratwanderung haben sich die Verantwortlichen im Bereich der Drogenproblematik auch in Zukunft zu stellen.

Abb. 1: Total Zuführungen und zugeführte Personen pro Monat seit Aug. 94 bis Jan. 97: Nach der Letten-Schliessung nimmt die Zahl der aufgegriffenen Konsumentinnen und Konsumenten tendenziell ab.

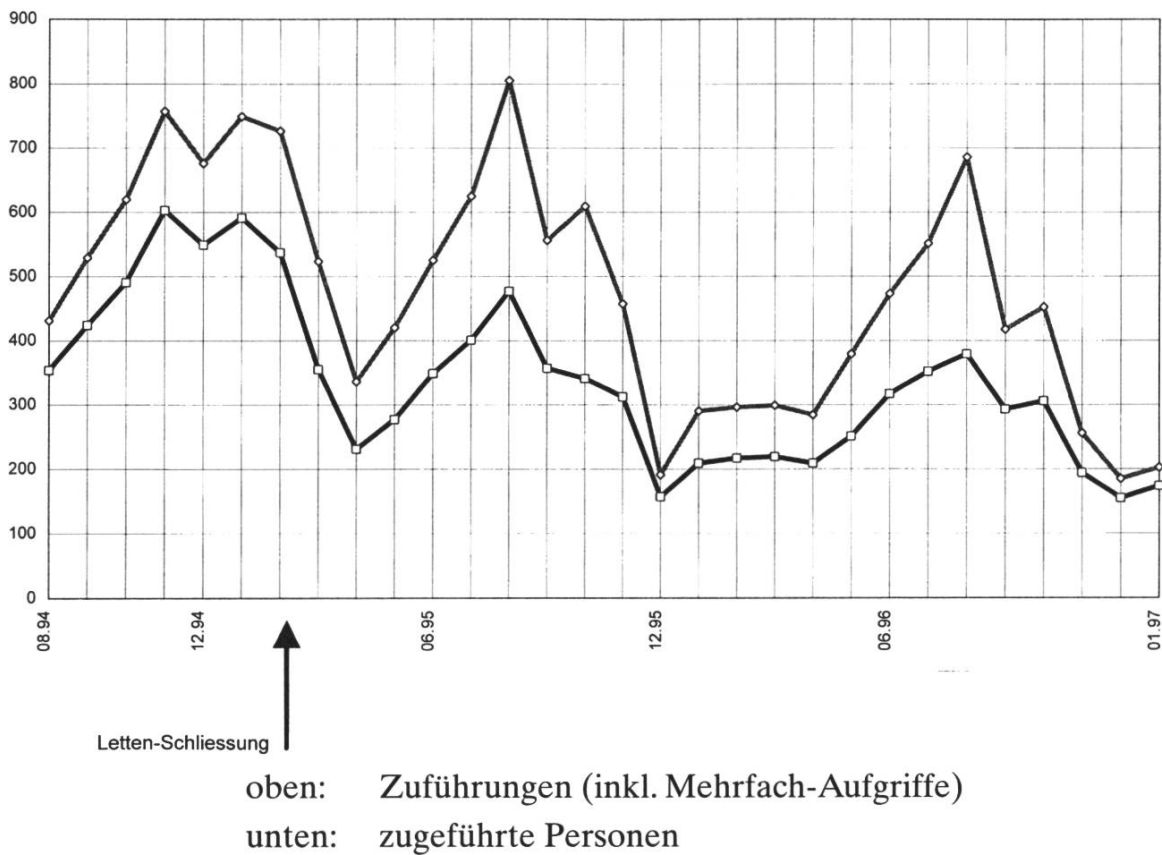
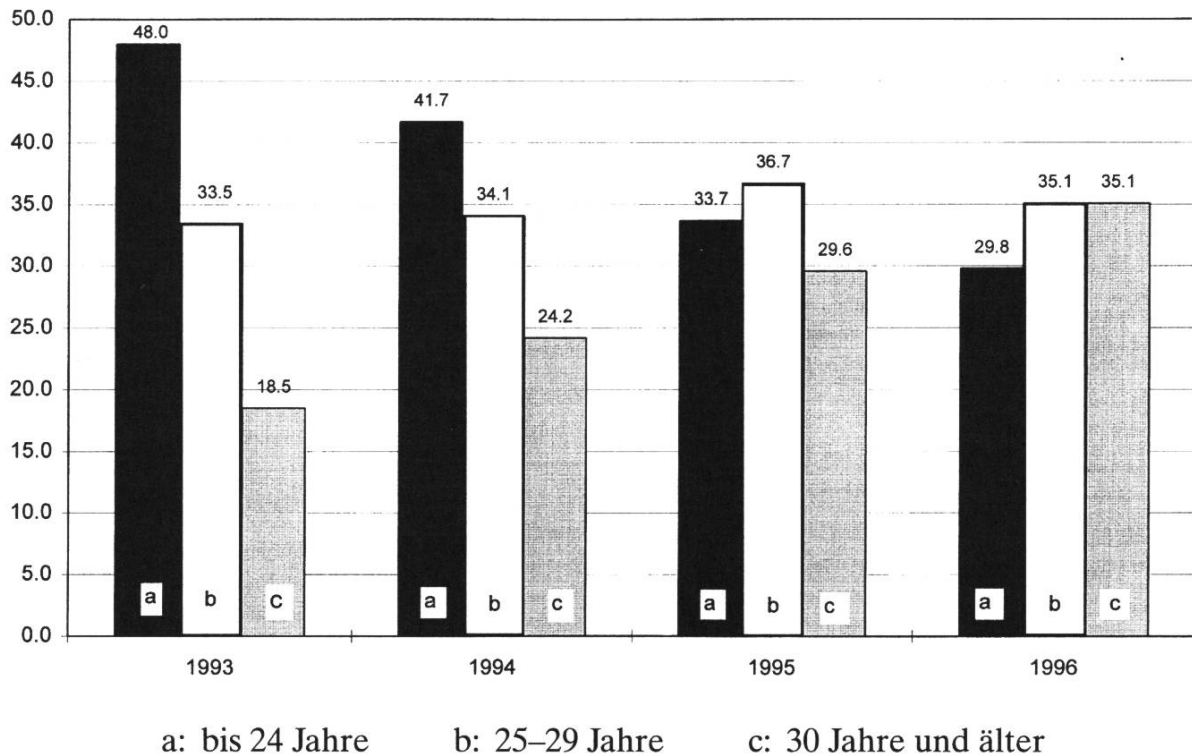


Abb. 2: Alter der zugeführten Personen pro Monat (in %-Anteil): Der Anteil der Personen im Einsteigealter (<24 Jahre) nimmt gegenüber älteren Abhängigen ab.



Literatur

Evaluation «Vermittlungs- und Rückführungszentrum Zürich Kaserne» (VRZK).

Bericht «Schweiz. Fachstelle für Alkohol- und andere Suchtprobleme» (SFA) über Ecstasy.