

Referendum Teilrevision BetmG

Argumentarium – unter spezieller Berücksichtigung der medizinischen Aspekte

1. Ausgangslage

Die Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG) wurde von den eidgenössischen Räten gutgeheissen. Im Nationalrat mit 108 zu 65 Stimmen, im Ständerat sogar einstimmig.

Aufgrund schwerwiegender Mängel des Gesetzesentwurfs kündigt die EDU das Referendum an und wird dabei von der SVP und etlichen abstinenzorientierten Organisationen unterstützt. Am 10. Juli 2008 werden durch das Referendumskomitee 51'969 gültige Unterschriften eingereicht.

1.1. Befürworter im Vorfeld des Referendums

Schon die Debatte im Parlament zeigt eine eindrückliche ideologische Spaltung in Sachen Drogenpolitik, wobei sich eine links-liberale Mehrheit abzeichnete. Die Minderheitsanträge der rechts-bürgerlichen Position bleiben mehrheitlich chancenlos.¹

1.2. Gegner im Vorfeld des Referendums

Etliche Schweizer Suchtfachleute, darunter Vertreter der „Nationalen Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (NAS-CPD)“, die rund 30 Organisationen aus dem Suchtbereich vereinigt² und des „Bundesamtes für Gesundheit (BAG)“ äusserten sich befriedigt, dass dadurch die „erfolgreiche Schweizer Drogenpolitik“ endlich im Gesetz verankert werden könne. Ihrer Meinung nach könne bei einem allfälligen Referendum auch das Volk für diese Vorlage gewonnen werden, da dies in Drogenfragen bisher stets den ausgeglichenen Weg beschritten habe, was frühere Abstimmungen deutlich zeigten (siehe 1.3.).

Das deutliche Votum des Nationalrates für die Teilrevision des BetmG sei ein grosser Erfolg für die „pragmatische Schweizer Drogenpolitik“ und eine klare Absage an „ideologisches Schwarz-Weiss-Denken“, meinte Bruno Erni vom „Fachverband Sucht“ bereits nach der Schlussabstimmung der grossen Kammer.³

1.3. Frühere drogenpolitische Abstimmungen

Die drei wichtigsten drogenpolitischen Abstimmungen waren:

- „Jugend ohne Drogen“ - am 28.9.97 mit **70% Nein** verworfen
- „DroLeg“ - am 29.11.98 mit **74% Nein** verworfen
- „Bundesbeschluss zur heroingestützten Behandlung“ - am 13.6.99 mit **54% Ja** angenommen.

¹ Wortprotokolle auf www.parlament.ch

² NAS-CPD, Medienmitteilung vom 20.3.2008

³ Fachverband Sucht; Medienmitteilung vom 20.12.06

Die VOX-Analyse zeigt, dass bei „**Jugend ohne Drogen**“ die fast einstimmige Ablehnung im linken politischen Spektrum, die Nein-Tendenz in der politischen Mitte, sowie das ausgewogene Stimmverhalten auf der rechten Seite ausschlaggebend war. Daneben zeigte sich ein ausgeprägter Generationenkonflikt mit fast einstimmiger Ablehnung bei den jüngeren Wählern. Auffällig war ausserdem eine Mobilisierung der Kirchgänger, welche die Initiative mehrheitlich annahm. Die Analyse der Beweggründe erlaubt es, davon auszugehen, dass die Befürworter der Initiative sich vor allem gegen die Abgabe von Betäubungsmitteln stellten, ohne jedoch einer grösseren Repression das Wort zu sprechen. Diejenigen, die die Initiative ablehnten, sprachen vor allem auf die Argumente an, welche die Initiative als zu restriktiv, den Drogenproblemen schlecht angepasst und kontraproduktiv darstellten, sie sprachen sich aber auch mit einer knappen Mehrheit für eine schrittweise Drogenliberalisierung aus. Insgesamt haben die Gegner einer Liberalisierung aber noch einen Vorsprung von zehn Punkten auf letzteren. Es zeigte sich, dass die gegenwärtige Drogenpolitik des Bundesrates als einzige allgemein Anklang findet, da offenbar heute weder die Liberalisierung noch die Repression beim Volk mehrheitlich auf Zustimmung stossen würden.⁴

Die VOX-Analyse der „**Droleg-Initiative**“ zeigte hingegen eine grosse soziale und politische Homogenität hinsichtlich der Ablehnung einer Liberalisierung von Drogen. Wie bei anderen drogenpolitischen Vorlagen zeigte sich ein Generationskonflikt; der Gegensatz zwischen dem Abstimmungsergebnis der jüngsten und der ältesten Teilnehmer ist konsequent. Die Atheisten, die deutschsprachigen Schweizer und die Bewohner der Grossstädte waren sensibler für das Thema der Liberalisierung von Rauschmitteln als andere. Dennoch hat die Vorlage nicht wie 1997 bei der Abstimmung über "Jugend ohne Drogen" zu einer starken Polarisierung der politischen Szene gesorgt. Die Position der Befragten auch der Achse links-rechts hatte nur schwachen Einfluss auf das Abstimmungsverhalten. Die Trennungslinie zwischen ‚Ja‘ und ‚Nein‘ spaltete die Linke von der extremen Linken, und die Mitglieder der Sozialdemokratischen Partei zogen es eher vor, Bundesrätin Ruth Dreifuss zu folgen, denn auf die Parole der Parteileitung zu hören. Die resolute Gegnerschaft der Initiative fanden sich in den Reihen derer, die bereits eine starke Armee begrüssen - die Befürworter der öffentlichen Ordnung und die Anhänger eines starken Staates. Die Anhänger der Initiative begründeten ihre Haltung aufgrund einer normativen Überzeugung. Die Gegner der Liberalisierung von Drogen ergingen sich in pragmatischen Reflexionen. Man fürchtete die verhängnisvollen Auswirkungen einer solchen Politik auf die Gesellschaft. Die Argumente des Bundesrates konnten jedoch überzeugen. Sie wurden als glaubwürdig eingestuft und hatten einen entscheidenden Einfluss auf den Ausgang der Abstimmung.⁵

