



ausgesucht.bs

Quo vadis? Sucht im Wandel



Impressum

Redaktion: Manuel Hürlimann, Abteilung Sucht, Gesundheitsdepartement
des Kantons Basel-Stadt, Malzgasse 30, CH-4001 Basel
061 267 89 00, abteilung.sucht@bs.ch
www.sucht.bs.ch

Texte (sofern nicht anders vermerkt): Manuel Hürlimann
Auflage und Erscheinungsdatum: 1000 Ex./Oktober 2023

Gestaltung: bom! communication ag, Basel
Druck: Werner Druck & Medien, Basel

Inhalt

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

Einführung von Regine Steinauer,
Leiterin der Abteilung Sucht des
Gesundheitsdepartements Basel-Stadt 5

Psychedelika
Heilende Drogen 6



«Die Schweiz ist ein Sonderfall und erlaubt eine <beschränkte medizinische Anwendung> von LSD, MDMA oder Psilocybin im Rahmen von Behandlungen von psychischen Erkrankungen» 10

Interview mit Prof. Dr. Matthias Liechti,
Leiter der Klinik für Klinische Pharmakologie

Kokain – eine Substanz auf dem Weg zur Volksdroge? 14

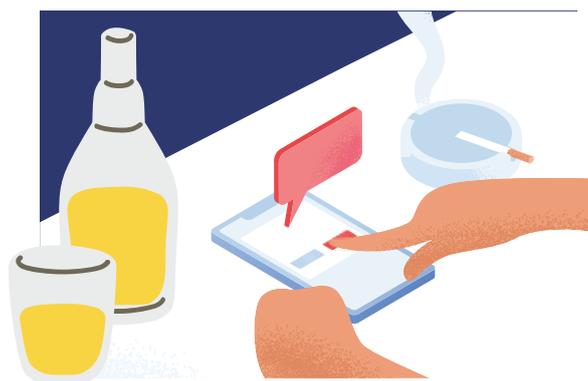
Der Konsum von Suchtmitteln schadet dem Planeten 18



**Trans*affirmative
medizinische Versorgung 22**



**Stigmatisierung von
Menschen, die Drogen
konsumieren 26**



**Alkohol und Tabak im Internet,
eine Lücke im Jugendschutz 32**

**Vom Medikament zur Droge –
und zurück 36**

**Unterstützung und weiter-
führende Informationen 41**

Quo vadis? Sucht im Wandel



Rausch ist ein Bedürfnis, das seit jeher zu unserer Kultur gehört und in der Gesellschaft verankert ist. Aus diesem Grund ist der Konsum von psychotropen Substanzen – ob Alkohol, Tabak, Medikamente, Cannabis, Heroin oder Kokain – wie die Gesellschaft selbst ständig im Wandel und geht mit Trends einher. Auch der Umgang mit und die Definition von psychotropen Substanzen oder Verhaltensweisen mit Abhängigkeitspotenzial werden innerhalb der Gesellschaft stetig neu diskutiert und festgelegt. Dabei geht es um zentrale Aspekte wie etwa den Anwendungsbereich, die vom sozialen Umfeld tolerierbaren und erwünschten Wirkungen, Mengen und Auswirkungen der Substanzen. Unser Verständnis für den Konsum von psychotropen Substanzen ist wandelbar, wie ein Blick auf deren Wahrnehmung in den letzten Jahrzehnten aufzeigt.

Wurde Kokain früher als Substanz der Oberklasse verstanden, ist es mittlerweile eine von der breiten Gesellschaft konsumierte Substanz. Andere Substanzen, deren Eigenschaften mit Hippies oder Partymenschen assoziiert werden, wurden für den medizinisch-therapeutischen Gebrauch wiederentdeckt. Jedoch können Substanzen auch den umgekehrten Weg bestreiten und vom ursprünglich angedachten medizinischen Zweck für Rauscherfahrungen entfremdet werden. Ähnlich wie das Bild von den Substanzen und deren Konsumierenden sich bei der Bevölkerung ändert, ist dies auch in den Medien feststellbar. Waren früher Wörter wie «Junkies» gang und gäbe, stehen heute wertefreie Begriffe im Vordergrund, die die ohnehin schon belastete Bevölkerungsgruppe nicht zusätzlich stigmatisieren.

Das Thema Sucht begegnet nicht nur Herausforderungen, die durch die verschiedenen psychotropen Substanzen und Verhaltensweisen mit Abhängigkeitspotenzial ausgelöst werden können, sondern auch solchen, die über einen gesellschaftlichen Wandel angestossen werden. Die diesjährige Ausgabe des Magazins mit dem Titel «Quo vadis? Sucht im Wandel» greift diese breitgefächerte Palette an gesellschaftlichen Aspekten der Sucht auf, um Ihnen die aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen näherzubringen. Das Gesundheitsdepartement möchte Ihnen damit eine Grundlage zur Diskussion und Reflexion zu unserem Verständnis gegenüber Sucht und psychotropen Substanzen geben.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen eine anregende Lektüre!



Regierungsrat Dr. Lukas Engelberger
Vorsteher des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt

Einführung

Wohin geht die Suchtpolitik? Wie werden welche Substanzen künftig reguliert? Wie können wir nachfolgenden Generationen eine lebenswerte Welt hinterlassen? Was können wir gegen die schädlichen Auswirkungen von Suchtverhalten tun? Wie gelingt es, süchtigen Menschen ohne Stigma zu begegnen? Diese Fragen haben uns dazu bewogen, das vorliegende Magazin zum Thema «Quo vadis? Sucht im Wandel» zu verfassen.



Veränderungen von Konsummustern, gesetzlichen Regulierungen bis hin zu kulturellen und gesellschaftlichen Vorstellungen sind über die letzten Jahrzehnte zu beobachten. War früher Abstinenz das Ziel und Repression die Vorgehensweise, ist im heutigen Würfelmodell eine Vielfalt an Lösungsansätzen skizziert. War früher der Alkoholranke selber schuld an seinem Elend, so ist heute das Verständnis von Sucht als Krankheit verbreitet akzeptiert.

Die Annahme der Volksinitiative «Kinder ohne Tabak» und das Nein zum Alkoholverkauf in der Migros zeigen, dass die Bevölkerung in unserem Land ein wachsendes Bewusstsein für die schädlichen Folgen des Konsums von Suchtmitteln entwickelt hat und geeignete Schutzmassnahmen befürwortet. Allerdings gehört der Alkohol unverändert zu (fast) jedem Geschäfts- und Vereinsapéro dazu, Weinmessen und Bierwanderungen sind anerkannte kulturelle und gesellschaftliche Events.

Im vorliegenden Magazin zeigen Artikel wie «Heilende Drogen» oder «Vom Medikament zur Droge – und zurück» Chancen und Risiken von ausgewählten Substanzen und Medikamenten anhand unterschiedlicher Anwendungsgebiete auf. Dass Kokain nicht nur aufgrund der Illegalität Gefahren mit sich bringt, wird im Beitrag «Kokain – eine Substanz auf dem Weg zur Volksdroge?» deutlich. Viel zu wenig beachtet ist der Einfluss vom Suchtmittelgebrauch auf die Umwelt. Der Artikel «Der Konsum von Suchtmitteln schadet dem Planeten» gibt dazu einen Denkanstoss. Im Beitrag «Trans*affirmative medizinische Versorgung» erhalten wir einen Einblick in das Thema Chemsex, wo Substanzen mit dem Zweck der Steigerung des Lustempfindens und der Verlängerung des Sexualaktes gehäuft eingenommen werden. «Alkohol und Tabak im Internet, eine Lücke im Jugendschutz» macht nochmals deutlich, wie die Digitalisierung die Zugänglichkeit zu Substanzen erleichtert. Und natürlich darf in einem Magazin zum Thema gesellschaftlicher Wandel ein Beitrag wie «Stigmatisierung von Menschen, die Drogen konsumieren» nicht fehlen.

Wie in früheren Jahren führt die Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartementes das Forum für Suchtfragen 2023 zum gleichen Thema durch. Die Beiträge der Referentinnen und Referenten können Sie unter <https://www.sucht.bs.ch/ueber-uns/veranstaltungen.html> einsehen.

Ich hoffe, das Magazin bietet Ihnen eine Grundlage für interessante Diskussionen, und bedanke mich für Ihr Interesse.



Regine Steinauer
Leiterin Abteilung Sucht, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt

Psychedelika

Heilende Drogen¹

Die Studien scheinen vielversprechend, viele Therapeutinnen und Therapeuten sind überzeugt, dass es funktioniert: mit Drogen psychische Erkrankungen wie Depressionen und posttraumatischen Stress behandeln. Psychedelika-unterstützte Therapien sind in der Schweiz auf dem Vormarsch – in der Forschung, aber auch in den Praxen.



¹ Die Erstpublikation dieses Artikels in ungekürzter Form findet sich in der Schweizerischen Ärztezeitung (www.saez.ch; 2023; 104(14-15): 10-13) vom 5. April 2023.

«Während der Sitzung sprechen die Betroffenen kaum. Oft sind sie in sich versunken, liegen auf einer Matratze, manchmal mit verbundenen Augen oder Musik hörend. Häufig reagieren sie aber auf das, was um sie herum geschieht, etwa, wenn jemand lacht oder weint. Das kann ihre Erinnerungen verstärken, Vergangenes nachhallen lassen und damit das Erleben beeinflussen. Meiner Erfahrung nach ist der Einsatz von Psychedelika äusserst wirksam, um Blockaden in einer laufenden Therapie zu lösen.» So beschreibt es ein Genfer Psychiater, der seit zwei Jahren LSD und MDMA bei einigen seiner Patientinnen und Patienten einsetzt.

Dies sind nicht die einzigen psychedelischen Substanzen, die für Psychiaterinnen und Psychiater von Interesse sind. Psilocybin, DMT (der Wirkstoff in Ayahuasca), Ketamin, Ibogain

Seit 2007 wird mit verbotenen Substanzen geforscht, seit 2014 sind mit Bewilligung durch das BAG eingeschränkte medizinische Anwendungen möglich.

und Meskalin sind immer häufiger Gegenstand von Studien zur Behandlung von psychischen Erkrankungen wie Depression, posttraumatischen Stress oder Substanzmissbrauch. Rund 60 klinische Studien laufen derzeit weltweit zu Psilocybin, dem Wirkstoff von halluzinogenen Pilzen, etwa 30 zu MDMA und etwa zehn zu LSD (siehe Kasten Seite 8).

Die Schweiz spielt eine besondere Rolle bei diesem wiedererwachten Interesse an sogenannten «psychedelischen» Therapien. Während die internationale Forschung nach dem Verbot von Psychedelika in den 1970er-Jahren zum Erliegen kam, konnte eine Gruppe von Therapeutinnen und Therapeuten um den Psychiater Peter Gasser in Solothurn Studien durchführen und erzielte mit LSD und MDMA gute Resultate. «Die Drogenpolitik in der Schweiz ist in den 1990er-Jahren pragmatisch geworden», sagt Adrian Gschwend, Betäubungsmittelspezialist beim Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Seit 2007 werde mit verbotenen Substanzen geforscht, seit 2014 seien mit Bewilligung durch das BAG eingeschränkte medizinische Anwendungen möglich. In den Nachbarländern, die keine Anwendung zu medizinischen Zwecken vorsehen, ist der Rahmen restriktiver.

Sitzung mit Psilocybin dauert bis zu sechs Stunden

Die Einnahme der Substanz sei zwangsläufig in eine monate- bis jahrelange Therapie eingebunden, erklärt Daniele Zullino, Leiter der Abteilung für Suchtmedizin am Universitätsspital Genf (HUG). Er bietet seit 2020 Psychedelika-unterstützte Psychotherapien an: «Ziel ist es nicht, auf einen Trip zu gehen, sondern der behandelten Person aufgrund dieser Erfahrung neue Perspektiven für ihr Leben und die therapeutische Arbeit zu eröffnen.»

Der am Anfang des Artikels erwähnte Psychiater, der etwa 30 Personen mit Psychedelika behandelt hat, zieht es vor, anonym zu bleiben, um nicht mit Anfragen überschwemmt zu werden. «Ich würde so etwas nicht jedem empfehlen. Wir klären im Vorfeld die Erwartungen und Ziele ab und bereiten die Sitzung vor. Das können Einzelsitzungen sein, bei denen zur Wahrung der Geschlechterdualität auch eine Kollegin zugegen ist, oder Gruppensitzungen mit sieben bis acht Patientinnen und Patienten und mehreren Therapeutinnen und Therapeuten.» Dieser Ansatz ist sowohl für die Betroffenen als auch für die Therapeutinnen und Therapeuten anspruchsvoll. Eine Sitzung dauert mit Psilocybin fünf bis sechs Stunden, mit LSD das Doppelte.

In manchen Fällen kommt es zu einem Moment der Angst oder des Kontrollverlusts. «Eine Sitzung mit einem Psychedelikum ist kein Spaziergang», fährt der Psychiater fort. «Aber wir bereiten die Betroffenen gut vor, bieten ihnen einen sicheren Rahmen und bleiben an ihrer Seite. Ich habe bislang keine negativen Rückmeldungen gehabt; lediglich eine Person sagte mir, dass sie nicht beabsichtige, eine solche Erfahrung zu wiederholen. Eine Patientin erzählte mir, dass Antidepressiva für sie wie ein Heftpflaster seien, während das Psychedelikum eine Heilung von innen heraus angestossen habe. Das ist ein schönes Bild.» Manche Betroffene hören an dieser Stelle auf, andere machen

noch eine oder mehrere Sitzungen, manchmal mit einer anderen Substanz.

Was sagen die Studien?

Es überrascht nicht, dass die Therapie mit Psychedelika sowohl die Spezialistinnen und Spezialisten, die sie praktizieren, als auch ihre Klientinnen und Klienten überzeugt. Den Fallstudien folgten randomisierte klinische Studien. Die

jüngste Metaanalyse belegt signifikant positive Wirkungen bei Angst und bei Depression. Laut einer systematischen Übersichtsarbeit zu Ketamin spricht die Hälfte der behandelten Personen nach einem Monat darauf an, das heisst eine mehr als 50-prozentige Reduktion des Depressionsscores im PHQ-9-Fragebogen.

«Wohlgemerkt, diese Studien bewerten nicht die Wirkung der Substanz, sondern die der

Die wichtigsten therapeutisch eingesetzten Betäubungsmittel

Psilocybin ist der wichtigste psychoaktive Wirkstoff halluzinogener Pilze und ist synthetisierbar. Es ist eines der am besten untersuchten Psychedelika für therapeutische Zwecke, insbesondere, weil es nicht süchtig macht und seine Wirkung nicht zu lange anhält (etwa vier Stunden).

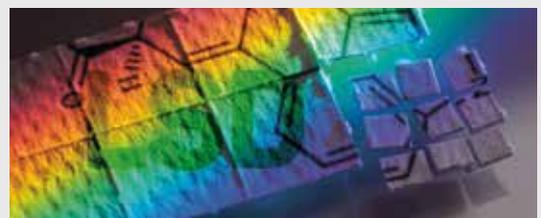
LSD hat eine Wirkdauer von etwa zehn Stunden; seine Integration in die Therapie ist anspruchsvoll. Wie Psilocybin führt LSD zu Bewusstseinsveränderungen, mit einer Verstärkung der Wahrnehmungen, des assoziativen Denkens oder der Affektivität.

MDMA, bekannt als Ecstasy, wurde insbesondere bei posttraumatischen Belastungsstörungen untersucht, namentlich bei Veteranen der US-Armee. Es kann zu Toleranz und Abhängigkeit führen, kardiovaskuläre Nebenwirkungen hervorrufen und ist nicht kompatibel mit serotoninbeeinflussenden Antidepressiva. MDMA erleichtert die Kommunikation, stärkt das Vertrauen und fördert Introspektion und Selbstakzeptanz.

Esketamin ist seit 2020 zugelassen. Dieses Ketamin-Enantiomer (Anästhetikum, Schmerzmittel sowie Freizeitdroge) kann zur Behandlung schwerer depressiver Episoden eingesetzt werden.

Die Wirkung von **Cannabis** gegen Depressionen ist nicht erwiesen; es kann jedoch bei somatischen Erkrankungen, insbesondere Multipler Sklerose, oder während einer Chemotherapie zur Linderung von chronischen Schmerzen, Krämpfen und Übelkeit sowie zur Verbesserung des Schlafes eingesetzt werden. Seine medizinische Anwendung ist seit dem 1. August 2022 zugelassen.

Man unterscheidet generell zwischen psychedelischen Therapien, die auf eine starke Erfahrung und wenig Intervention der Therapeutin, des Therapeuten während der Sitzung ausgelegt sind, und psycholytischen Therapien, in denen bei weniger hohen Dosen eine Interaktion mit der Analytikerin, dem Analytiker möglich ist.



psychedelischen Therapie», so Katrin Preller, Spezialistin für neurobiologische Wirkungen von Betäubungsmitteln an der Universität Zürich. «Praktisch alle Studien haben ihre Wirkung bestätigt. Allerdings sind die Stichprobenumfänge mit wenigen Dutzend Teilnehmenden noch relativ klein. Wir müssen auf grösser angelegte klinische Studien der Phase 3 warten. Ich gehe davon aus, dass dort die Wirkung gegenüber den Ergebnissen der Metaanalysen geringer ausfallen wird – wie so oft, wenn die Studien grösser werden.» Eine umfassendere Studie zu Psilocybin-Einzeldosen mit 233 Personen berichtete schwächere Effekte, wobei insbesondere das Ansprechen nach drei Monaten sich auf 20 % der behandelten Personen reduzierte.

Das Placebo-Problem

Eine weitere Schwierigkeit bei klinischen Studien besteht darin, dass der Vergleich mit einer Placebo-Kontrollgruppe selten verblindet ist, da die Wirkungen eines Psychedelikums im Allgemeinen erkennbar sind. Die Kontrollgruppe erhält manchmal eine niedrige Dosis, die spürbare körperliche Wirkungen, jedoch keine veränderten Bewusstseinszustände hervorruft. «Diese Frage ist aus klinischer Sicht nicht problematisch», meint Daniele Zullino. «Die Einnahme der Substanz dient als Impulsgeber für die Therapie. Ob dies teilweise auf einen Placebo-Effekt zurückzuführen ist, spielt keine Rolle. So verhält es sich auch bei den klassischen Antidepressiva.»

