



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Abteilung Sucht

ausgesucht.bs

ausgabe

Zwischen Alltagskonsum
und Kontrollverlust

Gesellschaft
Sucht
Konsum

Impressum

Redaktion: Lavinia Flückiger, Abteilung Sucht, Gesundheitsdepartement
des Kantons Basel-Stadt, Clarastrasse 12, Postfach, CH-4005 Basel
061 267 89 00, abteilung.sucht@bs.ch
www.sucht.bs.ch

Texte (sofern nicht anders vermerkt): Abteilung Sucht
Bildnachweis: S. 35, KEYSTONE/Yoshiko Kusano; S. 41, Flavia Schaub

Auflage und Erscheinungsdatum: 2000 Ex./November 2018

Gestaltung: Vischer Vettiger Hartmann AG, Basel
Druck: Werner Druck & Medien, Basel

Inhalt



Vorwort von Dr. Lukas Engelberger,
Vorsteher des Gesundheitsdepartements
Basel-Stadt 4

Einführung von Eveline Bohnenblust,
Leiterin der Abteilung Sucht des
Gesundheitsdepartements Basel-Stadt 5

Die Zukunftsfrage
an unsere Experten 6

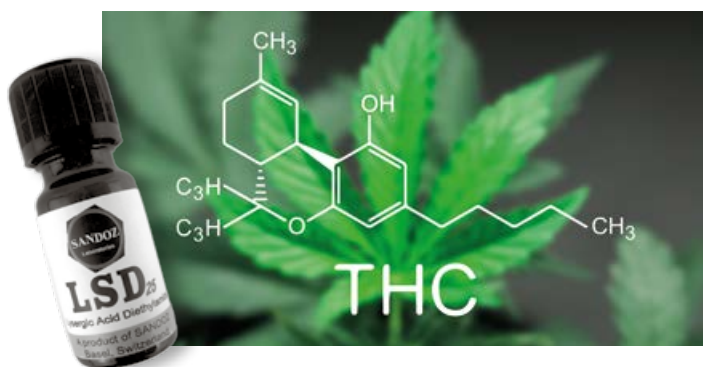
Megatrend Gesundheit:
Welche Rolle spielt
dabei die Sucht? 8

«Give me your clothes» –
zwei Szenarien aus
medienpädagogischer Perspektive 12

Psychoaktive Substanzen
in der Medizin 14

Cannabis: Heilmittel und Volksdroge? 14

Neue LSD-Forschung in der Schweiz
Interview mit Matthias Liechti 17



Sucht im ethischen
Kontext 20

Der süchtige Mensch – zwischen Selbst-
bestimmung und Fremdbestimmung? 20

Stigma – einige Überlegungen
am Beispiel der Politik bei
psychoaktiven Substanzen 24



Politisch-rechtliche
Aspekte psychoaktiver
Substanzen 28

Neue psychoaktive Substanzen
und «Legal Highs»: eine globale
Herausforderung 28

Bisher keine Revolution an den
Schweizer Drogenmärkten durch
das Darknet 32



Welche Regulationsform
ist zukunftssträftig?
Interview mit Ruth Dreifuss 34

Die Suchtpolitik
in Basel-Stadt 38

Angebots- und Bedarfsanalyse
im Suchtbereich 38

«Die Suchtthematik wird im
Kanton sehr ernst genommen»
Interview mit Sarah Wyss 42

Unterstützung
und weiterführende
Informationen 46

«Im Gegensatz zu gewissen Versuchen, den Betäubungsmittelsüchtigen durch scharfe Bestrafung abzuschrecken, erscheint es richtiger, die Sucht nicht als ein Vergehen oder gar Verbrechen, sondern als Krankheit zu betrachten.»

(Schweizerischer Bundesrat 1951, S. 849)



Psychoaktive Substanzen sind seit jeher ein Teil der menschlichen Kulturgeschichte. So wurden psychoaktive Substanzen wie Cannabis und Opium seit der vorchristlichen Zeit im Rahmen von Ritualen und als Heilmittel eingesetzt. Seit dem 19. Jahrhundert sind die negativen Auswirkungen des Alkoholkonsums eine Sorge von Politik und Gesellschaft, und ab den 1980er-Jahren beschäftigten die offenen Drogenszenen die Öffentlichkeit. Noch heute polarisiert der Diskurs über einen angemessenen Umgang mit psychoaktiven Substanzen, aktuell insbesondere neue Regulierungsmodelle für Cannabis. Die Haltung im Umgang mit psychoaktiven Substanzen und Sucht wird von der Gesellschaft immer wieder neu verhandelt. So kam das Verständnis, dass Sucht ein Krankheitsbild ist, erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts auf.

Was eine Gesellschaft unter Sucht versteht und wie sie mit psychoaktiven Substanzen umgeht, wird von unterschiedlichsten ethisch-moralischen, medizinischen oder politischen Aspekten geprägt. Lange Zeit – und teilweise auch heute noch – wurde und wird der Konsum von psychoaktiven Substanzen vor allem mit «Lasterhaftigkeit» verbunden. Seit rund sieben Jahrzehnten wird Sucht vermehrt als ein komplexes bio-psycho-soziales Krankheitsbild angesehen. Dieser Ansatz ist auch in der Nationalen Strategie Sucht 2017–2024 verankert. Das Bundesamt für Gesundheit hat diese in Zusammenarbeit mit den Kantonen im Rahmen der gesundheitspolitischen Gesamtschau «Gesundheit 2020» zur Intensivierung der Gesundheitsförderung und Krankheitsvermeidung entwickelt. Die Nationale Strategie Sucht verfolgt das Ziel, die Prävention von Suchterkrankungen und deren Früherkennung zu stärken sowie die Behandlung von suchterkrankten Menschen langfristig zu sichern. Sie basiert auf der Balance von Eigenverantwortung und Unterstützungsangeboten für diejenigen, die sie benötigen. Zum Wohle der Betroffenen, aber auch der gesamten Bevölkerung. Die Nationale Strategie Sucht ist – neben anderen eidgenössischen und kantonalen Gesetzen – eine wichtige Grundlage für die basel-städtische Suchtpolitik.

Mit der vorliegenden Ausgabe des Magazins «ausgesucht.bs» möchten wir Ihnen einen Einblick in die Breite der Suchtthematik bieten. Dabei werden aktuelle Fragestellungen aus einer Vielzahl von Perspektiven beleuchtet: gesellschaftlich, ethisch, medizinisch oder politisch und rechtlich. Das Magazin soll Ihnen eine Anregung bieten, um neue Blickwinkel auf die Suchtthematik zu gewinnen, aktuelle Trends zu kennen sowie eigene Ansätze weiter zu verfolgen.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre!

Regierungsrat Dr. Lukas Engelberger
Vorsteher des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt

Einführung

Gesellschaftliche, politische oder medizinische Veränderungen wie z.B. die steigende Bedeutung einer gesunden Lebensführung oder die Diskussion von neuen Regulierungsmodellen für den Umgang mit psychoaktiven Substanzen beeinflussen den Diskurs rund um das Thema Sucht. Diese Veränderungen eröffnen nicht nur neue Möglichkeiten, sondern bringen auch neue Herausforderungen und Fragen mit sich.

Kann eine gesunde Lebensführung zur Sucht werden? Ist der süchtige Mensch selbst- oder fremdbestimmt? Wie sieht heutzutage eine adäquate Regulierungsform von psychoaktiven Substanzen aus? Wo steht die baselstädtische Suchtpolitik? Diese Fragen zeigen einen kleinen Ausschnitt des äusserst grossen Spektrums «Sucht», welches von gesellschaftlichen über ethische und medizinische bis hin zu politisch-rechtlichen Themen reicht. Die fünfte Ausgabe «*Gesellschaft s/Sucht Konsum: Zwischen Alltagskonsum und Kontrollverlust*» des Magazins «ausgesucht.bs» möchte Ihnen einen Einblick in diese Themenvielfalt und aktuellen Fragestellungen geben.

Die vorliegende Ausgabe startet mit Zitaten von unseren Autorinnen und Autoren aus unterschiedlichen Fachbereichen zur Zukunftsfrage, in welchem Bereich der Suchthematik sie die grösste Veränderung in den nächsten zehn Jahren erwarten.

Der erste Artikel befasst sich mit dem Thema des Megatrends Gesundheit. Gesundheitsförderung oder gesunde Lebensführung hat eine grosse Bedeutung in der Gesellschaft. Im Artikel wird unter anderem folgenden Fragen nachgegangen: Wie viel gesunde Lebensführung ist gesund? Haben wir es beim Megatrend Gesundheit mit einem neuen Suchtverhalten zu tun? Da heutzutage die Digitalisierung mit unserer Gesundheit sowie anderen Lebensbereichen stark verknüpft ist, werden Ihnen im Rahmen eines Exkurses zwei Zukunftsszenarien im Sinne der «Digitalisierung – Fluch oder Segen?» aufgezeigt.

Anschliessend wird das Thema der medizinischen Anwendung von psychoaktiven Substanzen aufgenommen. Dabei werden zwei Substanzen – Cannabis und LSD – und deren potenziellen positiven Effekte, die wir für unser Wohlbefinden nutzen könnten, dargestellt.

Sucht im ethischen Kontext wird durch die Beiträge «Der süchtige Mensch – zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung» sowie Stigmatisierung der Sucht thematisiert.

Im Interview mit Ruth Dreifuss werden politisch-rechtliche Aspekte beleuchtet. Insbesondere werden die aktuellen nationalen und internationalen suchtpolitischen Gegebenheiten sowie deren möglichen zukünftigen Entwicklungen dargelegt. Ausserdem thematisieren zwei weitere Beiträge derzeitige rechtliche Schlupflöcher – die Herstellung von neuen psychoaktiven Substanzen sowie der Handel über das Darknet.

Abschliessend wird die aktuelle und mögliche zukünftige Suchtpolitik in Basel-Stadt dargestellt. Ein Interview mit der baselstädtischen Grossrätin Sarah Wyss rundet dieses Thema ab.

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Autorinnen und Autoren für ihre wertvollen Beiträge ganz herzlich bedanken.

Für Fragen steht Ihnen die Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt gerne zur Verfügung.

Eveline Bohnenblust, Leiterin Abteilung Sucht
Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Anmerkungen

Um den Sprach- und Lesefluss nicht zu stören, wird im Text teilweise die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind damit beide Geschlechter gemeint.
Das Magazin erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Zukunftsfrage an unsere Experten:

In welchem Bereich der Suchtthematik erwarten Sie die grösste Veränderung in den nächsten zehn Jahren?

Prof. Dr. Sandro Cattacin

«In zehn Jahren werden die positiven Wirkungen von Drogen allgegenwärtig diskutiert werden und sich die moralischen Linien, die gute von schlechten Produkten unterscheiden, weiter aufweichen. Im Zentrum pädagogischer Ansätze wird deshalb der Umgang mit Drogen stehen.»

(Artikel von Sandro Cattacin auf Seite 24)

Dr. Christian Schneider, Bundesamt für Polizei fedpol

«Substanzen dürften in Zukunft eine weniger wichtige Rolle für das Thema Sucht spielen. Damit wird sich auch die Art, wie wir mit Süchten umgehen, verändern müssen – gerade für die Säule der Repression könnte dies zu einer grossen Herausforderung werden.»

(Artikel von Christian Schneider auf Seite 32)

Dr. med. Toni Berthel

«Kontrolliert leben, kontrolliert sterben.»

(Artikel von Toni Berthel auf Seite 8)

Dr. rer. nat. Julia Wolf

«Die Abhängigkeit von Psychopharmaka wird zunehmen, vor allem durch die vermehrte Nutzung als Neuroenhancer bei Gesunden. Ebenso werden uns in Zukunft die durch die neuen Medien geschaffenen Kommunikationsformen und virtuelle Welten fordern und möglicherweise überfordern.»

(Artikel von Julia Wolf auf Seite 20)

Ruth Dreifuss, Alt-Bundesrätin

«Einerseits ist der Verzicht auf Strafen für den Konsum ein Schritt, der innert Jahren erreicht werden könnte. Pilotprojekte im Bereich Cannabis-Regulierung werden stattfinden und den Weg zu einem vom Staat kontrollierten Markt führen, ich wage zu sagen, in den nächsten zehn Jahren. Und dann sind weitere Substanzen an der Reihe.»

(Interview mit Ruth Dreifuss auf Seite 34)

Sarah Wyss, Grossrätin Basel-Stadt

«Ein adäquater Umgang mit schädlichen Verhaltensweisen ist wichtig – kann aber sehr individuell aussehen. Dies müssen wir als Gesellschaft akzeptieren, sonst droht die Gefahr von Ausgrenzung und *Abweichlern*.»

(Interview mit Sarah Wyss auf Seite 42)

Dr. Manfred Fankhauser, Apotheker

«Meiner Meinung nach werden nicht-substanzbedingte Suchtthemen wie Internet, Fitnesswahn usw. die Gesellschaft zunehmend noch mehr beschäftigen.»

(Artikel von Manfred Fankhauser auf Seite 14)

Prof. Dr. Matthias Liechti

«Das Smartphone wird zum neuen Heroin. Ich erwarte eine Verschiebung hin zu substanzungebundenen Suchtproblemen.»

(Interview mit Matthias Liechti auf Seite 17)

Dr. rer. nat. Katja Mercer-Chalmers-Bender

«Legalisierung des Konsums von klassischen Rauschdrogen, nicht zuletzt, um auch eine Entkriminalisierung eines substanziellen Anteils der Gesellschaft herbeizuführen und um Verfolgungsbehörden und Gerichte zu entlasten.»

(Artikel von Katja Mercer-Chalmers-Bender auf Seite 28)



Megatrend Gesundheit: Welche Rolle spielt dabei die Sucht?

In den letzten Jahren haben die Themen Gesundheit, Gesundheitsförderung, gesunde Lebensführung, aber auch Enhancement, körperliche und psychische Leistungsverbesserung eine breite Bedeutung erhalten. Das klassische Kerngebiet der Gesundheitsförderung ist die Unterstützung hin zu einer gesunden Lebensführung und Mässigung. Aber wie viel gesunde Lebensführung ist gesund? Haben wir es beim Megatrend Gesundheit mit einem neuen Suchtverhalten zu tun?



Was ist Gesundheit?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als «einen Zustand völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens». Für Friedrich Nietzsche ist «Gesundheit dasjenige Mass an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen». Für Prosecco-Philosophen ist «Gesundheit nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts». Gesundheit kann auch erlangt und gefördert werden. Die Ottawa-Charta der WHO hält dazu fest: «Gesundheitsförderung(...) zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.» Hinter dieser Charta steht die Haltung, dem Menschen zuzugestehen, sein Wohlbefinden selber zu moderieren: «Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess hin, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.»



Wer hat ein Problem?

Haben Menschen, die gesund leben, die fit bleiben wollen, die zu ihrem Körper Sorge tragen, die sich gesund ernähren, die für die Pflege ihres Körpers sehr viel Zeit, Training und Energie investieren, ein Problem? Ist dieses Verhalten pathologisch?

Es sind häufig Menschen, die ihre ganze Kindheit und Jugend über gehört haben, wie sie gesünder leben können. Und – wohlherzogen wie sie sind – setzen sie dies auch um. In ihrem Kindergartenzüni-Tupperware waren Rüebli und geschälte Gurken anstatt Bananen und Kekse; sie spielten mit erzieherisch hochwertigen Holzspielsachen anstatt mit Plastikkrasch; sie tranken und trinken mit Honig gesüssten Biotee anstatt mit Taurin und Zucker massentauglich gemachte Süssgetränke; sie betreiben regelmässig Ausdauersport, anstatt Entspannung mit Elektronikgeräten zu suchen. Immer mehr kommen Stimmen auf, die bei einem solchen, die Gesundheit maximal fördernden Verhalten eine Störung sehen. Und im-

mer, wenn ein neues Phänomen in unserer Gesellschaft erscheint, aufleuchtet oder aufflackert, stürzen sich die Vertreter des Suchtverhinderungs- und Suchtbehandlungsgewerbes darauf. Präventionsspezialisten heben den Finger und sehen die heranwachsende Jugend gefährdet; die Fachleute für Früherkennung wittern ein Verhalten mit einem Potenzial für Kontrollverlust und Suchtmedizinern und -therapeuten finden Symptome, die sie bei anderen Süchten auch sehen. Wie eine Supernova, die neu im All aufleuchtet, wird von vielen Exponenten der Suchtcommunity eine neue Sucht deklamiert und es werden Gelder aus den verschiedenen Finanzierungstöpfen reklamiert.

Was ist Sucht?

In den Diagnosemanualen International Classification of Diseases (ICD) der WHO und Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der amerikanischen Medizinergemeinde, wird Sucht oder Abhängigkeit anhand klar definierter Symptome festgelegt. Biologische, psychische und soziale Aspekte fliessen dabei in die Diagnose ein. Ein starker Wunsch oder Zwang nach der Substanz oder dem Verhalten, eine Dosissteigerung, verminderte Kontrollfähigkeit, Toleranz-erhöhung, Entzugserscheinungen, Einengung des Verhaltens, Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen, anhaltender Konsum trotz Problemen: Von diesen Symptomen müssen mehrere über längere Zeit vorliegen, damit wir eine Sucht, eine Suchterkrankung diagnostizieren dürfen.

Hat dieses Verhalten mit Sucht zu tun?

Dürfen wir nach diesen Kriterien bei Menschen, die ihre Gesundheit optimieren und maximieren, von Sucht, von süchtigem Verhalten sprechen? Sind dies nicht Menschen mit einem guten Gesundheitsbewusstsein? Müssen wir nicht von gesundheitsförderbaren, und damit von «präventionscomplianten» Personen reden? Oder sind es Individuen, die in den Fängen der Gesundheitsförderer hängen geblieben sind und sich in Gesundheitsexzessen verlieren?

Nach den Kriterien des DSM und des ICD dürfen wir hier nicht von Sucht sprechen. Wir sehen in unserer Gesellschaft Tendenzen, jedes menschliche Verhalten, das aus der Mitte, dem Median, der Norm hinausfällt, zu medizinalisieren, zu psychiatrisieren und damit zu pathologisieren.

Somit werden diese Verhaltensweisen zum Bestandteil allumfassender Public-Health-Bemühungen. Einige der Phänomene, die wir bei Menschen sehen, die ihre Gesundheit maximieren, können durchaus auffällig erscheinen. So wirken die einen Verhaltensweisen wie Zwangssymptome. Bei anderen kann Gesundheit zur überwertigen Idee oder zum Fetisch werden. Und dann wiederum erhält Gesundheit eine quasireligiöse Dimension. Diese Phänomene pauschal der Diagnose Sucht zuzuordnen, das ist mir doch zu populärwissenschaftlich und populistisch.

Es bleiben viele offene Fragen

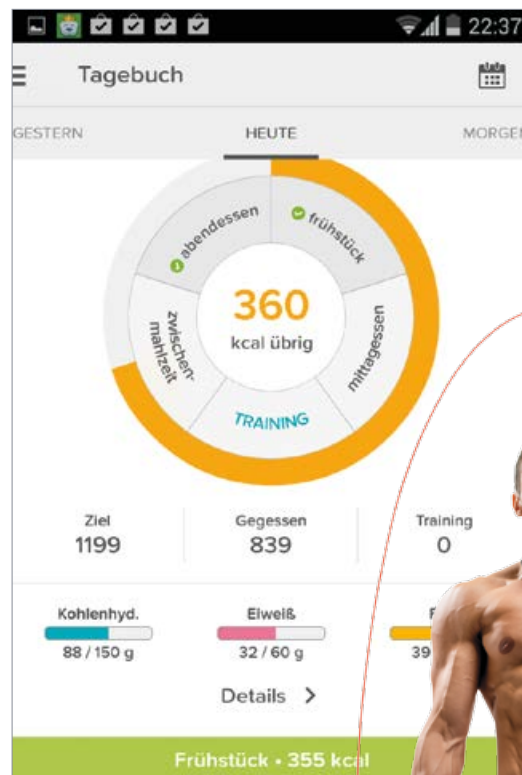
Wenn es sich hier nicht um Sucht handelt, lohnt es sich doch, die Bedeutung des Megatrends Gesundheit unter verschiedenen Aspekten zu betrachten:

Einerseits ...