Die VOX-Analyse zum **Bundesbeschluss zur ärztlich verschriebenen Heroinabgabe** lieferte mit einem Ja-Anteil von 54.3 Prozent ein relativ knappes Ergebnis. Leichte Differenzierungen gab es zwischen jenen, die sich mit den Vorlagen gut resp. schlecht auskannten, und zwischen den Sprachregionen, welche unterschiedliche Sensibilitäten der deutschsprachigen bzw. francophonen Schweiz in dieser Frage reflektieren. Darüber hinaus kam es aber zu einer starken Polarisierung im Links/Rechts-Spektrum. So haben die Linke und die Anhänger ihrer Parteien die Vorlage weitgehend gutgeheissen, während die Rechte und dort insbesondere die Basis der SVP dagegen stimmten; ausschlaggebend war schliesslich die mehrheitliche Zustimmung zur Neuerung in der politischen Mitte, namentlich bei den Anhänger der FDP und CVP. Meinungsbildend bei dieser Abstimmung waren pragmatische Motive, vor allem zur Wirksamkeit des Instrumentes und den positiven Folgen der ärztlich verschriebenen Heroinabgabe für die Gesundheit. Damit waren nicht mehr prinzipielle Überzeugungen massgeblich wie noch bei den Volksabstimmungen zur "Droleg"- oder zur "Jugend ohne Drogen"-Initiative. Dennoch gleicht das Ergebnis der Abstimmung in vielem umgekehrt jenem,

⁴ VOX-Analyse des gfs-Institutes Bern zu „Jugend ohne Drogen“

⁵ VOX-Analyse des gfs-Institutes Bern zu „Droleg“

das bei letzter Abstimmung beobachtet werden konnten. So verteilten sich die Stimmen der Parteiläufer mit ähnlicher Distanz zu beiden Vorlagen. Aus der Sicht der Bundesräte ergibt sich ein teilweise geglückter Test, hatte dieser doch die klare Verwerfung der beiden oppositionellen Volksinitiativen als Unterstützung des Dritten Weges in der Drogenpolitik verstanden, den die Bundesbehörden in den 90er Jahren gingen. Eine Relativierung ergibt sich nun insofern, als bei einer konkreten Zustimmung zum Programm der "Vier Säulen" in der Drogenpolitik die befürwortende Mehrheit nur relativ knapp ausfiel.⁶

1.4. Die Schweizer Drogenpolitik im Rückblick

Das Drehbuch der Schweizer Drogenpolitik liest sich wie ein Kriminalroman. Insbesondere in den Städten Zürich und Bern schlug die Drogenproblematik durch das Entstehen *offener Drogenszenen* hohe Wellen und belegte im Sorgenbarometer der Schweizer Bevölkerung bald einen Spitzenplatz.⁷ Anfangs der 80er Jahre setzte diese Entwicklung ein und erreichte 1986 bis 92 einen traurigen Höhepunkt im Platzspitz (dem sog. „Needle Park“), dann 1993 bis 95 im Bahnhof Letten. Damals lebten 25% der Schweizer Heroinkonsumenten in Zürich!⁸

Die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) wurde erstmals 1994 bis 1996 im Rahmen einer nationalen Kohortenstudie erprobt. Die HeGeBe wurde daraufhin 1998 per dringlichem Bundesbeschluss und 1999 durch den Souverän verlängert. 2003 wurde die HeGeBe durch das Parlament bis 2009 verlängert.

Erwähnenswert sind die vom Bundesrat in der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999 festgelegten **Ziele**:

- Eine anhaltende therapeutische Einbindung
- die Verbesserung des physischen oder psychischen Gesundheitszustandes
- die Verbesserung der sozialen Integration (Arbeitsfähigkeit, Distanzierung von der Drogenszene, Abbau deliktischen Verhaltens)
- dauerhafter Verzicht auf Opiatkonsum als langfristiges Ziel

Sowie die **Aufnahmekriterien**:

- Mindestalter 18
- schwere Heroinabhängigkeit seit mindestens zwei Jahren
- mindestens zwei abgebrochene oder erfolglos absolvierte Behandlungsversuche mit einer anerkannten Methode
- Defizite im somatischen, psychischen oder sozialen Bereich

Die HeGeBe sollte dabei in keiner Weise andere Therapien, die direkt auf Abstinenz ausgerichtet sind, ersetzen.

Weiter wurde der Einsatz von Diacetylmorphin(DAM)-Tabletten, sowie Methylphenidat (Ritalin) untersucht. Letzteres kombiniert mit kognitiver Verhaltenstherapie und mit dem Ziel den Kokainkonsum zu reduzieren. Die Studien zeigten aber keinen Nutzen dieser Behandlung.⁹

⁶ VOX-Analyse des gfs-Institutes Bern zur „Heroinabgabe“

⁷ Forschungsinstitut gfs Bern – Sorgenbarometer

⁸ C. Nordt, R. Strohler. Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: a treatment case register analysis. The Lancet 2006; 367: 1830-34

⁹ FAQ zur HeGeBe. BAG-Publikation 2006

3. Pro und Contra Referendum

2.1. Hauptargumente der Befürworter

Die folgenden Ausführungen entsprechen dem Text im Bundesbüchlein:

Die Schweizer Drogenpolitik ist keine Erfolgsgeschichte: Immer mehr Drogen und mehr Abhängige. Seit 20 Jahren steht sie in krassem Widerspruch zum Rest der Welt: Kein Land war und ist bereit, den Weg der Rauschgiftlegalisierung - wie sie mit der vorliegenden Gesetzesänderung vorgeschlagen wird - zu gehen. Auch der Suchtstoffkontrollrat der UNO (INCB) weist in seiner Publikation jegliche Art von staatlich gefördertem Rauschgiftkonsum zurück.

Bereits heute bezahlen wir allein für den Suchtstoff an 1'300 Heroinsüchtige und rund 20'000 Methadonbezogener 130 Millionen CHF im Jahr mit unseren Krankenkassenprämien. Die IV bezahlt jährlich weit über 100 Millionen CHF für mehrere tausend teil- und vollinvalide Rauschgiftabhängige. Für eine suchtkranke - aber grundsätzlich heilbare - Minderheit von 40'000 Personen bezahlen wir jährlich über 4 Milliarden CHF mit unseren Steuern, Sozialabgaben und Prämien. Abstinenzorientierte Therapieplätze mussten hingegen aus Kostengründen geschlossen werden.