Die derzeitige Euphorie hat auch Kritik hervorgerufen. Menschen mit hohem Leidensdruck könnten sich Hoffnung auf eine Wundertherapie machen, ohne sich der Risiken bewusst zu sein, gibt die britische Forscherin und Psychiaterin Joanna Moncrieff in «Nature» zu bedenken. «Es gibt einen gewissen Hype, das ist klar», kommentiert Daniele Zullino.

Was genau macht das Molekül?

«Wir kennen einige der neurobiologischen Wirkungen von Psychedelika auf das Gehirn, ihre Wirkung in der Therapie dagegen kaum», sagt Katrin Preller. «Unsere Studien könnten dazu Erklärungen liefern.» Haupthypothese ist, dass die Erfahrung eines veränderten Bewusstseinszustandes neue Betrachtungsweisen

Psychische Störungen sind ein riesiger Markt, der nach neuen Behandlungen hungert. Obschon die gängigsten Psychedelika nicht patentierbar sind, schützen die Unternehmen bestimmte kristalline Anordnungen oder chemisch leicht abgewandelte Varianten.

ermöglicht und so zu einem therapeutischen Aha-Erlebnis führt. Denkbar wären auch Veränderungen am neurologischen Belohnungssystem, die beispielsweise über Serotonin, die Art und Weise der Emotionsverarbeitung oder aber die Normalisierung bestimmter Schaltkreise des Gehirns erfolgen könnten.

Die Psychologin führt derzeit zwei Untersuchungen mit jeweils 60 Personen zum Einsatz von Psilocybin bei der Behandlung von therapieresistenten Depressionen und Alkoholmissbrauch durch. Ihr Team untersucht sowohl die Auswirkungen auf die Therapie als auch die neurophysiologischen Effekte. Die Substanz stelle nur einen Teil der Behandlung dar, betont Katrin Preller: «Wir wählen die Personen aus, bereiten sie vor und führen die Sitzung mit der psychotropen Substanz durch. Daran schliessen sich drei bis vier Therapiesitzungen mit sechsmonatiger Nachbeobachtung an.»

Psychische Störungen sind ein riesiger Markt, der nach neuen Behandlungen hungert. Obschon die gängigsten Psychedelika nicht patentierbar sind, schützen die Unternehmen bestimmte kristalline Anordnungen oder chemisch leicht abgewandelte Varianten. Damit schliesst sich gewissermassen der Kreis: 1947 brachte die Firma Sandoz in Basel LSD als Medikament für die Psychiatrie auf den Markt.

Dr. Daniel Saraga, Journalist, Basel

► Das detaillierte Literaturverzeichnis wird Ihnen auf Anfrage von der Redaktion gerne zur Verfügung gestellt.

Einsatz von Psychedelika in der Medizin

«Die Schweiz ist ein Sonderfall und erlaubt eine ‹beschränkte medizinische Anwendung› von LSD, MDMA oder Psilocybin im Rahmen von Behandlungen von psychischen Erkrankungen»

Interview mit Prof. Dr. Matthias Liechti, Leiter der Klinik für Klinische Pharmakologie. Er forscht am Universitätsspital Basel zum Einsatz von Psychedelika und deren Wirkmechanismen.

Bei welchen Krankheitsbildern wird mit Psychedelika behandelt?

LSD, das in der Vergangenheit am besten untersuchte Psychedelikum, kommt begleitend zur Psychotherapie vor allem bei Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen sowie bei Cluster-Kopfschmerzen zum Einsatz. Bereits in den 1960er-Jahren wurden bei Alkoholabhängigkeit Behandlungen mit LSD durchgeführt.

In den letzten fünf Jahren wurde das Psychedelikum Psilocybin international am häufigsten in Studien untersucht, primär für therapieresistente Depressionen, d.h. für Patienten, die auf mindestens zwei Behandlungen nicht gut angesprochen haben. Ebenfalls wird Psilocybin im Zusammenhang mit Alkohol- und Tabakabhängigkeit untersucht. Weiter wird die Substanz MDMA (Ecstasy) bei posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) untersucht und angewendet.

In welchen Settings kommt Psychedelika zum Einsatz?

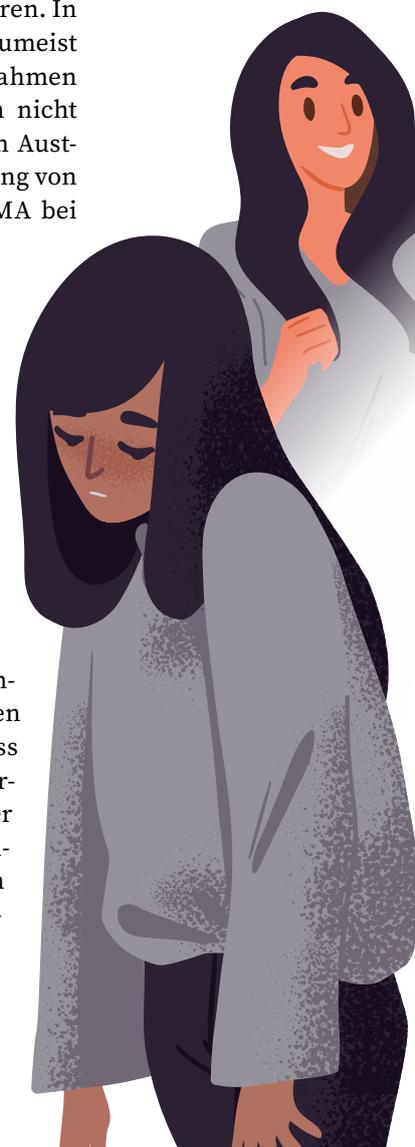
Im Moment werden Psychedelika insbesondere in wissenschaftlichen Studien untersucht. In der Schweiz gibt es klinische Studien zu Angststörungen, etwa bei Krebserkrankungen und Depressionen wie auch bei Cluster-Kopfschmerzen sowie LSD-Microdosing bei Aufmerksamkeitsstörung (ADHS).

Die Schweiz ist ein Sonderfall und erlaubt zudem bereits eine ‹beschränkte medizinische Anwendung› von LSD, MDMA oder Psilocybin bei Patienten mit ungenügendem Ansprechen auf übliche Behandlungen. Für die Anwendung

dieser kontrollierten Substanzen benötigt der behandelnde Arzt eine patientenspezifische Ausnahmegewilligung vom Bundesamt für Gesundheit für die einzelnen Patienten. Diese Behandlungsform mit LSD, MDMA und Psilocybin gibt es in der Schweiz seit ca. fünf Jahren. In anderen Ländern sind die Substanzen zumeist weitgehend verboten und können im Rahmen von wissenschaftlichen Studien, jedoch nicht bei Behandlungen, eingesetzt werden. In Australien wurde jedoch soeben die Anwendung von Psilocybin bei Depression und von MDMA bei PTSD legalisiert.

Welche Wirkungen werden durch psychoaktive Substanzen ausgelöst?

Substanzen wie Psilocybin oder LSD haben einen sehr eindrücklichen akuten Effekt auf die Psyche. Sie bewirken eine starke akute Wahrnehmungsveränderung und häufig kommt es zu gefühlverstärkenden Effekten, so dass eine Person mit Depressionen positive Gefühle in einem Ausmass wahrnimmt, wie sie es schon lange nicht mehr erlebt hat. Auch das Ausbrechen aus ‹Gedankenkreisen› wird beobachtet. In bildgebenden Verfahren konnte aufgezeigt werden, dass die normalerweise bei Depressionen vermehrt aktiven Zentren des Gehirns unter Psychedelika weniger aktiv sind. Gleichzeitig entstehen mehr Hirnverbindungen mit anderen Hirnregionen, was vermutlich ein anderes ‹Denken› und Fühlen ermöglicht.



In Versuchen mit Zellkulturen und Tieren konnte aufgezeigt werden, dass nach der Verabreichung von Psychedelika vermehrt Synapsen ausgebildet werden. Man bezeichnet dies auch als Neuregeneration oder Neuroplastizität.

Was noch unklar ist, ob diese Reaktion oder die psychischen Effekte die therapeutische Wirkung vermitteln und ob ein Zusammenhang zwischen Neuroplastizität und akuten psychischen Erlebnissen besteht. Es lässt sich beobachten, dass umso stärker und schöner die akuten Erlebnisse sind – also Einsichten, Gefühle von Verbundenheit, mystische Erlebnisse, Selbst-Entgrenzung –, desto stärker der Therapieerfolg z. B. auf die depressive Stimmung, auch Monate später, ist.

Weshalb soll der Einsatz von Psychedelika gegenüber konventionellen Behandlungen vorgezogen werden?

Es geht prinzipiell nicht darum, mit Psychedelika breit klassische Antidepressiva zu ersetzen. Vielmehr geht es darum, dass man eine

«In einem ersten Schritt untersucht man, ob Psychedelika wirksam und sicher sind. Ein Grund dafür ist, dass viele Patientinnen und Patienten nicht auf konventionelle Antidepressiva ansprechen.»

alternative zusätzliche Behandlungsform untersuchen möchte. Ob man diese später auch etablieren möchte und kann, hängt primär davon ab, ob sie nützlich und verträglich ist. In einem ersten Schritt untersucht man also, ob Psychedelika wirksam und sicher sind. Ein Grund dafür ist, dass viele Patienten nicht auf konventionelle Antidepressiva ansprechen. Etwa zwei Drittel der Patienten sprechen nicht auf das erste Antidepressivum an und brauchen dann typischerweise ein anderes. Es bleibt aber dann ein Drittel übrig, das nicht auf die zugelassenen Behandlungen reagiert. Bei diesem Drittel kämen Psychedelika sicher als Option infrage.

Wie unterscheiden sich die Behandlungsansätze zwischen Psychedelika und Antidepressiva?

Es ist ein gänzlich anderer Ansatz. Es gibt Personen, die nicht täglich ein Medikament zu sich nehmen möchten, das mit Nebenwirkungen einhergeht. Nebenwirkungen von Antidepressiva können etwa eine gedämpfte Gefühlslage, Übelkeit oder Schlafstörungen, Verlust der Libido oder sexuelle Dysfunktionen sein. Bei Psychedelika bestehen Nebenwirkungen vor allem am Behandlungstag, jedoch wird das «Medikament» einmalig eingenommen – alle drei Monate oder einmal im Jahr. Bei der Einnahme hat man viele Erlebnisse und wohl auch psychologisch unerwünschte Effekte. Aber danach ist die Substanz eigentlich wieder aus dem Körper ausgeschieden und hat keine weiteren Nebenwirkungen. Psychedelika wirken auch sehr schnell bereits am Behandlungstag, wobei ein Antidepressivum etwa einen Monat braucht, um seine Wirkung zu entfalten. Ein Psychedelikum wirkt wahrscheinlich im Allgemeinen auch etwa gleich stark wie ein täglich eingenommenes Antidepressivum, obschon man es nur wenige Male und danach nicht mehr zu sich nimmt; es ist nachhaltiger.

Inwiefern kann mit Psychedelika eine Abhängigkeits-erkrankung behandelt werden?

LSD und Psilocybin können bei einer Alkoholabhängigkeit wirksam sein. Eine Behandlung mit Psilocybin reduziert den Konsum und führt vermehrt zu einer Abstinenz. Auch bei Rauchern müsste es funktionieren, ist jedoch erst ein- bis zweimal untersucht worden mit Psilocybin. Die Rauchstopp-Rate war in diesen Studien eindrücklich hoch. Das muss aber noch in grösseren Studien bestätigt werden.

Es ist formal paradox, kann mit Psychedelika, die als Betäubungsmittel bezeichnet werden und ein



Missbrauchspotenzial (nicht erlaubter Konsum) haben, Abhängigkeiten behandeln. Psychedelika betäuben aber gerade nicht und machen auch nicht abhängig.

Welche Grenzen und Risiken sind bei der Behandlung mit Psychedelika bekannt?

Zurzeit würden wir Psychedelika nicht einem Patienten geben, der ein relevantes familiäres Risiko hat, eine schizophrene Erkrankung beziehungsweise eine Psychose zu entwickeln. Auch Personen mit einer ausgeprägten bipolaren oder manischen Störung würden wir zurzeit eher nicht mit Psychedelika behandeln. Das Gleiche trifft auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu.

Körperliche Leiden, die gegen eine Behandlung mit Psychedelika sprechen, gibt es wenige, etwa bei Bestehen einer aktiven Epilepsie. Wir gehen davon aus, dass bei einem Zustand unter Psychedelika die Reizschwelle bereits erhöht sein könnte und dies bei der Behandlung zu beachten ist. Auch bei Personen mit einer Alkoholabhängigkeit, die im Moment abstinent sind, kann eine erhöhte Wahrnehmung durch die Einnahme von Psychedelika ein Risiko für epileptische Anfälle bilden.

Bei einzelnen Patienten beobachten wir, dass sich der Zustand nach der Einnahme von Psychedelika verschlechtert. Die Behandlung kann ineffektiv sein oder auch die Patienten aufwühlen.

Welche Veränderungen sollten passieren, damit die Behandlung mit Psychedelika sich etablieren kann?

Aktuell ist es sehr wichtig, dass die Forschung unterstützt und weiter erleichtert wird, weil dies die Basis für jede weitere Entwicklung und Nutzen-Risiko-Bewertung bildet. Was bedeutet dies konkret? In der Schweiz untersagen die Bundesbehörden z. B. aktuell den Export von Psychedelika. Unsere Forschungspartner im Ausland können daher nicht mit LSD für wissenschaftliche Studien beliefert werden. Auch die Entwicklung von LSD zu einem Medikament durch Firmen ist auf einen Versand ins Ausland für toxikologische und andere Studien angewiesen. Akademische Forschung und die kommerzielle Arzneimittelentwicklung sind heute sehr international und ein Exportverbot verunmöglicht dies.

Weiter braucht es Geld für grosse Zulassungsstudien. Das ist eine finanzielle Hürde, die die Akademie alleine nicht überwinden kann. Es braucht mehrere hundert Millionen Franken, um ein Medikament auf den Markt zu bringen. Psychedelika durchlaufen den normalen Prozess, die Medikamente in der Neuentwicklung ebenfalls durchlaufen. Dort ist es so, dass etwa 10% der durch die Biotechnologie hervorgebrachten Medikamente am Ende auf den Markt kommen. Bei Psychedelika sind die Chancen aber klar höher.

Wie vermindert man das Risiko einer Abhängigkeit von eingesetzten Psychedelika?

Fachpersonen sind sich grundsätzlich einig, dass Psychedelika im medizinischen Kontext eigentlich kein Abhängigkeitspotenzial als Substanz selbst haben. Ganz selten kann es vorkommen, dass eine Person, die sehr experimentierfreudig ist, einen Missbrauch betreiben könnte und jedes Wochenende verschiedenste Substanzen ausprobiert. Das ist natürlich nicht die Idee dahinter.

Welche Qualitätskontrollen finden hinsichtlich der Substanz statt?

In der medizinischen Anwendung müssen die Substanzen wie ein Medikament chemisch rein und stabil sein und so dosiert werden können, dass klar bestimmt werden kann, wie viel ver-



abreicht wird. Die hierzu produzierten Medikamentenlösungen und Kapseln sind über mehrere Jahre stabil. Die Qualität der Substanzen ist deshalb sehr genau bekannt.

Wie wird die optimale Dosis für die Behandlung ermittelt?

Typischerweise beginnt man in Studien bei gesunden Versuchspersonen die Verträglichkeit der Dosen zu testen, etwa 25, 50, 100 Mikrogramm LSD, und untersucht, welche Dosis einen maximal positiven akuten Effekt und am wenigsten akute Nebenwirkungen auslöst. So haben wir festgestellt, dass 100 Mikrogramm eine gute erste LSD-Dosierung ist. Wenn man noch höher geht, gibt es zwar noch weitere Erlebnisse, es wird noch etwas intensiver, aber es wird nicht besser oder schöner, sondern man bekommt eher mehr Angst.

Mit der festgestellten Dosis geht man in Patientenstudien und startet, in unserem Fall mit 100 Mikrogramm LSD. Meistens folgt nach ungefähr einem Monat die zweite Sitzung, bei der man den Patienten die Möglichkeit gibt, die Dosis zu verdoppeln. In dieser Situation haben die Patienten bereits das Erlebnis einer moderaten Dosis gehabt und können auf dieser Basis den Entscheid dann individuell fällen.

Sollten Psychedelika der Allgemeinheit zugänglicher gemacht werden?

Wir untersuchen eine medizinische Anwendung. Es ist natürlich denkbar, dass wenn in ein paar Jahren die Substanzen als Medikamenten in einem sehr kontrollierten Rahmen verfüg-

«Von den medizinischen Fakten aus gesehen, gibt es sehr wenige Gründe, um Psychedelika zu verbieten. Innerhalb der psychoaktiven Substanzen sind es die sichersten Substanzen. Sie verursachen deutlich weniger Probleme als Alkohol oder Tabak.»

bar sind, dies auch Auswirkungen auf die Sichtweise zu diesen Substanzen im Freizeitkonsum oder Selbstoptimierungsbereich hat. Wir forschen nicht primär zu diesem Aspekt. Von den medizinischen Fakten her gesehen, gibt es sehr wenige Gründe, um Psychedelika zu verbieten. Innerhalb der psychoaktiven Substanzen sind es die sichersten Substanzen. Sie verursachen deutlich weniger Probleme als Alkohol oder Tabak. Von dem her ist es jetzt fraglich, wenn wir Alkohol und Tabak erlauben, aber Psychedelika nicht. Andererseits ist es vollkommen klar, dass wenn man Psychedelika nimmt, und nicht betreut ist, dies nicht einem Zustand entspricht, den wir empfehlen würden. Die Substanzen sind psychologisch gefährlich und überwältigend. Von dem her arbeiten wir an der medizinischen Akzeptanz dieser Substanzen, es geht aber nun nicht um eine Legalisierung für alle.

Welches weitere Potenzial könnten Psychedelika künftig haben?