Sind diese Menschen nicht die Musterschüler der Gesundheitsförderer und unserer Bemühungen, den Menschen ein massvolles Leben beizubringen? Gesundes Essen, striktes Einhalten der Lebensmittelpyramide, ausreichend Bewegung, massvoller Konsum, kontrollierter Umgang mit Risiken. Setzen diese Menschen nicht einfach das um, was sie im Kindergarten, in Schulstunden gehört, in einer Unzahl von Gesundheitsartikeln oder in Gesundheitszeitschriften gelesen und in Gesundheitskampagnen gelernt haben?

Zeigen diese Menschen nicht ein maximales gesundheitsökonomisches Wohlverhalten? Gesundheitsapps zur totalen Kontrolle ihrer täglichen Bewegung, ihrer Herzfrequenz, ihres Kalorienverbrauchs bis hin zur Aufzeichnung ihres Schlafmusters und ihrer Schlafqualität, absoluter Verzicht auf Nikotin und andere Suchtmittel. Und dies alles mit einem direkten Draht zum Zentralrechner ihres Krankenversicherers. Dafür werden sie belohnt: mit günstigeren Prämien in der Zusatzversicherung, mit regelmässigen Goodies, mit vom Computer ausgelöstem virtuellem Schulterklopfen.

Gesunde Lebensführung als Internalisierung von Werten, die uns in unserer Kindheit und Jugend vermittelt wurden. Werte, die später im Leben umgesetzt werden. Verhaltensweisen, die uns ein Leben in Gesundheit ermöglichen. Wir könnten hier sagen: gelungene Erziehung, erfolgreiche Prävention, zielführende Gesundheitsförderung.



Sind dies nicht die guten Bürger, die ihre Gelüste unter Kontrolle halten, ihr Verhalten maximal steuern, die verzichten, wenn es um Emotionen, Alkohol, Nikotin, Drogen, Fett, Zucker, Koffein, One-Night-Stands, political incorrectness geht? Der maximal in die ressourcenoptimierte Leistungsgesellschaft eingemittete Mensch.

Andererseits ...

Public Health hat die Aufgabe, die Menschen in ihrer seelischen und körperlichen Entwicklung zu unterstützen und ihnen ein Leben in Gesundheit zu ermöglichen. Dabei ist es durchaus legitim, die Menschen zu einer gesunden Lebensführung zu motivieren. Wer gesund lebt und gesund altert, belastet das Gesundheitswesen und damit die Gemeinschaft weniger. Aber das Menschsein ist mehr als eine zu optimierende ökonomische Grösse in einem Wirtschaftssystem und Lebensraum. Gesundheit ist mehr als das Verhindern von Kranken- oder Sozialversicherungsleistungen.

Definitionen, die im Feld der öffentlichen Gesundheit handlungswirksam werden, decken in der Regel nur einen kleinen Teil der menschlichen Bedürfnisse ab. Rausch, Schlemmen, Grenzüberschreitung, Verschmelzung, Unmässigkeit, um nur einige wenige Begriffe zu nennen, haben in der offiziellen öffentlichen Gesundheit kaum Platz. Es werden Vernunft, Mässigung, Selbstkontrolle gelehrt und gefordert. Mit Robert Pfaller können wir hier sagen: «Immer nur vernünftig sein, ist kein Kennzeichen davon, dass man tatsächlich vernünftig ist. Erst wenn wir unvernünftige



Dinge tun – tanzen, trinken oder uns verlieben – haben wir das Gefühl, dass es sich zu leben lohnt.»

Public-Health-Strategien orientieren sich an medizinischen Definitionen. In der Medizin beispielsweise wird der Rausch als Intoxikation, sprich Vergiftung, definiert. Ein menschliches Bedürfnis nach Entgrenzung, Verschmelzung, Ekstase wird so pathologisiert. Rausch aber kann das Leben bereichern. Befriedigendes Leben ist mehr als Kontrolle, mehr als Mäßigung, mehr als nicht krank sein. Ein gelingendes Leben ist mehr als nett, mild, lau oder angenehm.

Und auch noch dies ...

Der Megatrend Gesundheit hat auch etwas mit den Babyboomern zu tun. War die durchschnittliche Lebenserwartung in unseren Gesellschaften vor 100 Jahren um die 50 Jahre, ist sie heute beim Mann 81,8 Jahre und bei der Frau 85,3 Jahre. Wer heute 65 Jahre alt wird, hat als Mann noch 19,8 und als Frau 22,6 Lebensjahre vor sich. Noch nie lebten so viele älter werdende Menschen. Unsere Gesellschaft auf dem Weg zu einer Gerontokratie. Gesund alt werden wollen in der Regel Menschen jenseits des vierzigsten Altersjahrs. Jugendliche wollen intensive emotionale Erfahrungen machen, wollen starke Gefühle erleben und erfahren, wollen sich total ins Leben stürzen. Fitte Rentner, reiselustige Senioren, kapitalkräftige Menschen mit einer langen Lebenserwartung. Doch auch hier gilt: «Vo nüt khunnt nüt.» Damit der Lebensabend gelingen kann, muss der Kör-

per gehegt und gepflegt werden. Schmerzfrei, beweglich, selbstbestimmt – wer will das nicht? Es boomt nicht nur die Gesundheit, es boomen auch und vor allem die Gesundheits-, Wellness-, Therapie-, Reiseangebote für den älter werdenden Menschen. Der gesundheitsbewusste Mensch ist auch ein Wirtschaftsfaktor.

Solange Menschen selbstbestimmt Verantwortung für ihre Lebensführung übernehmen, ist der Wunsch nach einem maximal gesunden Leben sinnvoll. Neue verhaltensökonomische Ansätze zeigen hier jedoch, dass mit ausgeklügelten Methoden versucht wird, den konsumierenden Menschen in eine bestimmte Richtung zu lenken. Wir sprechen hier von libertärem Paternalismus. Unter dem Deckmantel der Gesundheit oder des «Gemeinwohls» werden allerhand subtile Domestizierungsansätze eingesetzt. Dabei wird versucht, das Individuum durch einen Schubs (nudge), wenn auch nicht auf einen gottgefälligen, so doch wenigstens auf den «richtigen» Weg zu zwingen – nämlich den für die Gesellschaft ressourcenschonendsten. Und wo die Bedeutung des eigenen Körpers eine religiöse Dimension erhält, wird gesunde Lebensführung zur moralischen Pflicht. Krankheit und Schwäche sind nicht erlaubt, jegliches Scheitern wird als Versagen abgelehnt.

Auch Gesundheit ist politisch

Der slowenische Philosoph Slavoj Žižek schreibt: «Wir finden heutzutage auf dem Markt eine ganze Reihe von Produkten, die von ihren schädlichen Eigenschaften befreit sind: Kaffee ohne Koffein,

Sahne ohne Fett, Bier ohne Alkohol ... Die Liste liesse sich fortsetzen: Wie wär's mit virtuellem Sex als Sex ohne Sex, Colin Powells Doktrin der Kriegsführung ohne Opfer (auf unserer Seite selbstverständlich) als Krieg ohne Krieg, der gegenwärtigen Neudefinition von Politik als fachmännischer Verwaltung, also Politik ohne Politik, bis hin zur Toleranz des liberalen Multikulturalismus von heute als der Erfahrung des Anderen ohne sein Anderssein...?» Zizek nennt sein Szenario «Willkommen in der Wüste des Realen». Es mag sich etwas überspitzt anhören. Dennoch gibt der Mensch mit der Mässigung, der Selbstkontrolle immer gewisse Dimensionen seiner Seinsmöglichkeiten preis. Überdies verliert er durch die kollektiven Anleitungen «zum Besten für alle» mit Sicherheit ein Quantum an Freiheit – und damit das wichtigste Kriterium seiner Existenz: seine Individualität. Und konsequenterweise ein Stück Lebenslust. «Das Gehorsamssubjekt ist kein Lustsubjekt, sondern ein Pflichtsubjekt», schreibt Byung-Chul Han.

Ausblick

Wie ausgeführt geht es beim Megatrend Gesundheit nicht um Sucht oder süchtiges Verhalten. Es geht hier um Selbstkontrolle, Selbstoptimierung und Selbstbestimmung, aber auch um Politik und Ökonomie. Selbstständig sein, niemandem zur Last fallen, autonomes Handeln bis zum Lebensende. Wir sollen und wollen ein kostengünstiges Risiko für die Gesellschaft, unsere Nächsten und uns selber sein. Mässigung, Wohlverhalten, Ökonomisierung, Kontrolle. Durch Internalisierung dieser Vorgaben werden sie Teil unserer Persönlichkeit und damit handlungswirksam. Kontrolliert leben, kontrolliert sterben. Wenn wir das Konzept der Mässigung, der Selbstkontrolle, der maximalen Wertschöpfung unseres Körpers fertig denken, dann müssen wir auch das Sterben in diese Überlegungen mit einbeziehen. Wer unter solchen Prämissen aufwächst, wer mit solchen Zielen lebt, der will auch kontrolliert, ohne viel Belastung für die Liebsten, selbstbestimmt und selbstbewusst sterben. Ach ja, auch das kann zu einem Geschäftsfeld ausgebaut werden. Wollen wir das?

Dr. med. Toni Berthel, Direktor Sucht und Begutachtungen, Integrierte Psychiatrie Winterthur Zürcher Unterland und Präsident der Eidgenössischen Kommission für Suchtfragen

«Give me your

– zwei Szenarien aus medienpädagogischer Perspektive

«Give me your clothes» – dieses Zitat stammt aus dem ersten Teil der Filmreihe Terminator aus dem Jahr 1984. Es markiert für die Autoren dieses Beitrags in etwa den Zeitpunkt, als sie zum ersten Mal über die Möglichkeit einer Zukunft nachdachten, in der Technik einen gänzlich anderen Stellenwert einnehmen wird. 30 Jahre später sind VHS-Kassetten und Walkman verschwunden. Stattdessen wird über moralische Entscheidungsfähigkeit künstlicher Intelligenz diskutiert. Wie wird die Zukunft in weiteren zehn oder 20 Jahren aussehen? Zwei Szenarien aus medienpädagogischer Perspektive.



Szenario I: Digital Trust Assistant

Mein Name ist Jack. Ich bin ein Digital Trust Assistant. Meine Aufgabe ist es, Vertrauen für die digitale Welt zu schaffen, um so das Leben der Menschen durch Technik und Medien effizienter und besser zu gestalten. Es gibt tatsächlich noch einige smarte Gadgets und Programme, welche die Kunden meiner Auftraggeber noch nicht verwenden, obwohl es ihnen das Leben wesentlich erleichtern könnte. Die Algorithmen, welche den Programmen zugrundeliegen, arbeiten heute sehr sicher und zuverlässig. Um den Menschen mittels unserer Angebote diejenigen Dienstleistungen zu ermöglichen und bereitzustellen, die sie sich wünschen, brauchen wir aber ihr Vertrauen. Wenn die Leute persönliche Daten zurückhalten, verhindern sie die Verbesserung unserer Datensätze und Programme. Dadurch schaden sie nicht nur sich selbst, sondern auch den vielen Millionen anderen Nutzern.



clothes»

Beziehungen

Sehr wichtig ist es, dass die Menschen ihre Liebesbeziehungen durch unsere Dienstleistungen bestimmen lassen. All dieser Herzschmerz, diese Wut und Enttäuschungen, von denen wir in den alten Beiträgen lesen, sind durch unsere Programme hinfällig geworden. Der Algorithmus mit all seinen Variablen weiss viel besser, welches unsere objektiven Persönlichkeitszüge sind und welcher Partner wie lange zu uns passt. Zugegeben, ich war schon etwas überrascht, als ich letztes Jahr eine Partnerin zugeteilt bekommen habe, nachdem ich die Jahre zuvor immer mit Männern zusammen war. Vor zwei Monaten ist zudem Joa, ein achtjähriger Junge dazugestossen, der eine Auszeit von seinen Eltern braucht. Der Algorithmus hat uns offenbar für gute «Pflegeeltern» befunden. Wie hätte Joa uns finden können, ohne die von unserer Firma angelegten umfassenden Datensätze?

Verkehr

Die Welt ist dank der Technologie viel sicherer geworden. Was für eine Erleichterung, dass wir Menschen nicht mehr selbst autofahren müssen! Wie viel stressfreier ist der Verkehr heute, jegliche Macht- und Statuskämpfe sind daraus verbannt. Heute kaum vorstellbar, aber vor 30 Jahren sasssen Menschen mit all ihren Emotionen hinter dem Steuer und haben ihre Autos selber gelenkt.

Sie sehen: Technik macht glücklich und deshalb ist es meine Aufgabe, ja Berufung, den Menschen die Vorzüge der technologischen Möglichkeiten aufzuzeigen, sie zu überzeugen und als Kunden zu gewinnen. Damit können wir unsere weltweite Datenbank ergänzen, ausweiten und dazu beitragen, ihnen und allen anderen Menschen eine noch bessere Zukunft zu verschaffen.

Szenario II: Non-digital Survival Trainer

Mein Name ist Ruby. Ich bin Non-digital Survival Trainer. Meine Aufgabe ist es, die Menschen aus ihrer digitalen Abhängigkeit zu befreien. Viele Bereiche unseres Lebens wie Arbeit und Beziehungen sind von digitalen Angeboten und Dienstleistungen bestimmt, sodass von einem selbstbestimmten Leben keine Spur übriggeblieben ist. Wir hängen wie komatöse Patienten am medialen Tropf und lassen uns dankbar für diese vermeintliche Hilfe und digitale Dauerberieselung gerne vom eigentlichen Leben ablenken. Meine Aufgabe besteht darin, den Menschen zurück zum «Ausgang aus der selbstverschuldeten digitalen Unmündigkeit» zu verhelfen.

Beziehungen

Die grosse Mehrzahl der Paare finden aufgrund von Algorithmen zueinander. Deshalb wissen sie bereits zu Beginn ihrer Beziehung alles übereinander und es gibt kaum noch Dinge zu entdecken. Aus diesem Grund ist den Paaren oft langweilig, wodurch sie in eine Krise geraten und zu mir kommen. Dies ist ein schwieriger Punkt in meiner Arbeit: Sollte ich den Paaren vorschlagen, sich zu trennen und sich ohne digitale Unterstützung auf das Abenteuer einer neuen Partnerschaft einzulassen?

Verkehr

An einem meiner Workshops reise ich mit den Teilnehmenden in die nächste Stadt, mit einem modifizierten, manuell steuerbaren Bus. Und es ist immer schön zu erleben, wie sich die Menschen über das Abenteuer freuen, die Technik beherrschen und den individuellen Zielen anpassen zu können. Eine weitere Herausforderung für die Teilnehmenden des Reiseworkshops ist es, nicht genau zu wissen, wann wir ankommen. Risiken zu managen und mit Unvorhersehbarkeiten umzugehen ist für sie eine grosse Herausforderung.

Sie sehen: Die Möglichkeiten der Technik sind unerschöpflich. Die Fehler der Vergangenheit haben dazu geführt, dass einige Wenige die Macht über viele haben. Es liegt an uns, dass wir uns emanzipieren und uns von der digitalen Abhängigkeit befreien. Soziale, politische und moralische Ideen sollen diskutiert und das System geändert werden.

Attila Gaspar, Medienpädagoge und Geschäftsführer Medien- und Theaterfalle; Frank Egle, Dipl. Päd., selbstständiger Medienpädagoge und Erwachsenenbildner



Psychoaktive Substanzen in der Medizin

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen ist mit unterschiedlichen Risiken verbunden. Bestimmte psychoaktive Substanzen bergen jedoch nicht nur Risiken, sondern können auch im Rahmen der medizinischen Anwendung potenzielle positive Effekte auf unser Wohlbefinden haben. Zwei Beispiele – Cannabis und LSD – werden vorgestellt.


Cannabis: Heilmittel und Volksdroge?

«Die Gefahr, dass jemand in der Schweiz Hanfkraut zum Zwecke der Gewinnung von Betäubungsmitteln anbaut, ist gering.» Dieses Zitat aus den späten 1960er-Jahren stammt nicht von Personen aus dem Dunstkreis der aufkommenden Hippie-Bewegung, sondern vom schweizerischen Bundesrat.

Diese Einschätzung der obersten Behörde der Schweiz verdeutlicht, dass Cannabis in keiner Art und Weise in der Schweiz in problematischem Ausmass konsumiert wurde. Trotzdem wurde das Hanfkraut 1951 in das schweizerische Betäubungsmittelgesetz aufgenommen, was einem Verbot gleichkam. Wie kam es dazu?

Als eine der ältesten Kulturpflanzen der Welt, hat Cannabis zur Fasergewinnung auch in der Schweiz eine lange Tradition. Ab Mitte des 16. Jahrhunderts wurde durch Orientreisende der Gebrauch von «fremdländischem» Cannabis in Europa als Droge bekannt. Es existieren aber praktisch keine Hinweise, dass Cannabis in frühen Zeiten in Europa bereits für Rauschzwecke benutzt worden wäre. Auch das in der Schweiz vielgepriesene «Sonntagspfeifchen», d.h. das Rauchen von Hanf zu Zeiten Gotthelfs im 19. Jahrhundert, ist ein Mythos. Gerne wird dieser jedoch ins Feld geführt, als vermeintliche Legitimation, dass Cannabis eben ein traditionelles Berausungsmittel gewesen sein soll. Kommt dazu, dass der einheimische kultivierte Hanf (*Cannabis sativa*; sativa = kultiviert, angebaut) kaum den berausenden Stoff Tetrahydrocannabinol (THC) enthielt, welcher eine psychotrope Wirkung überhaupt ermöglicht hätte.

Interessanterweise kennt man erst seit Ende der 1960er-Jahre den rekreativen Gebrauch von Cannabis in der Schweiz. Im Jahr 1966 wurden



vereinzelt Kiffer angezeigt und wenig später wurden erstmals Konsumierende verurteilt. In dieser Zeit waren gesundheitsgefährdende Aspekte des Konsums der Droge sekundär. Es ging einzig und allein darum, das Verbot von Cannabis zu vollziehen.

Die stetige Zunahme von Cannabiskonsumierenden bis in die heutige Zeit stellt eine Herausforderung für die Polizei und die Vollzugsbehörden dar. Pragmatische Lösungen im Umgang mit dem Konsum von Cannabis sind deshalb anzustreben. Aktuell gibt es verschiedene politische Vorstösse, welche z.B. die Vereinfachung der Cannabisabgabe zu medizinischen Zwecken oder die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage, um wissenschaftliche Studien im Umgang mit Cannabis durchzuführen, fordern.

Cannabis als Medikament – früher

Für medizinische Zwecke wurde in der westlichen Welt bis Mitte des 19. Jahrhunderts ausschliesslich einheimischer Hanf bzw. dessen Samen oder das daraus gewonnene Öl verwendet. Das änderte sich schlagartig, als der in Indien tätige irische Arzt William B. O'Shaughnessy seine Erfahrungen mit indischem Cannabis in Europa bekannt machte. Innert kürzester Zeit konnte sich diese – nun aus Indien importierte – «Cannabissorte» auch in der Schweiz etablieren. Neu war, dass man nun nicht mehr wie bis anhin die Samen, sondern die Blätter und die Blütenstände der viel wirksameren indischen Variante zu Tinkturen und Extrakten weiterverarbeitete. Obschon das psychoaktive Cannabinoid Tetrahydrocannabinol (THC) erst mehr als 100 Jahre später entdeckt wurde, realisierte man schnell, dass dieses importierte Cannabis aus Indien (Cannabis indica) viel stärker wirkte. Für welche Beschwerden wurden Cannabispräparate überhaupt eingesetzt? Dies umfasste Schmerzen, Asthma, Schlafprobleme und äusserlich vor allem als Hühneraugenmittel. Oftmals war Cannabis auch ein Bestandteil von industriellen Fertigpräparaten, die bei verschiedensten Krankheiten angewendet wurden.