Das ist das Resultat der bisherigen Schweizer Drogenpolitik – ein milliardenschweres, gescheitertes und menschenunwürdiges Experiment!

Das revidierte Betäubungsmittelgesetz würde zu einer beträchtlichen Ausweitung der Betäubungsmittelabgabe führen und so eine Fortführung dieser verfehlten Drogenpolitik bedeuten. Die Kantone würden verpflichtet, „Fixerstübli“ zu errichten, um den Konsum zu gewährleisten, was den illegalen Drogenhandel anzieht und fördert. Die Strafbestimmungen würden derart aufgeweicht, dass die Arbeit der Polizei weiter erschwert würde. Das bestehende Gesetz erlaubt daher auch einen besseren Jugendschutz. Abstinenzorientierte Therapieansätze und eine vernünftige Repression verhindern hingegen das Entstehen neuer offener Drogenszenen.

Ziel ist: Die Anzahl der Rauschgiftsüchtigen zu senken und den Einstieg in die Sucht möglichst zu verhindern. Neben echter Hilfeleistung für die suchtkranken Menschen haben Abstinenz und Prävention daher Priorität.

2.2. Hauptargumente der Gegner

Die folgenden Ausführungen entsprechen einem Mediencommuniqué vom 10. Juli 2008 unter dem Titel „Drogenpolitik: Bewährte Lösungen verankern“¹⁰

Seit Jahren baut die Drogenpolitik auf die vier Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Die Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes stellt diese nachweislich wirksame Vier-Säulen-Politik nun auf ein solides Fundament. Ein nationales Komitee aus 27 Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Jugend- und Elternorganisationen sagt mit Bundesrat und Parlament Ja zur gesetzlichen Verankerung. Sie bedauern, dass religiös-fundamentalistische Eiferer mit ihrem Referendum einen Rückschritt in die Zeit der offenen Drogenszenen provozieren wollen.

¹⁰ Mediencommuniqué des Komitees „Ja zum revidierten BetmG“ vom 10.7.2008

Elend, Dreck, Leid und Tod: Die Bilder der offenen Drogenszene auf dem Zürcher Platzspitz gingen anfangs der 90er-Jahre um die Welt. Das «Drogenproblem» stand ganz oben im Schweizer Sorgenbarometer. Die Wende brachte die «Vier-Säulen-Politik»: Sie ermöglichte das kluge Zusammenspiel von Prävention, Therapie, Überlebenshilfe/Schadenminderung und Repression. Mit der heroingestützten Behandlung wählte die Schweiz einen neuen Ansatz, der rasch Wirkung erzielte.

Auch die Beschaffungskriminalität ging massiv zurück. Heute ist die Situation stabil. Die Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes soll nun die Vier-Säulen-Politik und ihre Errungenschaften gesetzlich verankern. Sie wurde im März 2008 von den Eidgenössischen Räten mit grossem Mehr von FDP, CVP, SP und Grünen angenommen. Nur die äusserste Rechte wehrt sich gegen die Vorlage und ergriff das Referendum.

Ein Komitee aus 27 Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Jugendorganisationen engagiert sich für die Teilrevision des Betäubungsmittelgesetzes und tritt heute zum ersten Mal an die Öffentlichkeit. Die Allianz ist breit und umfasst beispielsweise die FMH, Pro Juventute, den Verband Schweizerischer Polizeibeamter, den Dachverband der Lehrerinnen und Lehrer (LCH), die Eltern- und Angehörigenvereinigungen Drogenabhängiger (VEV-DAJ), die Fachgesellschaften, die vereinigten Kantonsärztinnen und -ärzte wie auch den Verein christlicher Fachleute im Rehabilitations- und Drogenbereich (VCRD).

Die Allianz stellt drei Argumente für das Ja zur BetmG-Teilrevision in den Vordergrund:

1. Das revidierte Betäubungsmittelgesetz schafft Sicherheit

Das teilrevidierte Gesetz sichert das Zusammenwirken von polizeilichen, medizinischen und sozialarbeiterischen Massnahmen. Die Schweiz verfügt heute über ein breites Therapieangebot. Die Institutionen für stationäre Suchttherapie bieten etwa 1'500 Plätze für abhängige Menschen an. Dabei wird der Fokus auf die Rehabilitation und Integration in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Bildung und Freizeit gelegt. Im ambulanten Bereich gibt es diverse Institutionen und Programme. Gegenwärtig befinden sich etwa 17'500 Heroinabhängige in einer methadongestützten, 1'300 in einer heroingestützten Behandlung. Die ärztliche Verschreibung von Heroin an langjährige Schwerstsüchtige wurde 1992 mit einem dringenden Bundesbeschluss ermöglicht – und entwickelte sich zum international beachteten Erfolgsmodell. Das teilrevidierte Gesetz verankert diese Therapieform. Alle diese Therapiemöglichkeiten stabilisieren Schwerstsüchtige, ermöglichen mehr Selbstbestimmung und ebnen den Weg zurück in die Gesellschaft.

2. Das revidierte Betäubungsmittelgesetz stärkt die Zusammenarbeit

Suchtarbeit muss dort geplant werden, wo der Bedarf besteht: vor Ort, in den Kantonen und Gemeinden. Damit die beschränkten Mittel bestmöglich genutzt werden können, braucht es aber den Bund, der die Gesamtsicht ermöglicht. Er koordiniert die Forschung, gewährleistet die kontinuierliche Weiterbildung, überwacht die grossen Entwicklungen und treibt die Qualitätssicherung der Angebote voran. Das revidierte Betäubungsmittelgesetz klärt die Schnittstellen und Verantwortlichkeiten zugunsten einer vorausschauenden, wirksamen Suchthilfe. Es verankert die bewährte Aufgabenverteilung und ermöglicht eine verbesserte Feinabstimmung.