Was dann schon eher bald mal sein wird, ist die Frage nach einer Ausweitung des Einsatzes von MDMA und Psychedelika. Selbstoptimierung, Retreat usw., das sieht man bereits heute. Man muss das jedoch ein wenig von der medizinischen Anwendung abgrenzen. Die medizinische Anwendung ist ein anderes Setting, hat eine andere Betreuung, ist um einiges standardisierter, sie haben einen Psychotherapeuten, es wird am Ende vielleicht dann noch von der Krankenkasse bezahlt usw. Die Rahmenbedingungen für die medizinische Anwendung müssen wir separieren vom Freizeitkonsum und der Selbstoptimierung.

Vielen Dank für Ihre Antworten und dass Sie sich die Zeit genommen haben und sich für ein Interview zur Verfügung gestellt haben.





Kokain – eine Substanz auf dem Weg zur Volksdroge?

Aktuell stellt Kokain in Europa nach Cannabis die am zweithäufigsten gebrauchte illegale Substanz dar. In den USA ist es die dritthäufigste illegale Substanz nach Cannabis und den Halluzinogenen – Letztere haben Kokain erst vor Kurzem überholt.

Weltweit gesehen hat der Konsum in den letzten zwei Jahrzehnten stark zugenommen, da der rückläufige Konsum in den USA durch einen Anstieg des Konsums in Europa, Südamerika, Afrika und Asien kompensiert wurde. Nach jüngsten Schätzungen des United Nations Office on Drugs and Crime konsumieren inzwischen weltweit etwa 21,5 Mio. Menschen regelmässig Kokain.

Kokainkonsum steigt

Laut der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) haben in Europa im letzten Jahr etwa 1,2 % aller Teilnehmenden (15–64 Jahre) und 2,2 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15–34 Jahre)

mindestens einmal Kokain konsumiert. Daher haben schätzungsweise 3,5 Mio. Europäerinnen und Europäer (darunter 2,2 Mio. Jugendliche und junge Erwachsene) im Jahr 2022 Kokain zu sich genommen. In Europa weisen Österreich (5,6 %), Irland (4,8 %), Kroatien (3,9 %), die Niederlande (3,5 %), Frankreich und Spanien (beide 3,2 %) die höchsten Letztjahresprävalenzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf. Für die Schweiz gibt es keine aktuellen repräsentativen Daten, da das Schweizer Suchtmonitoring zum letzten Mal im Jahr 2016 durchgeführt wurde. Damals wurde eine vergleichsweise niedrige Letztjahres-Prävalenz von 1,7 % für den Kokainkonsum bei 15 bis 34-Jährigen gemeldet. Diese Zahl wurde in den letzten Jahren



immer wieder angezweifelt, da Abwasseruntersuchungen darauf hinweisen, dass die Kokainkonzentrationen (beziehungsweise die des wichtigsten Abbauproduktes Benzoyllecgonin) im Abwasser der Schweizer Städte seit Jahren zu den höchsten in Europa gehören. In einer repräsentativen Befragung von fast 1200 20-Jährigen aus dem Raum Zürich, die wir im

Frühjahr 2018 in Zusammenarbeit mit dem Jacobs Center for Productive Youth Development der Universität Zürich durchgeführt haben, gaben 10,8 % der jungen Erwachsenen an (7,9 % der Frauen und 13,8 % der Männer), in den vergangenen zwölf Monaten mindestens einmal Kokain konsumiert zu haben. 2022 wurde diese Befragung wiederholt und bei den nun 24-jährigen Teilnehmenden stieg die Letztjahres-Prävalenz auf 12,1 % an (8,2 % Frauen, 16,1 % Männer). Bei mehr als 1000 der 20-Jährigen wurden im Jahr 2018 zudem Haarproben gezogen, die es ermöglichten, den tatsächlichen Konsum der letzten drei Monate zu erfassen. Hierbei wurden 9,4 % der Haarproben positiv auf Kokain getestet (13,2 % der Männer, 5,8 % der Frauen), was mehr als 40 % über dem selbstberichteten Kokainkonsum für die letzten drei Monate lag. Somit hatte fast jeder zehnte 20-Jährige im Raum Zürich in den letzten zwölf Wochen mindestens einmal Kokain konsumiert. Mehr als ein Drittel der Konsumierenden (36 %) wies dabei Haarkonzentrationen auf, die auf regelmässigen Konsum schliessen lassen. Über 4 % hatten sogar so hohe Kokainkonzentrationen, dass eine Abhängigkeitserkrankung wahrscheinlich ist. Bei weiteren 4 % war eine Umweltkontamination nicht auszuschliessen. Die restlichen 60 % zeigten Werte, die auch auf einen Gelegenheitskonsum hindeuten. Diese objektiven Zahlen aus Haaranalysen passen besser zu denen der Abwasseruntersuchungen und verdeutlichen die weite Verbreitung von Kokain, zumindest in urbanen Regionen der Schweiz.

Sorgenvolle Entwicklung

Warum sollte uns der zunehmende Kokainkonsum überhaupt Sorgen machen? Lassen Sie uns im Folgenden das Schadenspotenzial der Substanz näher betrachten. Zunächst müssen akute und chronische Effekte auf die Gesundheit unterschieden werden.

Niedrigere Dosen erzeugen akut eine leichte Euphorie sowie eine Steigerung des Antriebs und der Wachheit, das Gefühl erhöhter Energie, eine soziale Enthemmung, eine Zunahme der Libido sowie ein gesteigertes Selbstbewusstsein. Moderate Dosen erzeugen das klassische «Kokain-High» mit intensiver Euphorie und einem stark gesteigerten Rededrang. Hinzu kommt meist das Gefühl grosser physischer und psychischer Stärke und Bedeutsamkeit. Appetit, Durst und Schlafbedürfnis sind vermindert. Manche Personen zeigen bereits bei niedrigeren Dosen aggressive Verhaltenstendenzen oder Angstzustände. Höhere Dosen sind oft mit einer starken innerlichen wie äusserlichen Unruhe verbunden. Das Gedächtnis, die Impulskontrolle sowie das Urteils- und Entscheidungsvermögen sind beeinträchtigt und es kann zu Verwirrheitszuständen kommen. Starke Ängste, Reizbarkeit, Gefühlskälte und Gewaltausbrüche können auftreten. Im Rahmen einer Kokain-induzierten Psychose können Wahnsymptome auftreten, bei denen die Betroffenen der unrückbaren Überzeugung sind, dass Insekten, Würmer oder Spinnen unter ihrer Haut oder in ihrem Körper leben (der sogenannte Dermatozoenwahn). Das akut erhöhte Risikoverhalten kann auch langfristige Folgen haben, beispielsweise durch eine erhöhte Ansteckungsgefahr infolge risikoreicher Sexualpraktiken, aber auch durch Verkehrsunfälle, Gewaltdelikte oder weiteres delinquentes Verhalten.

Nach Abklingen der euphorisierenden Akutwirkung kommt es, besonders bei vorherigem Binge-Konsum, im Anschluss oft zum sogenannten Crash, der durch eine starke affektive Symptomatik gekennzeichnet ist und mehrere Stunden, manchmal auch Tage, anhalten kann. Hinzu kommen meist Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, eine verminderte Impulskontrolle, emotionale Instabilität, Weinkrämpfe, Gefühle der Hilflosigkeit und des verminderten Selbstwerts. Die akute psychotische

oder auch postakute affektive Symptomatik kann so bedrängend werden, dass es zu Suizidgedanken oder auch -handlungen kommen kann. Die stark negativen Affekte während des Crashes sind oft mit dem Wunsch nach einer erneuten Einnahme verbunden und stellen einen starken Risikofaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeit dar.

Aufgrund seiner starken Wirkung auf Blutdruck und Gerinnung ist die akute Einnahme von Kokain mit einem stark erhöhten und oft unterschätzten Risiko für Herzinfarkte, Embolien, Schlaganfälle und Hirnblutungen verbunden. So liegt bei bis zu 6% der Kokainkonsumierenden, die sich aufgrund von Brustschmerzen in Behandlung begeben, ein Herzinfarkt vor. Das Risiko für einen Herzinfarkt ist in der ersten Stunde nach dem Konsum im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das mehr als 20-Fache erhöht, sinkt dann in den Stunden danach auf ein vierfach erhöhtes Risiko ab. Zusätzlicher Alkoholkonsum scheint das Infarktrisiko akut um das 40-Fache zu steigern, während das Risiko für den plötzlichen Herztod um das 25-Fache gesteigert wird. Bei Kokain-induzierten Hirninfarkten und -blutungen weisen fast drei Viertel der Betroffenen zuvor keine bekannte Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems auf. Das Risiko für einen Hirninfarkt ist nach Kokainkonsum selbst bei Personen vor dem 50. Lebensjahr um das fast Sechsfache erhöht. Am häufigsten treten Hirninfarkte in den ersten sechs Stunden nach Kokainkonsum auf und sind mit einer erhöhten Mortalität und einer schlechteren Prognose im Vergleich zu nicht-Kokain-assoziierten Infarktereignissen verbunden. In einer grossen US-amerikanischen Stadt wurden 11% der Patientinnen und Patienten mit einem Hirninfarkt (19% der Personen unter dem 50. Lebensjahr) positiv auf Kokain getestet. Somit stellt Kokain einen bedeutenden Risikofaktor für Schlaganfälle bei jungen gesunden Personen dar. Kleinere Hirninfarkte und -blutungen durch Kokain können weitgehend unbemerkt bleiben, aber später zur Entwicklung psychischer oder kognitiver Störungen beitragen. Ein weiteres Akutrisiko ist die Entwicklung eines Krampfanfalls, der insbesondere bei Überdosierungen auftreten kann und oft bei Intoxikationen mit tödlichem Ausgang beobachtet wird. Betroffene



Das Risiko einer Abhängigkeit bei Kokainkonsum ist gross. Depressive Störungen und weitere Erkrankungen können die Folge sein.

müssen daher stets umgehend in notfallmedizinische Versorgung verbracht werden.

Risiko einer Abhängigkeitserkrankung

Das grösste Risiko bei chronischem Konsum ist die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. Nach Schätzungen entwickeln etwa 5 bis 6% der Kokainkonsumierenden innerhalb des ersten Jahres und etwa 15 bis 21% irgendwann im Laufe ihres Lebens eine Kokainabhängigkeit. Das Risiko, eine Abhängigkeit von Kokain zu entwickeln, scheint zwar mit dem einer Alkoholabhängigkeit vergleichbar zu sein, allerdings entwickelt sich eine Kokainabhängigkeit im Mittel wesentlich schneller. Hat sich einmal eine Kokainabhängigkeit etabliert, so sind die Rückfallquoten auch nach spezialisierter Therapie mit 50 bis 60% vergleichsweise hoch.

Des Weiteren treten bei chronischen Kokainkonsumierenden depressive Störungen, Angststörungen, erhöhte Suizidalität (vor allem in Crash-Phasen), Wahnsymptome, Schlafstörungen, Persönlichkeitsstörungen, emotionale Verflachung sowie erhöhte Impulsivität und Aggressivität gehäuft auf. Insbesondere affektive Symptome und Paranoia, aber auch Impulsivität und Persönlichkeitsstörungen scheinen dabei teilweise durch den chronischen Kokainkonsum mitverursacht zu werden. Diese Symptome haben die Chance, sich nach längerer Kokainabstinenz wieder zu verbessern.

Ein weiteres Problem stellen kognitive Störungen dar. Kognitive Beeinträchtigungen lassen sich nicht nur bei abhängigen, sondern auch bei regelmässigen Kokainkonsumierenden ohne Abhängigkeit nachweisen. Neben Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, des Langzeitgedächtnisses sowie des Arbeitsgedächtnisses und der höheren Planungsfunktionen (sogenannte Exekutivfunktionen) hat Kokain auch einen negativen Einfluss auf sozial-kognitive Fähigkeiten, wie z.B. die Empathie. Im Rahmen der Zurich Cocaine Cognition Study (ZuCo2St) wiesen insgesamt 12% der nicht-abhängigen und 30% der abhängigen Kokainkonsumierenden klinisch bedeutsame und alltagsrelevante kognitive Einschränkungen auf, wobei deren Risiko besonders stark anstieg, wenn bereits mehr als 500 Gramm Kokain über die bisherige Lebensspanne konsumiert worden war. Es ist zu betonen, dass sich kognitive Störungen entwickeln können, auch wenn kein Schlaganfall und keine Hirnblutung vorliegen. Diese kognitiven Störungen – und hier insbesondere die Veränderung der sozialen Fähigkeiten – wirken sich wahrscheinlich negativ auf den Erfolg einer Psychotherapie aus, die durch das Fehlen zugelassener Medikamente nach wie vor das Rückgrat in der Behandlung der Kokainkonsumstörung darstellt.

Kognitive Störungen

Während langfristiger Konsum insgesamt mit einer zunehmenden kognitiven Verschlechterung einhergeht, weisen längsschnittliche Ergebnisse darauf hin, dass eine starke Konsumreduktion oder Abstinenz zu einer deutlichen Besserung der Kognition führen kann. Diese Verbesserungen scheinen eher langsam und mittelfristig einzusetzen, das heisst, im Verlauf von Monaten oder möglicherweise Jahren. Lediglich ein früher Konsumbeginn vor dem 18. Lebensjahr scheint die Reversibilität der kognitiven Symptome stark einzuschränken. Kokain-assoziierte kognitive Störungen können durch das zusätzliche Vorliegen einer Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Störung oder auch durch die Aufnahme bestimmter Kokainstreckmittel wie Levamisol verstärkt werden, sie entstehen aber auch, wenn diese Risikofaktoren nicht vorliegen.

Eine weitere mögliche Folge eines chronischen Kokainkonsums können anhaltende Veränderungen des Belohnungssystems sein, so dass alltägliche Belohnungsquellen (z. B. soziale Kontakte, Hobbys und Sport) vor den starken Belohnungseffekten des Kokains verblassen und im Laufe einer Abhängigkeitsentwicklung zunehmend unwichtiger werden, während das Kokain als primäre Belohnungsquelle immer stärker in den Vordergrund rückt. Hier wird allerdings auch diskutiert, ob Defizite im Belohnungssystem bei Personen mit ausgeprägtem Kokainkonsum nicht schon teilweise vorbestehen und damit einen Risikofaktor für Konsumbeginn und Abhängigkeit darstellen.

Zu den psychischen und kognitiven Folgestörungen können sich auch körperliche Symptome wie u.a. Gewichtsabnahme, chronische Herz-Kreislauf-Erkrankungen, eine erhöhte Anfälligkeit für Infektionserkrankungen und, bei nasalem Konsum, eine Schädigung der Nasenscheidewand einstellen.

Experten stufen Kokain in systematischen Befragungen nach wie vor als die zweifelhafte illegale Substanz nach Heroin ein, wenn die besprochenen physischen, neurologischen, psychiatrischen und sozialen Konsequenzen in Betracht gezogen werden. Kokain gehört damit zu den illegalen Substanzen mit dem grössten Schadens- und Abhängigkeitspotenzial.

Forschung und Prävention sind wichtig

Der steigende Kokainkonsum ist zweifellos ein alarmierendes Phänomen, das die Gesellschaft und die Gesundheit vieler Menschen betrifft. Es bedarf weiterer Forschung, Präventionsmassnahmen und Behandlungsoptionen, um diesem ernsthaften Problem wirksam entgegenzuwirken. Die Herausforderungen des zunehmenden Kokainkonsums sollten nicht unterschätzt werden, denn sie haben weitreichende Auswirkungen auf individueller, sozialer und gesundheitlicher Ebene.

Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Boris B. Quednow, Leitender Psychologe, Arbeitsgruppe Experimentelle und Klinische Pharmakopsychologie, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.



Der Konsum von Suchtmitteln schadet dem Planeten

Die Menschheit hat einen steigenden Bedarf an Rohstoffen, verbraucht riesige Mengen an Energie und produziert giftige Abfälle und klimaschädliche Gase. Würden weltweit pro Person so viele natürliche Ressourcen verbraucht wie in der Schweiz, wären drei Planeten Erde nötig. Erfreulicherweise achten mittlerweile immer mehr Menschen bei ihrem Lebensstil darauf, die Umwelt zu schonen. Sie kaufen Bio-Lebensmittel, tragen zertifiziert nachhaltige Kleidung, fahren Velo statt Auto und verzichten auf den jährlichen Urlaubsflug mit dem Flugzeug. Was dabei des Öfteren vergessen wird: Auch der Konsum von Suchtmitteln – egal ob Zigarette oder Kokain – schadet dem Planeten und trägt massgeblich zum Ressourcenverbrauch und den damit verbundenen Umweltbelastungen bei.

Sucht ist ein komplexes und weitreichendes Problem, das sich nicht nur auf die betroffenen Menschen selbst bezieht, sondern auch erhebliche Auswirkungen auf die Umwelt hat. Von der Produktion und dem Handel der Substanzen bis hin zum Gebrauch und der Entsorgung der Abfälle entsteht eine Vielzahl von Umweltbelastungen.

Die meisten Suchtsubstanzen werden unter fragwürdigen Bedingungen hergestellt. Die illegalen Drogenproduktionen gehen oft mit illegaler Abholzung, Umweltverschmutzung durch Chemikalien und Bodenkontamination einher. Doch auch bei legalen Suchtstoffen wie Alkohol oder Tabak kann die Produktion negative Auswirkungen haben.

Beim Thema Tabak stand bisher hauptsächlich der Mensch im Fokus. Welche direkten Auswirkungen die Konsumation von Tabak-

produkten auf rauchende Personen und passiv mitrauchende Personen hat – erhöhtes Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenkrebs, Atemwegserkrankungen und andere Krebsarten – ist mittlerweile breit erforscht und durch Studien belegt worden.¹ Was bis anhin jedoch weniger beachtet wurde und unter anderem durch eine vertiefte Studie der WHO im Rahmen des weltweiten «No Tobacco Day» 2022 aufgezeigt wurde, sind die schädlichen Einflüsse der Tabakproduktion, des Gebrauchs und der anschliessenden Entsorgung der Abfallprodukte auf die Umwelt. Diese schädlichen Einflüsse begrenzen sich nicht ausschliesslich auf die in den Tabakprodukten enthaltenen Chemikalien, sondern schliessen den gesamten Prozess und

¹ BAG, Tabak, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/determinanten/tabak.html>



die daraus resultierenden Folgen für die Umwelt mit ein.

