

Bericht der Gesundheits- und Sozialkommission  
des Grossen Rates

betreffend

**Suchtbericht**

(Drogenbericht 2)

sowie

Bericht zum Anzug Albert Meyer und Konsorten  
betreffend Koordination und Umstrukturierung der  
Institutionen im Drogenbereich

vom 24. November 2004 / 048104

## Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkungen	2
2.	Suchtmittel und ihre Verbreitung	4
2.1	Legale Drogen	4
2.1.1	Alkohol	4
2.1.2	Tabak	6
2.1.3	Medikamentenmissbrauch	8
2.2	Illegale Drogen	10
2.2.1	Cannabis	11
2.2.2	Kokain	13
2.2.3	Heroin	14
2.2.4	Ecstasy, Amphetamine und amphetaminähnliche Substanzen (Partydrogen)	15
2.3	Spielsucht	18
2.4	Spannungsfelder im Drogenbereich	19
2.5	Prävention als Erfolgsschlüssel	21
3.	Evaluation der Projekte AV und AVI sowie Bestandesaufnahme Ambulante Suchtberatung	23
3.1	Evaluation AV und AVI	23
3.2	Bestandesaufnahme Ambulante Suchtberatung Basel-Stadt 2002	24
3.3	Schlussfolgerungen der GSK	26
4.	Aktuelle Drogensituation im öffentlichen Raum: Anhörung von Vertretern der Quartiere, der K+A und der Verwaltung	27
5.	Zusammenfassung und generelle Empfehlungen	29
6.	Antrag	31
7.	Abkürzungsverzeichnis	33

## 1. Vorbemerkungen

Bereits vor zwei Jahren hat die GSK dem Grossen Rat einen Bericht zur Drogenpolitik vorgelegt: „Erörterung des drogenpolitischen Konzepts des Kantons Basel-Stadt“, Ratschlag 9170. Dieser Bericht wurde an der Bündelitagssitzung 2002 behandelt. Konkret lag der GSK der Anzug Meyer und Konsorten betreffend „Koordination und Umstrukturierung der Institutionen im Drogenbereich“ vor, den die Regierung im Schreiben Nr. 0156 dem Rat beantwortet hatte. Im Folgenden wird dieser GSK-Bericht „Drogenbericht 1“ genannt. Die Regierung hatte dabei den Antrag auf Abschreibung gestellt; die GSK hat das unterstützt. In diesem Punkt ist eine Mehrheit des Rates der Regierung und der GSK *nicht* gefolgt. Sie hat den Anzug stehen lassen und ihn gleichzeitig der GSK zur Berichterstattung überwiesen.

Die GSK erfüllt diese Vorgabe, für die eine Zweijahresfrist gilt, mit Verspätung. Eine der Hauptfragen betreffend „Koordination und Umstrukturierung der Institutionen im Drogenbereich“ an die Regierung drehte sich um die Projekte AV und AVI. Zu diesen war von der Regierung ein Evaluationsbericht in Aussicht gestellt worden. Die GSK hat an ihrer Sitzung vom 16. Juni 2004 eine Zusammenfassung dieser Evaluation erhalten. Ebenso hat sie Kenntnis von der Kurzfassung „Bestandesaufnahme Ambulante Suchtberatung Basel-Stadt 2002“ erhalten.

In ihrem Drogenbericht 1 hatte die GSK zahlreiche Empfehlungen an die Regierung gerichtet. Einige seien hier in Erinnerung gerufen:

- Die Forschungsmittel im Bereich der Prävention seien zu erhöhen,
- die Datenlage sei zu verbessern und die Grundlagenforschung auszubauen,
- es sei zu überlegen, ob die Funktion eines/einer Drogendelegierten mit umfassenden Kompetenzen nicht wieder eingeführt werden sollte,
- dem Phänomen des Folienrauchens sei mehr Beachtung zu schenken, insbesondere seine wissenschaftliche Beurteilung,
- die Projekte AV und AVI seien einer externen Evaluation zu unterziehen,
- im Bereich von Cannabis sei dem Jugendschutz besondere Beachtung zu schenken.