3. Das revidierte Betäubungsmittelgesetz schützt die Schwachen

Die BetmG-Teilrevision setzt daneben einen Akzent auf den Kinder- und Jugendschutz. Kinder und Jugendliche haben heute immer früher mit Suchtmitteln Kontakt. Darauf muss die Politik reagieren – auch, aber nicht nur mit Verboten. Das revidierte Betäubungsmittelgesetz setzt die Prävention ins Zentrum und stärkt die Repression dort, wo sie nötig ist – beispielsweise mit

einer härteren Bestrafung des Drogenhandels im Umfeld von Ausbildungsstätten. Dank einer speziell auf Kinder und Jugendliche ausgerichteten Früherkennung können Lehrpersonen und andere erwachsene Bezugspersonen rasch auf Anzeichen von Suchtproblemen reagieren.

2.3. Aktuelle politische Diskussion

Diese ist geprägt durch eine eindrückliche *ideologische Spaltung*, die kaum überwindbar scheint. Gegenseitig wirft man sich menschenverachtende Politik vor.

Die abstinenzorientierte Haltung ist zu weiten Teilen mit dem Prinzip der Schadensminderung nicht vereinbar und aus normativen Überlegungen sollte die staatliche Betäubungsmittelabgabe – wenn überhaupt – höchstens als Schadenminderung, nicht aber als Therapie eingestuft werden.

Auf Seiten der Drogenliberalisierer wird versucht, das Abstinenzziel als „fundamentalistisches Hardlinertum“ in eine extremistische Ecke abzurängen.¹¹ Von gewissen Exponenten wurde sogar propagiert, das Abstinenzziel als „gefährliches Experiment“ einzustufen und aufzugeben.¹²

3 Standortbestimmung im Suchtbereich

3.1. Verunsicherung

Momentan herrscht im Suchtbereich eine grosse Verunsicherung. Nachdem sich das Drogenproblem in der Schweiz zumindest vordergründig in den letzten 10 Jahren etwas entschärft hat, sind die Drogenfachleute neu mit enormen Problemen konfrontiert. Insbesondere die Änderung des Konsumverhaltens hin zum Mehrfachkonsum (Polytoxikomanie) erweist sich zusehends als die grosse Herausforderung im Suchtbereich. Auch die Kontakt- und Anlaufstellen („Fixerstübli“) ziehen Nebenerscheinungen nach sich, welche den Drogenkonsum nachweislich direkt fördern.

3.2. Polytoxikomanie

Im Rahmen der Polytoxikomanie konsumieren die Abhängigen neben der „legalen“ Methadon- und Heroinabgabe in zunehmendem, bis teilweise *exzessivem Ausmass* andere illegale Drogen, v.a. Kokain und Amphetamine aber auch Alkohol und Benzodiazepine, letztere nicht selten auf ärztliche Verordnung. Insbesondere der Benzodiazepinkonsum bewirkt eine derartige psychosoziale Beeinträchtigung bis hin zu manifesten Persönlichkeitsstörungen, dass die Klienten einer psychotherapeutischen Behandlung kaum mehr zugänglich sind.¹³ In der Berner Abgabestelle „KODA“ konsumieren schätzungsweise 60% der Klienten zusätzlich Kokain, so dass sogar dessen Leiterin und GFL-Politikerin Barbara Mühlheim nach mehr Repression verlangte.¹⁴ Die Gründe für diese Entwicklung sind sicher vielfältig. Besonders die Tatsache, dass durch die reguläre Methadon- und Heroinabgabe das „Flash“ (oder „der Knall“) allmählich abflacht, dürfte das Verlangen nach intensiveren Drogenenerlebnissen fördern, was bei Kokain jederzeit und mehrmals täglich möglich ist.

¹¹ NASUKO 2007. 6./7. September in Bern. Abhängigkeiten 3/2007, ISPA Press Lausanne

¹² Tagesanzeiger, 13.8.2007. Drogenärzte geben Abstinenz als Ziel der Suchttherapie auf.

¹³ Persönliche Aussagen eines ärztlichen Leiters einer Heroinabgabestelle im Kanton Bern

¹⁴ Der Bund, 23.2.2004. Heroinabgabe im Kokainstress. Die Leiterin der KODA Barbara Mühlheim im Gespräch.

3.3. Kontakt- und Anlaufstellen

Die Entwicklung der sogenannten „Fixerstübli“ (neu Kontakt- und Anlaufstelle K&A) rechtfertigt eine separate Betrachtung. Erfahrungen aus Bern, Basel und Luzern zeigen, dass neben der medizinischen und psychosozialen Betreuung und der Abgabe von sauberem Injektionsmaterial ebenfalls laufende Anpassungen an neue Konsumformen gemacht werden müssen. Die Betreiber beklagen diesbezüglich etliche ungelöste Probleme im Zusammenhang mit dem Mehrfachkonsum, wobei insbesondere der unkontrollierte Konsum von Kokain zu deutlich mehr Aggressivität in den K&A beigetragen habe. Interessant ist die Beobachtung, dass der inhalative Konsum harter Drogen deutlich zugenommen habe und dass es kaum mehr reine Heroinkonsumenten gebe. Hektik, Durchsetzung der Hausordnung und aggressives Verhalten stellten zunehmend hohe Anforderungen an das oft überforderte Personal. Besorgniserregend sei einerseits die Häufung von substituierten Drogenkonsumenten, die in der K&A nicht selten aus „Langeweile“ ihren Beikonsum tätigten, andererseits eine neue Gruppe von sehr jungen Drogenkonsumenten, welche in der Umgebung der K&A ihren Stoff besorgen ohne von der K&A selber Gebrauch zu machen!¹⁵

3.4. Offene Drogenszenen

Seitens der Referendumsgegner wird immer wieder betont, dass die Vier-Säulen-Politik die Grundlage zur Schliessung der offenen Drogenszene bereitet habe. Dieser Umstand ist objektiv betrachtet ebenso umstritten, wie die Entstehungsgeschichte dieser Plätze. Fest steht, dass der Entstehung offener Drogenszenen durch politische Unentschlossenheit derart Vorschub geleistet wurde, dass die Repression später allein nicht mehr greifen konnte. Besonders die Szene am „Letten“ hat völlig eigendynamisch derart griffige Strukturen entwickelt, dass sie trotz massivstem Polizeiaufgebot nicht mehr aufgelöst werden konnte. Letztendlich hat das konzeptlose Betreuungsangebot der sog. „aufsuchenden Drogenarbeit“ mitgeholfen diese öffentliche Verelendung aufrecht zu erhalten.¹⁶