Von der umweltschädlichen Herstellung einer Zigarette

Die Produktion einer Zigarette fängt bei der Anpflanzung und Kultivierung der Tabakpflanze an. Der Anbau von Tabakpflanzen entzieht dem Boden extrem viele Nährstoffe. Nach bereits einmaligem Anbau ist es schwer, auf demselben Grund nochmals neue Nutzpflanzen anzubauen. Der Anbauprozess erfordert grosse Mengen an Pestiziden und Düngemitteln. Diese Stoffe gelangen ins Grundwasser und kontaminieren Seen und Flüsse. Ein Grossteil der Zigarettenabfälle, wie Zigarettenstummel, gelangt am Ende ihres Zyklus in Wasserquellen, entweder durch Gewitter, Versickerung oder direkte Entsorgung in der Nähe von Gewässern.

Zigarettenstummel enthalten neben Schwermetallen und Chemikalien auch in den Filtern Mikroplastik, der nicht biologisch abbaubar ist.

Der Anbauprozess von Tabak erfordert grosse Mengen an Pestiziden und Düngemitteln.

Diese Gewässer dienen oftmals als Quelle für unser Trinkwasser. Es wird also Trinkwasser zu grossen Mengen durch die Herstellung und die Entsorgung von Zigaretten verschmutzt. Andererseits wird für die Herstellung und Entsorgung von Zigaretten viel Wasser benötigt. Insgesamt sind dies rund 3,7 Liter pro Zigarette, von der Anpflanzung über die Herstellung zum Transport und zur letztendlichen Entsorgung. Jährlich summiert sich dies auf einen Verbrauch von 22 Milliarden Tonnen Wasser für die gesamte Tabakindustrie. Dies ist vergleichbar mit der Menge Wasser von 15 Millionen olympischen Schwimmbecken. Durch die Nachfrage nach Tabakprodukten steigt stetig auch die Produktionsmenge. Hierbei spielt der Aspekt der Waldrodung eine wichtige Rolle. So muss für den Anbau von Tabakpflanzen Landfläche geschaffen werden, die oft die grossflächige Rodung von Waldfläche mit sich bringt. Durchschnittlich wird für die Herstellung von 300 Zigaretten ein ganzer Baum gefällt. Insgesamt betrachtet trägt der Anbau von Tabakpflanzen, die zur Herstellung von herkömmlichen Zigaretten benötigt werden, sowie die anschließende Verarbeitung der Tabakblätter und die Produktion von Zigarettenfiltern und Zigarettenpapier durch den exzessiven Gebrauch von Energie, Wasser und anderen Ressourcen einen erheblichen Anteil zum weltweiten CO₂-Ausstoss bei. Wobei die Menge des verursachten CO₂-Ausstosses zur Veranschaulichung mit der Menge von drei Millionen transatlantischen Flügen vergleichbar ist.²

Problem des Abfalls von Zigaretten

Das Bild von auf den Strassen herumliegenden Zigarettenstummeln ist ein gewohnter Anblick. Und viele ärgern sich über die zunehmende Verschmutzung des öffentlichen Raums. Dass die vielen Zigarettenstummel eine Gefahr für die Umwelt mit sich bringen, bleibt meist unbedacht. Der Tabakrauch verursacht nicht nur die bekannten Treibhausgase (CO₂, Methan und Lachgas), sondern enthält auch andere schädliche Substanzen, die die Luft verschmutzen. Tatsächlich produziert der Tabakrauch sogar mehr

² WHO World Health Organization 2022, <https://www.who.int/campaigns/world-no-tobacco-day/2022>



Illegales Kokainfeld auf einer gerodeten Waldfläche in der Nähe von Cuzco, Peru.

dieser schädlichen Stoffe als Dieselabgase. Diese zusätzlichen Treibhausgase tragen zur Beschleunigung des Klimawandels bei und stellen eine ernsthafte Bedrohung für die Umwelt dar. Ein weiteres Problem sind die Zigarettenfilter, die meist aus Zelluloseacetat hergestellt werden und nicht biologisch abbaubar sind. Sie beinhalten Mikroplastik und tragen somit durch ihre lange Abbauphase zur weltweiten Plastikverschmutzung bei. Neben dem Mikroplastik gelangen auch Nikotinrückstände, Schwermetalle und andere Chemikalien in die Ökosysteme. Besonders Menschen in Fischereigemeinden, für die das Fischen die Hauptnahrungsquelle darstellt, sind von dieser Situation betroffen. Aber auch Menschen, die Meeresfrüchte konsumieren, könnten möglicherweise durch Rückstände aus Zigarettenfiltern kontaminierte Produkte essen und dadurch gesundheitliche Probleme erleiden.³

Vermehrter Elektroschrott durch Vapes

Seit dem Trend um elektronische Einweg-Zigaretten, auch Vapes oder Puff-Bars genannt, tut sich ein altbekanntes, jedoch in neuem Zusammenhang stehendes Problem auf: die fachgerechte Entsorgung von Elektroschrott. Meist sind die Produkte für den einmaligen Gebrauch bestimmt und werden aus nicht kompostierbaren und nicht rezyklierbaren Materialien hergestellt. Oft landen sie schlussendlich auf Strassen, in Regenrinnen und Gewässern. Wie herkömmliche Zigaretten produzieren auch sie Schadstoffemissionen und Abfallprodukte. Der Unterschied zur Zigarette besteht in der Kartusche, in die die Flüssigkeit eingefüllt ist, und der Batterie im Innern der E-Zigarette. Wichtig ist hierbei zu erwähnen, dass die Batterie ledig-

lich bei Einweg-E-Zigaretten vorhanden ist. Bei anderen E-Zigaretten, die mehrmals verwendet werden können, ist es möglich, den enthaltenen Akku wieder aufzuladen. Jedoch stellt sich hierbei genau gleich die Frage nach der fachgerechten Entsorgung, da die neuen Liquids (Flüssigkeit im Innern) ausgewechselt werden müssen. Zudem wird auch die mehrmals verwendbare E-Zigarette nicht endlos nutzbar sein.

Die E-Zigaretten bestehen allesamt aus Plastik, Metallspulen, Zerstäuber, Batterien, Mikrokontrollchips und Ladegeräten. Gerade Batterien enthalten oftmals Lithium, Kobalt und Nickel – allesamt Stoffe, deren Bestände knapp sind und deren Abbau teilweise langwierig und heikel ist. Dafür werden potenzielle Umweltschäden und Menschenrechtsverletzungen in Kauf genommen.⁴ Darüber hinaus sind dies wertvolle Rohstoffe, die wiederverwertet werden könnten. Dies ist jedoch ausgeschlossen, wenn die E-Zigaretten im Kehricht verschwinden und nicht fachgerecht entsorgt werden. Die darin enthaltenen schädlichen Schwermetalle stellen ausserdem eine potenzielle Gefahr dar.⁵

Umweltbewusstsein und Tabakprodukte

Erst durch die Sensibilisierung für den Klimawandel wird deutlich, dass nicht nur Raucherinnen und Raucher unter den gesundheitsschädlichen Folgen des Tabakkonsums leiden, sondern dass auch die Umwelt Schaden nimmt. Probleme wie die grossflächige Rodung von Waldflächen, der schädliche Anbau und die Gewässerverschmutzung sowie lange Transportwege und die daraus resultierenden erhöhten CO₂-Emissionen sind alles Faktoren, die nicht zu einer Verbesserung der umweltschützenden und ressourcenschonenden Massnahmen beitragen. Es stellt sich die Frage, warum Einweg-E-Zigaretten, die die globale Wegwerfproblematik verstärken, so erfolgreich sind, während in anderen Bereichen intensiv an der Reduzierung klimaschädlicher Produkte und der Nutzung nachhaltiger Rohstoffe gearbeitet wird.

3 WHO World Health Organization 2022, <https://www.who.int/campaigns/world-no-tobacco-day/2022>

4 BAFU, Batterien, <https://www.bafu.admin.ch/bafu/de/home/themen/abfall/abfallwegweiser-a-z/batterien.html>

5 Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz 2023, <https://www.at-schweiz.ch/wissen/produkte/puffbar>

Nebst der Herstellung von Tabakprodukten bringen auch illegale Substanzen wie beispielsweise der Anbau von Cannabis und Kokain oder die Herstellung von synthetischem Ecstasy, nebst den gesundheitlichen Risiken durch den Konsum, ökologische Konsequenzen mit sich. Dies umfasst den Anbau von Monokulturen, die Rodung enormer Flächen an Regenwald für den Anbau der Pflanzen sowie die Verschmutzung von Böden und Gewässern durch Chemikalien.

Zur Sensibilisierung der Bevölkerung bietet der Kanton Basel-Stadt zahlreiche Projekte und Angebote im Bereich Suchtprävention an. Beispielsweise wird im obligatorischen Suchtpräventionsworkshop Talk@bout für die 6. Primarschulklassen spielerisch auf die Thematik Umwelt und Sucht eingegangen. Im Juni 2023 startete die Sensibilisierungskampagne «Rauchfreie Spielplätze». Auf verschiedenen Spielplätzen fördern Hinweistafeln den freiwilligen Rauchverzicht. Dadurch sollen Rauchende an ihre Verantwortung erinnert werden, die sie aufgrund der Schädlichkeit des Rauchens und des Litterings von Zigarettenstummeln für die Kinder und die Umwelt tragen. Seit April 2023



Talk@bout und stop2drop sind nur zwei der zahlreichen Angebote, die sich des Themas Sucht und Umwelt annehmen.

hat das Erziehungsdepartement des Kantons Basel-Stadt auf der Sportanlage Bachgraben sowie im Sportzentrum Rankhof markierte Rauchzonen eingerichtet. Ausserhalb dieser Rauchzonen ist das Rauchen, auch von E-Zigaretten, neu verboten. Damit sollen einerseits der Kinder- und Jugendschutz verbessert und andererseits der Unterhalt der Sportanlagen optimiert werden. Der Kanton Basel-Stadt unterstützt ausserdem mit stop2drop die grösste Zigarettenstummel-Sammelaktion der Schweiz. Das Ziel von stop2drop ist es, jeweils im März eine Million weggeworfene Zigarettenstummel einzusammeln – und dadurch auf die schädlichen Auswirkungen von Zigarettenstummeln für die Umwelt aufmerksam zu machen.

Die Verbindung zwischen Sucht und Umwelt ist unbestritten. Jedoch liegt die Aufmerksamkeit noch längst nicht auf den schädlichen Folgen, die die Produktion von Suchtsubstanzen, der Gebrauch dieser und die anschliessende Entsorgung für die Umwelt haben können. Die Vernachlässigung dieses Themas hat weitreichende Konsequenzen für die Umwelt, die Gesundheit der Menschen und die Gesellschaft als Ganzes.

Indem wir uns bewusst für umweltfreundliche und ethisch korrekte Produkte entscheiden, leisten wir alle einen Beitrag zur Schonung von Ressourcen und zum Schutz unserer Umwelt. Gleichzeitig stärken wir die Gesellschaft und verbessern die Lebensqualität für uns und kommende Generationen. Nachhaltiger Konsum bedeutet also nicht nur bewusstere Konsumententscheidungen, sondern vor allem die Investition in eine bessere Zukunft.

Antonio de Feo, Leiter Programm Suchtprävention, Medizinische Dienste des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt



Ein grosses Anliegen sind rauchfreie Spielplätze.

Trans*affirmative medizinische Versorgung¹

Sich im eigenen Körper wohlfühlen

Notwendigkeit

Unter Trans*medizin versteht man das allgemeine gesundheitliche Versorgungsprofil für Menschen, die sich nicht mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Zu den körperlich-medizinischen Aspekten gehören dabei eine gründliche Anamnese, Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen von hormoneller Unterstützung, Aufklärung über irreversible Massnahmen wie Operationen, Verordnung entsprechender Hormone, laborchemische und somatische Verlaufskontrollen, Versorgung prä- sowie postoperativer Eingriffe und die Begleitung im Transitionsprozess. Transition beschreibt den Prozess der sozialen, rechtlichen und/oder medizinischen Angleichung an die individuelle Geschlechtsidentität, etwa mittels Coming-out, Namensänderung, Hormonbehandlung und oder Operationen. Die Selbsterkenntnis, trans* zu sein, wird nicht frei gewählt und die entsprechenden Gefühle, die damit verbunden sind, können nicht einfach abgestellt oder abgelegt werden. Die Anzahl der Beratungen bezüglich Transitionsprozessen nimmt zu. Inwiefern dies ein Phänomen zunehmender Awareness (auf Seiten Informationssuchender, Medical Professionals, Medien) ist oder die Inzidenz von Menschen in Transition selbst zunimmt, ist bislang nicht eindeutig zu erheben. Menschen in Transition, die keinen Zugang zu medizinischen Einrichtungen erhalten, bedienen sich der Angebote des illegalen Marktes im Selbstversuch. Obwohl diese Menschen in ihren Recherchen erstaunlich viele Informationen sammeln, bleiben zuletzt oft Unsicherheiten aufgrund unterschiedlicher, manchmal einseitiger und auch kontradiktorischer Ansichten aus der Community. Medizinische Aufklärung, Begleitung und Befähigung können in einer vulnerablen, oft traumatisierten Gruppe von Men-

schen zu Risikoreduktion, psychischer Stabilisierung und Euphorie im sonst dysphorischen Setting führen.

Epidemiologie

Die sexuelle Orientierung kann in mehrere Dimensionen unterschieden werden: die Geschlechtsidentität («wie fühle ich mich?» z. B. weiblich, männlich, andere) die sexuelle Identität/das sexuelle Begehren oder Attraktion («sexuell angezogen von» z. B. hetero-, homo- oder bisexuell), der Geschlechtsausdruck («wie gebe ich mich nach aussen?» z. B. feminin, maskulin, andere) sowie das bei Geburt zugewiesene Geschlecht (Assigned Female/Male/Inter* at Birth). Die Dimensionen müssen nicht übereinstimmen und können sich über die Lebenszeit hinweg verändern. Einige trans*geschlechtliche Personen beantragen auf Grundlage des Trans*sexuellen-Gesetzes (TSG) die Änderung ihres Personenstands und Vornamens. Zwischen 2008 und 2016 stieg die Zahl dieser jährlichen Anträge von 903 auf 1868, gemäss den Erhebungen des Bundesamtes für Justiz 2017. Die Häufigkeit von Trans*geschlechtlichkeit wird in einer internationalen Metaanalyse auf 4,6 von 100000 Personen beziffert. Bezüglich Inter*geschlechtlichkeit schreibt die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme 2015, dass jährlich etwa 150 Kinder mit «Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (DSD)²» geboren werden. Laut Schätzung des Deutschen Ethikrats leben 80000 inter*geschlechtliche Personen in Deutschland. Die heteronormative Ausrichtung der Gesellschaft kann ein Gesundheitsrisiko für LSBTQIN*-Personen sein. Heteronormativität beschreibt die

1 Hoffmann C., Rockstroh J. (2022/2023) HIV Buch. Kap. 32 Sexualität: 622-634; www.hivbuch.de

2 «DSD» steht für Differences of Sex Development.



Vorstellung, es gebe ausschliesslich zwei biologisch und sozial übereinstimmende Geschlechter (Frauen und Männer), die in ihrer sexuellen Orientierung aufeinander bezogen sind. Dies äussert sich in normativen sozialen Erwartungen, denen inter*- und trans*geschlechtliche sowie nichtheterosexuelle Menschen nicht entsprechen. Heteronormativität kann sich gesellschaftlich in der Nichtanerkennung von angeborenen Variationen der Geschlechtsmerkmale, der geschlechtlichen Identität, der geschlechtlichen Selbstrepräsentation oder der sexuellen Orientierung äussern. Diese fehlende Anerkennung kann von Vorurteilen über Diskriminierung bis hin zu körperlichen und sexualisierten Übergriffen reichen. Sie umfasst auch gesetzliche Regelungen, die LSBTQIN*-Personen von bestimmten Rechten ausschliessen. Solche Erfahrungen als Teil einer geschlechtlichen beziehungsweise sexuellen Minderheit können zu Stress führen und in der Folge die körperliche und psychische Gesundheit beeinträchtigen sowie das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen (Minority Stress Model, Psychological Mediation Framework). Beispielsweise können die teilweise in diskriminierender Absicht abwertend gemeinten Bezeichnungen als «schwul» oder «lesbisch» zu negativen verinnerlichten Einstellungen zu Homosexualität führen (Internalized Homonegativity), die bei lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen eine geringere Selbstakzeptanz, Selbstabwertung oder ein Gefühl von Einsamkeit fördern und sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken können. Eine wichtige Ressource in der Bewältigung von diskriminierenden Erfahrungen und in der Ausbildung eines positiven Selbstbildes

stellen LSBTQIN*-Communitys und deren zivilgesellschaftliche Organisationen dar, die wichtige Anlauf-, Vernetzungs- und Beratungsangebote bereitstellen. Der Kontakt zu Menschen mit ähnlichen Lebenserfahrungen und Interessen, sowie gemeinsame Aktivitäten, können das psychische Wohlbefinden positiv beeinflussen.

Die lebensweltliche Erfahrung der betreffenden Trans*Personen hat immer Vorrang. Es geht um die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität. Darum also, sich im eigenen Körper und in der Umwelt wohlfühlen. Aus ärztlicher Sicht liegt die Kunst dabei nicht allein im Verschreiben von Hormonen, sondern in der Begleitung. Die ärztliche Verantwortung ist nicht, den Klient*innen die Verantwortung abzunehmen – sie entscheiden selbst, ob sie einzelne Veränderungen und Schritte gehen wollen oder nicht. Zur sexuellen Gesundheit von trans*geschlechtlichen Menschen liegen für Deutschland derzeit kaum Daten vor. Internationale Studien zeigen, dass unter trans*geschlechtlichen Personen die Prävalenz von HIV höher ist als in der Gesamtbevölkerung. So ergab eine Befragung trans*geschlechtlicher Personen in den USA, dass 1,4% der Teilnehmenden mit HIV lebten im Vergleich zu 0,3% in der Gesamtbevölkerung. Zusätzlich kannten 46% der Teilnehmenden ihren HIV-Status nicht. Die HIV-Prävalenz bei US-amerikanischen trans*geschlechtlichen Frauen wird auf 14,1% (95%-Konfidenzintervall 8,7–22,2) und bei trans*geschlechtlichen Männern auf 3,2% (95%-KI 1,4–7,1) geschätzt. Ein anderes systematisches Review schätzt die globale HIV-Prävalenz bei trans*geschlechtlichen Frauen auf 19,1% (95%-KI 17,4–20,7). Es ist aber

unklar, inwieweit die Ergebnisse dieser Studien auf Deutschland übertragbar sind. Weiterhin variieren die Angaben zur HIV-Prävalenz bei trans*geschlechtlichen Menschen zwischen den einzelnen Studien stark. Dennoch wird aus den Zahlen deutlich, dass HIV für trans*geschlechtliche Menschen ein wichtiges Gesundheitsthema sein kann.