Die Hochblüte von Cannabis als Medikament war gegen Ende des 19. Jahrhunderts. Danach flachte das Interesse ab, bis das Betäubungsmittelgesetz von 1951 dem Cannabis den endgültigen «Todesstoss» versetzte. Ein weiterer Grund, weshalb das Medizinalcannabis aus dem

Arzneischatz verschwand, war möglicherweise auch, dass bessere und effektivere Arzneistoffe zur Verfügung standen.

Cannabinoide in der Medizin – heute

Es sollte bis zum Beginn der 1990er-Jahre dauern, bis medizinisches Cannabis aus seinem Dornröschenschlaf erweckt wurde. Der Grund war: Erstmals wurden sogenannte Cannabinoid-Rezeptoren (CB1 und CB2) im menschlichen Körper entdeckt. Dank diesen «Andockstellen» begann man die Wirkungen von Cannabis, insbesondere des THC, zu verstehen. Fast gleichzeitig fand man heraus, dass der Mensch körpereigene Endocannabinoide (z.B. das Anandamid) produziert, welche ebenfalls die Cannabinoid-Rezeptoren aktivieren. Dank diesen Entdeckungen ist die Forschung rund um Cannabis förmlich explodiert und hat schliesslich dazu geführt, dass Cannabispräparate heute in der Medizin wieder vermehrt eingesetzt werden. In der Schweiz gibt es aktuell ein einziges registriertes betäubungsmittelpflichtiges Fertigpräparat (SATIVEX) auf dem Markt, welches Ärzte an Multiple-Sklerose-Patienten zur Behandlung der schmerzhaften Spastik verschreiben können. Daneben können Ärzte auch sogenannte Magistralrezepturen – Arzneimittel, die auf ärztliches Rezept für eine bestimmte Person hergestellt werden – auf Cannabisbasis verschreiben. Allerdings sind diese zusätzlich bewilligungspflichtig, d.h. der behandelnde Arzt

Cannabis sativa vs. Cannabis indica

Der wissenschaftliche Name Cannabis indica (indischer Hanf) stammt vom französischen Botaniker Jean-Baptiste Lamarck (1744-1829), der ihn damit von dem in Europa angebauten Cannabis sativa unterschied. Bis heute ist es umstritten, ob es sich um eigene Arten oder lediglich Unterarten handelt. Umgangssprachlich gilt indischer Hanf als Rauschhanf (mit hohem THC-Gehalt) und Cannabis sativa als Faserhanf (mit geringem THC-Gehalt).

muss ein Gesuch ans Bundesamt für Gesundheit (BAG) stellen, damit die Patientinnen und Patienten ein entsprechendes Präparat erhalten können. Die wichtigsten Indikationen sind: Schmerzen (z.B. neuropathische oder Tumorschmerzen), Spastik (Krämpfe durch erhöhte Eigenspannung der Skelettmuskulatur), Appetitförderung, Übelkeit, aber auch Bewegungsstörungen (u.a. Tics, Tourette) und viele andere mehr. In den letzten Jahren hat die Anzahl der Gesuche stark zugenommen, fast täglich kommen neue dazu. Aufgrund dieser zunehmenden Nachfrage laufen aktuell Bemühungen, das Bewilligungsverfahren zu vereinfachen.

Cannabis als Droge oder Medikament. Worin liegt der Unterschied?

«Sola dosis facit venenum – nur die Dosis macht das Gift.» Dieses bekannte (abgekürzte) Zitat von Paracelsus kann man exemplarisch auf Cannabis anwenden. Es ist ein grosser Unterschied, ob Cannabis zu therapeutischen Zwecken oder als rekre-

ativer Konsum eingenommen wird. Patientinnen und Patienten kommen in aller Regel mit einer viel geringeren Dosis THC aus als Freizeitkonsumierende. Dementsprechend sind auch die Nebenwirkungen sehr moderat. Aus medizinischer Sicht sind die berauschenden Effekte des THC nicht erwünscht, gelten gar als Überdosierung. Trotzdem sind insbesondere akute, lebensbedrohliche Vergiftungen mit THC nicht möglich, was diese Substanz von vielen anderen hochwirksamen Stoffen unterscheidet. Auch im Vergleich zu den legalen Konsumgütern wie Alkohol oder Tabak wird das gesundheitsgefährdende Potenzial insgesamt als vergleichbar bis geringer eingeschätzt.

Ein Blick nach vorne

Aktuell herrschen interessante Zeiten: Weltweit wird über den Umgang mit Cannabis diskutiert und lamentiert. Trotz internationalen Vereinbarungen könnten die Gegensätze nicht grösser sein. Die Regulierungsmodelle reichen von der Repression über die Entkriminalisierung und Legalisierung bis hin zur totalen Liberalisierung – Letzteres kommt jedoch kaum vor. Trotzdem herrscht Aufbruchstimmung, ein allgemeiner Trend zur Liberalisierung und Entkriminalisierung ist festzustellen. In den USA und in Kanada glauben nicht wenige, dass das Cannabisgeschäft ein riesiger Wachstumsmarkt ist und sich künftig mit dem «grünen Gold» legal viel Geld verdienen lässt.

Generell ist festzustellen, dass die Nachfrage für die wertvolle Cannabisfaser in den letzten Jahren stark gesunken ist. Im Gegensatz dazu ist jedoch die Renaissance von Cannabis für medizinische Zwecke in vollem Gange, wenn auch in kleinen Schritten. Es braucht mehr Forschung, damit Cannabis wieder ein allgemein akzeptiertes Arzneimittel wird.

Die Geschichte von Cannabis ist noch lange nicht zu Ende. Wohin die Reise geht, wird die Zukunft zeigen.

Dr. Manfred Fankhauser, Inhaber der Bahnhof Apotheke in Langnau BE



THC vs. CBD

Tetrahydrocannabinol (THC) ist die psychoaktive Substanz in der Cannabispflanze und der Grund, weshalb Cannabis als Betäubungsmittel eingestuft wird. Demgegenüber wirkt das Cannabidiol (CBD) nicht berauschend und ist auch kein verbotener Stoff. Das schweizerische Betäubungsmittelgesetz kennt einen Grenzwert für THC: Wenn der Gehalt mehr als ein Prozent beträgt, dann ist die Pflanze verboten. Der Konsum von CBD-haltigem Cannabis hingegen ist in der Schweiz erlaubt.

Neue LSD-Forschung in der Schweiz

Interview mit Prof. Dr. Matthias Liechi vom Universitätsspital Basel

Sie sind einer von wenigen Forschern, welche LSD klinisch untersuchen. Wie kam es dazu?

LSD (Lysergsäurediethylamid) wird weltweit konsumiert. In der Schweiz wird LSD von Psychiatern auch sehr begrenzt für medizinische Zwecke verwendet. Allerdings gibt es viele offene Fragen zur Pharmakologie dieser 75 Jahre alten Substanz und daher braucht es moderne Forschung (Liechti, 2017). Unsere Abteilung für Klinische Pharmakologie und Toxikologie am Universitätsspital Basel ist spezialisiert auf die Durchführung klinischer Untersuchungen von Medikamenten. In meiner Forschungsgruppe untersuchen wir die pharmakologische Wirkung verschiedener psychoaktiver Substanzen wie Ecstasy, Amphetamin oder Alkohol. Im Jahr 2013 kam noch LSD dazu.

Was ist LSD und wie wirkt es?

LSD ist eine Substanz, welche 1938 zum ersten Mal in Basel hergestellt wurde unter Verwendung von Mutterkornpilz. Die halluzinogene Wirkung von LSD wurde 1943 durch den Chemiker Albert Hoffmann entdeckt. Diese Zufallsentdeckung jährte sich dieses Jahr zum 75. Mal und ist als «Bicycle Day» bekannt. Pharmakologisch gesehen ist LSD ein Serotonin 5-HT_{2A} Rezeptor-Agonist. Das heisst, dass LSD im Gehirn an einen Rezeptor bindet, an welchen sonst der körpereigene Botenstoff Serotonin andockt. LSD stimuliert die Hirnaktivität und führt zu einer verstärkten funktionellen Vernetzung verschiedener Hirnareale (Carhart-Harris et al., 2016). Dies führt vorübergehend zu einer verstärkten und veränderten Wahrnehmung äusserer und innerer Reize. Es kommt zu einem veränderten Bewusstseinszustand mit intensivierter Wahrnehmung, Synästhesie (Bilder werden durch Töne verändert), starken Gefühlen und zum Teil mystischen Erlebnissen. Dieser Zustand wird mehrheitlich als angenehm erlebt.

Gibt es Erklärungsansätze für die Bewusstseinsänderung sowie visuellen Halluzinationen bzw. Illusionen ausgelöst durch LSD?

Die Wirkung von klassischen Halluzinogenen inklusive LSD wird primär über den Serotonin 5-HT_{2A} Rezeptor im Gehirn vermittelt. Wie es dann zu den Bewusstseinsveränderungen kommt ist nur teilweise klar. Wir und andere Forschungsgruppen in Zürich und London versuchen, dies mittels funktioneller Bildgebung (fMRI) besser zu



Prof. Dr. Matthias Liechi ist stellvertretender Chefarzt der Abteilung Klinische Pharmakologie und Toxikologie des Universitätsspitals Basel und leitet die Forschungsgruppe Psychopharmakologie.

verstehen. Im Vergleich zu einem Schlafmittel, welches die Hirnaktivität dämpft, führt LSD zu einer erhöhten Aktivität und Zusammenarbeit verschiedener Hirnareale. Hirnnetzwerke, welche normalerweise getrennt von anderen arbeiten, erhöhen unter LSD ihre funktionelle Verbindung und das Gehirn ist funktionell damit insgesamt mehr vernetzt (Carhart-Harris et al., 2016). Möglicherweise kann dies Synästhesien, also die Koppelung verschiedener Wahrnehmungen, erklären. Man könnte auch sagen, dass die übliche funktionelle Zusammenarbeit des Gehirns vorübergehend «durcheinander» ist.

Welche Risiken bringt die Einnahme von LSD mit sich?

LSD wirkt bereits in winzigen Mengen im Gehirn. Es zeigt jedoch auch in hohen Dosen keine schädigende Wirkung auf den Körper (Nichols & Grob, 2018). Es bestehen allerdings psychologische Risiken. Es kann zu sogenannten «Flashbacks» (Wiedererleben früherer Erlebnisse oder Gefühlszustände) kommen. Diese Risiken sind allerdings sehr gering. Während der akuten Wirkung von LSD kann sich die Wahrnehmung von Zeit und Raum verändern. Angst kann auftreten, weil man die Kontrolle über das Denken und Fühlen verlieren

kann. Ausserdem wird vermutet, dass LSD bei prädisponierten Personen die Auslösung einer Schizophrenie begünstigen kann.

In den wissenschaftlichen Studien wird eine moderate Dosis LSD (100–200 µg) verabreicht und die Untersuchungen finden nach einer Vorbereitung auf das Erlebnis in einem sehr kontrollierten Rahmen mit dauernder Betreuung und Überwachung statt. Personen mit einem Risiko für eine Schizophrenie werden nicht für die Studien zugelassen.

Welches sind verbreitete Mythen über LSD?

Ein Mythos ist, dass LSD abhängig macht. Es gibt zwar LSD-Missbrauch, aber keine LSD-Abhängigkeit. LSD zeigt sogar eher gegenteilige Effekte. Eine Metaanalyse von sechs Studien konnte bei alkoholabhängigen Patienten nach einer Dosis LSD eine Reduktion des Alkoholkonsums aufzeigen (Krebs & Johansen, 2012). Falsch ist auch, dass LSD psychische Krankheiten verursacht. Neue bevölkerungsbasierte Untersuchungen zeigen, dass Personen, welche Halluzinogene konsumieren, insgesamt nicht mehr psychische Probleme aufweisen als Personen, welche keine Halluzinogene konsumieren (Johansen & Krebs, 2015). Verbreitet ist auch die Annahme, LSD verursache vor allem Horrortrips. Tatsächlich kann es zu unangenehmen Erfahrungen kommen, meistens ist die Wirkung von LSD jedoch sehr angenehm.

Wie hat sich der gesellschaftliche und politische Umgang mit LSD seit der Entdeckung 1943 entwickelt?

Die Nutzen-Risiko-Wahrnehmung hat sich wiederholt verschoben und wurde auch politisch stark beeinflusst. In den 1950er- bis 1970er-Jahren sah man vor allem den potenziellen Nutzen und die therapeutischen Möglichkeiten, so dass auch viel und häufig unreguliert experimentiert

«Ein Mythos ist, dass LSD abhängig macht. Es gibt zwar LSD-Missbrauch aber keine LSD-Abhängigkeit.»

wurde. Ende der 1960er-Jahre wurde LSD zunehmend dämonisiert, was dann auch zu einem Verbot der Forschung in den meisten Ländern führte. Seit den 1970er-Jahren ist LSD in den meisten Ländern als medizinisch nicht nützlich und nicht akzeptiertes Betäubungsmittel mit hohem Suchtpotenzial gelistet. Dies entspricht jedoch nicht der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage.

Wie stehen Sie persönlich zur aktuellen Gesetzgebung in der Schweiz?

LSD darf in der Schweiz mit einer Ausnahmebewilligung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) medizinisch untersucht und begrenzt therapeutisch angewendet werden. Anders als in den meisten anderen Ländern wird also ein medizinischer Nutzen nicht ausgeschlossen oder die Untersuchung eines solchen nicht durch die Gesetzgebung verhindert. Daher können wir in der Schweiz LSD und den Nutzen und die Risiken – wie für jedes potenzielle Medikament – auch am Menschen untersuchen. Für die medizinische Forschung ist die aktuelle Gesetzgebung in der Schweiz gut.

In den letzten Jahren wurde die Forschung zu LSD wieder aufgenommen. Wie kam es dazu?

In vielen Ländern war und ist Forschung zu LSD am Menschen untersagt. Zudem ist LSD stigmatisiert. Viele Forscher hatten schlicht Angst, ihren Ruf zu schädigen. Daher befasste sich die moderne Halluzinogenforschung zuerst mit anderen, historisch weniger belasteten Substanzen wie beispielsweise Psilocybin («Zauberpilze», «Magic mushrooms»). Mittlerweile wagen sich wieder einige wenige Forscher an LSD, welches als prototypische Halluzinogen gilt. Die Rahmenbedingungen für diese Forschung sind aber erst an wenigen Orten weltweit gegeben. Voraussetzung zur Durchführung solcher Studien sind Forschungsgruppen mit Humanforschungserfahrung, finanzielle Mittel, überwindbare rechtliche und regulatorische Hürden und eine minimale gesellschaftliche Akzeptanz. Viele Forscher wären theoretisch an der LSD-Forschung interessiert, meist fehlt es aber an einer oder mehreren dieser Voraussetzungen.

Aktuell läuft unter Ihrer Leitung eine Studie zur LSD-begleiteten Psychotherapie bei Angstpatienten. Können Sie uns davon erzählen?

In den Jahren 2008 bis 2011 wurde LSD durch den Psychiater Peter Gasser in der Behandlung von Patienten mit Angst im Rahmen einer lebensbedrohlichen Erkrankung in einer klinischen Studie untersucht (Gasser et al., 2015). Nach zwei Behandlungen mit LSD zeigte sich eine anhaltende Abnahme der Angst. Allerdings war diese Studie klein und es fehlte eine genügend grosse Kontrollgruppe. Daher haben wir nun eine etwas grössere Studie begonnen, welche primär die Wirksamkeit von LSD bei Patienten mit Angst bestätigen soll. Die Studie wird allerdings erst etwa 2021 Resultate zeigen. Eine Nachfrage nach Behandlungen mit alternativen Ansätzen wie zum Beispiel LSD von psychiatrischen als auch teilweise körperlichen Erkrankungen können wir aber schon heute feststellen.

Wie erleben Sie aufgrund Ihrer Forschung zu LSD das medizinische Umfeld bzw. wie reagiert dieses auf Ihre Forschung?

Warum man Krebs erforscht, muss man nicht erklären. Will man aber LSD untersuchen, um die Todesangst bei Krebspatienten zu lindern, so kommen viele Fragen, da der Laie aufgrund der gesellschaftlichen Verbannung und öffentlichen Meinung annimmt, LSD löse primär Horrortrips aus. Forschung zu LSD stösst sicher auf breites Interesse, nicht nur in der Fachwelt, sondern generell in der Öffentlichkeit und bei den Medien.

In welchen weiteren Bereichen kommt LSD zum Einsatz und wie sieht die wissenschaftliche Lage dazu aus?

In der Schweiz wird LSD therapeutisch mit auf einzelne Patienten beschränkte Bewilligungen des BAGs angewendet, welche vor allem an Angst, Depression oder Cluster-Kopfschmerzen (periodisch, extrem heftige und attackenartige Kopfschmerzen) leiden. Eine Studie zur Behandlung

«Forschung zu LSD stösst auf breites Interesse, nicht nur in der Fachwelt, generell in der Öffentlichkeit und in den Medien.»

von Angst ist angelaufen. Weitere Studien, auch zur Prüfung der Anwendung von LSD für weitere Indikationen, sind in Planung und wir versuchen die Finanzierung zu sichern. Ältere Studien gibt es vor allem zur Behandlung von Angst und Depression (Rucker et al., 2016) und Abhängigkeitserkrankungen (Krebs et al., 2012). Daneben gibt es mehrere Untersuchungen bei gesunden Versuchspersonen, bei welchen die akuten Effekte von LSD systematisch untersucht und mit den Effekten von anderen psychoaktiven Substanzen wie MDMA oder Amphetamin verglichen werden. Darüber hinaus wird die Dosis-Wirkungs-Beziehung erfasst und Veränderungen der Hirnaktivität werden unter LSD bildgebend dargestellt. Studien mit LSD-Microdosing (Einnahme geringster Dosierungen, bei welchen nicht der halluzinogene Effekt im Vordergrund steht) sind in Holland und England geplant, realisiert ist aber erst wenig.

Was ist der Vorteil von LSD in der Behandlung von Depressionen im Vergleich zu herkömmlichen Antidepressiva?

Das können wir noch nicht beantworten. Wenn einige Einzelgaben von LSD eine Depression lindern könnten, so wäre das möglicherweise kosteneffektiver und nebenwirkungsärmer als die tägliche Einnahme von Antidepressiva. Einige Patienten würden eine solche Behandlung in Kombination mit einer Psychotherapie sicherlich vorziehen. Die Wirksamkeit muss aber erst noch gezeigt werden. Wichtig ist, dass solche Studien an mehreren Zentren systematisch durchgeführt werden können.

Wie verbreitet ist der LSD-Konsum im klinischen Setting im Vergleich zum Freizeitkonsum heutzutage?

Legal wird LSD in der Schweiz erst bei etwa zehn bis 20 Patienten pro Jahr angewendet. Zudem nehmen jährlich nochmals etwa gleich viele gesunde Versuchspersonen an unseren Studien teil. Meines Wissens gibt es ansonsten weltweit noch keine legale Anwendung. Etwa ein bis zehn Prozent der Erwachsenen hat mindestens einmalige Konsumerfahrung (Schweiz um 1%, USA um 10%) im Freizeitgebrauch.