Dass die offenen Drogenszenen mehrheitlich verschwunden sind, ist eine erfreuliche Tatsache, jedoch bewegt sich die Drogenproblematik neu in der Anonymität von Privatwohnungen. Sanitätspersonal und Polizeibeamte berichten von teilweise verheerenden Zuständen in solchen Wohnungen. Das Drogenelend hat also kaum abgenommen, sondern ist lediglich aus der Öffentlichkeit verschwunden – „aus den Augen aus dem Sinn“. Die kurzfristig entstehenden „kleinen“ Szenenabteiler in den grösseren Städten werden im Rahmen von polizeilichen Massnahmen zur „Stadtverträglichkeit“ meistens rasch aufgelöst.¹⁷

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das äusserst komplexe Phänomen der offenen Drogenszene sehr differenziert betrachtet werden muss. Sowohl die Entstehung, wie auch die Auflösung geschahen multifaktoriell. Es ist daher nicht zu bestreiten, dass die Massnahmen der Schadensminderung, sowie die heroingestützte Behandlung letztendlich zur Lösung dieses Problems beitragen. Anders ausgedrückt: durch politische Fehlentscheide wurde ein derart gravierendes Problem generiert, dass damals nur noch pragmatische Massnahmen helfen konnten, dieses wieder zu lösen.

Dadurch ist aber eine Weiterführung dieser Massnahme noch lange nicht gerechtfertigt, zumal heute eine vollkommen andere Situation besteht.

¹⁵ Vom Fixerstübli zur K&A (Basel, Bern u. Luzern). Suchtmagazin 1/08.

¹⁶ Interview mit Esther Maurer, Vorsteherin des Polizeidepartements der Stadt Zürich. Spectra Nr. 59, 10/06.

¹⁷ Persönliche Berichte von Polizeibeamten und Mitarbeitern der Sanitätspolizei Bern

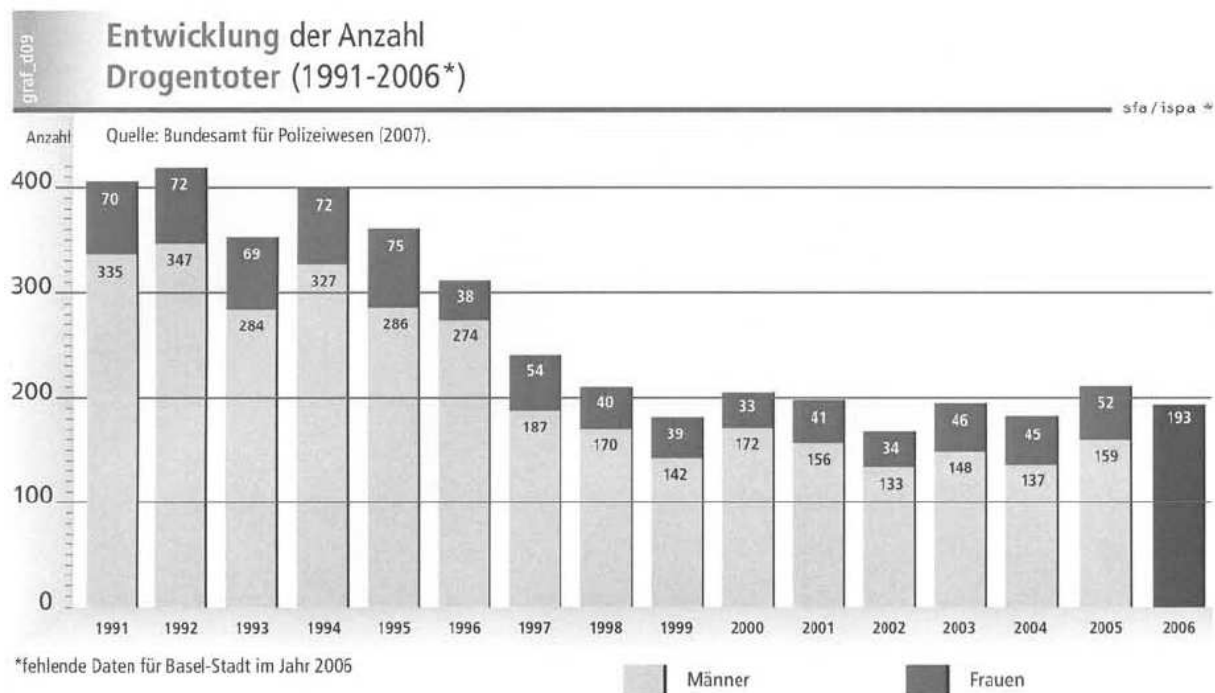
3.5. Beschaffungskriminalität

Parallel zur Schliessung der offenen Drogenszene nahm auch die Beschaffungskriminalität vorderhand ab. Im Jahr 2002 stellte sich aber wieder eine deutliche Zunahme ein, welche nun parallel zur massiven Zunahme des Kokainkonsums zu verlaufen schien. Dieser hatte sich in den Jahren 2003 bis 2004 fast verdoppelt (!). Eine weitere Zunahme wurde 2006 dokumentiert und auch der Konsum von Ecstasy erreichte in diesem Jahr einen Höchstwert.¹⁸

Die Menge sichergestellter Heroins nahm im Verlauf der letzten Jahre laufend ab. Die Behauptung der ARUD, die zunehmende Beschaffungskriminalität gehe darauf zurück, dass mit der Heroinabgabe noch nicht alle Heroinkonsumenten erreicht würden, stimmt also nicht.¹⁹

3.6. Drogentodesfälle

Die Erfassung der Drogentodesfälle durch die „sfa/ipsa“ belegt ohne Zweifel einen erfreulichen Rückgang seit Mitte der 90er Jahre. Das zeitliche Zusammenfallen mit der Auflösung der offenen Drogenszene (Platzspitz 92, Letten 95) ist offensichtlich. Leider spiegelt aber auch diese Statistik nur die halbe Wahrheit, zumal die *indirekten Folgen* des Drogenkonsums (HIV, Hepatitis, Suizid, etc..) in dieser Statistik *nicht erfasst* sind!