Was ist Chemsex?³

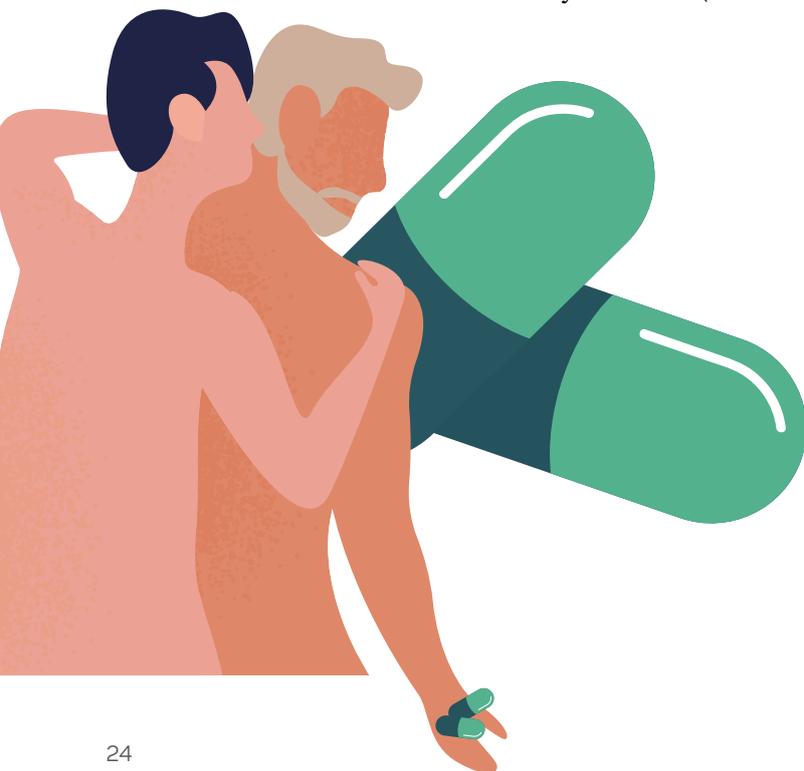
Der 2004 aus dem Englischen entlehnte Begriff Chemsex beschreibt die Einnahme von bestimmten chemischen, psychoaktiven Substanzen zum Sex. Der Substanzkonsum intendiert beim «User» in erster Linie die Minderung der sexuellen Hemmschwelle, eine Steigerung des Lustempfindens sowie eine Verlängerung des Sexualaktes. Die Verbreitung vollzog sich parallel zu den bzw. innerhalb der Netzwerke und Online-Dating-Foren, vornehmlich bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM*). Chemsex ist auch Resultat eines veränderten Umgangs mit Technologie (Dating-Applikationen, -Foren), erleichterter Verfügbarkeit und Verhandlung von Sex einerseits sowie Substanzen andererseits.

Je nach Wirkung werden die Substanzen «Upper» (aktivierender Rausch) oder «Downer» (entspannender Rausch) genannt. Der gemeinsame Konsum findet auf Sexpartys in Clubs oder aber privaten Afterpartys zu Hause statt, wobei oft Substanzen gemeinsam über das gesamte Wochenende hinweg und in unterschiedlichen Kombinationen zumeist mischkonsumiert werden. Die gebräuchlichsten Substanzklassen sind Gamma-Butyrolactone (Vorstufe der

Gamma-Hydroxybutyrate; GBL, GHB), Ketamine, Methamphetamine, Mephedron, Kokain und werden im sexuellen Kontext oft mit Poppers (Amylnitrit) sowie den PDE5-Inhibitoren (Sildenafil, Tadalafil u.a.) und auch Benzodiazepine (z. B. Diazepam) kombiniert. Der Substanzkonsum geschieht inhalativ (Rauchen), intranasal («Sniffing»), intravenös («Slamming»), oral (Schlucken von «Bömbchen») sowie rektal (Suppositorien). Das «Slamming» spielt dabei eine besondere Rolle. Unter Substanzgebrauch kommt es verstärkt zu einer brüchigen Adhärenz bezüglich der Anti-Retroviralen Therapie (ART), mit dem Risiko einer möglichen Resistenzentwicklung. Gefahren stellen sowohl Überdosierungen als auch Dosisspiegelreduktionen dar⁴. Unfälle mit tödlichem Ausgang nach dem Konsum mit GHB bzw. GBL sind keine Seltenheit mehr. Es besteht schnell die Gefahr einer psychischen Abhängigkeit und eines damit einhergehenden Substanzmissbrauchs. Hier ist Mephedron bzw. Methamphetamin hervorzuheben. Unter Drogeneinfluss ist die interpersonelle Kommunikation bezüglich einvernehmlicher Sexualpraktiken erschwert. Der Substanzkonsum intendiert beim «User» in erster Linie die Minderung der sexuellen Hemmschwelle, eine Steigerung des Lustempfindens sowie eine Verlängerung des Sexualaktes. Die Euphorisierung steht oft im Kontrast zu einer Pseudointimität: Intime Handlungen, die sonst nicht zugelassen worden wären, werden unter Einfluss von Drogen akzeptiert. Als Promotoren für den Gebrauch sexuell stimulierender Substanzen können gelten: Austesten von Grenzen, Abwehr sozialen Drucks, Kompensation von sozialen oder persönlichen Konflikten, Abwehr der abstumpfenden Eintönigkeit beziehungsweise der alltäglichen Normativität. Der Substanzkonsum vor dem Sex verringert das Schamgefühl, senkt die Schwelle der Kontaktaufnahme (entaktogen), erhöht den sexuellen Appetit (Sexdrive) und verlängert das Lustempfinden. Diese Effekte können im Rahmen des schwulen Coming-outs bzw. bei der sexuellen Identitätsfindung erwünscht sein.

Dunkelziffer

Substanzkonsum findet am häufigsten in der Gruppe der MSM* und am ehesten in touristisch stärker frequentierten Grossstädten statt: London (13%), Amsterdam (11%), Barcelona



3 Hoffmann C., Rockstroh J. (2022/2023) HIV Buch. Kap. 32 Sexualität: 622-634; www.hivbuch.de

4 Siehe auch www.hiv-druginteractions.org

(8%), Zürich (7%), Berlin (5%). In einer Untersuchung an STD⁵-Kliniken in London zwischen Januar 2015 und Juni 2016 offenbarte sich ein hoher Verbreitungsgrad: 655 von 818 Klient*innen nahmen beim Sex Substanzen zu sich. 30% der Befragten beschrieben sich darin offen für diverse Substanzen, davon mehr als die Hälfte (57%) gegenüber den oben genannten Chemsex Substanzen. 13,5% hatten bereits mindestens einmal Drogen injiziert. Viele Nutzer*innen vermeiden Befragungen aus Angst oder Schamgefühl, aber auch zum Schutz der «Chemsex-Community». Eine hohe Dunkelziffer ist daher anzunehmen. Validierte Untersuchungen sind rar. Ein Grossteil der MSM* hat auf Partys bereits Erfahrungen mit mindestens einer der oben genannten Substanzen gemacht, daneben werden neue «User» durch Sexualpartner mit den Substanzen konfrontiert. Der Substanzkonsum birgt ein enorm erhöhtes Risiko für die Infektion mit den klassischen sexuell übertragbaren Erkrankungen (Lues, Gonorrhoe, Chlamydien-Infektionen), daneben auch für die viralen Hepatitiden (A–C) sowie für HIV. Chemsex erfolgt zumeist mit wechselnden Geschlechtspartnern, beim Gruppensex und im Kontext risikoreicher Sexualpraktiken («Fisting», «Sounding»). Der gemeinsame Gebrauch von Sexspielzeug, die gemeinsame intravenöse Applikation, und allen voran der ungeschützte Geschlechtsverkehr («Barebacking») sind zusätzliche bedeutende Risikofaktoren. Chemsex-Nutzer*innen machen häufiger Gebrauch von einer Postexpositionsprophylaxe. Unter Substanzgebrauch werden die Interaktionen zwischen antiretroviralen Substanzen und den beim Chemsex verwandten Substanzen unterstützt. Hervorzuheben sind die Wechselwirkungen zwischen den sogenannten «Boostern» (Ritonavir bzw. Cobicistat) und den Chemsex-Substanzen GHB/GBL, Alkohol oder mit Amylnitrit (Poppers). Viele Substanzen sind öffentlich wenig bekannt, Erfahrungen in Dosierung und Kombination sind gering, der Zugang zu Information erschwert. MSM* avancieren früh zu einer vulnerablen Gruppe für gesundheitliche Risiken. In der gesellschaftlichen Diskussion werden die illegalen Substanzen als besonders schädigend wahrgenommen, während die körperlichen und gesundheitsökonomischen Schäden – gesamtgesellschaftlich betrachtet – hauptsächlich noch immer beim missbräuchlichen Alkohol- und Zigarettenkonsum

entstehen. Der fehlende Zugang zu Informationen, Vorurteile und die Stigmatisierung stellen zusätzliche Risiken dar. Der Grossteil der Nutzer*innen passiert eine Phase im Leben mit Substanzkonsum ohne Zwischenfälle, eine wachsende Zahl jedoch mit schweren körperlichen und psychischen, teils lebensbedrohenden Traumata. David Stuart konstatiert resümierend: «Rückblickend (...) wird Chemsex zeitlebens ein Phänomen sein, welches eine wichtige Periode in der Geschichte von Homosexuellen definiert». Derzeit bestehen Möglichkeiten der Aufklärung und Beratung für «User» vor allem in niedrighschwelligem Angeboten der schwulen Community bzw. der Selbsthilfe. Diese Angebote sind besonders wertvoll in Verbindung mit dem Zugang zu kostenfreien STD-Testungen und anonymen Substanzchecks. Bei entsprechenden Hinweisen auf Substanzkonsum sind aus ärztlicher Sicht eine vollständige Anamnese einschliesslich Sexual- und Drogen-Anamnese sowie ein initiiertes Beratungsgespräch erforderlich. Diskutiert wird die Begleitung von kontrolliertem Konsum durch ein starkes Netzwerk aus NGOs und Selbsthilfe-, Sport- sowie Freizeitgruppen. Spezialisierte ambulante und tagesklinische Einrichtungen sowie stationäre Entzugskliniken zur Langzeitentwöhnung und Rehabilitation sind rar. Es zeigen sich interessante, erfolgversprechende Ansätze in «Mindfulness-based» komplementären psychosozialen Interventionen. Zur Evaluation bestehender und Schaffung neuer Angebote hat sich 2022 BISS, die Bundesinitiative für sexualisierten Substanzkonsum, konstituiert. BISS beschäftigt sich mit dem Thema sexualisierter Substanzgebrauch, inklusive Chemsex und dem Zusammenspiel von Sexualität und Konsummustern wie z. B. Substanzgebrauch, Medienkonsum, sowie den damit assoziierten Effekten.

Dr. Martin Viehweger*, 1992* (gefühlte) 1958* (gedanklich) 1982* (Passport) – ist Aktivist für sexuelle Gesundheit und Arzt für Infektiologie in Berlin und Zürich. Er ist Gastdozent an den Universitäten Charité, MHB Brandenburg, der kritischen Medizin in Jena und Rostock und Referent der Deutschen Aidshilfe. Er ist Gründungsmitglied und Vorstand der universitären Bundesinitiative für sexualisierten Substanzgebrauch BISS, konzipiert, entwickelt und leitet Gemeinschaftsprojekte für sexuelle Gesundheit, sexuelle Aufklärung, Chemsex, führt niedrighschwellige Vorarbeit wie das seit 2016 bestehende offene Mikrofon «Let's talk about sex and drugs» durch, organisiert den von der Ärztekammer akkreditierten Arbeitskreis «Trans*affirmative Medizin», unterstützt Peer-Projekte und Podcasts wie z. B. mit «Stadt.Land.Schwul», «Trans*sein», ist Ausbilder für Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum (KISS) und publiziert in Büchern und Magazinen (www.viropraxis.de/viehweger-publikationen/).

5 «STD» steht für Sexually Transmitted Diseases, Deutsch: Sexuell übertragbare Erkrankungen.

➤ Das detaillierte Literaturverzeichnis wird Ihnen auf Anfrage von der Redaktion gerne zur Verfügung gestellt.



Stigmatisierung von Menschen, die Drogen konsumieren

Womit alles begann...

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen hat in der Menschheit eine lange Tradition und unterscheidet sich je nach Epoche, Kultur und gesellschaftlich geltender Norm. Während im 17. und 18. Jahrhundert Opium und Tabak noch als Heilmittel verschrieben wurden, traten im 19. Jahrhundert vermehrt Forderungen nach Verboten in den Vordergrund. Der heute bestehenden, vorwiegend auf Verbote und Repression ausgerichteten Drogenpolitik liegen in erster Linie von den Vereinigten Staaten von Amerika initiierte imperialistische und rassistisch motivierte Gesetzgebungen gegen chinesische Einwanderer, mexikanischstämmige Menschen und durch die Ausrufung des War on Drugs 1971 auch gegen Kriegsgegnerinnen und Kriegsgegner und People of Color zugrunde.

Mit dem Erlass des ersten Schweizerischen Betäubungsmittelgesetzes 1924 ratifizierte die Schweiz das Internationale Opium-Abkommen

(IOA) von Den Haag (NL), in dem eine Unterdrückung des Missbrauchs und der Verarbeitung von Opium, Morphin und Kokain empfohlen wurde. Die Gesellschaft bewegte sich also vermehrt hin zu einer repressiven Haltung gegenüber dem Konsum von Opium, Kokain oder Cannabis, der mit der «Wiener Konvention über psychotrope Substanzen» von 1971 schlussendlich auch für den Eigenbedarf kriminalisiert wurde.

Und heute?

Rund 85% der schweizerischen Bevölkerung über 15 Jahre konsumieren mehr oder weniger regelmässig Alkohol, rund 222 000 Menschen ab 15 Jahren haben im letzten Monat Cannabis konsumiert. Im Jahr 2016 berichteten 0,7% der Schweizer Bevölkerung schon einmal in ihrem Leben Heroin konsumiert zu haben, 0,7% der Bevölkerung gaben Kokainkonsum und 0,8% die Einnahme von Amphetamin/Speed in den letzten zwölf Monaten an.¹ Substanzkonsum ist



in der Schweiz weit verbreitet und dient in den meisten Fällen einem rekreativen Zweck. Insbesondere der Konsum von Alkohol ist in unserer Gesellschaft sozial verankert und von weiten Teilen der Bevölkerung akzeptiert. Nimmt der Konsum jedoch problematische Züge an, oder entwickelt eine Person eine Abhängigkeitserkrankung, wird sie relativ rasch ausgegrenzt und moralisch abgewertet – also stigmatisiert.

Stigma oder Krankheit?

Eine Abhängigkeitserkrankung wird sehr oft mit einem moralischen Versagen, Willensschwäche oder einer Selbstverschuldung assoziiert, anstatt als neurobiologisch begründete und behandelbare Erkrankung anerkannt.² Der Ausgrenzung und Abwertung anderer Menschen aufgrund von persönlichen Merkmalen oder von der gesellschaftlichen Norm abweichendem Verhalten wird die Rückversicherung der Gemeinschaftszugehörigkeit und der Stabilisierung des eigenen Selbstbildes zugeschrieben.³ Diese Haltung findet leider noch zu oft Zuspruch, obwohl die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit geraumer Zeit als eine zur Chronifizierung neigende, schwerwiegende psychische Erkrankung anerkannt ist.

Mit einer Abhängigkeitserkrankung geht oft eine multidimensionale Belastung einher. Einerseits leiden Betroffene unter den direkten Effekten der Suchterkrankung, andererseits liegt bei einer grossen Anzahl dieser Personen eine Komorbidität von psychischen Störungen und Sucht vor. Zusätzlich zu diesen Herausforderungen sehen sich diese Menschen mit indirekten Folgen der Suchterkrankung wie finanziellen und familiären Problemen, Arbeitslosigkeit oder gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert. Die Ausgrenzung und Stigmatisierung von Betroffenen erhöht sich weiter aufgrund des gesellschaftlichen Aktes, bestimmte Substanzen zu verbieten. Dies führt zwangsläufig zu weiteren Problemfeldern wie Kriminalität, Verwahrlosung, Obdachlosigkeit, Prostitution und Infektionserkrankungen.

Die Stigmatisierung ist bei Weitem nicht nur auf das gesellschaftliche Ansehen beschränkt. Nebst strukturellen und gesetzlichen Benachteiligungen erfahren Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung auch im professionellen Hilfesystem teilweise Ablehnung.

Gesetze – für alle gleich?

Die breite Einführung der Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) zum Beispiel hat für opiatab-

hängige Menschen zweifellos auf verschiedenen Ebenen zu einer massiven Entlastung geführt. Trotzdem schreiben die aktuell geltenden Vorgaben der Betäubungsmittelsuchtverordnung (BetmSV) zum Beispiel vor, dass Diacetylmorphin (pharmazeutisches Heroin) bei einer OAT grundsätzlich innerhalb einer spezialisierten Institution eingenommen und unter Sichtkontrolle verabreicht werden muss. Die Abgabe der Medikamente für die Einnahme zu Hause ist an strenge Bedingungen geknüpft und stellt grundsätzlich die «Ausnahme» dar, auch wenn sich diese Praxis in den letzten Jahren deutlich verbessert hat. Andere problembehaftete Medikamente wie zum Beispiel opioidhaltige Schmerzmittel oder Benzodiazepine werden in der Schweiz weitaus freizügiger verschrieben, wobei deren Abgabemodalitäten bei Weitem nicht so streng scheinen.