Wie schätzen Sie die Einnahme von LSD-Mikrodosierungen zur Selbstoptimierung ein?

Zurzeit sind noch keine wissenschaftlichen Daten zu diesem Thema publiziert. Microdosing muss zuerst noch wissenschaftlich untersucht werden.

Welche zukünftigen Veränderungen im Einsatz und Umgang mit LSD erwarten Sie in den nächsten zehn Jahren?

Es gibt Organisationen, welche MDMA und das Halluzinogen Psilocybin in den nächsten Jahren als Medikamente verfügbar machen wollen. Die US- und die Europäische Arzneimittelbehörde bieten Unterstützung für diese Anliegen. Ich denke nicht, dass LSD in zehn Jahren eine Marktzulassung hat, jedoch weiterhin mit Spezialbewilligungen für zwischenzeitlich möglicherweise sogar zusätzliche Indikationen therapeutisch genutzt werden kann. Es wird jedoch weiterhin vor allem akademisch und nicht kommerziell untersucht. Ich hoffe aber, dass es zahlreiche akademische klinische Studien geben wird, welche den Nutzen und die Risiken definieren.

Carhart-Harris, R.L., Muthukumaraswamy, S., Roseman, L., Kaelen, M., Droog, W., Murphy, K. et al. (2016). Neural correlates of the LSD experience revealed by multimodal neuroimaging. *PNAS*. 113:4853-8.

Gasser, P., Kirchner, K. & Passie, T. (2015). LSD-assisted psychotherapy for anxiety associated with a life-threatening disease: a qualitative study of acute and sustained subjective effects. *Journal of Psychopharmacology*. 29(1):57-68.

Johansen, P.O. & Krebs, T.S. (2015). Psychedelics not linked to mental health problems or suicidal behavior: a population study. *Journal of Psychopharmacology*. 29(3):270-9.

Krebs, T.S. & Johansen, P.O. (2012). Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*. 26(7):994-1002.

Liechti, M.E. (2017). Clinical research on LSD. *Neuropsychopharmacology*. 42:2114-27.

Nichols, D.E. & Grob, C.S. (2018). Is LSD toxic? *Forensic Science International*. 284:141-5.

Rucker, J.J., Jelen, L.A., Flynn, S., Frowde, K.D. & Young, A.H. (2016). Psychedelics in the treatment of unipolar mood disorders: a systematic review. *Journal of Psychopharmacology*. 30(12):1220-9.

Sucht im ethischen Kontext

Die Sucht fordert eine Auseinandersetzung mit den eigenen Werthaltungen und wird oftmals als Ausdruck eines Verlustes an Selbstbestimmung beschrieben. Im Verständnis der Gesellschaft wird Sucht als ein moralisch verwerfliches Verhalten angesehen. Dabei haften Stigmata wie der «willenlose Junkie» oder «versklavende Drogen» an der Sucht. Doch ist der süchtige Mensch selbst- oder fremdbestimmt? – Täter oder Opfer? Wie kommt diese gesellschaftliche Ächtung bzw. Stigmatisierung der Sucht zustande und was bewirkt diese in der Gesellschaft?

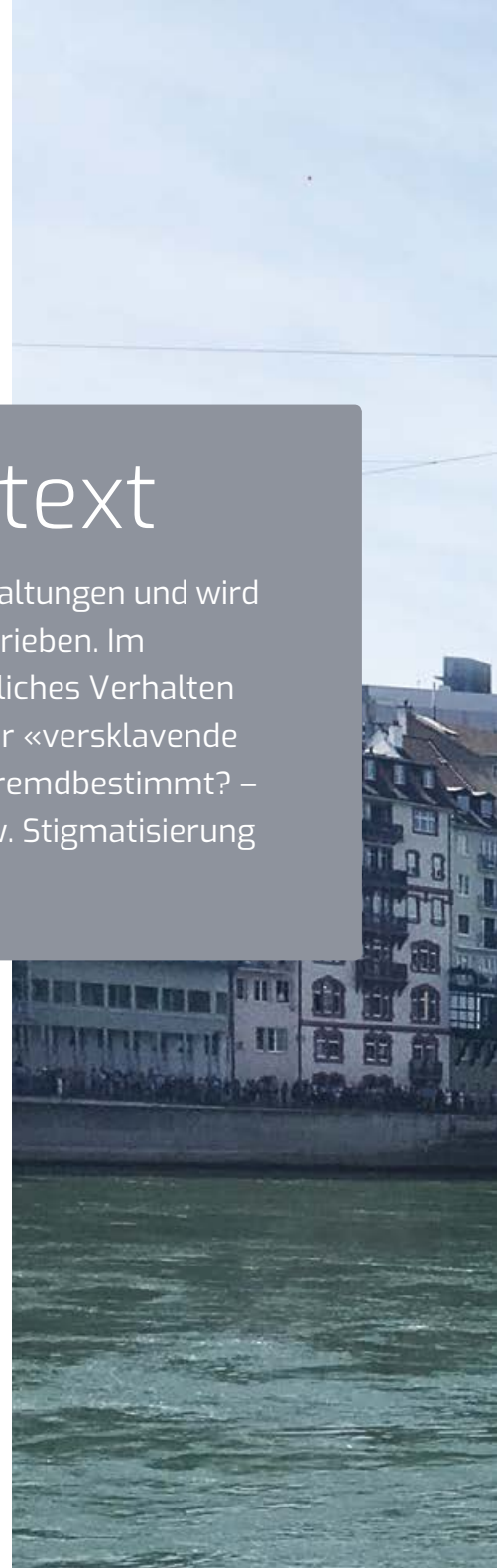
Der süchtige Mensch – zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung?

In vielen Suchtdefinitionen wird Sucht als ein Zustand fehlender oder eingeschränkter Autonomie beschrieben. Diese Annahme hat weitreichende Konsequenzen für den gesellschaftlichen Umgang mit Süchtigen und auf das professionelle Hilfs- und Behandlungsangebot. Es lohnt sich daher, den Begriff der Autonomie im Kontext der Sucht einmal genauer zu beleuchten und aus einer ethischen Perspektive zu erörtern.

Sucht – ein ambivalenter menschlicher Zustand

Im Rahmen von Suchtentwicklungen spielen Vorstellungen über die Autonomie und Zwangshandlungen eine bedeutende Rolle in der Einordnung. Selbst über sich und seinen Körper bestimmen zu können, ist eine Voraussetzung, um Entscheidungen treffen und Handlungen verantworten zu können. Auch im neuen Erwachsenenschutzrecht wurde die personale Autonomie betont und gesetzlich gestärkt. Der Verlust der Selbstkontrolle ist gerade ein wesentliches Merkmal von Suchtdefinitionen und verweist auf eine psychische Störung des

Willens. Die Krankheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation betont das zwanghafte Verlangen und den mit einer Suchtentwicklung einhergehenden Verlust der Selbstkontrolle in Bezug auf das Suchtmittel. Das, was uns an psychoaktiven Substanzen am meisten ängstigt, ist vielleicht gerade, dass Konsumhandlungen eine derartige Eigendynamik entwickeln können und so unsere Selbstbestimmung und unseren freien Willen anzugreifen drohen. «Versklavende Drogen», der «Zwang zur Droge» oder der «willenlose Junkie» sind Metaphern, die immer wieder in ganz unterschiedlichen Kontexten aufgegriffen werden.





Auf der anderen Seite lassen sich sowohl im medizinischen wie auch alltäglichen Bereich Beschreibungen finden, die dem süchtigen Menschen, vor allem aufgrund des gesundheitlichen Schadens und des Schadens für Dritte, zur Verantwortung ziehen und ihm ein absichtliches Fehlverhalten zuschreiben. Für einige Suchtformen werden daher medial und politisch auch immer wieder finanzielle Selbstbeteiligungen und mehr Eigenverantwortung eingefordert. Unser gesellschaftliches Verständnis von Sucht verweist damit auf ein Bild des süchtigen Menschen, der zugleich frei und fremdbestimmt sowie Op-

fer und Täter sein kann. Doch wie passt das zusammen, frei und zugleich abhängig zu sein? Ein scheinbarer Widerspruch, mit dem sich täglich Therapeuten, Sozialarbeiter, Polizisten und auch Richter in unterschiedlicher Ausprägung auseinandersetzen müssen.

Autonomie als Schlüsselkonzept

Sucht ist Gegenstand vieler Forschungsbereiche und ist auch historisch gesehen kein neues Phänomen. Daher existieren heute parallel zueinander unterschiedliche Verständnisweisen von Sucht. Sucht kann als Krankheit, als erlernte

Angewohnheit, als regelwidriges Verhalten oder Normabweichung, als Verhaltensstörung, als Sünde oder als eine Lebensweise verstanden werden. Diese Mehrdeutigkeit erklärt auch einige der Widersprüche in der gesellschaftlichen Wahrnehmung und im Umgang mit Betroffenen.

Gesundheit und Autonomie gelten als wichtige Grundlagen eines guten Lebens. Krankheit ist nicht mehr nur akzeptiertes Schicksal, sondern kann im Rahmen von Prädiktion und Prävention beeinflusst, verhindert oder verändert werden. Unser heutiges Gesundheitsverhalten wird unter anderem geprägt durch eine Berücksichtigung von Risikofaktoren und Wahrscheinlichkeiten. Verhaltensweisen, mit denen bewusst oder zumindest informiert eine Selbstschädigung oder Gesundheitsrisiken in Kauf genommen werden, werden zunehmend kritisch hinterfragt. Nicht zuletzt auch, weil sie in Zeiten knapper Ressourcen die Solidargemeinschaft finanziell belasten. Die normativ-moralische Bewertung von Menschen mit einem sozial als problematisch definierten Substanzkonsum ist daher zu einem noch höheren Masse von der Frage abhängig, ob und wie viel Autonomie wir süchtigen Menschen für ihren Zustand zugestehen. Diese Frage bestimmt massgeblich den Umgang mit Suchtkranken in unserer Gesellschaft. Denn nur den autonomen und urteilsfähigen Menschen ziehen wir für Handlungen oder Folgeschäden moralisch und juristisch zur Verantwortung. Bei eingeschränkt autonomen Personen greift sowohl auf der sozialen wie auf der medizinischen Ebene das Prinzip der Fürsorge.

Autonomie und Fürsorge – ein Widerspruch?

Ein Zuwenig an Fürsorge ist Vernachlässigung und ein Zuviel an Fürsorge mündet nicht selten im Paternalismus. Unsere Vorstellung von Fürsorge und Autonomie spielen dabei eine entscheidende Rolle. Doch die Begrifflichkeiten verbleiben in der Sphäre des Abstrakten und werden geradezu inflationär verwendet. Autonomie wird grösstenteils als kognitive Fähigkeit erwachsener Menschen betrachtet und zugleich, wie auch im neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR), als ein gesetzliches Abwehrrecht verstanden. Die Freiheit, Behandlungen abzulehnen, wird im KESR gerade auch bei urteilsunfähigen Patienten neu beleuchtet. Der Willensäusserung von

Patienten und Angehörigen wird im neuen Gesetz seit 2013 mehr Gewicht eingeräumt. Die Fürsorgerechte Unterbringung (FU) stellt den weiterhin schwersten Eingriff in die Autonomie einer Person dar. Autonomie soll nur dann eingeschränkt werden, falls das Wohl Dritter oder aber das eigene Leben auf dem Spiel steht; wobei Suizid weiterhin und ausdrücklich als nicht strafbar gilt. Die Vorstellung einer absoluten Freiheit, die einerseits als Rechtsanspruch und zugleich als kognitive Grundfähigkeit verstanden werden kann, wird dem süchtigen Menschen aus meiner Sicht jedoch nicht gerecht. Sie ist eine Idealvorstellung, die viele Menschen, nicht nur diejenigen mit einer Suchterkrankung, vermutlich so nicht erfüllen können. Bei alten Menschen, chronisch Kranken, oder vulnerablen Patientengruppen verlaufen die Grenzen zwischen autonomen und abhängigen Phasen oft fließend. Autonomie kann in diesem Sinne daher auch als individuelle Eigenschaft eines jeden Menschen verstanden werden, die sich kontextgebunden und nur im Wechselspiel mit anderen Personen entwickelt. Wir brauchen ein «Gegenüber», damit die Diskussion um Autonomie überhaupt Sinn macht. Das bedeutet, dass Autonomie nicht losgelöst erfolgt, sondern immer in Abhängigkeitsverhältnissen besteht und nur dort, also innerhalb eines sozialen Kontextes und in Bezug auf ein konkretes Gegenüber, überhaupt sinnvoll gedacht und entfaltet werden kann (Geisler, 2005). Jeder von uns ist in bestimmten Lebensphasen und Situationen mal mehr und mal weniger autonom. Selbstbestimmung ist in diesem Sinne kein Alles-oder-nichts-Prinzip, es entwickelt sich graduell. Das Prinzip der Fürsorge ist damit auch kein Gegenspieler zur Autonomie, sondern Autonomie beinhaltet die Sorge um andere sowie die Sorge um sich selbst. Nur wer für sich selbst sorgen kann, ist auch in der Lage, Sorge für andere und Dritte (z.B. Kinder) mitzutragen. Autonomie und Fürsorge müssen aus meiner Sicht immer zusammen gedacht werden; sie sind wie zwei Seiten einer Medaille.

Was folgt daraus für die Praxis?

Autonomie und Abhängigkeit müssen sich nicht notwendigerweise ausschliessen. Wir müssen uns also in der Praxis auch nicht zwischen Autonomie und Hilfeleistungen entscheiden, wenn wir Menschen mit einem problematischen Substanz-



konsum oder einer Verhaltenssucht vor uns haben. Der menschliche Zustand einer Sucht fordert stattdessen eine Auseinandersetzung mit eigenen Werthaltungen und Lebensperspektiven ein. Möglicherweise ist das, was uns an süchtigen Menschen moralisch stören kann, die Tatsache, dass sie ihre Freiheit nicht vollständig nutzen bzw. sich nicht bewusst und reflektiert mit eigenen Lebenszielen auseinandersetzen wollen oder können. Das würde bedeuten, dass es innerhalb des Suchtdiskurses nicht primär um die Freiheitsfähigkeit eines Menschen geht, sondern vielmehr um die Frage nach dem Selbstverständnis von Menschen und dem «guten Leben»; also auch um Fragen nach Glück und Lebensqualität. Die Perspektivenlosigkeit und der Glaube, sein Leben nicht selbst bestimmen zu können, fördern möglicherweise eine Suchtentwicklung und sind nicht notwendigerweise die Folge einer solchen. Dem «Automatismus» des Suchtgeschehens könnte man stattdessen eine Auseinandersetzung mit eigenen Perspektiven und Lebenszielen gegenüberstellen. Dies könnte man im Rahmen einer Therapie oder Beratung durch verschiedene Modelle erreichen. Ein narrativer Zugang und eine Mitbestimmung im Sinne des Ansatzes «Shared-Decision-Making» wären dabei sicher hilfreich. Daran anknüpfend stellt sich die Frage, ob der Konsum von Substanzen zu einem gelungenen Leben gehören kann und wenn ja, in welcher Art und Weise dies für Menschen möglich ist, ohne sich und vor allem auch anderen Schaden zuzufügen. Ein Recht auf Rausch lässt sich dabei, rechtlich wie auch moralisch, sicher so wenig einfordern wie eine Pflicht zur Abstinenz. Wir müssen uns im Zuge neuer Möglichkeiten wie z.B. des «pharmakologischen Enhancements» (s. Box oben) oder der «künstlichen Intelligenz» in Zukunft vielmehr die Frage stellen, welche Bewusstseinszustände wir in unserer Gesellschaft zulassen wollen und als positiv bewerten möchten. Was macht einen «guten Be-

Pharmakologisches Enhancement

Unter pharmakologischem Enhancement versteht man die Möglichkeit, mittels psychoaktiver Substanzen gezielt in das zentrale Nervensystem einzugreifen, um Funktionen bei gesunden Menschen zu beeinflussen bzw. zu «verbessern» (z.B. Gedächtnis, Wahrnehmung, Konzentration, Wachheit). Dies wird auch umgangssprachlich mit den Begriffen wie «Hirntuning» oder «Hirndoping» umschrieben. In der Ethik werden solche Möglichkeiten als «Anthropotechniken» kritisch diskutiert. Der Begriff der Verbesserung ist dabei relativ und zeigt, welche Leistungen wir in der Gesellschaft als wünschenswert oder optimal betrachten.

wusstseinszustand» aus und gibt es im Alltag Formen des subjektiven Erlebens und der Selbsterfahrung, die besser sind als andere? Zudem könnte man in der Präventionsarbeit auf ein emotionales und soziales «Empowerment» setzen. Dies könnte bedeuten, dass wir stärker auf Aspekte der Selbsterfahrung und Selbstwirksamkeit eingehen müssen. Eigene Grenzen ausloten zu dürfen, Risiken einschätzen zu lernen und sich in den oft überwältigenden Möglichkeiten und Angeboten in unserer Gesellschaft zurechtzufinden, scheinen dabei Schlüsselkompetenzen zu sein, deren Bedeutung möglicherweise noch nicht oder nicht mehr ausreichend einbezogen werden. Stattdessen versuchen wir gerade Kinder und Jugendliche zu umsorgen, indem wir kontrollieren, verbieten und verhindern. Diese Form der Fürsorge könnte Eigenverantwortlichkeit und Autonomie jedoch gerade schwächen und möglicherweise durch eine wohlgemeinte Überbetonung der Fürsorge langfristig zu mehr Abhängigkeit und Paternalismus in unserer Gesellschaft führen.

Dr. rer. nat. Julia Wolf, Mitglied Eidgenössische Kommission für Suchtfragen und Assoziierte des Instituts für Bio- und Medizinethik der Universität Basel

-
- Geisler, L.S. (2005). Der Krebskranke zwischen Autonomie und Fürsorge. Vortrag vom 29. Oktober 2005, Medizinische Woche Baden-Baden.
- Haker, H. (2000). Narrative und moralische Identität. In: Mieth (Hrsg.) Erzählen und Moral. Narrativität im Spannungsfeld von Ethik und Ästhetik. Attempto-Verlag, Tübingen: S. 37-65.
- Metzinger, T. (1996). Hirnforschung, Neurotechnologie, Bewusstseinskultur. Medizinethische, anthropologische und sozialphilosophische Fragen der Zukunft. In: Kaiser, G. Rosenfeld, E. Wetzel, K. (Hrsg.) Die Zukunft des Medizin – Neue Wege zur Gesundheit? Frankfurt a. M.: Campus-Verlag, S. 301.
- Talbot, D. & Wolf J., (2006). Dem Gehirn auf die Sprünge helfen. Eine ethische Betrachtung zur Steigerung kognitiver und emotionaler Fähigkeiten durch Neuro-Enhancement. In: Ach, J. Pollmann (Hrsg.) No body is perfect, Bielefeld: Transcript-Verlag.

Stigma

Einige Überlegungen am Beispiel der Politik bei psychoaktiven Substanzen

Howard Becker ist wohl der bedeutendste noch lebende Soziologe. Er ist aber nicht nur Soziologe, sondern auch Jazzmusiker und war, zumindest in seinen jüngeren Jahren, Cannabiskonsument. Diese Kombination führte zur Publikation von *Outsiders* (Becker, 1963), einem Standardwerk der Soziologie der Devianz. Dort führte er aus, dass Cannabis aus Freude und mit Freundinnen und Freunden konsumiert wird, aber auch, dass dieser Konsum von anderen – die er «Moral Entrepreneurs» nennt – als von der Norm abweichend bezeichnet wird. Labeling oder eben Etikettierung nennt dies Becker, was nichts anderes als Stigmatisierung bedeutet.