Im Rahmen der ärztlichen Heroinabgabe muss die hohe Sterblichkeitsrate von mehr als 200 Todesfällen bei den bisherigen 3000 Teilnehmern erwähnt werden, darunter auffällig viele Suizide!²⁰ Auch der ausführliche Studienbericht des deutschen Modellprojekts zur heroingestützten Behandlung dokumentiert eine auffällig hohe Suizidrate.²¹

In ihrem Bericht verlangte die WHO, dass die Todesfälle besser dokumentiert würden. Diese Forderung wurde aber vom BAG nie erfüllt.

¹⁸ www.bfs.admin.ch

¹⁹ Auf dem Aff zu allem bereit. St. Galler Tagblatt, 14.1.2003.

²⁰ Jahresbericht BAG. Zitiert von J.P. Chenaux in: Zeit-Fragen Nr. 36 vom 10.9.2007

²¹ Klinischer Schlussbericht zum bundesdeutschen Modellprojekt der heroingestützten Behandlung. S. 124

4. Evidenzbasierte Drogenpolitik

Die Studien zu diesem Thema sind vielfältig, zumal das Interesse seitens der Wissenschaft sicher zugenommen hat. Die Interpretation der Untersuchungen gestaltet sich schwierig und ist oft ideologisch geprägt.

4.1. Studienresultate

Aufgrund der Resultate von neueren aber auch älteren Studien kann/darf/muss heute zweifelsfrei festgehalten werden, dass die kontrollierte Heroinabgabe gewisse Vorteile bringt. So verbessern sich der Gesundheitszustand, sowie das psychische Wohlbefinden der Probanden signifikant. Auch die Arbeitsfähigkeit nimmt leicht zu, die Wohnsituation verbessert sich nachhaltig und die Beschaffungskriminalität nimmt ab. Zwei neuere, oft zitierte Studien aus Holland und aus der Schweiz zeigen das eindeutig.^{22,23}

Eine interessante Erkenntnis brachte aber die holländische Studie zutage, nämlich, dass die positiven Resultate insbesondere von denjenigen Teilnehmern erbracht wurden, die schon einmal eine abstinenzorientierte Therapie absolviert hatten!

Erwähnenswert ist dabei, dass eine statistische Analyse durch andere Autoren zeigt, dass in der holländischen Studie Methadon alleine (ohne zusätzliche Heroinverschreibung) die besseren Resultate erzielt, insbesondere was die Therapieabbruchrate betrifft. Auch ist die Methadonbehandlung kostengünstiger.²⁴

Es ist zu bemerken, dass frühere Schweizer Modellprojekte u.a. von einer Expertenkommission der WHO wegen mangelnder Wissenschaftlichkeit kritisiert wurden. Die Auswertungen müssen daher mit entsprechender Zurückhaltung interpretiert werden.²⁵ Insbesondere die Frage, ob die positiven Effekte auf die Heroinabgabe selber oder auf die psychosoziale Begleitung zurückgeführt werden können, wurde erst durch die Studie von van den Brink geklärt. Ausserdem wurden die Aufnahmekriterien nicht konsequent eingehalten. So konsumierten rund 4% der Teilnehmer zum Zeitpunkt des Eintritts gar kein(!), 14% nur gelegentlich Heroin!! Ausserdem hatten fast 50% der Teilnehmer noch keine stationäre Therapie gemacht!²⁶

Eine Ältere Studie aus London konnte keine positiven Effekte der Heroinabgabe nachweisen.²⁷ Ebenso eine neuere italienische Übersichtsarbeit, die aufgrund von 20 untersuchten Studien keine verbindlichen Schlussfolgerungen herausarbeiten konnte!²⁸

Bemerkenswert ist, dass selbst Autoren, die mit ihren Studien (scheinbar) positive Resultate aufzeigen können, am Rand bemerken, dass die Süchtigen in den Heroinprogrammen kaum etwas unternehmen, um aus ihrer Sucht auszusteigen.²⁹

²² Van den Brink et al. Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts. BMJ 2003; 327:310

²³ Uchtenhagen et al. Prescription of narcotics for heroin addicts: main results of a Swiss national cohort study. Basel: Karger, 1999.

²⁴ Caplehorn J. Dutch heroin trial show retention is better with methadone alone. BMJ 2004;328:228-229.

²⁵ Bericht der externen Expertenkommission der WHO. Zürich: Herausgeber: Schweizer Ärzte gegen Drogen und AIDS-Aufklärung, 1999.

²⁶ Fakten zur Heroinabgabe. Publikation der Schweizer Ärzte gegen Drogen. Dez. 2007

²⁷ Hartnoll et al. Evaluation of heroin maintenance in controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1980;37:877-84

²⁸ Ferri et al. Heroin maintenance for chronic heroin dependents. Cochrane Database Syst Rev. 2003; (4): CD003410.

²⁹ Nordt et al. Incidence of heroin use in Zurich: a treatment case register analysis. Lancet 2006; 367: 1930-4

In der Schweizer Heroinabgabe schaffen nach heutiger Erkenntnis gerade mal 5% (!) den Ausstieg in die Abstinenz.

Die Zahl der HIV-Infektionen hat mit Ausnahme der Gruppe der Männer mit homosexuellen Kontakten in allen Risikogruppen abgenommen, so dass diese (wenn überhaupt) nur zum Teil auf die Drogenpolitik zurückgeführt werden kann.³⁰

Etlliche weitere Studien ergaben unklare oder widersprüchliche Resultate. Dies ist auf ungeeignete Studiendesigns, länder- und kulturspezifische Unterschiede, sowie mangelnde Compliance der Probanden zurückzuführen. Besonders erwähnenswert ist aber die Tatsache, dass die Fragestellung der Heroinabgabe weder placebokontrolliert, noch doppelblind untersucht werden kann. Dadurch ist überhaupt die Aussagekraft aller dieser Studien limitiert!