Im Bereich der Organtransplantation gilt in der Schweiz ein aktiver Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch nach wie vor als Kontraindikation für eine Lebertransplantation. Auch in Deutschland wird für Personen mit einer ethyltoxischen Leberzirrhose eine sechsmonatige Alkoholabstinenz vor einer Transplantation gefordert⁴ – eine Forderung, die Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit nur sehr schwer erfüllen können.

Die Schweizerische Invalidenversicherung (IV) hingegen anerkennt aufgrund eines Bundesgerichtsurteils von 2019 eine Suchterkrankung analog den anderen psychischen Erkrankungen neu grundsätzlich als eine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnose – wobei dies bei Weitem noch nicht durchgehend so angewendet wird. Trotzdem muss dabei beachtet werden, dass die Rentenbeanspruchenden weiterhin dazu angehalten sind, ihren Schaden zu minimieren und an ihrer Wiedereingliederung mitzuwirken. Es könnte im Sinne der Mitwirkungspflicht also demnach verlangt werden, dass sie sich, um dieser Vorgabe entsprechen zu können, einer medizinischen Behandlung zur Konsumreduktion oder gar zur Erlangung einer

1 <https://www.suchtschweiz.ch/zahlen-und-fakten/> (abgefragt am 8.6.2023)

2 McGinty EE., Goldmann HH., Pescosolido B., Barry CL., (2015). Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: Effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. *Social Science & Medicine* 126:73-85, <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.010>

3 Goffmann E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Engelwood Cliffs, NJ:Prentice-Hall Inc.

4 Richtlinien zur Organtransplantation TPG; § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation III.2.1: <https://t1p.de/ofx2d> (abgefragt am 8.6.2023)



Abstinenz unterziehen müssen. Demgegenüber ist man sich heute weitgehend einig, dass die Ziele einer Behandlung zuallererst die Schadenminderung, die Verbesserung der Lebensqualität, die Unterstützung der Eingliederung und des sozialen Einbezugs sowie die Reduktion der Symptome sind. Die Verminderung des Konsums ist kein eigenständiges Ziel, sondern ein Mittel zur Erreichung obiger Ziele.⁵

Wir Profis tun das nicht!

Auch im Umgang mit Fachpersonen und Institutionen sehen sich Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung oft einer Stigmatisierung ausgesetzt. Eine kürzlich mit Medizinstudierenden in Deutschland durchgeführte Studie zeigte auf, dass eine Alkoholabhängigkeit im Vergleich zu anderen medizinischen und psychischen Erkrankungen mit Abstand am häufig-

sten als Erkrankung mit einem finanziellen Einsparpotenzial gewählt wurde. Die angehenden Psychiaterinnen und Psychiater wiesen selektiv bei Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit, nicht aber bei psychischen Störungen per se einen starken Wunsch nach sozialer Distanz und eine erhöhte Bereitschaft zur strukturellen Diskriminierung auf.⁶

In einer 2016 in Basel durchgeführten Studie⁷ mit drogenkonsumierenden Menschen in einer Substitutionsbehandlung und Mitarbeitenden aus öffentlichen Institutionen konnte festgestellt werden, dass sich über 70 % der befragten Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankung stigmatisiert fühlten. Die meisten als stigmatisierend erlebten Kontakte wurden bei der Polizei, gefolgt von der Notfallstation des Akutspitals und im Gefängnis erlebt. Als spezifisch problematisch wurden von Seiten der befragten Patientinnen und Patienten lange Wartezeiten und Bürokratie genannt. Zudem hatten viele Befragte das Gefühl, dass ihnen falsche Versprechungen gemacht, sie nicht ernst genommen, sie schlecht informiert und unfreundlich aufgenommen wurden. Demgegenüber schienen aus Sicht der befragten Fachpersonen insbesondere forderndes Verhalten, mangelnde Hygiene, eine geringe Absprachefähigkeit und Intoxikationen für Probleme verantwortlich zu sein. Das Verhalten der Fachpersonen wurde von einer überwiegenden Mehrheit der Patientinnen und Patienten positiv eingestuft. Befragt nach der Einschätzung ihres eigenen Verhaltens, zeigten sich gegenüber der Fremdbeobachtung der Fachpersonen jedoch deutliche Diskrepanzen.

Es fällt auf, dass sich die Patientinnen und Patienten in der Eigeneinschätzung deutlich freundlicher, geduldiger und zuverlässiger eingeschätzt haben, als sie von den Fachpersonen eingestuft wurden. Diese Fehleinschätzung könnte allenfalls zu Missverständnissen und Störungen im Umgang miteinander führen. Der hohe Anteil von Personen, die sich stigmatisiert fühlen, könnte weiter auch damit zusammenhängen, dass ein Teil dieser Klientel aufgrund bereits gemachter Erfahrungen durch die gesellschaftliche Ausgrenzung im Kontakt äussert sensibel reagiert und allenfalls bereits geringe Störfaktoren als Stigmatisierung erlebt werden.

Bei Fachpersonen mit einem höheren Interesse am Krankheitsbild Abhängigkeit schienen Punkte wie Absprachefähigkeit, Intoxikation oder forderndes Verhalten etwas weniger zu Problemen zu führen. Hintergrund davon könnte sein, dass diese Fachpersonen nach

-
- 5 Junoda V., Hatamb S., Colombe E., Khazaald Y., Savarye JF., Hämmig R., Simong O., (2020). IV-Rente und Sucht: jetzt besser?. Schweizerische Ärztezeitung. 2020;101(2930):913-915 DOI: <https://doi.org/10.4414/saez.2020.18670>
- 6 Hoffmann H., Koschinowski J., Bischoff G., Schomerus, G, Rumpf HJ., (2020): Medical students' readiness for cutbacks in health care expenditures of alcohol-dependent individuals. An indicator for stigmatization? <https://t1p.de/79lc9>
- 7 Schmid O., Müller T., Fehr S., Vogel M., (2018). Werden drogenkonsumierende Menschen stigmatisiert? Suchtmed 20 (5)315-322 (2018)
- 8 Burk JP., Sher KJ., (1990): Labeling the child of an alcoholic: Negative stereotyping by mental health professionals and peers. Journal of Studies on Alcohol 51: 156-163
- 9 Moggi F., Berthel T., Hämmig R., Thon N., Kunz I., Stuppäck C., Wurst FM., (2010). Komorbidität von Opiatabhängigkeit mit anderen psychischen Störungen. Psychiatrie und Psychotherapie 6(2):53-56. DOI:10.1007/s11326-010-0096-7
- 10 Berthel T. (2003). Psychiatrische Komorbidität. In: Opiatabhängigkeit – Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis: 73-77, DOI: 10.1007/978-3-7091-3796-3_7
- 11 GCDP-Report-2017_Perceptions-GERMAN.pdf (globalcommissionondrugs.org)

eigenen Angaben bessere Informationen über die Störung und deren psychosoziale Begleitscheinungen haben und der Krankheit dadurch eine höhere Akzeptanz beimessen. Durch eine erhöhte Freundlichkeit könnten diese Fachpersonen eine verbesserte Beziehung zu den Patientinnen und Patienten herstellen.

Eine Untersuchung von Burk & Sher zeigt auf, dass es auch in psychiatrischen Einrichtungen zu Stigmatisierung kommen kann. So zeigten psychiatrische Fachkräfte im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung mehr negative Stereotype gegenüber den Betroffenen. Bei ihnen unbekannt Testpersonen schätzten sie die psychische Gesundheit als niedriger und die Ausprägung der Pathologie als höher ein, wenn die Information vorhanden war, dass ein Elternteil abhängig war.⁸

Im psychiatrischen Kontext stellt sich zusätzlich die Frage nach dem Vorliegen einer Komorbidität und der entsprechenden Zuweisung in eine geeignete Fachabteilung. Studien weisen darauf hin, dass mehr als ein Drittel der Personen mit einer Störung durch Substanzkonsum auch an mindestens einer anderen psychischen Störung leiden. Greift man ausschliesslich Patientinnen und Patienten mit einer Drogen-

abhängigkeit heraus, so zeigt sich, dass 20 bis 60 % an Depressionen und Angststörungen, 15 bis 20 % an bipolaren, schizophrenen und schizoaffektiven Psychosen und 50 bis 90 % an Persönlichkeitsstörungen leiden.⁹ Die Herausforderung der Psychiatrie besteht nun darin, solchen Personen ein integratives Therapieangebot zukommen zu lassen, das die wirksamen Interventionen für psychische Störung und Substanzstörung kombiniert. Fehlt ein solches Angebot, werden die Patientinnen und Patienten zwischen den beiden Therapieangeboten zur Sucht und zur psychiatrischen Störung hin und her geschoben. Die Folgen sind frühzeitiger Therapieabbruch, wenig Therapieresponse, schlechte Behandlungsergebnisse, hohe Rückfallraten, Rehospitalisationen mit den entsprechenden Folgekosten und «Drehtüreffekt».¹⁰

Was transportieren die Medien?

In den Medien dominieren zwei Darstellungsweisen, wenn es um Drogen geht und um die Menschen, die sie konsumieren: Die eine verknüpft Drogen mit Kriminalität, die andere stellt die verheerenden Folgen des Drogenkonsums für den Einzelnen und seine unmittelbare Umgebung als unvermeidlich dar.¹¹



Viel zu oft wird dem Krankheitswert und der Multidimensionalität der Erkrankung zu Gunsten von reisserischen und Ängste schürenden Bildern von willenlosen und zur Gewalt neigenden «Zombies» kaum Platz eingeräumt. Zuschreibungen und Begriffe für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung gibt es viele, selten sind sie positiv besetzt. Benutzt oder liest man zum Beispiel das negativ konnotierte Wort «Junkie» (von engl. «junk», zu Deutsch «Abfall») in Verbindung mit Menschen, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, findet damit eine Pauschalisierung und Abwertung statt und negative Assoziationen werden zusätzlich verstärkt.¹² Dass solche Bezeichnungen nach wie vor verwendet werden, zeigt ein Artikel¹³ in

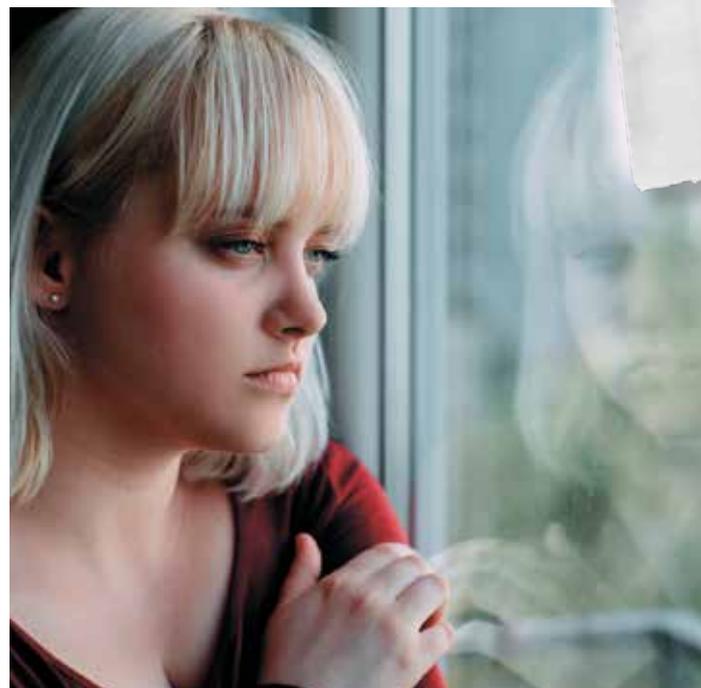
einer grossen Schweizer Tageszeitung zu Beginn des Jahres 2023 über Probleme in einem Stadtquartier. In dem reisserisch aufgemachten Artikel erscheint beispielsweise fünf Mal das Wort «Junkie» und zwei Mal die Bezeichnung «Drögeler».

Georg Schomerus postuliert im «Leitfaden Empfehlungen für eine angemessene und diskriminierungsfreie Medienberichterstattung über Abhängigkeitserkrankungen»¹⁴, dass der Umgang mit Wortwahl und Bildsprache sowie mit dem Storytelling wesentlich dazu beitragen könne, die vorherrschenden Vorurteile und pauschalen Fehleinschätzungen über Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu reduzieren. Der Leitfaden empfiehlt beispielsweise

Kriminelle

Drögeler

Junkie



macingosh / photocase.de

sich darüber Gedanken zu machen, ob die Information, dass die Person eine Abhängigkeitserkrankung hat, für die Berichterstattung überhaupt entscheidend ist, die Krankheit anstelle der Person in den Fokus gerückt wird oder verwendete Bilder Klischees bedienen.

Was bleibt?

Der Konsum von psychoaktiven Substanzen zieht sich kulturgeschichtlich durch die gesamte Zivilisation, und die meisten Menschen verfügen über die Ressourcen, ihren Konsum selbstständig zu regulieren. Unbestritten ist aber auch, dass der Konsum von gewissen Substanzen unter gewissen Gegebenheiten wie zum Beispiel dem Legalstatus oder der Verfügbarkeit zu einer Abhängigkeitserkrankung führen kann. Dieser Umstand hat nichts mit Willensschwäche oder moralischem Versagen zu tun, sondern stellt aus medizinischer Sicht eine chronische, phasenhaft verlaufende Erkrankung dar, bei der sich neben psychischen Symptomen auch neurobiologische Veränderungen im Hirn nachweisen lassen.

Wie bei jeder Krankheit soll im Umgang mit betroffenen Personen der Mensch im Mittelpunkt stehen. Menschen mit einer Abhängigkeit dürfen nicht lediglich aufgrund dieser Krankheit diskriminiert oder benachteiligt werden. Sie verfügen über dieselben Rechte und

Pflichten wie alle Menschen und müssen die Chance erhalten, ihre Fähigkeiten nach ihren Möglichkeiten und Wünschen einzusetzen und ihr Leben gemäss ihren Vorstellungen zu gestalten. Einer Exklusion dieses Kollektivs aus dem für sie besten Beratungs- oder Behandlungsangebot muss vorgebeugt werden.

Die Weltkommission für Drogenpolitik ruft dazu auf, dass sich das Gesundheitspersonal lautstark für evidenzbasierte Prävention, Behandlung und Schadensbegrenzung einsetzt und dringend die auf Wahrnehmung beruhende Stigmatisierung im Gesundheitswesen angehen soll. Ambros Uchtenhagen forderte in seinem letzten Buch «30 Jahre Schweizer Drogenpolitik»¹⁵, dass «... wesentliche Veränderungen bei den Suchterscheinungen, den Betroffenen, der öffentlichen Einstellung zum Konsum- und Suchtverhalten eine neue Herausforderung bilden, die eine Weiterentwicklung des bisher gültigen Ansatzes unumgänglich machen.» Nehmen wir diese Worte als Aufforderung, uns weiterhin für einen humanistischen und evidenzbasierten Umgang mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung einzusetzen und gesellschaftlich, politisch und persönlich gegen eine Diskriminierung und Benachteiligung von betroffenen Menschen einzustehen.

Thomas Müller, MAS Spezialisierung in Suchtfragen, Mittler im öffentlichen Raum, Mitarbeiter Fachteam Staatsbeiträge und Projektmanagement, Gesundheitsdepartement Basel-Stadt, Abteilung Sucht

Otto Schmid, Dr. phil., Sozialwissenschaftler, Suchtberater, Geschäftsführer Suchtcoach Institut und Dozent für Suchttherapie an der Universität Basel, www.suchtcoach.ch

Die Autoren sind Gründungsmitglieder des Vereins STIGMAFREI. Für weitere Informationen zum Verein: <http://www.stigmafrei.ch>

Alki

Verein STIGMAFREI

Der Verein STIGMAFREI setzt sich aktiv für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ein, die lediglich aufgrund ihrer Sucht Stigmata oder Diskriminierung erleben. Zur Vorbeugung von Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung nimmt der Verein STIGMAFREI an der öffentlichen Diskussion teil, vernetzt sich mit Institutionen aus dem Suchthilfebereich, informiert zielgerichtet die Öffentlichkeit und bietet im Rahmen von Aktionen Möglichkeiten zum Wissenstransfer und zur Diskussion an.

www.stigmafrei.ch

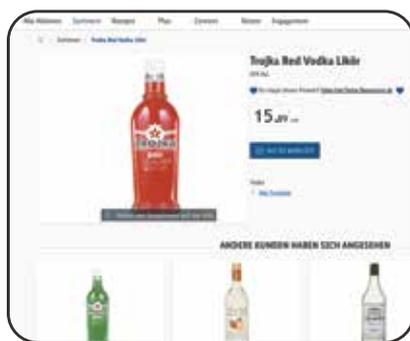
- 12 Bruggmann P. (2022). Schreiben Sie das nicht mehr! Warum das Wort «Junkie» auf den Index gehört. Schweizer Journalistin, #02/22
- 13 <https://www.blick.ch/schweiz/basel/obdachlose-und-drogen-spritze-im-keller-erlenmatt-bewohner-in-basel-sind-veraengstigt-in-die-waschkueche-gehe-ich-nur-noch-mit-dem-pefferspray-id18270465.html>
- 14 Schomerus G., Baumann E., von Eitzen L., Freytag A., Horsfield P., Spahlholz J., Tiefensee J., Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (2022). Psyche | Mensch | Medien: Thema Abhängigkeit – Eine Hilfestellung für Medienschaffende. <https://www.seelichegesundheit.net/wp-content/uploads/2022/07/20220428-leitfaden-fairmedia.pdf> (abgefragt am 8.6.2023)
- 15 Uchtenhagen Ambros (2022). 30 Jahre Schweizer Drogenpolitik 1991–2021. Rüffer & Rub, Zürich

➤ Das detaillierte Literaturverzeichnis wird Ihnen auf Anfrage von der Redaktion gerne zur Verfügung gestellt.