Stigmatisierung als moralisches Unternehmen

Dies erlaubt uns eine erste Feststellung: Stigmatisierung hat grundsätzlich nichts mit den Personen zu tun, die stigmatisiert werden, sondern findet gewissermassen in einer parallelen Welt der Konkurrenz um moralische Vormacht ihren Platz. Ein Beispiel, das Bände spricht, ist der Kampf gegen Alkoholmissbrauch, dessen Analyse mit Joseph Gusfield und seinem Buch «Symbolic Crusade» (1963) einen weiteren Klassiker der Soziologie geschaffen hat. Ähnlich den Vereinigten Staaten, die Gusfield als empirisches Feld der Analyse der Abstinenzbewegung gedient haben, habe ich mich mit den Akteuren der Alkoholpolitik in der Schweiz auseinandergesetzt, die allesamt im 19. Jahrhundert im Kampf um die moralische Vormacht entstanden sind und das Alkoholproblem, verkürzt gesagt, für ihre Zwecke instrumentalisierten.

Die ersten Organisationen, die den Alkoholkonsum im Visier hatten, entstanden im Umfeld

des Grossbürgertums in den 1830er-Jahren. Ihnen ging es darum, beispielhaft zu zeigen, was wertvolles von wertlosem Leben unterscheidet. Armut und Alkoholismus wurden als Laster unwürdigen Lebens dargestellt – und würdiges Leben mit der Übernahme der Werte des Grossbürgertums gleichgesetzt.

Gegen eine solche grossbürgerliche Sicht wehrte sich der aufkommende Mittelstand, indem er eigene abstinenzorientierte Organisationen gründete – zum Beispiel das protestantische «Blaue Kreuz» um 1870. Wenig später – und aus heutiger Sicht vielleicht überraschend – entstanden auch sozialistische Abstinenzorganisationen, wie zum Beispiel der «Sozialistische Abstinentenbund». Die vertretenen moralischen Konzeptionen eines guten Lebens waren dabei jeweils verschieden: Wurde Alkoholismus am Anfang als Laster und Verlust des Geistes bezeichnet, betrachtete man diesen später als mangelnde Tugend und schliesslich – durch die Sozialistinnen und Sozialisten – als weiteres Instrument der Kontrolle der Arbeitenden.

Dieser moralische Druck, den alle politischen Positionen aufbauten, führte auch dazu, dass es in der Politik gang und gäbe war, seine Abstinenz in den Vordergrund zu stellen. So zum Beispiel Hans Müller, 1923 Gründer des Schweizerischen Verbands abstinenter Bauern, Nationalrat der Bauern-, Gewerbe- und Bürgerpartei und späterer Sympathisant der deutschen Nationalsozialisten. Sich mit Abstinenz in Szene zu setzen, bedeute gleichzeitig, selbstkontrolliert und tugendhaft zu sein und – in der sozialistischen Variante – sich nicht zu unterwerfen.

Doch wo waren die Alkoholkonsumierenden, diejenigen Menschen, die Probleme mit dem

Kiffer



andere

Stigma

Vorurteile helfen, Komplexität zu reduzieren. Sie verbessern Handlungsfähigkeit, fordern aber auch Opfer. Paradoxerweise führt Stigmatisierung dazu, dass stigmatisierte Personen sich wehren, wenn ihnen dafür eine Bühne gegeben wird. Diese Bühne ist auch der erste Schritt der Infragestellung stigmatisierender Positionen. Für die Praxis bedeutet dies, Räume zur Verfügung zu stellen, in denen sich stigmatisierte Personen finden und organisieren können. In diesen Räumen entsteht jene moralische Kraft, die Stigmatisierungen in Frage stellen können.



Alkoholkonsum hatten, oder schlicht und einfach gerne Alkohol konsumierten? Mit Becker gesprochen: Wo waren die Konsumierenden, die sich keiner moralischen Schuld bewusst waren? Sie waren mit sich beschäftigt.

Die verdorbenen Identitäten

Erving Goffman, ein weiterer Klassiker der Soziologie, ging stigmatisierten Identitäten nach, nannte sie spoiled, beschädigt, oder moralisch gesprochen, verdorben. In «Stigma» (1963) beschrieb Goffman, wie Personen, denen zu verachtende Verschiedenheit zugeschrieben wird, sich selber mit einer solchen devianten Identität zu

beschäftigen lernen und mit Strategien des Herunterspielens bzw. Verbergens, sich mit dem sie verachtenden Umfeld zurechtzufinden versuchen. Sie sprechen über sich, ohne stigmatisierende Elemente zu erwähnen, sie verstecken sich, sie versuchen, über ambivalente Aussagen, andere zu täuschen, erzählen Halbwahrheiten, und versuchen, sichtbare Elemente, die Stigmatisierungen zur Folge haben könnten, zu überdecken. Als ich vor vielen Jahren beschloss, kein Fleisch zu essen, sprach ich zum Beispiel nie darüber, ging weniger in Restaurants essen, sprach über Fleisch, nicht aber über Fleischgenuss und täuschte oft Appetitlosigkeit vor, um einem servierten Stück Fleisch auszuweichen.

Goffman ging jedoch noch einen Schritt weiter. In einem erstaunlich kurzen, aber konzeptuell geschichtlich hoch relevanten Kapitel, schrieb Goffman (1963, S. 137): «Wenn es (das stigmatisierte Individuum) sich seiner Gruppe zuwendet, ist es loyal und authentisch; wenn es sich abwendet, ist es feige und ein Narr.»

Diese Aussage ist der Beginn einer neuen Denkweise. Goffman führt die Gruppensolidarität ein und führt weiter aus, dass, wenn diese Angst vor den anderen, den Stigmatisierenden, überwunden wird, die Stigmatisierten auf einmal auch sehr stolz auf ihre Verschiedenheit sein können und diese in die Öffentlichkeit tragen – also nicht mehr dumm oder feige aus Angst vor Diskriminierung sind.

Goffman ist in diesem seinem Gedankengang ambivalent. Er hat Angst, dass dieser Stolz zu einem Chauvinismus führen könnte, der den eigenen Lebensstil über jenen der anderen stellt, und sieht auch das Risiko einer offensiven identitären Strategie, vieles zu verlieren, was in langjährigen Strategien des Verbergens erworben wurde. Vielleicht, räumt er ein, profitieren zumindest zukünftige Generationen von einer nach aussen getragenen offensiven Identitätsstrategie: «Die Probleme, die mit Militanz verbunden sind, sind wohlbekannt. Wenn es das politische Fernziel ist, die Andersartigkeit vom Stigma zu befreien, kann das Individuum merken, dass gerade diese Bemühungen sein eigenes Leben politisieren können und es so vom normalen Leben, das ihm ursprünglich verweigert wurde, sogar noch verschiedener machen – wenn auch die nächste Generation seiner Gefährten von seinen

outsider in

Bemühungen dadurch stark profitieren kann, dass sie mehr akzeptiert ist.» (Goffman, 1963, S. 139)

Sich für die Zukunft zu opfern, indem man öffentlich für seine Verschiedenheit eintritt, scheint Probleme zu schaffen. Doch wissen wir auch, seit der Forschung, die sich in den 1970er-Jahren mit neuen sozialen Bewegungen befasst hat und seitdem Zygmunt Bauman (2000) das Ende der Institutionen deklariert hat, dass die positiven Wirkungen unseres Engagements in sozialen Bewegungen durchaus auch noch während unserer Lebenszeit ausgekostet werden können.

Anerkennungsdynamiken

Soziale Bewegungen sind Motoren gesellschaftlicher Veränderung, indem sie neue Themen einführen und – seit den 1980er-Jahren – sich vor allem für die Anerkennung stigmatisierter Identität einsetzen. Obschon die gängige Bewegungsforschung solche Dynamiken dann ausschloss, wenn nicht Ressourcen wie Geld, bürgerliche Moral und Zeit zur Verfügung standen, stellten wir in einem Forschungsprojekt fest, dass Mobilisierung für Verschiedenheit in der Gesellschaft, in der Unterschiede die Normalität sind, durchaus auch ohne diese Ressourcen stattfinden kann. Neben Sexarbeiterinnen und Sans-Papiers, die sich mobilisierten, organisierten sich auch Drogenkonsumierende, um ihren Lebensstil zu rechtfertigen. Es waren unmögliche Organisationen, die wir beobachteten: ohne Ressourcen, hoher Stigmatisierung ausgesetzt, aber trotzdem fähig, sich zu wehren, zu kritisieren und mehr Verständnis und Rechte zu fordern (Chimienti et al., 2010). Bei dieser Forschung bezogen wir uns einerseits konzeptuell auf Marc-Henry Soulet (2005), andererseits gesellschaftstheoretisch auf Axel Honneth (1992).

Für Soulet fördert Ausschluss – ganz im Sinne von Goffman – den Selbstausschluss, wobei dieser, wenn er geteilt wird, auch zu Wut und zu einer Rationalisierung des Anspruchs auf die eigene Verschiedenheit führen kann. Axel Honneth beschreibt diese Rationalisierung als moralische Herausforderung an die Gesellschaft, die sich durch diese organisierte Kritik fragen muss, ob es moralisch zu rechtfertigen ist, gewisse Lebensstile zu verurteilen – eine Kritik, die gesellschaftliche Lernprozesse auslöst (Cattacin & Minner, 2009).

Folgerungen

Stigmatisierungen sind gesellschaftliche Konstrukte, die Menschen marginalisieren. Marginalität löst jedoch in einer Gesellschaft, in der Verschiedenheit die Normalität ist, auch Kämpfe um Anerkennung aus. Dieses Ringen um Anerkennung ist ein Motor für eine gesellschaftliche Öffnung gegenüber anderen Lebensstilen und für Respekt gegenüber Verschiedenheit und Anderssein. Drogenkonsumierende sollten in diesem gesellschaftlichen Kontext unterstützt werden – im Sinne von Jacques Donzelot (2007) – sich selbst zu organisieren und für ihre Lebensweisen einzustehen. Beispiele dazu gibt es genügend (Chimienti et al., 2010), die alle aufzeigen, dass Stigmatisierungen auch gesellschaftsverändernd wirken können.

Prof. Dr. Sandro Cattacin, Directeur du département de sociologie de l'Université de Genève

Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press.

Becker, H. S. (1963). *Outsiders; studies in the sociology of deviance*. London: Free Press of Glencoe.

Cattacin, S. & Minner, F. (2009). *L'apprentissage sociétal. De la souffrance à la transformation d'une société*. Berne: Formation Dépendences.

Chimienti, M., Cattacin, S. & Pétrémont, M. (2010). *Des organisations impossibles? Vulnérabilités et citoyennetés urbaines-une perspective comparative*. Genève, Londres: Université de Genève, City University London.

Donzelot, J. (2007). *Un Etat qui rend capable in Paugam, Serge (Hrsg.). Repenser la solidarité*. Paris: PUF, S. 87-109.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New Jersey: Prentice-Hall.

Gusfield, J. R. (1963). *Symbolic Crusade. Status Politics and the American Temperance Movement*. Urbana/Chicago/London: University of Illinois Press.

Honneth, A. (1992). *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Soulet, M.-H. (2005). *Confiance et capacité d'action. Agir en contexte d'inquiétude in Balsa, Casimiro (Hrsg.).*

Confiance et lien social. Fribourg: Academic Press, S. 31-56.



Politisch-rechtliche Aspekte psychoaktiver Substanzen

Ein Grossteil der psychoaktiven Substanzen ist rechtlich verboten, dennoch ist deren Konsum weitverbreitet. Laufend werden neue Wege gefunden, um die rechtliche Grundlage umgehen zu können. Die Herstellung von neuen psychoaktiven Substanzen oder der Handel über das Darknet stellen solche Schlupflöcher dar. Ist das Verbot psychoaktiver Substanzen ein adäquater Umgang? Was sind zukunftssträchtige Regulierungsformen und was kann die Politik dazu beitragen?

Neue psychoaktive Substanzen und «Legal Highs»: eine globale Herausforderung

Der Begriff «Legal Highs» wird oft im Zusammenhang mit neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) verwendet und soll den Konsumenten Legalität der damit bezeichneten NPS suggerieren. Tatsächlich können aufgrund international unterschiedlicher Gesetzgebung einzelne NPS vom rechtlichen Kontrollsystem des jeweiligen Landes nicht betroffen sein.

Die Bezeichnung neue psychoaktive Substanzen (NPS) subsumiert eine Vielzahl unterschiedliche, missbräuchlich angewendete, psychoaktiv wirkende Substanzen, die nicht im Einheits-Übereinkommen der Vereinten Nationen von 1961 über Suchtstoffe oder im Übereinkommen der Vereinten Nationen von 1971 über psychotrope Substanzen gelistet sind und ein Gesundheitsrisiko darstellen. «Neu» bedeutet in diesem Zusammenhang nicht zwingend, dass die Substanzen erst in jüngster Zeit neu entwickelt wurden, sondern dass die Substanzen erst in jüngerer Zeit auf dem Drogen-

markt verfügbar sind, zumal einige der NPS bereits schon vor einigen Jahrzehnten entwickelt wurden, unter anderem als potenzielle Arzneistoffe namhafter Pharmaunternehmen.

Neben dem Begriff «Legal Highs» werden für NPS weitere synonyme Bezeichnungen wie «Pflanzendünger», «Badesalze» (synonym für Cathinonderivate), «Research Chemicals» (gebräuchlich für Substanzen mit keiner oder geringer Kenntnis zur Wirkung und Dosierung), «Lufterfrischer», «Spice» und «Räuchermischung» (Letztere für synthetische Cannabinoide) verwendet. Diese Begriffe

sollen die eigentliche Zweckbestimmung der NPS, die Anwendung als Rauschmittel, verschleiern, um eine Verfolgung durch die Behörden zu vermeiden. Nicht selten werden die Verpackungen zusätzlich mit Hinweisen wie «Nicht für die Anwendung am Mensch geeignet» oder Ähnlichem versehen, mit der Absicht, eventuellen gesetzesrechtlichen Konsequenzen zu entgehen. Gesundheitliche Unbedenklichkeit wird mit dem Begriff «Herbal Highs» suggeriert. In Wirklichkeit sind den «Herbal Highs» neben völlig willkürlichen Pflanzenmischungen hochpotente synthetische Cannabinoide zugesetzt.

Gemäss der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) werden derzeit mehr als 670 verschiedene NPS europaweit beobachtet. Weitere Substanzen, insbesondere Fentanyl-derivate, kamen seitdem hinzu. In den Spitzenjahren 2014 und 2015 erschienen jede Woche durchschnittlich zwei neue Substanzen auf dem illegalen europäischen Drogenmarkt. 2016 konnte erstmals ein merklicher Rückgang auf 66 und 2017 auf 51 neue Substanzen verzeichnet werden. Es scheint, dass die internationalen Bestrebungen zur Eindämmung des NPS-Phänomens durch Anpassung der Gesetze zur Kontrolle illegaler Substanzen erstmals deutlich messbare Wirkungen zeigen. Allein China als ein wesentlicher Hauptproduzent von NPS listete 2015 insgesamt 116 Verbindungen als verbotene Substanzen. Trotz der ergriffenen Massnahmen ergeben sich jedoch bisher keine einschlägigen Hinweise auf eine rückläufige Verfügbarkeit von NPS. Vielmehr nahm die Anzahl von Sicherstellungen, insbesondere synthetischer Cathinone, synthetischer Cannabinoide und Designeropioide, in den letzten Jahren europaweit weiter zu. Zudem drängen seit weni-

gen Jahren verstärkt auch hochpotente Designerbenzodiazepine auf den Drogenmarkt.

Konsummotive von NPS

Der Gebrauch von Rauschdrogen ist ein Phänomen, das vermutlich bereits so alt ist wie die Menschheitsgeschichte selbst. Seit jeher werden Rauschmittel zur Bewusstseinsweiterung, zur Flucht aus der eigenen Gefühlslage oder zur Entspannung bzw. Stresskompensation konsumiert. Lücken in der nationalen Gesetzgebung zur Kontrolle des Drogenmarktes und -konsums und der Fakt, dass NPS routinemässig bei der Abstinenzprüfung oder bei Verdacht auf Fahren unter Betäubungsmittelinfluss von den Untersuchungsstellen nur unzureichend bzw. gar nicht erfasst werden, kann zudem eine Motivation für Konsumenten darstellen, auf NPS auszuweichen. Konsumierende entscheiden sich zudem bewusst für sogenannte «Legal Highs», da sie nicht mit dem Gesetz in Konflikt treten wollen (z.B. Besitz einer verbotenen Substanz). Allerdings müssen die gekauften Produkte weder die deklarierten Rauschdrogen enthalten noch legal sein. Der Konsument kann sich folglich nicht sicher sein, tatsächlich legale Rauschdrogen zu beziehen und zu konsumieren.

Konsumverbreitung von NPS

Der NPS-Gebrauch scheint stärker in bildungsschwächeren Bevölkerungsschichten und in Randgruppen der Gesellschaft vertreten zu sein, was einerseits mangelnder Information und unzureichendem Verständnis über Wirkweisen und Risiken der NPS zugeschrieben wird. Andererseits sind NPS vergleichsweise preiswert, weswegen sie für sozial schwächere Bevölkerungsschichten besonders attraktiv sind.

Als weiterer Grund für die mittlerweile weltweite Verbreitung der NPS ist sicherlich die Experimentierfreude einiger Konsumenten, insbesondere eines jüngeren Klientels (< 35 Jahren), zu nennen. Die NPS kommen in den für die entsprechenden Käuferschichten durchaus attraktiven, bunten Verpackungsaufmachungen auf den Markt und werden zudem nicht mehr bei dem Dealer um die Ecke bezogen, sondern anonym über das Internet, wo sie mit Kryptowährungen bezahlt werden können. Die Internetbestellung und der Bezug auf dem Postweg machen es den Sicherstellungsbehörden schwer, die Rauschdrogen einzuziehen.

Neue psychoaktive Substanzen (NPS)

NPS stellen synthetische, häufig hochpotente Abwandlungsprodukte herkömmlicher, bereits etablierter Rauschdrogen dar. Bekannte Vertreter der NPS leiten sich beispielsweise ab von biogenen Rauschsubstanzen wie dem Tetrahydrocannabinol (THC, Cannabis), Cathinon (Kath-Pflanze), Dimethyltryptamin (DMT) bzw. Bufotenin (im Sekret bestimmter Krötenarten, Inhaltsstoff einiger Pflanzen), Psilocybin/Psilocin (psychotrop wirkende Pilze) oder von synthetischen Rauschdrogen wie z.B. Amphetamin und Ecstasy.

In Haftanstalten in Deutschland kam es mit synthetischen Cannabinoiden bereits zu Massenvergiftungen. Hierbei gelangten die auf Briefpapier aufgesprühten synthetischen Cannabinoide in die Haftanstalten und wurden dort von den Empfängern geraucht. Dies hat in einigen Haftanstalten dazu geführt, dass die persönliche Post der Häftlinge nur noch in kopierter Form ausgehändigt wird.

Synthetische Cannabinoide waren mehrfach auch für örtlich begrenzte Massenintoxikationen in den USA verantwortlich – wegen eines zu hohen Wirkstoffgehaltes einer hochpotenten Verbindung und zuletzt wegen eines mit Rattengift versetzten synthetischen Cannabinoids (Ursache der Beimischung ungeklärt). Ebenfalls in den USA kam es insbesondere 2016 zu einer Opiat- bzw. Opioid-Krise mit zum Teil hochwirksamen Fentanyl-derivaten. Besonders betroffen hiervon waren Personen, die aufgrund einer laxen Schmerzmittelverschreibungspolitik in eine Opiat- und Opioidabhängigkeit gerieten und nun nach Straffung der Indikationskriterien ihre Sucht mit möglichst billigem Ersatz bedienen mussten. Aber auch die bewusstseinsweiternde Anwendung in Selbstfindungsseminaren und in der Psycholyse ist ein jüngeres Phänomen des NPS-Gebrauchs, wo es ebenfalls zu Massenintoxikationen gekommen ist.