Die GSK begrüsst ausdrücklich, dass die Regierung dem Wunsch nach einer externen Evaluation der beiden Projekte AV und AVI gefolgt ist und diese inzwischen vorgelegt hat.

In ihrem Suchtbericht (Drogenbericht 2) möchte die GSK einen anderen Weg als vor zwei Jahren einschlagen. Der Drogenbericht 1 orientierte sich stark an der Vier-Säulen-Politik des Bundes, die in Basel ihre besondere Geschichte hat, ja recht eigentlich in Basel begründet worden ist. Basel war während Jahren eine Vorreiterin und eine Vorzeigestadt aufgeschlossener und wirkungsvoller Drogenpolitik. Mittlerweile haben andere Städte Basels Politik übernommen.

Im vorliegenden Suchtbericht geht es der GSK mehr um die Einordnung der Drogenpolitik in die Gesellschaft und deren Umgang mit Suchtmitteln generell. Die Drogenpolitik, d.h. der Umgang mit illegalen Drogen und den suchtmittelabhängigen Menschen war jahrelang Thema bei Bevölkerung und Medien. Die Auswirkungen im öffentlichen Raum machen dies verständlich.

Dennoch möchte die GSK die Drogenpolitik in einem Gesamtzusammenhang sehen. Neben dem Missbrauch der illegalen Suchtmittel gibt es den Missbrauch legaler Suchtmittel und Substanzen, die dem Gemeinwohl enorme Kosten verursachen. Die Rede ist in erster Linie von Alkohol und Tabak, dann aber auch von Medikamenten- und Spielsucht. Erlebnissucht („sensation seeking“) und Arbeitssucht seien nur in den Vorbemerkungen erwähnt. Ein gesellschaftlich zunehmend brisantes gesundheitspolitisches Thema ist das Übergewicht, allen voran jenes von Kindern. Die GSK erachtet dieses Thema als so wichtig, dass sie dazu einen Anzug einreichen wird.

Die GSK versucht keine moralische Wertung, sondern eine nüchterne Betrachtung der Kostenfolgen von Sucht und gesundheitsschädigendem Verhalten, soweit diese sich beziffern lassen.

Gesundheitspolitisch ist der Missbrauch von Suchtmitteln bei Jugendlichen und Kindern ein enormes Problem, möglicherweise das gesundheitspolitische Problem Nummer 1 in Basel und in der Schweiz. In diesem Bereich besteht seitens der Behörden Handlungsbedarf, auf Bundesebene wie auch auf der Ebene unseres Kantons und der Kantone. Kann man bei Erwachsenen für eine grösstmögliche Freiheit plädieren, so ist der Jugendschutz eine klare Aufgabe des Gemeinwesens, sprich des Staates. Die GSK unterstützt weitgehende Verbote für Werbung, die sich gezielt an Jugendliche richtet, wie auch weitgehende Verbote für den Verkauf von Tabak und Alkohol an Jugendliche. Weiter fordert sie von der Tabak- und Alkoholindustrie deutlich mehr Verantwortungsbewusstsein. Sie hält es für unglaublich, wenn die Tabakindustrie eine Werbekampagne gegen das Rauchen für unter 16-Jährige lanciert. Sie weiss um die kontraproduktive Wirkung von Verboten bei Jugendlichen. Verbote müssen nicht gegenüber Kindern und Jugendlichen ausgesprochen werden, sondern gegenüber Herstellern, Vermarktern und Werbern von Suchtmitteln. Die Angebotssteuerung lässt sich besser handhaben als die Nachfragesteuerung.