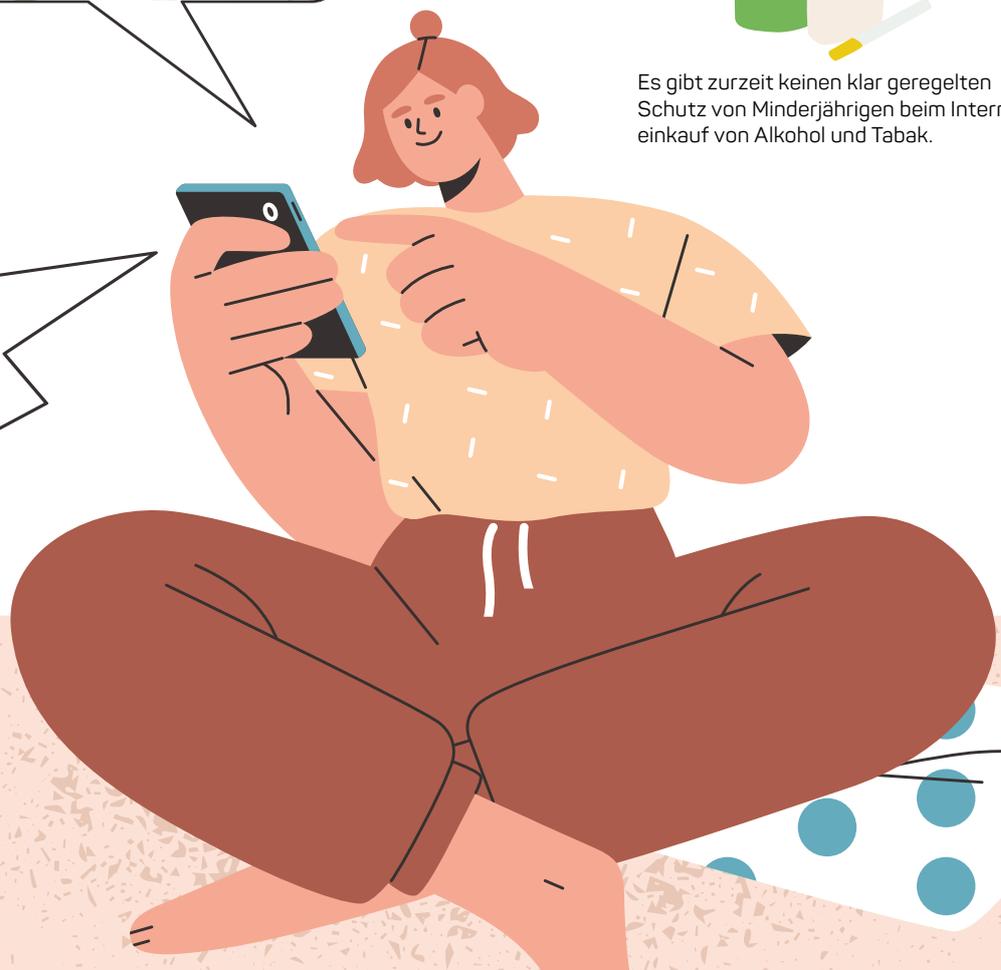


Alkohol und Tabak im Internet, eine Lücke im Jugendschutz

Der Konsum von Alkohol und Tabak kann bei Jugendlichen schwerwiegende Folgen haben. Die Altersgrenzen für den Verkauf von Alkohol und Tabak werden in den physischen Verkaufsstellen zunehmend besser eingehalten. Der Schutz von Minderjährigen im Internet ist hingegen nicht klar geregelt. Jugendliche können diese Gesetzeslücke ausnutzen, um leicht an Alkohol und Tabak zu gelangen.



Es gibt zurzeit keinen klar geregelten Schutz von Minderjährigen beim Internet-einkauf von Alkohol und Tabak.



Jugendalter als Gefährdung?

Das Jugendalter ist geprägt von der Suche nach Abenteuern, Sensationen und neuen Erfahrungen, einschliesslich des Konsums von Alkohol und Tabakprodukten. Diese explorativen Verhaltensweisen gelten als normal, jedoch können sie schwerwiegende Folgen haben. Die schädlichen Auswirkungen dieser Substanzen auf die körperliche und mentale Gesundheit sind bei Jugendlichen, die noch im Wachstum begriffen sind, besonders besorgniserregend. Übermässiger Alkoholkonsum bei Jugendlichen kann zu langfristigen Gesundheitsproblemen führen. Darüber hinaus kann Alkohol das Urteils- und Entscheidungsvermögen beeinträchtigen, was zu Risikoverhalten führt. Auch das Rauchen stellt ein ernsthaftes Gesundheitsrisiko für junge Menschen dar. Ausserdem entwickeln jugendliche Raucherinnen und Raucher mit grösserer Wahrscheinlichkeit eine Nikotinabhängigkeit.

Wie viel konsumieren die Jugendlichen?

Die Daten der nationalen Schülerinnen- und Schülerstudie aus dem Jahr 2022 (HBSC-Studie) zeigen, dass in den letzten 30 Tagen 33,7 % der 14- und 15-Jährigen Alkohol getrunken hatten, 17,6 % sich mit Alkohol berauscht hatten, 12,5 % herkömmliche Zigaretten und 21 % elektronische Zigaretten geraucht hatten (Delgrande Jordan et al., 2023). Von den 14- bis 15-Jährigen, die in den letzten 30 Tagen Alkohol konsumiert hatten, hatte fast jede/r Fünfte (19,1 %) mindestens einmal Alkohol in einem Geschäft, an einem Kiosk, in einer Bar oder einem Restaurant gekauft. Von den Jugendlichen, die in den letzten 30 Tagen herkömmliche Zigaretten geraucht hatten, gelang es fast der Hälfte (44,9 %), mindestens einmal Zigaretten in einem Geschäft, an einem Kiosk, in einer Bar oder einem Restaurant zu kaufen. Diese Ergebnisse zeigen, dass Alkohol- und Tabakprodukte für einen grossen Teil der Jugendlichen in der Schweiz zugänglich sind und von ihnen konsumiert werden.

Was ist das Mindestalter, um Alkohol und Tabak kaufen zu dürfen?

Strukturelle Präventionsmassnahmen sind ein wesentlicher Bestandteil des Jugendschutzes im Bereich Alkohol und Tabak. Der Verkauf und

die Abgabe von fermentierten alkoholischen Getränken (z. B. Bier und Wein) an unter 16-Jährige und von Spirituosen/Likör an unter 18-Jährige ist in der Schweiz verboten. Ein Kanton hat die Altersgrenze für beide Arten von alkoholischen Getränken auf 18 Jahre angehoben. Für Tabak gibt es bislang keine national geltende Altersgrenze, und der Verkauf ist von Kanton zu Kanton unterschiedlich geregelt. In zwei Kantonen gibt es keine Altersgrenze für den Verkauf von Tabak, in anderen Kantonen liegt das Mindestalter bei 16 oder 18 Jahren. Auch für elektronische Zigaretten gibt es keine kantonsübergreifenden Einschränkungen oder Verbote. Die Regelungen für den Verkauf von Tabak und elektronischen Zigaretten sind somit heterogen und hängen von den kantonalen Bestimmungen ab.

Entwicklung des Alkoholverkaufs an Jugendliche in den physischen Verkaufsstellen

Alkohol- und Tabaktestkäufe sind eine wichtige Massnahme der Jugendschutzpolitik. Die Daten der Alkoholtestkäufe zeigen vor allem in den letzten Jahren eine allmähliche, aber langsame Verbesserung des Alkoholverkaufs an Minderjährige. Die letzten Daten zeigen eine Rate von illegalen Verkäufen von 27,2 % (Notari & Vorlet, 2023). Beim Tabak werden jedes Jahr Testkäufe durch Kantone, Organisationen oder Unternehmen durchgeführt. Im Gegensatz zum Alkohol werden diese Daten noch nicht systematisch erhoben und analysiert.

Generell wächst in unserer Gesellschaft das Bewusstsein für das Alkohol- und Tabakverkaufsverbot an Jugendliche. Dies zeigt sich an der wachsenden Zahl unabhängiger Testkäufe durch den privaten Sektor oder an Initiativen wie der eines grossen Schweizer Detailhändlers, der freiwillig die Altersgrenze für den Verkauf von Alkohol und Tabakprodukten auf 18 Jahre heraufgesetzt hat.

Wird der Online-Markt für Alkohol und Tabak genutzt?

Während der Covid-19-Pandemie beschleunigte sich das Wachstum des Online-Marktes. Eine Schweizer Studie aus dem Jahr 2022 zum Alkoholkonsum während der Pandemie ergab, dass 41 % der Befragten alkoholische Getränke



online kauften, wobei dieser Anteil bei den 15- bis 19-Jährigen 51 % erreichte (Labhart & Gmel, 2022). Für Tabakprodukte liegen nur wenige Daten über Jugendliche vor. Eine kürzlich durchgeführte Studie über Puff-Bars ergab, dass nur 2,3 % der 14- bis 17-Jährigen, die dieses Produkt konsumierten, es online gekauft hatten (Chok et al., 2023).

Wieso ist ein Online-Kauf von Alkohol so einfach für Jugendliche?

Aufgrund der Entwicklung des Online-Marktes im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie wurde 2021 in der Schweiz eine erste Serie von Online-Alkoholtestkäufen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten, dass es kaum Alterskontrollen gibt. Die Zahlen von 2022 zeigen, dass sich praktisch nichts geändert hat. Eine Alterskontrolle bei der Bestellung findet nach wie vor nicht statt, da die Altersabfrage durch Pop-ups oder Checkboxes leicht umgangen werden kann, und eine Kontrolle bei der Lieferung die Ausnahme bleibt. Dementsprechend ist der Verkauf in fast allen getesteten Online-Shops möglich und liegt bei über 80 %, wenn der Alkohol persönlich aus einem Restaurant oder Take-away geliefert wird.

Was sind Alkoholtestkäufe?

Alkoholtestkäufe dienen der Überprüfung der Einhaltung des Mindestalters für den Verkauf alkoholischer Getränke in Geschäften und Gastronomiebetrieben. Bei einem Testkauf versuchen Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren, die das gesetzliche Mindestalter noch nicht erreicht haben, alkoholische Getränke zu kaufen. Werden sie vom Verkaufspersonal nach ihrem Alter gefragt, sind sie verpflichtet, wahrheitsgetreu zu antworten und auf Nachfrage ihren Ausweis zu zeigen. Erhalten sie das Getränk nicht, dürfen sie nicht insistieren. Bei einem erfolgreichen Testkauf müssen sie die Getränke der erwachsenen Begleitperson aushändigen. Die Verantwortlichen der Verkaufsstelle werden nach dem Testkauf über das Ergebnis informiert und gegebenenfalls aufgefordert, das Verkaufsverbot durchzusetzen. Das Ziel ist es, dem Verkauf dieser Produkte an Minderjährige vorzubeugen.

In mehr als einem Viertel der getesteten Geschäfte wurde Alkohol an Jugendliche zwischen 13 und 17 Jahren verkauft.



Möglichkeiten zur Alterskontrolle

Der Online-Handel unterscheidet sich vom traditionellen Handel in physischen Verkaufsstellen durch die Alterskontrolle, die zu zwei verschiedenen Zeitpunkten stattfinden kann. Die Kontrolle kann bei der Bestellung über das Internet oder beim Empfang der Ware erfolgen. Es ist jedoch zu beachten, dass die Alterskontrolle eine Koordination und vor allem eine klare Festlegung der Verantwortlichkeiten erfordert. Zwischen der Bestellung und der Lieferung sind nämlich mehrere Zwischenhändlerinnen und -händler beteiligt. Zwischen der Vorbereitung der Ware, ihrem Transport und ihrer Übergabe an die Kundinnen und Kunden sind die beteiligten Personen nicht unbedingt über den Inhalt der Lieferung informiert.

In diesem Zusammenhang sollten Online-Verkaufsplattformen Mechanismen zur Altersüberprüfung einführen, wie z. B. das Verlangen eines Ausweises oder einer digitalen Identität, mit der das Alter der Käuferin, des Käufers bestätigt werden kann. Eine weitere Möglichkeit für die Alterskontrolle könnte darin bestehen, diese systematisch beim Empfang der Ware durchzuführen. Beispielsweise bietet der Postdienst in Deutschland die kostenpflich-

tigen Optionen «ab 16» und «ab 18» an, mit denen eine Alterskontrolle bei der Lieferung verlangt werden kann.

Was nun?

Der Jugendschutz bzw. die Verkaufs- und Abgaberegulungen für Alkohol und Tabak dürfen sich nicht nur auf den physischen Markt beschränken, sondern müssen auch auf das Internet ausgeweitet werden. In der gegenwärtigen Situation besteht das Risiko, dass der besser kontrollierte Zugang zu diesen Produkten in Geschäften oder Restaurants dazu führt, dass Jugendliche auf den Online-Kauf ausweichen. Die Zunahme der Dienstleistungen, wie z. B. die fast sofortige Lieferung von alkoholischen Produkten, erfordert zusätzliche Kontrollen.

In dieser Situation ist das Engagement der zuständigen (politischen) Instanzen erforderlich, um den Online-Verkauf von Alkohol und Tabakprodukten wirksam zu regulieren, den Konsum von Alkohol und Tabak durch Minderjährige zu verhindern und so die Gesundheit der Jugendlichen zu schützen.

Luca Notari, Senior Projektleiter, Forschungsabteilung, Sucht Schweiz, und **Jeanne Vorlet**, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Forschungsabteilung, Sucht Schweiz



Literatur

Chok L., Cros J., Lebon L., Zürcher K., Dubuis A., Berthouzoz C., Suris J.C., Barrense-Dias Y. Enquête sur l'usage et les représentations des cigarettes électroniques jetables (puffs) parmi les jeunes romand-es. Lausanne, Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2023 (Raisons de santé 344)

Delgrande Jordan M., Balsiger N. & Schmidhauser V. (2023). La consommation de substances psychoactives des 11 à 15 ans en Suisse - Situation en 2022 et évolution dans le temps - Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Rapport de recherche No 149. Lausanne: Addiction Suisse

Labhart F., & Gmel G. (2022). Changements des habitudes de consommation et d'achat d'alcool durant la première année de la crise du COVID-19 et facteurs de risque associés. Lausanne: Addiction Suisse

Notari L., Vorlet J. (2023). Alkoholtestkäufe 2022. Nationaler Bericht über den Alkoholverkauf an Minderjährige. Sucht Schweiz, Lausanne, Schweiz



Vom Medikament zur Droge – und zurück

Die Doppelbedeutung des englischen Wortes «drug», das sowohl eine Droge als auch ein Medikament bezeichnen kann, unterstreicht deren enge funktionelle Verwandtschaft. Die nur scheinbar konträren Rollen sind dabei keineswegs unveränderlich. Sowohl historisch als auch in gegenwärtigen gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Entwicklungen finden sich viele Beispiele für die unbeständige Abgrenzung zwischen Heil- und Rauschmittel. Ob eine Substanz eine gesetzlich kontrollierte Droge oder doch ein Medikament ist, ist eher eine soziologische als eine medizinische Frage. Die medizinische Sicht ist auf den ersten Blick eher trivial: Oft hängt es schlicht von der Dosis oder dem Beschaffungsrahmen – ärztlich verschrieben oder auf dem Schwarzmarkt erworben – ab. Letztendlich definiert aber die Gesellschaft oder der Staat, welche Substanz in welchem Kontext gerade als Droge oder als Medikament gilt und ihre Einnahme als deviant oder akzeptiert. Hierzu sei auf den amerikanischen Soziologen Howard S. Becker verwiesen, der sich in seiner Labeling-Theorie ausführlich mit dieser Frage beschäftigt hat. Er beschrieb dies so: «Wenn eine Substanz auf eine Weise eingenommen wird, die als unangemessen ange-

sehen wird, von einem Personenkreis, der als ungeeignet angesehen wird, und für einen Zweck, der ebenfalls als unangemessen angesehen wird, ist die Substanz ein Kandidat für die Definition (einer Droge).» (Becker, 2001).

Für die meisten gängigen psychoaktiven Substanzen, die zum Erlangen einer Euphorie eingesetzt werden können, wird ein medizinischer Nutzen vermutet – und in einigen Fällen wurde dieser bereits nachgewiesen. Insofern ist davon auszugehen, dass in der Zukunft zunehmend Substanzen, die als illegale Drogen betrachtet wurden, medizinisch eingesetzt werden. Bereits heute lassen sich die Halluzinogene, MDMA oder Cannabis als Beispiel, für einen solchen Rollenwechsel nennen. Bemerkenswerte Ausnahmen stellen aber die beiden am weitesten verbreiteten Substanzen dar, für die nämlich gerade kein (Tabak) oder nur ein geringer (Alkohol zur Desinfektion) medizinischer Nutzen besteht. Umgekehrt werden in der Entwicklung neuer Medikamente heutzutage regelmässig auch die psychotropen, abhängigkeiterzeugenden Eigenschaften geprüft, um Suchterkrankungen zu vermeiden oder zumindest entsprechende Warnhinweise aufzunehmen.

Wie die Grenze zwischen Medikament und Droge überschritten wird, soll im folgenden Artikel anhand zweier konkreter Beispiele aufgezeigt werden.

Opioide

«Opium» bezeichnet den getrockneten Saft der Schlafmohnkapsel, der eine Vielzahl an pharmakologisch wirksamen und unwirksamen chemischen Verbindungen, die «Opiate», enthält. Vom Begriff der «Opiate» wird derjenige der «Opioide» abgegrenzt, der sämtliche an Opioidrezeptoren wirkende, auch chemisch hergestellte, Substanzen umfasst. Der bekannteste Vertreter beider Gruppen ist das Morphin, dessen Name sich von Morpheus, dem griechischen Gott der Träume, ableitet.

Die ältesten Hinweise für die Nutzung von Schlafmohn durch den Menschen wurden auf ca. 5000 v. Chr. datiert. Dieser verbreitete sich seit dem 8. Jahrhundert über die Türkei und Persien bis nach Indien und China. Seit dem 16. Jahrhundert gilt der Einsatz von Opium als Rauschmittel als gesichert. Im 17. Jahrhundert wurde Opium durch die Portugiesen und die Niederländer in China eingeführt, wo es in der Pfeife geraucht wurde und sich rasch verbreitete. Die später folgenden Versuche Chinas, den

Handel mit Opium und damit die weitere Ausbreitung des Konsums zu stoppen, führte zu den Opiumkriegen, in denen die englische Krone und später auch Frankreich und die USA ihr Exportrecht mit Waffengewalt sicherstellten.