Gemäss dem Tätigkeitsbericht Safer Nightlife Schweiz 2017 gaben in einer nichtrepräsentativen Umfrage im Jahr 2015 13% der Befragten an, einmal im Leben NPS konsumiert zu haben. Gemäss

Safer Nightlife Schweiz wurde bezogen auf eine typische Partynacht ein Rückgang in NPS-Konsum von 2013 zu 2015 verzeichnet (2013: NPS 0,8%; 2017: NPS 0%). Dies ist möglicherweise auf das zunehmende Risikobewusstsein der Konsumierenden zurückzuführen, gefördert durch Präventionsmassnahmen, Konsumentenaufklärung und Negativpresse. NPS werden nicht mehr länger als relativ sichere, legale Alternative zu den klassischen Rauschdrogen wahrgenommen. Gemäss dem Europäischen Drogenreport 2017 liegt allerdings die europäische Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 16-jährigen Schülern noch immer bei 4%.

Warnend ist anzumerken, dass bei besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen der Konsum von NPS auf dem Vormarsch

zu sein scheint. Gemäss dem Europäischen Drogenreport 2017 sei der intravenöse Gebrauch von Cathinonen bei aktuellen und ehemaligen Opioidkonsumenten in Verbindung mit zunehmenden Gesundheitsproblemen zu bringen. In Teilen von Europa werden von marginalisierten Bevölkerungsgruppen (z.B. Obdachlosen) mittlerweile hochwirksame und potenziell tödlich wirkende synthetische Cannabinoide als billige Ersatzdrogen konsumiert. Bei klinisch behandlungspflichtigen Intoxikationen waren im Jahr 2015 nur in 9% der Notfälle NPS nachweisbar (2014: 6%), wobei synthetische Cathinone und synthetische Cannabinoide am häufigsten vertreten waren (EMCDDA, Untersuchungen in neun EU-Staaten). Die grösste Bedeutung bei Notfällen und in Bezug auf die Konsumprävalenz kommt noch immer den klassischen Rauschdrogen zu, insbesondere Alkohol, Cannabis, Kokain, Ecstasy (MDMA), Amphetamin und LSD.

Die Prävalenz der NPS ist allerdings im internationalen und nationalen Vergleich sehr heterogen. Eine höhere Dunkelziffer kann nicht ausgeschlossen werden, da die NPS in den laboranalytischen Routineuntersuchungen in der Regel nicht oder nur bedingt erfasst werden. Zudem wird nicht selten ein Mischkonsum praktiziert. Sobald bei der zu untersuchenden Person die beobachtete Symptomatik bzw. das Verhalten durch eine bereits detektierte Substanz erklärbar ist, wird nicht selten aus Kostengründen auf die Untersuchung im Hinblick auf NPS verzichtet. Auch werden augenscheinliche Drogentote nur noch selten obduziert.

Gefährdungspotenzial von NPS im Vergleich zu anderen illegalen Substanzen

NPS besitzen ein deutlich höheres Gefährdungspotenzial als die herkömmlichen illegalen Drogen. Auch wenn die Prävalenz und die insgesamt geringen Fallzahlen an medizinischen Zwischenfällen mit NPS nach derzeitigem Kenntnisstand noch keine abschliessende Risikobewertung zulassen, lassen sich bereits aus den Einzelfalldokumentationen eine erhöhte Eigen- bis Fremdgefährdung abgrenzen. Im Jahr 2016 wurden beispielsweise mehr als 50 Todesfälle alleine in Europa direkt in Zusammenhang mit synthetischen Opioiden gebracht. In den USA führte die oben erwähnte Opiat- bzw. Opioid-Krise zu über 60 000 Todesfällen. Das derzeit potenteste Fentanylderivat



Carfentanil besitzt eine etwa 10 000-fach höhere Wirkstärke als Morphin (Heroin ist nur etwa doppelt so stark wie Morphin). Neue Opiode werden zudem an ahnungslose Konsumenten als herkömmliche illegale Drogen und gefälschte Arzneimittel verkauft.

Auch mit dem synthetischen Cannabinoid MDMB-CHMICA werden europaweit bisher mehr als 20 schwere Vergiftungen und mehr als 28 Todesfälle in Verbindung gebracht. Synthetische Cannabinoide können ebenfalls an den körpereigenen Cannabinoidrezeptoren binden, jedoch im Gegensatz zum THC können diese in gleicher Dosierung eine teilweise um das Vielfache höhere Wirkung entfalten.

Die hohe Potenz dieser Wirkstoffe macht es für den Konsumenten schwer, die oft in hoher Reinheit bezogenen Substanzen in Konsumeinzeldosen aufzuteilen. Beispielsweise wird eine Einzeldosis Carfentanil mit etwa zehn Mikrogramm beziffert, d. h. aus 0,1 Gramm Reinsubstanz können etwa 10 000 Einzeldosen abgeteilt werden, was von einem Konsumenten ohne Einsatz einer entsprechend hochpräzisen Feinwaage kaum zu leisten ist. Bei den synthetischen Cannabinoiden kommt es in Kräutermischungen nicht selten zur Entmischung. Im Bodensatz können bereits mit blossen Auge Wirkstoffkristalle zu erkennen sein. Inhomogenität, ungenügende Möglichkeiten der Dosierung, teilweise fehlerhafte bzw. fehlende Wirkstoffdeklaration und die hohe Wirkpotenz bergen hohe Risiken einer Überdosierung.

Rechtliche Lage in Europa und in der Schweiz

Europaweit stellen sich die Behörden den Herausforderungen zur Eindämmung des Angebots von NPS durch Ergreifung unterschiedlicher rechtlicher Massnahmen unter Berücksichtigung von Übereinkommen der Vereinten Nationen. Rechtliche Konsequenzen wurden vorwiegend über Verbraucherschutzvorschriften, Betäubungsmittelgesetze und spezifische neue Rechtsvorschriften definiert. Hierbei zeichnet sich die Tendenz ab, die Verbreitung im Allgemeinen schärfer zu sanktionieren als den Besitz für den Eigenbedarf. Die meisten neuen Rechtsvorschriften zu den NPS stellen nur das Angebotsdelikt unter Strafe, während für den Besitz nicht in jedem Fall Sanktionen vorgesehen sind. Aktuell werden neue EU-Richtlinien

erarbeitet, um neue Substanzen schneller verbieten zu können. Einige europäische Länder haben Rechtsvorschriften erlassen, durch die ganze Substanzgruppen einer rechtlichen Kontrolle unterstellt wurden. Entsprechende restriktive Gesetze erleichtern nun deutlich die Verfolgung von Delikten im Zusammenhang mit NPS.

In der Schweiz gibt es schon lange die betäubungsmittelrechtliche Einzelunterstellung und die Gruppenunterstellung von therapeutisch nicht nutzbaren bzw. für Therapiezwecke nicht zugelassenen Wirkstoffen. Zudem weist die schweizerische Gesetzgebung einen entscheidenden Vorteil auf. Substanzen können von Schweizer Behörden bereits beim blossen Verdacht auf eine psychoaktive Wirkung zügig und relativ unbürokratisch als «verbotene Substanzen» eingestuft werden. Sie werden damit den gleichen Verbotsregeln wie Betäubungsmittel unterworfen. Trotz Gruppenunterstellung existieren weiterhin Schlupflöcher, da auch hier Strukturmerkmale vordefiniert sind und deshalb Substanzen designt werden können – und auch bereits wurden –, die solche Gesetze umgehen.

Ein Blick in die Zukunft

Entwicklungen zeigen, dass die Herstellung und der Vertrieb insbesondere von NPS professioneller geworden sind. Juristen suchen systematisch nach Lücken im Gesetz für einen legalen Vertrieb oder durchforsten Patentschriften auf der Suche nach neuen Verbindungen. Herstellungsprozesse sind auf dem Niveau der pharmazeutischen Industrie angekommen. Es kann davon ausgegangen werden, dass in professionellen Produktionsstellen das Know-how für die Entwicklung neuer Substanzen als auch in der Herstellung hochreiner Verbindungen vorhanden ist. Dies würde ganz neue Substanzklassen mit neuen Wirkmechanismen auf dem Markt ermöglichen. Neben dem Konsum von Rauschdrogen ist auch anzunehmen, dass der Gebrauch von sogenannten Neuro-Enhancern (Gehirndoping) weiter zunehmen kann.

Dr. rer. nat. Katja Mercer-Chalmers-Bender, Alexander Heinrich und Dr. med. Fabienne Iten, Institut für Rechtsmedizin der Universität Basel



Bisher keine Revolution an den Schweizer Drogenmärkten durch das Darknet

Wer sich für Drogen interessiert, kam in den letzten Jahren um das Darknet nicht herum. Wenige Themen haben in der Schweizer Medienberichterstattung zu Drogen für mehr Schlagzeilen gesorgt. Zurzeit deuten jedoch alle verfügbaren Informationen darauf hin, dass das Darknet in der Schweiz ein vergleichsweise wenig genutzter Versorgungskanal des Drogenmarktes ist.

Anonymität im Internet

Der Zugang zum Darknet ist einfach. Benötigt wird ein spezieller Internetbrowser, der anonymes Surfen und das Aufrufen verschlüsselter Webseiten ermöglicht, die andere Browser nicht anzeigen können. Auf solchen verschlüsselten Webseiten werden Plattformen (sogenannte Kryptomärkte) betrieben, auf denen Drogen und andere illegale Waren oder Dienstleistungen gehandelt werden. Um die Anonymität zu gewährleisten, werden Geschäfte in der Regel in einer virtuellen Währung (sogenannte Kryptowährung wie z.B. Bitcoin) abgewickelt.

Suchmaschinen sind im Darknet zwar nicht sehr hilfreich, dennoch sind jegliche Inhalte – darunter auch Kryptomärkte, auf denen mit Drogen gehandelt wird – mit wenig Aufwand zu finden. Da sich das Wissen um den Gebrauch von Kryptowährungen in den vergangenen Jahren stark verbreitet hat, unterscheiden sich heute reale und virtuelle Drogenmärkte in einem Punkt kaum mehr: Wer Drogen kaufen will, findet Möglichkeiten und Wege, dies zu tun.

Kleiner Marktanteil von Kryptomärkten

Der erste bekannte Kryptomarkt ging 2011 mit einem simplen Geschäftsmodell online. Der Be-

treiber des Marktes verkaufte selber keine Drogen. Vielmehr stellte er mit seinem Kryptomarkt «Silkroad» allen Interessierten einen virtuellen Raum zur Verfügung, in dem sie für Drogen und andere illegale Waren oder Dienstleistungen werben, Kunden finden und Transaktionen abwickeln konnten. Für diese Dienstleistung traten die Verkäufer einen Anteil ihres Umsatzes an den Betreiber ab. Zum Zeitpunkt der Sperrung von Silkroad durch das FBI im Jahr 2013 sollen dort monatlich sieben Millionen US\$ mit Drogen umgesetzt worden sein^[1]. Weder die Sperrung von Silkroad noch die Identifizierung, Verhaftung und Verurteilung ihres Betreibers Ross Ulbricht zu lebenslanger Haft konnte die Weiterverbreitung seiner Geschäftsidee verhindern. Eine Studie konnte im Jahr 2016 mehr als 50 Kryptomärkte im Darknet aufspüren, auf denen mit Drogen gehandelt wurde. Der mit Drogen erzielte Gesamtumsatz dieser Kryptomärkte betrug damals etwa 21 Millionen US\$ pro Monat. Dieser Betrag könnte heute noch höher sein (Tzanetakakis, 2018).

Europol schätzt, dass mit Drogenverkäufen allein in Europa monatlich zwei Milliarden Euro umgesetzt werden. Gemessen am gesamten Marktvolumen für Drogen ist der Anteil von Darknet-Drogenverkäufen relativ klein – auch wenn einzelne Händler Millionen verdienen.

In einer Umfrage mit Teilnehmenden aus 38 Ländern gaben 4,4 Prozent der Befragten Schweizerinnen und Schweizer an, im letzten Jahr auf Kryptomärkten Drogen gekauft zu haben. Die Schweiz ist damit in der Umfrage eines der Länder mit dem geringsten Anteil an Kryptomarkt-Käuferinnen und -Käufern. Fälle von Drogenhandel über das Darknet durch Schweizer werden zwar gelegentlich bekannt. Sie machen aber nur einen kleinen Anteil der rund 8000 Fälle von Drogenhandel aus, die die Polizei in der Schweiz pro Jahr

verfolgt. Die Dunkelziffer dürfte jedoch in der realen wie auch in der virtuellen Welt hoch sein.

Wichtig für Zwischenhändler

Über die Gründe für den relativ kleinen Anteil des Darknet-Geschäfts am Drogenmarkt lässt sich nur spekulieren. Weder Käufer noch Verkäufer auf diesem illegalen Markt geben gerne freiwillig Auskunft darüber, welche Überlegungen ihr Verhalten am Markt beeinflussen. Neben dem Fakt, dass das Phänomen Kryptomärkte noch relativ jung ist, dürften drei Faktoren eine Rolle dafür spielen:

Erstens weisen Studien darauf hin, dass ein Teil der Käufe auf Kryptomärkten nicht von Konsumentenden, sondern von Zwischenhändlern getätigt werden. Transaktionen über 1000 US\$ – bei denen davon ausgegangen werden kann, dass sie nicht dem Eigenkonsum dienen – machten je nach Studie zwischen rund 25 und 40 Prozent des Umsatzes des Darknet-Drogenhandels aus. Das Darknet dürfte für Zwischenhändler eine attraktive Versorgungsquelle sein. Die grössten Umsätze am Drogenmarkt werden aber im Verkauf an Konsumentende erwirtschaftet.

Zweitens dürfte es der Fall sein, dass viele Konsumentende über andere gut funktionierende und vertrauenswürdige Beschaffungswege verfügen, die eine Nutzung des Darknets unnötig machen und allenfalls mehr Anonymität bieten. Befragungen von Konsumentenden zeigen konsistent, dass viele Konsumentende ihre Drogen nicht auf

der Strasse von ihnen unbekanntem Dealern beschaffen, sondern es vorziehen, im Freundeskreis bzw. über ihnen bekannte Händler, denen sie vertrauen, einzukaufen.

Drittens bieten sich Drogenkäufe über das Darknet in erster Linie für Konsumentende an, die ihren Konsum bewusst planen. Von der Bestellung bis zur Lieferung per Paket können einige Tage vergehen; insbesondere, wenn im Ausland bestellt wird. Problematisch für Konsumentende machen zwar in der Regel einen relativ kleinen Anteil aller Konsumentenden einer psychoaktiven Substanz aus. Jedoch sind sie für den grössten Teil der Nachfrage nach einer Substanz verantwortlich. Gerade für diese Gruppe von Konsumentenden bietet sich aufgrund der Notwendigkeit zur Planung des Konsums und der Zeitverzögerung bis zur Lieferung der Kauf über das Darknet wenig an (Aldridge et al., 2017).

Ob schliesslich auch Skepsis gegenüber der verwendeten Technik eine Rolle für den moderaten Marktanteil virtueller Verkäufe spielt, lässt sich nur vermuten. Verschiedene Erfolge von Strafverfolgungsbehörden haben in den letzten Jahren jedenfalls Zweifel darüber aufkommen lassen, wie sicher Darknet-Nutzer sein können, dass sie unerkannt bleiben.

Schlussfolgerung

Das Darknet eröffnet einen zusätzlichen Verkaufskanal für Drogen in der virtuellen Welt – neben den bereits bestehenden in der realen Welt. Trotz der einfachen Zugänglichkeit und seinem offensichtlichen Potenzial, den Drogenhandel für Käufer und Verkäufer zu vereinfachen, hat dieser Kanal die Drogenmärkte in der Schweiz bisher nicht revolutioniert. Gut möglich, dass das auch so bleiben wird: Soziale Medien werden heute bereits genutzt, um in der virtuellen Welt mit Drogen zu handeln. Sollte das Vertrauen in die Anonymität von Darknetplattformen weiterhin in Frage gestellt werden, dürften sich ihre Nutzer vermehrt diesen Alternativen für den virtuellen Drogenkauf zuwenden.

Dr. Christian Schneider, Strategischer Analytiker, Bundesamt für Polizei fedpol

Kryptomärkte und Schadensminderung

In Kryptomärkten stehen Verkäufer in stärkerer Konkurrenz zueinander als an anderen Drogenmärkten. Die Preise sind transparent und Käufer können die gekaufte Ware öffentlich bewerten. Eine Steigerung der Qualität mit schadensmindernden Effekten (z.B. durch konstante Reinheitsgehalte und weniger Streckmittel) könnte die Folge sein. Eine Studie aus dem Jahr 2016 hat Proben von Darknetkäufen analysiert und mit anderweitig gekauften Substanzen verglichen (van der Gouwe et al., 2016). Die Unterschiede waren meist gering. Auch andere allenfalls schadensmindernde Effekte von Darknetkäufen – z.B. die Verfügbarkeit von Substituten mit ähnlicher Wirkung für eine risikoreiche Substanz oder das verminderte Risiko einer Verhaftung – sind in der Literatur umstritten (Aldridge et al., 2018). Nur eines scheint eindeutig: Personen, die mehrheitlich auf Kryptomärkten einkaufen, sind seltener mit Gewalt und Gewaltandrohungen konfrontiert als solche, die in der realen Welt einkaufen (Barratt et al., 2016).

1 Allein der Umsatz mit Drogen auf AlphaBay, dem grössten Kryptomarkt der letzten Jahre, dürfte zum Zeitpunkt der Schliessung im Jahr 2017 deutlich mehr als vier Millionen pro Monat betragen haben (Tzanetakis, 2018).

Aldridge, J. et al. (2017). Will growth in cryptomarket drug buying increase the harms of drugs? *Addiction*. Doi: 10.1111/add.13899.

Aldridge, J., Stevens, A. & Barratt, M. (2018). Harms, benefits and the policing of cryptomarkets: a response to commentaries. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.14169>.

Barratt, M., Ferris, J. & Winstock, A. (2016). Safer scoring? Cryptomarkets, social supply and drug market violence. *International Journal of Drug Policy*, 35(1): 24-31.

Tzanetakis, M. (2018). Comparing cryptomarkets for drugs: a characterisation of sellers and buyers over time. *International Journal of Drug Policy*.

van der Gouwe, D. et al. (2016). Purity, adulteration and price of drugs bought on-line versus off-line in the Netherlands. *Addiction*, 112: 640-648.

Welche Regulierungsform ist zukunftssträftig?

Interview mit Ruth Dreifuss, ehemalige Bundesrätin,
Präsidentin der Global Commission on Drug Policy



Ruth Dreifuss ist Sozialdemokratin und leitete von ihrer Wahl 1993 bis zu ihrem Rücktritt 2002 das Eidgenössische Departement des Innern. Ruth Dreifuss gehört zu den engagiertesten Verfechterinnen einer liberalen Drogenpolitik.