Die Abstinenzforschung hingegen zeigt ermutigende Resultate: So belegt eine grosse Studie aus Australien, dass mit einem geeigneten therapeutischen Angebot mehr als nur eine „Stabilisierung“ in der Sucht erreicht werden kann. 3 Jahre nach einer solchen Betreuung waren bis 40% der australischen Teilnehmer abstinent.³¹

Ein ähnliche schottische Studie dokumentierte einen Abstinenzserfolg von 30%.³²

Was ist denn der Wunsch der Süchtigen? Eine Untersuchung aus dem Jahr 2001, wo 1'033 Drogenabhängige befragt wurden, welche Massnahmen sie sich von den Drogenberatungsstellen erwünschten, zeigte, dass die Mehrheit den Ausstieg aus den Drogen als erstes Ziel angab.³³

Ehemalige Drogenabhängige, die den Schritt aus der Sucht schafften, äussern sich durchwegs kritisch bis klar ablehnend zur Heroinverschreibung.³⁴ Insbesondere dürfe es nicht sein, dass die Heroinabgabe auf Kosten der abstinenzorientierten Institutionen bestehe. Die Heroinabgabe ist verknüpft mit Hoffnungslosigkeit. Kriminalität und soziale Verelendung seien nicht das schlimmste, sonder das innerliche Kaputtgehen. Die Heroinabgabe entkräftet so eine wichtige Motivation für den Ausstieg“, sagt beispielsweise der Ex-Fixer Harry Pepelnar aus Thun.³⁵

Der schottische Suchtforscher McKeganey stellt sich zu Recht die Frage, ob es sich bei der Heroinverschreibung nicht um eine sehr riskante Strategie handelt und bemerkt, dass durch die Heroinverschreibung eine zusätzliche Abhängigkeit des Süchtigen vom verschreibenden Arzt entsteht.³⁶ Was geschieht, wenn er die Dosis reduziert? Verursacht er so nicht indirekt erneute kriminelle Handlungen? Unter anderem auf diese Weise entsteht ein massiver Druck auf die Ärzteschaft, die Drogenabgabe qualitativ (weitere Substanzen, v.a. Kokain) und quantitativ auszuweiten!

Die Zahl der Drogenabhängigen hat trotz Millionenaufwand nicht abgenommen. Interessant ist der Hinweis, dass in Frankreich, wo vermehrt auf Repression gesetzt wird, die Anzahl der Drogentoten mehr als in der Schweiz abnahm!

³⁰ Bundesamt für Statistik

³¹ Darke et al. Patterns of sustained heroin abstinence among long term dependent heroin users: 36 months findings from the Australian treatment outcome study. *Addict Behav* 2007; 32:1897-1906

³² McKeganey et al. Abstinence and drug abuse treatment: results for the drug outcome research in Scotland study. *Drug Educ Prev Policy* 2006; 13:537-50

³³ McKeganey et al. What are drug users looking for when they contact drug services: abstinence or harm reduction? *Drug Educ Prev Policy* 2004; 11:423-35

³⁴ Medienmitteilung. Verein ehemaliger Drogenabhängiger VeD. 19.6.98

³⁵ Der Bund, 12.5.2004. Ex-Fixer bekämpft Heroinabgabe.

³⁶ McKeganey. Should heroin be prescribed to heroin misusers? No. *BMJ* 2008; 336:71

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Schweizer Modell der Heroinabgabe bei einer ganzheitlichen Betrachtung keinen sicheren Nutzen bringt.

Selbst erfahrene Fachleute, insbesondere aber die WHO und der Internationale Drogenkontrollrat der UNO (INCB) äussern zusehends Zweifel. Ausserdem steht die Schweiz mit ihrer Drogenpolitik im Widerspruch zu den offiziellen Zielen der Internationalen Gemeinschaft!³⁷

4.2. Kosten

Die Kostenfrage kann nicht abschliessend beantwortet werden, zumal kaum Studien zu diesem Thema vorliegen und die Berechnung wegen der unzähligen Faktoren, welche die Kosten direkt oder indirekt beeinflussen, ausserordentlich schwierig ist.

Eine Untersuchung aus dem Jahr 1998, welche sogar einen scheinbaren Benefit der Heroinbehandlung dokumentierte, dürfte auf heutige Verhältnisse kaum mehr anzuwenden sein. Vor allem der neue Trend zur Polytoxikomanie relativiert die Kosteneinsparungen aufgrund der Beschaffungskriminalität und der psychosozialen Folgeerscheinungen sicher erheblich. Es wäre hilfreich, wenn das BAG die diesbezüglichen Zahlen offenlegen würde. Eine grobe Schätzung aufgrund der zur Verfügung stehenden Zahlen ergibt für die heroingestützte Behandlung allein Nettokosten in mindestens zweistelliger Millionenhöhe.

Eine Studie des Forschungsinstituts für Wirtschaft der Universität Neuenburg hat im Juni 2006 eine interessante Kostenberechnung angestellt, welche für die Schweiz jährliche Gesamtkosten von rund 4 Milliarden Franken für die gesamte Drogenproblematik ausweist.³⁸

Vor allem die Berücksichtigung der immer wiederkehrenden Kosten zeigt auf, dass abstinenzorientierte Behandlungen grosse Kostenersparnisse bringen.

4.3. Therapieangebote

Abstinenzorientierte Institutionen mussten geschlossen werden. Zwischen 1999 und 2005 verschwanden 44 stationäre Therapiestationen, was einem Viertel des gesamten abstinenzorientierten Angebotes entspricht. Dies geschah zu Gunsten der sogenannten „niederschweligen Angebote“

Über jedem Drogenabhängigen schwebt das Damoklesschwert der Heroinabgabe im Sinne eines Abstiegs in die fixierte Sucht. Auf die Heroinabgabe angesprochen äussern Teilnehmer abstinenzorientierter Behandlungen, dass die HeGeBe einer Selbstaufgabe gleichkomme und sie diese Option als Ausdruck äusserster Hoffnungslosigkeit empfänden.³⁹

Eine Abgabe von Kokain ist aus medizinischer und ethischer Sicht unbedingt abzulehnen. Wenigstens vertritt hier das BAG (noch) eine mehr oder weniger klare Linie.⁴⁰

³⁷ International Task Force on Strategic Drug Policy, 28.2.2005. Stellungnahme zur sogenannten Harm reduction oder Überlebenshilfe.