Die Einzelsubstanz Morphin wurde 1804 erstmals isoliert und in den 1820er-Jahren in Deutschland und Frankreich als Schmerzmedikation, aber auch zur Bekämpfung verschiedener anderer Gebrechen eingesetzt. Im Jahr 1874 erfolgte die erste Synthese von Heroin (zweifach acetyliertes Morphin), das von der Firma Bayer ab dem Jahrhundertwechsel mit der vermeintlichen Eigenschaft eines geringeren Abhängigkeitspotenzials vermarktet wurde. Die Beobachtung, dass die Abhängigkeit von Heroin im Vergleich zu Morphin tatsächlich schneller und stärker eintritt, führte 1931 zum Produktionsstopp durch Bayer. Dennoch stieg die Zahl der Abhängigen über die folgenden Jahrzehnte zunehmend an und erreichte in der Schweiz Anfang der 1990er-Jahre mit den offenen Drogenszenen einen Höhepunkt. Der Wendepunkt trat schliesslich durch eine von der schweizerischen Öffentlichkeit kontrovers diskutierte Massnahme ein: die Einführung der Schadensminderung im Rahmen der Vier-Säulen-Politik, die auch die medizinische Verschreibung von Heroin («heroingestützte Behandlung») zur Stabilisierung der schweren Opioidabhängigkeit beinhaltete (Uchtenhagen, 2010). Die vormals ausschliesslich illegale und mit Streckmitteln verunreinigte Strassendroge vollzog in der Schweiz den Wandel zu einem pharmazeutischen Produkt, dessen Einsatz als Medikament bis heute einen der grössten Erfolge der modernen Suchtmedizin darstellt.

Parallel zum Rollenwechsel des Heroins in der Schweiz fand in den USA eine diametrale Entwicklung statt: der Wandel eines Opioids vom Medikament zur Droge. Die aggressive und irreführende Vermarktung von Oxycodon als Schmerzmittel mit vermeintlich geringem Abhängigkeitspotenzial führte in Nordamerika zu einer viel zu breiten Verschreibungspraxis. Die niederschwellige Verfügbarkeit liess die Zahl der Menschen mit einer Abhängigkeit von verschreibungspflichtigen Opioiden stark ansteigen. Die in Nordamerika folgenden Bemühungen für eine restriktivere Opioidverschreibung



Chinesische Opiumpfeife



Mischt man codeinhaltigen Hustensaft mit Sprite erhält man den in der Partyszene beliebten Purple Drank.

fürten dazu, dass viele Langzeitverordnungen plötzlich gestoppt wurden. Die Abhängigkeit der Betroffenen bestand jedoch weiterhin und die Behandlungsangebote fehlten. Konsequenterweise blühte der Opioidschwarzmarkt auf. Die resultierende Überdosiskrise fordert allein in den USA jährlich über 100 000 Menschenleben.

In der Schweiz lässt sich glücklicherweise keine vergleichbar katastrophale Entwicklung wie in den USA beobachten. Dennoch wird die Zahl der Menschen mit einer Opioidabhängigkeit hier auf 25 000 geschätzt. Zahlen, die Aufschluss über den relativen Anteil der Heroinabhängigkeit und der Schmerzmittelabhängigkeit geben, existieren leider nicht. Allerdings gab in einer Untersuchung einer Zürcher Stichprobe jeder fünfte 20-Jährige an, bereits mindestens einmal im Leben Opioide ohne medizinische Indikation eingenommen zu haben (Quednow et al., 2022). Am häufigsten berichten Jugendliche die Einnahme von Codein, das medizinisch unter anderem als Hustenstiller verwendet wird. Über 5% geben zudem an, mit opioidhaltigen Schmerzmitteln experimentiert zu haben. Besorgniserregend ist dies insbesondere bei gleichzeitigem Bestehen von zusätzlichen Risikofaktoren für eine Abhängigkeitsentwicklung wie z. B. Substanzstörung in der Familien- oder eigenen Vorgeschichte, jüngeres Lebensalter, männliches Geschlecht, niedriger Bildungsstand und Arbeitslosigkeit, sexueller Missbrauch in der Kindheit, psychiatrische Begleiterkrankungen und die langfristige und hochdosierte Einnahme (Kaye et al., 2017).

Benzodiazepine

Im Vergleich zu den Opioiden ist die Geschichte der Benzodiazepine deutlich jünger. Das erste Benzodiazepin Chlordiazepoxid wurde Ende der 1950er-Jahre von Leo Sternbach synthetisiert und bereits 1960 zur Behandlung «emotioneller, psychosomatischer und muskulärer Störungen» zugelassen. Die rasch aufeinanderfolgende Entdeckung neuer Benzodiazepine führte zu einem rasanten Anstieg der Produktion. Ähnlich wie bei Heroin wurden sie zunächst als weniger abhängigkeitszeugend und schädlich als die bis dahin für die gleichen Indikationen verwendeten Substanzen – die Barbiturate – betrachtet. Das führte zu einer einigermaßen unkritischen und niederschweligen Verordnungspraxis und in weiterer Folge zu einem

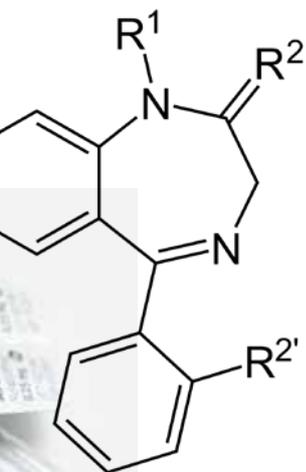


Benzodiazepine werden zu häufig und zu lange verschrieben. Sie gehören zu den meistverschriebenen Medikamenten überhaupt.

Siegeszug der Benzodiazepine durch die moderne Medizin. Tatsächlich gehören sie zu den meistverschriebenen Medikamenten überhaupt. Es zeigte sich jedoch vergleichsweise rasch, dass ihre Einnahme sowohl psychische als auch physische Abhängigkeit nach sich ziehen kann. Als weniger abhängigkeiterzeugende Alternative zu den Benzodiazepinen wurden die eng verwandten Z-Substanzen entwickelt, die dieses Versprechen jedoch nicht einhalten konnten. Dennoch werden sowohl Benzodiazepine als auch Z-Substanzen immer noch zu häufig und zu lange verschrieben. Heute geht man davon aus, dass etwa 10% aller Menschen, die Benzodiazepine einmal in ihrem Leben einnehmen, im weiteren Verlauf eine Abhängigkeit entwickeln (Anthony et al., 1994).

Abhängigkeit ist in diesem Fall jedoch nicht gleich Abhängigkeit: Eine Besonderheit der Benzodiazepine ist die Unterscheidung zwischen der Niedrigdosis- und der Hochdosisabhängigkeit (Vogel & Caflisch, 2018). So sind bei Ersterer die üblicherweise verwendeten Kriterien zur Diagnosestellung, wie etwa Toleranzentwicklung, Dosissteigerung, Craving oder Vernachlässigung von Pflichten und Interessen in der Regel gar nicht vorhanden. Die Diagnose der Abhängigkeit begründet sich vielmehr in den Entzugssymptomen bei plötzlichem Einnahmestopp und der Fixierung auf die Einnahme durch die Betroffenen. Interessanterweise ist bei der Niedrigdosisabhängigkeit die Wirksamkeit der langfristig bestehenden Dosis hinsichtlich der Symptomlinderung oft weiter vorhanden. Trotzdem oder auch gerade deswegen gelingt der Abbau vielen Patientinnen und Patienten nicht, obwohl potenziell unerwünschte Nebenwirkungen wie Gedächtnisstörungen oder Gangunsicherheit auftreten können. Insgesamt würden aber wahrscheinlich nur wenige bei dieser Art der Einnahme von einer «Droge» sprechen.

Anders verhält es sich bei der Hochdosisabhängigkeit, bei der Betroffene typischerweise Dosen einnehmen, die weit über der zugelassenen Höchstmenge liegen. Die Einnahme erfolgt dabei nicht selten auch geschnifft oder injiziert. Hier geht es neben einer Behandlung allfälliger Symptome insbesondere darum, eine Euphorie oder High zu spüren. Bei den Konsum-



Verhinderung einer ärztlich verursachten Abhängigkeit

Um die Entstehung einer ärztlich verursachten Abhängigkeit zu verhindern, sollten bei der Verschreibung von Benzodiazepinen wie auch Opioiden gemeinsame Grundprinzipien beachtet werden: Die Dosis sollte so gering wie möglich gewählt, die Dauer der Einnahme auf wenige Tage bis Wochen begrenzt und die Indikationsstellung mit grösster Sorgfalt durchgeführt werden. Patientinnen und Patienten müssen über die einschlägigen Nebenwirkungen, darunter besonders die Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung, aufgeklärt werden, so dass die Einnahme der Substanzen von Beginn an im Bewusstsein der Risiken erfolgt. Das Ideal dieser «aufgeklärten Einnahme» gilt dabei natürlich für jede Substanz – ob als Medikament oder Droge.

mierenden handelt es sich oft um Personen mit mehrfachem Substanzkonsum, es liegen also Kombinationen mit Opioiden oder Stimulantien vor. Daneben bestehen häufig schwerwiegende begleitende psychische Erkrankungen (Lader, 2011).

Leider fehlen aktuelle Daten zur Zahl der Menschen in der Schweiz, die eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen aufweisen. Zwischen 2013 und 2018 sind die Bezüge dieser Mittel jedoch zurückgegangen (Wertli et al., 2020). Im letzten verfügbaren Suchtmonitoring von 2016 gaben 11% der Befragten an, im vergangenen Jahr Schlaf- oder Beruhigungsmittel (im Wesentlichen sind dies Benzodiazepine) eingenommen zu haben, 3.3% täglich (Gmel et al., 2018). Eine andere Erhebung von BAG und BFS kommt zum Schluss, dass 2022 2.1% der Schweizerinnen und Schweizer über 15 Jahren fast täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel einnahmen (Bundesamt für Gesundheit [BAG] & Bundesamt für Statistik [BFS], 2023). Dabei war der Anteil in der ländlichen Bevölkerung etwas höher als in der städtischen und in der Romandie höher als in der Deutschschweiz. Aufgrund veränderter Methodik sind die Zahlen nicht



Im Gegensatz zu illegalen Substanzen werden bei als Medikamente deklarierten Substanzen die negativen Nebenwirkungen nicht als relevant wahrgenommen.

völlig vergleichbar, aber sie deuten doch darauf hin, dass die Zahl der Betroffenen gleichbleibt oder allenfalls leicht zurückgeht. Natürlich weist aber nicht jede/jeder dieser Befragten eine Abhängigkeitserkrankung auf. Grundsätzlich ist das Risiko, diese zu entwickeln, für Frauen höher als für Männer und steigt mit zunehmendem Alter an (Vogel & Caflisch, 2018). In dieser Hinsicht stellen die Benzodiazepine eine Ausnahme dar im Vergleich zu anderen bekannten Drogen wie Alkohol, Cannabis oder Kokain, bei denen sich die Geschlechter- ebenso wie die Altersverteilung umgekehrt darstellen. Über 80 % der Einnahmen erfolgten im Kontext einer ärztlichen Verschreibung (Gmel et al., 2018).

In den Medien fanden sich zuletzt immer wieder Berichte über Jugendliche, die im Anschluss an eine Einnahme von Benzodiazepinen wie Xanax Überdosen erlitten, meist in Kombination mit Alkohol oder Opioiden. Inwiefern es sich hierbei um ein breiteres Phänomen handelt, bleibt abzuwarten. Der klinische Eindruck einer leichten Zunahme von Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Konsummustern wird aber gestützt von Zahlen aus Zürich, nach denen etwa 6 % der 20-Jährigen schon einmal Benzodiazepine nichtmedizinisch gebraucht haben (Quednow et al., 2022).

Schlusswort

Letztendlich neigen die Menschen dazu, ihre Umwelt in dichotome Kategorien wie «gut» und «böse» oder «richtig» und «falsch» einzuteilen. Auch psychoaktive Substanzen werden oftmals in solchen Kategorien beurteilt. Die Einordnung erfolgt in erster Linie nach gesellschaftlichen Normen, aber auch in Zusammenhang mit dem Kontext der Einnahme oder den wahrgenommenen subjektiven Auswirkungen. Es gibt anerkannte Substanzen, deren Einnahme grundsätzlich gesellschaftlich akzeptiert (wie Alkohol und Tabak) oder sanktioniert wird (wie Heroin und Kokain). Bei Substanzen, die gleichzeitig als Medikament vermarktet oder wahrgenommen werden, verändert sich diese Einordnung. So werden zugelassene Medikamente eher als sicher und vermeintlich weniger schädlich angesehen und sind gesellschaftlich insgesamt akzeptierter. Beispielhaft dafür ist, dass die möglichen negativen gesundheitlichen Effekte, sogenannte «Nebenwirkungen», bei Medikamenten in der wahrgenommenen Relevanz zurücktreten. Umgekehrte Prozesse zeigen sich bei primär illegalisierten Substanzen. Sie werden als gefährlich und schädlich betrachtet – ihre Einnahme gilt als subversiver und generell misstrauenserregender Akt. Dass dieselben Substanzen im Einsatz als Medikament einen vielfältigen Nutzen bringen können, tritt hinter dieser Wahrnehmung zurück oder wird in der gesellschaftlichen Betrachtung gar grundsätzlich ausgeschlossen. Die Geschichte der Opioiden und Benzodiazepine zeigt, wie flüchtig der Rollentausch zwischen Medikament und Droge stattfinden kann, und dass eben diese gesellschaftlichen Wahrnehmungen weder zwingend logisch noch durchgehend sinnvoll sind.

Maximilian Meyer und Marc Vogel, Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

» Das detaillierte Literaturverzeichnis wird Ihnen auf Anfrage von der Redaktion gerne zur Verfügung gestellt.

Unterstützung und weiterführende Informationen

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

Falls Sie

- mehr allgemeine Informationen über Substanzen und Verhaltenssuchten,
- eine individuelle Beratung für Betroffene, Angehörige oder Arbeitgeber,
- Hilfe bei der Suche nach weiteren Unterstützungsmöglichkeiten

wünschen, können Sie sich an eine der aufgeführten Beratungsstellen wenden.

Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements Basel-Stadt

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

Abteilung Sucht

Malzgasse 30, 4001 Basel
Tel. 061 267 89 00
abteilung.sucht@bs.ch
www.sucht.bs.ch

Blaues Kreuz beider Basel

Das Blaue Kreuz bietet Beratung und Unterstützung zum Thema Alkohol und Sucht.

Blaues Kreuz beider Basel

Peter Merian-Strasse 30, 4052 Basel
Tel. 061 261 56 13
basel@mituns.ch
www.mituns.ch

MUSUB beider Basel

Die Multikulturelle Suchtberatungsstelle (MUSUB) bietet Beratung und Begleitung für fremdsprachige Erwachsene und Jugendliche mit problematischem Substanzkonsum und Verhaltenssuchten.

MUSUB beider Basel

Peter Merian-Strasse 30, 4052 Basel
Tel. 061 273 83 05
musub@mituns.ch
www.mituns.ch

Suchthilfe Region Basel

Die Suchthilfe Region Basel bietet ein umfassendes Angebot für Menschen mit einer Suchterkrankung oder einem problematischen Konsum: von Beratung über Behandlung und Reintegration bis zu Time-out und schadensmindernden Massnahmen.

Suchthilfe Region Basel

Müllhauserstrasse 113, 4056 Basel
Tel. 061 385 22 00
www.suchthilfe.ch

Stiftung Sucht

Die Stiftung Sucht unterstützt durch ihre unterschiedlichen Angebote in den Bereichen Therapie, Arbeitstraining und Überlebenshilfe Menschen mit einer Suchtproblematik.

Stiftung Sucht

Wallstrasse 16, Postfach 238, 4010 Basel
Tel. 061 271 49 59
admin@stiftungsucht.ch, www.stiftungsucht.ch

frauenOase

des Vereins frau sucht gesundheit

Die frauenOase ist eine niederschwellige Anlauf- und Beratungsstelle für Frauen mit Lebensmittelpunkt auf der Gasse. Das Angebot richtet sich an suchtmittelabhängige Frauen, an psychisch erkrankte sowie von Armut betroffene Frauen.

frauenOase

Haltingerstrasse 97, 4057 Basel
Tel. 061 693 22 59
verein@frauenoase.ch, www.frauenoase.ch

Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen

Das Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen der UPK Basel bietet ein spezialisiertes Beratungs- und Behandlungsangebot für Personen, die unter einer Beeinträchtigung durch eine Abhängigkeit leiden, sei dies aufgrund von Substanzen oder einer Verhaltenssucht. Das Zentrum ist in mehrere Abteilungen unterteilt.

Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen (ZAE)

Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel
Tel. 061 325 51 11
info@upk.ch, www.upk.ch

Arud Zentrum für Suchtmedizin

Die Arud bietet individuelle Unterstützung und Behandlung bei allen Abhängigkeitserkrankungen und Hepatitis C an.

Arud Zentrum für Suchtmedizin

Schützengasse 31, 8001 Zürich
Tel. 058 360 50 00
arud@arud.ch
www.arud.ch

Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung der Universität Zürich

Das Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) ist ein Forschungszentrum mit Schwerpunkt in allen Bereichen des Suchtmittelmissbrauchs. Das ISGF setzt sich aus einem interdisziplinären Team von Sucht- und Gesundheitsforschenden zusammen.

ISGF Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung

Konradstrasse 32, 8005 Zürich
Tel. 044 448 11 60
isgf@isgf.uzh.ch
www.isgf.uzh.ch

Fachverband Sucht

Der Fachverband Sucht ist der Verband für Fachorganisationen der Suchtprävention und Suchthilfe in der Deutschschweiz. Er vertritt die Interessen der Sucht-Fachorganisationen gegenüber Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit und stellt Lerngelegenheiten sowie eine Austauschplattform für den Suchtbereich zur Verfügung.

Fachverband Sucht

Weberstrasse 10, 8004 Zürich
info@fachverbandsucht.ch
www.fachverbandsucht.ch

Kostenlose Online-Beratung zu Suchtfragen

www.safezone.ch

Die Internetplattform bietet anonyme und kostenlose Information und Beratung bei Fragen zu Verhaltenssüchten, Suchtmitteln und Suchtproblemen.

www.suchtschweiz.ch

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