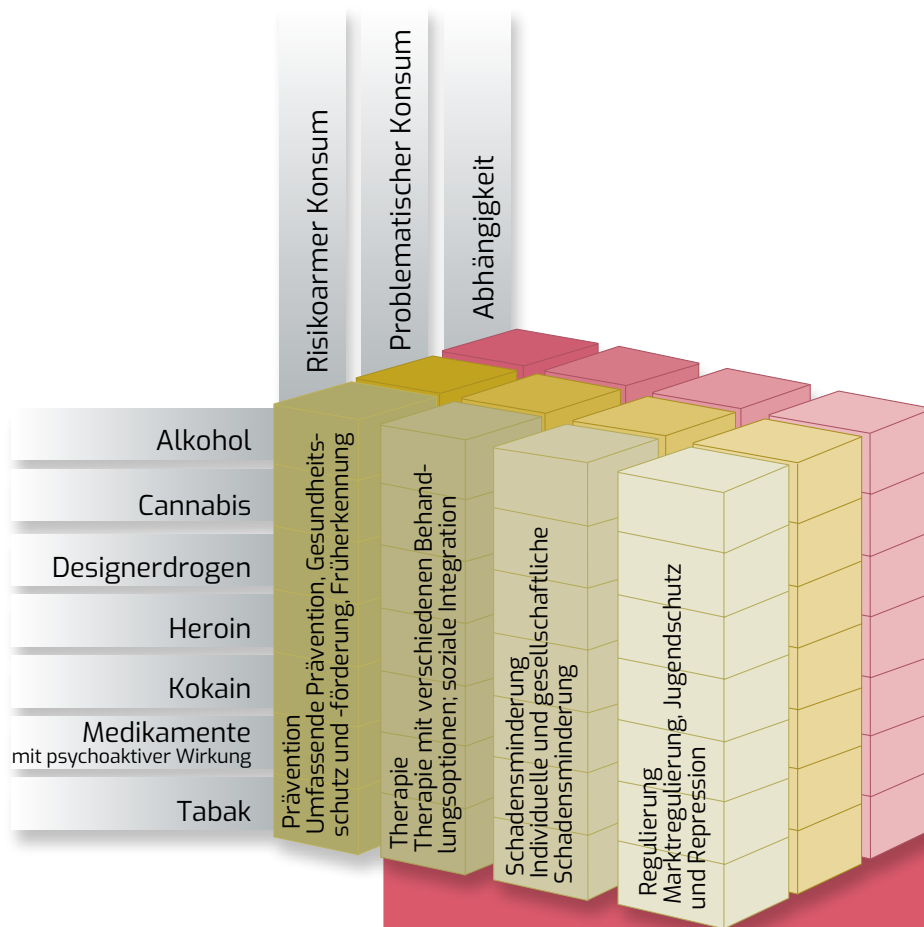
Sie sind Vorreiterin der Vier-Säulen-Suchtpolitik in der Schweiz. Wie kam es zu Ihrem Engagement in dieser Thematik?

Zuerst möchte ich etwas richtigstellen: Die echten Vorreiter und Vorreiterinnen sind die Menschen, die sich täglich um die Personen kümmerten, für die der Konsum von Betäubungsmittel schwere Folgen hatte oder haben konnte: Sozialarbeitende, Ärzte, Polizisten und Richter. Ich möchte sie alle zitieren, aber sie waren zahlreich, oft blieben sie anonym, andere haben sich in der Öffentlichkeit exponiert. Alle haben mitgewirkt. Ich weiss, was ich ihnen schulde. Dann waren es Mitglieder

von städtischen Behörden, die bereit waren, neue Wege zu öffnen. Ich war für vier Jahre Stadträtin in Bern, in einer Zeit, in der Drogenpolitik ein ständiges Thema war. Die ersten positiven Ergebnisse von sauberen Spritzen und «Fixerstübli» zeigten, dass Schadensminderung möglich ist. Als ich 1993 in den Bundesrat gewählt wurde, war mein Vorgänger auch schon bereit, gewisse Experimente zu erlauben. Darauf konnte ich aufbauen und das fördern, was man die Vier-Säulen-Politik nennt.

Weshalb sind Sie auch heutzutage – nach dem Ausscheiden aus dem Bundesrat – im Bereich der Suchtpolitik noch immer so engagiert?

Die 1980er-, 1990er- und die ersten Millenniums-Jahre, während denen ich mich mit Reformen der Drogenpolitik – Praxis, Pilotprojekte, Gesetzesänderungen – auseinandergesetzt habe, waren sehr lehrreich. Wir haben gelernt, welche Massnahmen tödliche Vergiftungen und die Verbreitung von Krankheiten wie Aids und Hepatitis verhindern, wie eine breite Öffentlichkeit auf klare Informationen reagiert, wie verschiedene Therapien nötig sind, um für (fast) jeden die richtige Antwort auf seine Sucht anzubieten. Das Gelernte möchte ich weitergeben, hauptsächlich in Ländern, die die Lage durch falsche Politik noch verschärfen. Ein zweiter Grund ist, dass ich heute überzeugt bin, dass die Schweiz auf halber Strecke stecken geblieben ist. Der gesundheitspolitische Ansatz war dringend, wir erlebten ja eine Notsituation und die Priorität war dadurch gegeben. Aber eine kohärente Drogenpolitik verzichtet auf die Bestrafung des Konsums und bekämpft die illegale Produktion und den Schwarzmarkt, indem der Staat die Kontrolle übernimmt. Wie er das ja sonst für alle potenziell gefährlichen Nahrungs- und Genussmittel macht, für Medikamenten oder weitere chemische Produkte.



Vier-Säulen-Strategie

Der Würfel dient als Denkmodell zur Umsetzung der Vier-Säulen-Strategie und zur Entwicklung einer kohärenten und wirksamen Suchtpolitik. Das Würfelmodell ist eine Weiterentwicklung des Vier-Säulen-Modells. Die Differenzierung der vier Säulen und die Erweiterung um die Dimension Substanzen und Konsummuster erlauben eine detaillierte Analyse und Planung der suchtpolitischen Massnahmen.

Im Bereich der Schadensminderung nimmt die Abgabe von sauberem Spritzenmaterial einen wichtigen Stellenwert ein.





Ruth Dreifuss ist Präsidentin der Global Commission on Drug Policy.

Wie stehen Sie persönlich zur Aussage «Recht auf Rausch»?

Unter den Menschenrechten finde ich kein «Recht auf Rausch» (und ich möchte das Wort «Recht» nicht missbrauchen). Was es gibt, sind das Recht auf Schutz der Intimsphäre, das Recht, gegen Diskriminierung geschützt zu werden, das Recht auf Gesundheit, und viele weitere, die von einer falschen Drogenpolitik verletzt werden.

Sind das Vier-Säulen-Modell sowie das Betäubungsmittelgesetz heute noch zeitgemäss?

Vor 30 Jahren hat uns eine Notsituation und eine grosse Sorge der Bevölkerung gezwungen, Lösungen zu suchen, zu experimentieren, darüber breit zu informieren und schliesslich das Gesetz anzupassen. Diese Anpassung war paradox: Der Konsum von Heroin ist zwar verboten, aber um Leben und Gesundheit des Konsumenten und sein Umfeld zu schützen, hilft der Staat beim Konsum: mit sauberen Spritzen, mit der Einrichtung von «Fixerstübl», mit Labors, die die Zusammensetzung der Drogen prüfen usw. Und der Konsument, der nicht willig oder nicht fähig ist,

ohne Heroin zu leben, soll den Zugang zu einer Substitutionstherapie haben, das heisst von einem Arzt verschriebenes Methadon oder Heroin erhalten. Dieser Widerspruch kann nur mit der Entkriminalisierung des Konsums überwunden werden. Und Pilotprojekte sollen erlauben, Regulierungsmodelle der verschiedenen Drogen zu prüfen.

Welches Land nimmt Ihrer Meinung nach eine Vorreiterrolle im Bereich der Suchtpolitik ein und weshalb?

Da ich die Priorität im Verzicht auf die Bestrafung des Konsums und der vorbereitenden Handlungen zum Konsum sehe, sind Portugal und die Tschechische Republik zwei Länder, deren Erfahrungen von der Schweiz übernommen werden sollten.

Sie befürworten eine Regulierung von Cannabis. Wie schätzen Sie die zukünftigen Möglichkeiten diesbezüglich ein?

Es wird noch eine gewisse Zeit dauern, bis die Ergebnisse der verschiedenen Regulierungen evaluiert sind. Ich setze am meisten Hoffnung auf Kanada

und Kalifornien, weil sie verhindern wollen, dass sich eine potente Cannabisindustrie entwickelt. «Big Tobacco» hat viele sinnvolle präventive Massnahmen verhindert oder ihre Verzögerung erreicht. Es wäre notwendig, der Entstehung von einem multilateralen «Big Cannabis» einen Riegel zu schieben.

Wie sollte Ihrer Meinung nach der Umgang mit anderen illegalen und «legalen» Substanzen wie z.B. Kokain, Amphetamine, LSD oder «Legal Highs» zukünftig geregelt werden?

Je nach Gefährlichkeit der Substanzen gibt es verschiedene Stufen der Kontrolle: Bei den «harmloseren» genügt die Haftpflicht des Produzenten oder des Verkäufers, eventuell verknüpft mit der Registrierung der Produkte – Neuseeland hat ein solches Gesetz angenommen, aber noch nicht umgesetzt. Stärkere Substanzen könnten nur unter medizinischer Kontrolle konsumiert werden. Zwischen den Extremen gibt es viele Kombinationen, die mit grosser Vorsicht ausprobiert und evaluiert werden sollten.

Weltweit ist der Umgang mit Drogen sehr unterschiedlich. Welche Zusammenarbeit besteht auf internationaler Ebene, um suchtpolitische Themen voranzutreiben?

Heutzutage gibt es einen regen Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den vielen NGOs, die im Bereich Drogenpolitik tätig sind. Länder, die Reformen für nötig befinden, gesellen sich zu den internationalen Organisationen. Die Weltkommission für Drogenpolitik (Global Commission on Drug Policy) baut Brücken zwischen Regierungen – zu denen sie eher Kontakt knüpfen kann – und gesellschaftlichen Organisationen. Reformen, die vor zehn Jahren noch Tabu waren, werden jetzt breit diskutiert und propagiert.

Welche Meilensteine konnten durch die internationale Zusammenarbeit in den letzten Jahren erreicht werden? Wo liegen die Grenzen?

Es gibt jetzt einen breiten Konsens, dass die internationale Betäubungsmittelkontrolle ihre Ziele nicht erreicht hat und dass sie «unerwünschte Konsequenzen» erzeugt. Die Notwendigkeit, Drogenpolitik im Einklang mit Menschenrechten, Gesundheitspolitik und Entwicklung zu gestalten, ist gestiegen. Mehrere Länder haben die Strafen re-

duziert – nicht nur für den Konsumenten sondern auch für nicht gewalttätige Akteure des Schwarzmarktes – und beschliessen oder vollstrecken weniger Todesstrafen. Es gibt aber auch Rückschläge wie etwa die Philippinen, die die Tötung von Konsumenten und kleinen Dealern fördern.

Sie sind Präsidentin der Global Commission on Drug Policy. Was sind die aktuellen Herausforderungen dieser Kommission?

Die Kommission ist eine Gruppe von erfahrenen Politikern, anerkannten Kulturschaffenden und Wirtschaftsverantwortlichen, die sich für Reformen der Drogenpolitik auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene einsetzen. Unsere letzten Berichte zeigen, welches heute unsere Prioritäten sind: Entkriminalisierung und Regulierung der Märkte. Dazu kommt, dass wir uns weiterhin stark dafür einsetzen, dass die Debatte über Reformen auf der Basis der erhärteten Fakten wissenschaftlich und nicht ideologisch und ohne Vorurteile gegen die Drogenkonsumenten bestimmt wird.

Die Schweiz arbeitet seit 2018 in der Betäubungsmittelkommission der UNO mit. Wofür setzt sich die Schweiz ein und was kann sie international bewirken?

Die Schweiz ist für die Reformen anerkannt, die sie durchgeführt hat, und ist ein aktiver Teil einer Gruppe von Ländern, die sich gegen die Todesstrafe und für Menschenrechte in der Drogenpolitik einsetzt.

Wo sehen Sie die aktuell grössten Herausforderungen für die nationale und internationale Suchtpolitik und welche Veränderungen erwarten Sie in den nächsten zehn Jahren?

Ich kann mich nur wiederholen: Einerseits ist der Verzicht auf Strafen für den Konsum ein Schritt, der innert Jahren erreicht werden könnte. Pilotprojekte im Bereich Cannabisregulierung werden stattfinden und den Weg zu einem vom Staat kontrollierten Markt führen, ich wage zu sagen, in den nächsten zehn Jahren. Und dann sind weitere Substanzen an der Reihe. Eine unerwartete Notsituation könnte die Reformen beschleunigen, wobei die Schweiz in diesen Bereichen nicht zu den Vorreitern zählen wird. E pur si muove!



Die Suchtpolitik in Basel-Stadt

Der Suchtbereich unterliegt stetig neuen Entwicklungen und kontinuierlichen Veränderungen. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die Suchtstrategie des Kantons Basel-Stadt flexibel und anpassungsfähig bleibt.

Angebots- und Bedarfsanalyse im Suchtbereich

Die Ergebnisse der Angebots- und Bedarfsanalyse des Suchtbereichs im Kanton Basel-Stadt zeigen, dass eine deutliche Mehrheit der Akteure im Suchtbereich das Gesamtangebot positiv einschätzt. Basierend auf den Ergebnissen und Empfehlungen der Überprüfung werden verschiedene Massnahmen zur Stärkung der Schadensminderung sowie der Früherkennung und Frühintervention angegangen.

Als Grundlagen für die baselstädtische Strategieplanung dienen einerseits verschiedene eidgenössische und kantonale Gesetze, andererseits die Nationale Strategie Sucht sowie die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017 bis 2024 des Bundesamtes für Gesundheit. Auf kantonaler Ebene ist der Legislaturplan der Regierungsrates Basel-Stadt zu nennen.

Basel-Stadt hat als Stadtkanton ideale Voraussetzungen, das Suchthilfeangebot gut zu steuern

und zu vernetzen. Die strategische Steuerung des Suchtbereichs in Basel-Stadt erfolgt im Sinne einer rollenden und gemeinschaftlichen Planung mithilfe verschiedener Gremien und Instrumente. Dazu zählen das Interdepartementale Führungsgremium Sucht, das alljährlich stattfindende Forum für Suchtfragen, der Austausch und die Vernetzung in kantonalen Fachgruppen sowie das fortlaufende statistische Monitoring der Angebote. Als weiteres Steuerungsinstrument für die zielgruppen-spezifische und bedarfsorientierte Ausgestaltung

der Angebote dient eine kontinuierliche Angebots- und Bedarfsüberprüfung.

Angebots- und Bedarfsüberprüfung im Suchtbereich des Kantons Basel-Stadt in den Jahren 2007 und 2017

Im Jahr 2007

Damit der Kanton Basel-Stadt das komplexe Suchthilfesystem bedarfsgerecht steuern kann, hat die Abteilung Sucht im Jahr 2007 im Auftrag der damaligen Regierungsrätlichen Delegation für Suchtfragen eine umfangreiche Überprüfung der bestehenden Angebote sowie eine Bedarfsabklärung im Suchtbereich durchführen lassen. Die daraus hervorgegangenen Massnahmen konnten durch eine Verschiebung der nicht mehr im bisherigen Ausmass beanspruchten Budgetmittel für den stationären Suchtmittelbereich finanziert werden.

Mit der Umsetzung vielfältiger Massnahmen konnte eine Optimierung der Behandlungsangebote, eine Verbesserung der Steuerung sowie eine verbesserte Vernetzung der verschiedenen Akteure im Suchtbereich erreicht werden.

Im Jahr 2017

Die Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements hat rund zehn Jahre später erneut eine Angebots- und Bedarfsanalyse im Suchtbereich vornehmen lassen. Ziel war es, eine Übersicht über die im Kanton Basel-Stadt vorhandenen Angebote der verschiedenen Institutionen zu gewinnen sowie Einschätzungen zum aktuellen Optimierungspotenzial im Suchtbereich, zu möglichen Angebotslücken und zu den Herausforderungen in den kommenden Jahren zu erhalten. Basierend auf den Ergebnissen sollte der Bedarf an Angeboten aus dem Suchtbereich für die nächsten Jahre definiert und Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

Auftrag und Angebot der Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt

Steuerung des Suchthilfesystems des Kantons Basel-Stadt

Im Auftrag der Regierung ist die Abteilung Sucht für die Umsetzung der kantonalen Suchtpolitik verantwortlich. Sie ist damit für die Planung, Koordination und Steuerung des vielfältigen Suchthilfeangebotes zuständig, welches der Basler Bevölkerung zur Verfügung gestellt wird. Dazu findet eine Aufgabenteilung zwischen privaten und staatlichen Anbietern statt, die durch eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit dem gemeinsamen Ziel der Kundenorientierung geprägt ist.

Angebote der Abteilung Sucht

Die Abteilung Sucht bietet Einwohnerinnen und Einwohnern aus dem Kanton Basel-Stadt kostenlose Dienstleistungen bei Problemen im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen sowie mit der Ausübung von exzessiven Verhaltensweisen (z.B. Glücksspiel- oder Kaufsucht) an. Dazu gehören Beratungen für Betroffene, Angehörige und Arbeitgeber, aber auch Einkommensverwaltungen und Arbeitsintegration. Weitere Informationen finden Sie unter www.sucht.bs.ch

Die Webseite sucht.bs.ch informiert Sie umfassend.



Die Ergebnisse der Überprüfung zeigen, dass mit 98 Prozent eine deutliche Mehrheit der Akteure das aktuelle Angebot im Suchtbereich positiv einschätzt. Aus ihrer Sicht besteht ein umfassendes, vielseitiges und differenziertes Angebot für unterschiedliche Zielgruppen und deren Bedürfnisse. Ebenfalls wird von 98 Prozent die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren als zufriedenstellend beurteilt. Es würden gute Vernetzungs- und Austauschgefässe bestehen, welche die Zusammenarbeit und Kooperation unterstützen.

Dennoch wurden gewisse Lücken und ein Optimierungbedarf in verschiedenen Bereichen gesehen. In diesem Zusammenhang wurde beispielsweise genannt, dass Wohnangebote für verschiedene Zielgruppen, insbesondere sozial benachteiligte Personen, zu wenig vorhanden sind. Auch fehle es an niederschweligen Arbeits- und

Massnahmenumsetzung aus dem Bericht 2007

(nicht abschliessende Aufzählung)

- Erhöhung der personellen Ressourcen im ambulanten Beratungsbereich zur Schliessung von Angebotslücken
- Ausbau der Tagesstrukturen und Schaffung der Werkstatt Jobshop für niederschwellige Arbeitsplätze
- Erstellung eines Konzeptes zur Vernetzung der Akteure der Suchthilfe und Gründung der kantonalen Fachgruppen (ambulante Beratung und Behandlung, stationäre Therapie, Schadensminderung; seit 2012: Jugend und Sucht)
- Einführung des jährlichen Sucht-Monitoringberichts
- Integration der Wohnangebote der Suchthilfe in die Steuerung der Behindertenhilfe des Departements für Wirtschaft, Soziales und Umwelt

Beschäftigungsmöglichkeiten. Zudem bedürfe es einer Stärkung der niederschweligen schadensmindernden Angebote sowie einer Stärkung der Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung. Des Weiteren geht aus den Ergebnissen hervor, dass insbesondere Arbeitgeber und junge Erwachsene eine schwer erreichbare Zielgruppe darstellen würden.