³⁸ Claude Jeanrenaud. Institut des recherches économiques, Université de Neuchâtel. 2006

³⁹ Persönliche Erfahrungen als Hausarzt der Fachklinik für Drogenentzug „Marchstei“

⁴⁰ Swissinfo, 9.6.2004. Nun auch noch die Kokain-Abgabe.

5. Rechtssprechung

Diesbezüglich verweise ich auf die Ausführungen von Herrn Obergerichter Hug-Beeli, Zürich.

6. Schlussfolgerungen – Argumente gegen das neue Gesetz

- Die Schweizer Drogenpolitik benötigt dringend ein Umdenken.
- Vordergründige Erfolge, sowie die Verlagerung der Szene in die Anonymität täuschen über die verborgene Problematik und das immer noch vorhandene Drogenelend hinweg.
- Das BAG muss als Bundesbehörde zu mehr Transparenz verpflichtet werden.
- Die Abnahme der Heroinkonsumenten und die gleichzeitig beobachtete Zunahme der Mehrfachkonsumenten belegen einen Wandel der Drogenproblematik, der neuer, innovativer Massnahmen bedarf. Dabei dürfen Zwangsmassnahmen kein Tabu sein.
- Die auffällige Häufung von Suiziden bei Teilnehmern der Heroinprogramme muss als Ausdruck von deren Hoffnungslosigkeit bewertet werden.
- Entgegen der Meinung sog. Drogenfachleute ist die Abstinenz kein Dogma, sondern ein anstrebenwertes Ziel, welches die Süchtigen nicht der Hoffnungslosigkeit preisgibt.
- Angesichts der neuen und komplexen Konsummuster ist ein Weiterverfolgen des bisher beschrittenen Wegs nicht mehr sinnvoll und wahrscheinlich gar nicht mehr möglich.
- Der vorliegende Gesetzesentwurf ermöglicht eine beliebige Ausweitung der Drogenabgabe – ohne Alterslimite und ohne Einschränkung auf bestimmte Substanzen.
- Der vorliegende Gesetzesentwurf schwächt den Jugendschutz und weicht die Strafbestimmungen derart auf, dass die Repression erschwert wird. Insbesondere die de facto die Legalisierung des Kleinhandels (sog. Ameisenhandel) verunmöglicht jeglichen polizeilichen Zugriff.
- Der vorliegende Gesetzesentwurf macht durch eine falsche Botschaft viele Präventionsbemühungen zunichte.
- Das Vier-Säulen-Modell ist prinzipiell schon im bestehenden Gesetz vorhanden.
- Das Vier-Säulen-Modell bleibt trotz millionenschwerer Begleitforschung den Evidenznachweis schuldig! Im internationalen Vergleich zeigt die Schweizer Drogenpolitik keinen sicheren Nutzen.
- Die Kosten der Schweizerischen Drogenpolitik sind exorbitant! Der Wirtschaftlichkeitsnachweis wurde bisher nicht erbracht.
- Einige vom Bundesrat über die ärztliche Verschreibung von Heroin festgelegten Ziele wurden nicht erreicht.
- Das Vier-Säulen-Modell ist nicht die einzige Option, um offene Drogenszenen zu verhindern und die Beschaffungskriminalität zu minimieren.
- Die Behandlung Schwerstsüchtiger bedarf neuer Therapieformen aber es gibt ein Segment von Suchtkranken, die offensichtlich keiner Therapieform zugänglich sind.
- Wir dürfen nicht zulassen, dass eine kleine Minderheit von Suchtkranken die Drogenpolitik der Schweiz mehrheitlich bestimmt.
- Die beste Massnahme zur Verhinderung offener Drogenszenen und zur Verminderung der Beschaffungskriminalität ist die Behandlung der Suchtkranken.
- Die Angebote der Schadenminderung und Überlebenshilfe dürfen keine suchtfördernden Nebeneffekte aufweisen und müssen generell überdacht werden.
- Abstinenzorientierte Therapien sind längerfristig erfolgreicher und v.a. bedeutend günstiger als die Heroinabgabe.
- Die (drohende) Verelendung kann eine tragende Motivation zur abstinenzorientierten Therapie sein.

7. Persönliche Gedanken

Metapher 1

Die momentane Situation in der Schweizer Drogenpolitik gleicht einer Schiffskatastrophe. Der Drogenstüchtige ist der Schiffbrüchige auf hoher See. Sein starker Durst veranlasste uns, ihm Meerwasser zu trinken zu geben. Kurze Zeit schien das Problem dadurch gelöst – nun manifestieren sich aber allmählich die verheerenden Folgen dieser „Durstlöschtaktik“. Durch diese „pragmatische“ (sprich: kurzsichtige) Massnahme rauben wir dem Betroffenen jede Möglichkeit, eine rettende Insel zu erreichen.

Metapher 2

Die Situation der offenen Drogenszene gleicht einem schweren Lastwagen, der im Morast steckenblieb. Um ihn wieder auf die Strasse zu bringen, müssen mehrere Traktoren eingespannt werden, einer davon entspricht der Heroinabgabe. Wieder zurück auf der Strasse lässt man die Traktoren eingespannt und rühmt, wie wenig Benzin der Lastwagen nun verbraucht...

Metapher 3

Ein bekannter Heilsarmeeoffizier war früher schwer alkoholkrank. Er äusserte sich folgendermassen dazu:

„Ich war derart alkoholkrank, dass ich immer wieder in tiefe Löcher fiel. Das war jeweils schlimm und kostete mich letztendlich Arbeit, Familie und Gesundheit. Am schlimmsten war aber, als man begann, mir die Löcher zu möblieren...

Metapher 4

Die staatliche Betäubungsmittelabgabe bedeutet unter dem Strich ärztlich verordnete Hoffnungslosigkeit...

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Daniel Beutler-Hohenberger
Dachverband abstinentorientierte Drogenpolitik DaD
Co-Präsident
Bahnhofstrasse 50

3127 Mühlethurnen BE

Tel.: 031/ 809 04 88
Fax.: 031/ 809 12 52
Mob.: 079/ 422 81 83

dan.beutler@hin.ch