Handlungsempfehlungen

Auf Grundlage der Umfrageergebnisse und basierend auf der Einschätzung der Abteilung Sucht wurden verschiedene Handlungsempfehlungen abgeleitet, die insbesondere folgende Bereiche betreffen:

- **Integrierte Versorgung**
Förderung der Vernetzung und der Zusammenarbeit im Sinn der integrierten Versorgung, z.B. bezüglich der Schnittstellen von medizinischen und sozialarbeiterischen Leistungen oder der stationären und ambulanten Versorgung. Dies gilt insbesondere für zu betreuende Personen mit Mehrfachproblematiken und -erkrankungen. Zu diesem Zweck soll die Vernetzung weiterentwickelt werden.
- **Stärkung der Früherkennung und der Frühintervention**
Stärkung der Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und Anbietern aus der Grundversorgung zwecks Früherkennung und Frühintervention. Dadurch sollen unter anderem die bestehenden Unterstützungsangebote für Arbeitgeber besser bekannt gemacht werden, die in der Umfrage auch als schwer erreichbare Zielgruppe genannt wurden.
- **Stärkung der Schadensminderung**
In Einrichtungen aus der Schadensminderung werden vermehrt Besuche von Personen mit psychischen Erkrankungen festgestellt. Durch die aufsuchende Sozialarbeit könnten niederschwellige Einrichtungen in der Betreuung von diesen Personen unterstützt werden. Ebenfalls zeigt sich ein Bedarf an weiteren niederschweligen Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten. Daher soll ein Ausbau an niederschweligen Beschäftigungsplätzen in der Werkstatt Jobshop der Stiftung Sucht erfolgen.
- **Drug Checking**
Ein stationäres Drug Checking soll als Pilotprojekt im Rahmen der Beantwortung des Anzugs Otto Schmid und Konsorten betreffend Verstärkung der Schadensminderung durch Drogentests vorgeschlagen werden. Das Drug Checking ist eng an eine Beratung geknüpft, wodurch junge Erwachsene, die in der Freizeit gelegentlich psychoaktive Substanzen konsumieren und bisher unzureichend erreicht werden, im Sinne der Frühintervention und Schadensminderung angesprochen werden können.

Drug Checking wird in Basel-Stadt seit 2013 angeboten.



Massnahmenumsetzung aus dem Bericht 2017

(nicht abschliessende Aufzählung)

- Stärkung der Zusammenarbeit mit Arbeitgebern und Anbietern aus der Grundversorgung zwecks Früherkennung und Frühintervention
- Ausbau von Beschäftigungsarbeitsplätzen in der Werkstatt Jobshop der Stiftung Sucht
- Stärkung der aufsuchenden Sozialarbeit, um die niederschweligen Einrichtungen in der Betreuung von psychisch erkrankten Menschen zu unterstützen
- Pilotprojekt zum stationären Drug Checking, um die Risikokompetenz und Schadensminderung bei Freizeitdrogenkonsumierenden zu stärken

Aktuelle und künftige Herausforderungen

Durch die heutigen Behandlungsmöglichkeiten werden Personen auch mit jahrelangen und chronischen Abhängigkeitserkrankungen immer älter – was häufig mit somatischen und psychischen Problemen einhergeht. Mit dem erhöhten Pflegebedarf wird unter anderem auch die Versorgung im häuslichen Umfeld zunehmen. Ein weiterer Schwerpunkt betrifft Verhaltenssüchte wie Internet-, Glücksspiel-, Kauf- oder Sexsucht.

Durch neue Erkenntnisse und vermehrte Sensibilisierungsaktivitäten ist mit einer Zunahme der Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsangeboten zu rechnen. Es gilt, die Angebote entsprechend anzupassen. Am 1. Juli 2018 wurde die Modellstation für Verhaltenssüchte der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel als bislang einziges und erstes störungsspezifisches stationäres Angebot in der Schweiz eröffnet. Zuletzt ist die bereits mehrjährige Herausforderung bezüglich des baselstädtischen Wohnungsmarktes zu nennen. Wohnangebote im Tiefpreissegment auf dem freien Wohnungsmarkt sind marginal und für viele Personen mit einer Suchtproblematik kaum zugänglich. Diesbezüglich wurden in den letzten Jahren verschiedene Massnahmen ergriffen, wie beispielsweise das Pilotprojekt zur Erweiterung der Notschlafstelle oder die Förderung der Bereitstellung von Wohnungen für besonders benachteiligte Personen (§16 des Gesetzes über die Wohnraumförderung).

Den vollständigen Bericht finden Sie online auf unserer Webseite www.sucht.bs.ch unter Publikationen.

«Die Suchtthematik wird im Kanton sehr ernst genommen»

Interview mit Sarah Wyss,
Grossrätin Basel-Stadt

Sie wurden 2012 als jüngstes Mitglied in den Grossen Rat gewählt und sind seit 2017 Präsidentin der Gesundheits- und Sozialkommission (GSK). Mit welchen Herausforderungen sind diese Aufgaben verknüpft?

Politik ist die Gestaltung der Zukunft. Die Möglichkeit, die Gesellschaft mitzugestalten, hat mich schon immer fasziniert und ist auch mein Ansporn, mich zu engagieren. Die Fragestellungen, mit denen wir auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene konfrontiert sind, sind zahlreich. Für mich persönlich sind die zeitlichen Ressourcen (nebst Beruf und Familie) eine Herausforderung. Ich versuche mich deshalb auf einzelne Politfelder zu fokussieren, auch wenn ich gerne in vielen weiteren Feldern aktiv sein würde.

Seit meiner Wahl als GSK-Präsidentin beraten wir zwei Staatsverträge – zur Spitalgruppe und zu der Versorgungsplanung. Die beiden Staatsverträge sind komplex und deren Annahme hätte grosse (in)direkte Auswirkungen. Die Begleitung, die Beratung und nun die Vorstellung im Parlament der Staatsverträge ist eine grosse Verantwortung, welche ich aber gerne trage. Besonders die Arbeit mit den Kommissionsmitgliedern ist sehr bereichernd.

Sie engagieren sich im Bereich der Gesundheitspolitik. Wie kam es dazu?

Als Kind wollte ich immer Lehrerin, Ärztin oder Gärtnerin werden. Doch es hat sich irgendwie anders ergeben. Ich habe Wirtschaft und Geschichte studiert. Bereits während dieser Zeit interessierte mich die Gesundheitspolitik. Ich schrieb mehrere Arbeiten im Bereich der Gesundheit, so beispielsweise über den Zulassungsstopp von Ärzten. Je mehr Einblick ich ins Thema erhielt, umso stärker wuchs mein Interesse daran. In den letzten Jahren durfte ich dies auch auf politischer Ebene tun, was ich sehr spannend und herausfor-



Sarah Wyss ist SP-Grossrätin im Kanton Basel-Stadt und seit 2017 Präsidentin der Gesundheits- und Sozialkommission.

dernd finde, da es im komplexen Gesundheitssystem keine einfachen Lösungen gibt.

Ein Schwerpunkt der SP Basel-Stadt – Ihrer Partei – ist die Suchtpolitik. Wie schätzen Sie die aktuelle Basler Suchtpolitik im Vergleich zu anderen Kantonen ein?

Aus meiner Sicht verfolgt Basel-Stadt eine liberale fortschrittliche, aber klare Suchtstrategie, welche Wirkung zeigt. Gerade im Vergleich zu anderen Kantonen fällt mir auf, dass die Thematik im Kanton sehr ernst genommen und nicht nur die Repression oder Abstinenz als Heilmittel betrachtet wird.

«Aus meiner Sicht verfolgt Basel-Stadt eine liberale fortschrittliche, aber klare Suchtstrategie, welche Wirkung zeigt.»

Finden Sie die Nationale Strategie Sucht in der Basler Suchtpolitik wieder?

Ja, absolut. Eine nationale Suchtstrategie zu haben ist essenziell. Sie bietet eine wichtige Grundlage für einen wissenschaftlich fundierten Umgang mit der Thematik rund um Sucht. Ich finde es wichtig, dass wir schwerpunktmässig auf Gesundheitsförderung und Prävention setzen, um Suchtverhalten zu vermeiden. Die Massnahmen im Bereich der Regulierungen und des Vollzugs sind zwar auch wichtig, jedoch müssen diese mit Bedacht getroffen werden. Wenn Süchte in die Illegalität abtauchen oder gesellschaftlich geächtet werden, ist die Prävention deutlich schwieriger. Deshalb bin ich beispielsweise klar für die Legalisierung des Cannabiskonsums.

Der Therapie und der Beratung im Falle einer Erkrankung ist unbedingt genügend Platz einzuräumen. Zudem müssen wir auch die Tatsache akzeptieren, dass nicht alle Menschen einen Ausstieg schaffen oder wollen und in einem Suchtverhalten bleiben. Die Säule der Schadensminderung ist deshalb für den Erhalt der Lebensqualität dieser Menschen ebenso zentral.

Die SP Basel-Stadt steht insbesondere für eine fortschrittliche Suchtpolitik Basels. Wie sieht diese aus? Wie plant die SP Basel-Stadt, diese Ziele auf politischem Weg zu erreichen?

Viele Belange in diesem Bereich sind gesetzlich auf Bundesebene geregelt – wie so oft in der Gesundheitspolitik. Dennoch gibt es genügend Handlungsspielraum, der bereits jetzt genutzt wird und auch noch vermehrt genutzt werden soll, um eine progressive Suchtpolitik zu betreiben. Im Zentrum stehen für mich die Prävention und die Gesundheitsförderung. Insbesondere bei Jugendlichen ist dies wichtig.

Die Prävention (Aufklärung, Gesundheitsförderung usw.) bildet für mich die Basis einer wirksamen Suchtpolitik. Die Prävention muss alle Bereiche abdecken – auch den Konsum von illegalen Substanzen oder die Verhaltenssüchte.

Auch der Umgang mit potenziell gefährlichen Verhaltensweisen gehört für mich zur Prävention. Als Beispiel kann ich hier die Motion von Grossrat Thomas Gander nennen. Er verlangte eine Aufhebung des Angebotsverbots von Alkohol in Jugendzentren, ein liberalerer und realitätsnaher Umgang. Weiter muss über das Thema Sucht offen gesprochen werden dürfen. Die Enttabuisierung dieses Themas und die Entstigmatisierung von Betroffenen ist wichtig für eine nachhaltige Prävention.

Der Therapie und Beratung muss eine grosse Bedeutung zugemessen und die Mittel dafür müssen zur Verfügung gestellt werden. Wir als Gesellschaft müssen uns damit abfinden, dass wir nicht alle Abhängigkeiten verhindern können. Was wir tun können, ist aber, bei potenziell gefährlichen Verhaltensweisen mögliche Schäden zu minimieren. Ein Beispiel dazu hat Alt-Grossrat Otto Schmid mit seinem Anzug zur Einführung von Drogenteststellen geliefert.

In der Repression macht bei der Staatsanwaltschaft immer noch der Cannabishandel den grössten Teil der Betäubungsmittel-Delikte aus. Zudem nehme ich wahr, dass der Fokus bei illegalen Substanzen auf dem Kleinhandel und Konsum liegt. Das finde ich falsch. Einerseits weil diese Ressourcen effektiver in der Prävention benötigt werden könnten, andererseits auch, weil vor allem die «grossen Fische» die Repressionen spüren sollten.

Es gibt also noch viel zu tun – auch im fortschrittlichen Kanton Basel-Stadt.

Generell ist das Thema Sucht aus dem Fokus der Öffentlichkeit geraten. Wie schätzen Sie die Situation ein und bestehen Bemühungen, dies zu ändern?

Da ich im Gesundheitsbereich arbeite, habe ich täglich mit dieser Thematik zu tun. Aber in der breiten Öffentlichkeit ist die Thematik der Abhängigkeit teilweise noch immer ein Tabuthema. Einerseits verändern sich Süchte, über diese Entwicklung muss gesprochen werden. Andererseits beobachte ich mit Sorge gesellschaftliche Entwicklungen, welche abhängige Personen an den Rand der Gesellschaft drängen. Nehmen wir als Beispiel die Kontakt- und Anlaufstelle: Dies ist ein sinnvolles und wichtiges Angebot im Bereich der Schadensminderung, welches örtlich aus der Innerstadt an die Peripherie versetzt wurde.

«Selbsthilfe kann keine Therapie ersetzen, aber der Erfahrungsaustausch kann von grossem Nutzen sein.»

Die Bemühungen, das Thema der Sucht wieder vermehrt in die Öffentlichkeit zu tragen, erachte ich als wertvoll und enorm wichtig. Dazu müssen zwingend alle Akteure mit einbezogen werden, welche in diesem Bereich agieren. Die Interprofessionalität muss auch in diesem Bereich gelebt werden.

Einer Ihrer politischen Schwerpunkte ist die Reduktion der Gesundheitskosten. Welche Verbindungen sehen Sie dabei zum Suchtbereich?

Die Gesundheitsförderung und Prävention – auch im Bereich der Abhängigkeiten wirken sie sich positiv auf die Kostendämpfung aus, dazu gibt es mehrere Studien. Auch der Bundesrat setzt bei seiner Strategie «Gesundheit 2020» auf die Förderung der Gesundheitskompetenz. Doch bis anhin werden für Prävention und Gesundheitsförderung nur geringe Mittel zur Verfügung gestellt. Ich unterstütze deshalb auch den wichtigen

Schritt, den Beitrag für die allgemeine Krankheitsverhütung stufenweise zu erhöhen.

Dass 2012 das Präventionsgesetz im schweizerischen Parlament scheiterte, erachte ich weiterhin als einen grossen Fehler. Mit einer solchen gesetzlichen Grundlage hätte die Prävention den Platz erhalten, welchen sie verdient. Man könnte viele Kosten und Leid sparen, wenn die Prävention und die Gesundheitsförderung gestärkt würde.

Sie sind seit 2016 Geschäftsführerin der Stiftung Selbsthilfe Schweiz. Wie schätzen Sie den Stellenwert der Selbsthilfe im Suchtbereich ein?

Die Selbsthilfe spielt bei Süchten und Abhängigkeiten eine gewichtige Rolle. Von den schweizweit über 2400 Selbsthilfegruppen widmen sich 247 Gruppen dem Thema Alkohol. Weitere 60 Gruppen dem Thema Drogen, weitere 24 Gruppen beschäftigen sich allgemein mit Süchten. Immer mehr kommen auch Verhaltenssüchte hinzu.



«Ich bin der Meinung, dass die Menschen so gut aufgeklärt und befähigt werden müssen, damit sie die Möglichkeit haben, die Konsequenzen ihres Verhaltens zu kennen und abschätzen zu können.»

So gibt es beispielweise sechs Selbsthilfegruppen zum Thema Spielsucht. Es ist unbestritten, dass Selbsthilfe zwar keine Therapie ersetzen kann, aber dass der Erfahrungsaustausch gerade während oder nach Suchtbehandlungen einen grossen Nutzen haben kann.



Der Erfahrungsaustausch in einer Selbsthilfegruppe kann von grossem Nutzen sein.

Denken Sie, dass das Betäubungsmittelgesetz noch zeitgemäss ist?

Ich denke, dass der Aufbau auf dem Vier-Säulen-Prinzip zeitgemäss ist und auch Handlungsspielraum zulässt. Die Säule der Repression bzw. der Regulierung müsste jedoch dringend angepasst werden. Aus meiner Sicht wird dieser Säule auf gesetzlicher Ebene eine zu grosse Bedeutung beigemessen, denn eine Entkriminalisierung des Konsums beispielsweise im Cannabisbereich wäre die wirksamste Präventionsmassnahme.

Zudem müsste die Definition des Zwecks des Betäubungsmittelgesetzes überdacht werden: So widerspricht zum Beispiel die Bestimmung, wonach die Abstinenz gefördert werden soll, aus meiner Sicht dem Vier-Säulen-Prinzip.

Wie stehen Sie zur Aussage «Recht auf Rausch»?

Eine schwierige Frage. Ich bin der Meinung, dass die Menschen so gut aufgeklärt und befähigt werden müssen, damit sie die Möglichkeit haben, die Konsequenzen ihres Verhaltens zu kennen und abschätzen zu können.

Wo sehen Sie künftige gesellschaftliche und politische Veränderungen im Umgang mit legalen und illegalen Substanzen sowie mit potenziell gefährlichen Verhaltensweisen in Basel-Stadt?

Es lässt sich wohl kaum aufhalten, dass potenziell gefährliche oder schädliche Verhaltensweisen sich ausweiten. Ein adäquater Umgang mit diesen ist wichtig – kann aber sehr individuell aussehen. Dies müssen wir als Gesellschaft akzeptieren, sonst droht die Gefahr von Ausgrenzung von «Abweichlern». Medikamentenabhängigkeiten, Zwänge, welche zu Abhängigkeiten werden, und neue chemische Substanzen sind sicherlich Herausforderungen, denen wir in Zukunft noch intensiver begegnen werden. Ich bin aber zuversichtlich, dass wir mit einer stringenten Suchtpolitik diesen Herausforderungen gewachsen sind.

Unterstützung und weiterführende Informationen

Verschiedene Fachstellen bieten Information und Unterstützung für Menschen mit einem Suchtproblem oder einer Verhaltenssucht, ihre Angehörigen, Arbeitgeber sowie Fachpersonen.

Falls Sie

- allgemeine Informationen zum Thema Sucht oder Abhängigkeit,
- eine individuelle Beratung für Betroffene oder Angehörige (mit Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt),
- Hilfe bei der Suche nach weiteren Unterstützungsmöglichkeiten

wünschen, können Sie sich an eine der untenstehenden Beratungs- und Behandlungsstellen wenden.

Beratungs- und Behandlungsstellen

Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt

Die Abteilung Sucht bietet Beratung bei Problemen mit psychoaktiven Substanzen (Alkohol, Cannabis, Kokain etc.). Ebenfalls bietet sie Informationen und Unterstützung zu Verhaltenssuchten.

Abteilung Sucht

Clarastrasse 12, 4005 Basel
Tel. 061 267 89 00
abteilung.sucht@bs.ch
www.sucht.bs.ch

Suchthilfe Region Basel – Beratungszentrum

Das Beratungszentrum bietet Information und Unterstützung bei allen Fragen rund um Sucht. Im Speziellen zu illegalen Drogen wie Cannabis oder Partydrogen sowie Internet- und Glücksspielsucht.

Suchthilfe Region Basel – Beratungszentrum

Mülhauserstrasse 111, 4056 Basel
Tel. 061 387 99 99, Fax 061 387 99 95
beratungszentrum@suchthilfe.ch
www.suchthilfe.ch

Blaues Kreuz/MUSUB beider Basel

Das Blaue Kreuz bietet Beratung und Unterstützung zum Thema Alkohol und Sucht. Die Multikulturelle Suchtberatungsstelle (MUSUB) bietet Beratung und Begleitung für fremdsprachige Erwachsene und Jugendliche mit problematischem Substanzkonsum und Verhaltenssuchten.

Blaues Kreuz/MUSUB beider Basel

Peter Merian-Strasse 30, 4052 Basel
Telefon 061 261 56 13/061 273 83 05
Fax 061 263 94 70/061 273 83 06
basel@bkbb.ch/info@musub.ch
www.bkbb.ch/www.musub.ch

Ambulanz für Verhaltenssuchte

Die Ambulanz für Verhaltenssuchte der UPK Basel bietet ein spezialisiertes Beratungs- und Behandlungsangebot für Personen mit einer Verhaltenssucht (Glücksspiel-, Online-, Kauf- und Sexsucht).

Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

Ambulanz für Verhaltenssuchte
Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel
Tel. 061 325 53 51, Fax 061 325 55 85
www.upkbs.ch

Kostenlose Onlineberatung zu Suchtfragen

Die Internetplattform **www.safezone.ch** bietet anonyme und kostenlose Information und Beratung bei Fragen zu Verhaltenssuchten, Suchtmitteln und Suchtproblemen.

Die Internetplattform **www.sos-spielsucht.ch** bietet Informationen rund um das Thema Glücksspielsucht sowie kostenlose und anonyme Beratung per Telefon (Helpline) und online an.

Die Internetplattform **www.suchtschweiz.ch** bietet Informationen und Fakten zu verschiedenen Substanzen mit einer Vielzahl von Infomaterialien. Fragen können telefonisch, per E-Mail oder über die Webseite gestellt werden.

Weitere Beratungs- und Behandlungsstellen finden Sie auf www.sucht.bs.ch/adressen