Die GSK kennt das Dilemma der Prohibition, an deren Wirkung sie nicht glaubt, und der Einhaltung des Jugendschutzes, der auch über Verbote und Beschränkungen erzwungen werden muss. Sie weiss ebenso um das Dilemma, dass zwischen akzeptierten und verschriebenen Medikamenten (insbesondere die Psyche beeinflussende Medikamente) und legalen und illegalen Drogen ein schmaler Grat besteht.

Die GSK weiss, dass es eine drogenfreie Gesellschaft nie gab und nie geben wird. Sie ist aber überzeugt, dass eine Gesellschaft mit weniger Suchtpotenzial und weniger süchtigen Menschen möglich ist. Deshalb sind für Abhängige nicht nur abstinenzorientierte Angebote wichtig, sondern auch Bemühungen, einen massvollen und sinnvollen Umgang mit Suchtmitteln zu finden.

Die GSK nimmt sich viel vor. Zwar existieren gewisse Zahlen. Allerdings sind es allzu oft „weiche“ Daten, die nicht immer leicht nachvollziehbar sind und je nach Interpretation stark schwanken können. Zum anderen sind es oft schweizerische Zahlen, die nur schwer auf die baselstädtische Realität heruntergebrochen werden können. Insofern beansprucht die GSK nicht wissenschaftliche Genauigkeit, wenngleich die vorgelegten Zahlen nach wissenschaftlichen Kriterien erhoben worden sind. Ziel ist eine Versachlichung der drogenpolitischen Diskussion und die Lancierung einer neuen Betrachtungsweise. In Tat und Wahrheit verursachen insbesondere Alkohol und Tabak ein Vielfaches an Kosten und Leid als alle illegalen Drogen zusammen.

Erst in einem zweiten Teil geht die GSK auf die Evaluation der Projekte AV und AVI, den Anzug Albert Meyer und Konsorten und die Bestandesanalyse Ambulante Suchtberatung Basel-Stadt 2002 ein. Zudem versucht sie aufgrund einer Anhörung von Vertretern der Quartiere, der Kontakt- und Anlaufstellen (K+A) und der Verwaltung eine Einschätzung der aktuellen Situation der Drogenproblematik im öffentlichen Raum. Zum Quartier St. Johann wird die GSK einen Anzug einreichen.

## 2. Suchtmittel und ihre Verbreitung

### 2.1 Legale Drogen

#### 2.1.1 Alkohol

##### Verbreitung

Weltweit ist Alkohol die am meisten gebräuchliche resp. missbrauchte psychoaktive Substanz. Mit Ausnahme einiger muslimischer Länder ist sie praktisch überall legal erhältlich. In der Schweiz sind Bier und Wein ab 16 Jahren, Spirituosen und Alcopops ab 18 Jahren frei erhältlich. Seit einiger Zeit üben die Behörden verstärkten Druck auf die Anbieter aus, diese Jugendschutzbestimmungen einzuhalten.

Schätzungsweise 41 Mio. Erwachsene in Europa trinken zu viel oder sind alkoholabhängig, wobei der Anteil der betroffenen Männer wesentlich höher ist als jener der Frauen. 66% dieser Menschen erhalten keine Therapie. In der Schweiz geht man von mindestens 300'000 Alkoholabhängigen und 450'000 Betroffenen (Angehörige) aus.

Jährlich fließen geschätzte 600 Mio. Franken Bundesmittel in den Weinanbau.

#### AlkoholkonsumentInnen nach Risikoklasse



	M †	F †	total %	Personen
kein Risikokonsum	70.6%	81.8%	76.1%	3'645'000
chronische	1.1%	2.6%	1.8%	87'000
episodisch	23.1%	14.0%	18.7%	895'000
kumuliert	5.2%	1.6%	3.4%	164'000

Quelle: BAG/EAV/SFA, „Alles im Griff“

Rund 1 Mio. Personen in der Schweiz weisen einen „risikoreichen Alkoholkonsum“ auf; d.h. sie trinken chronisch, episodisch („Rauschtrinken“) oder in unangemessenen Situationen. Alarmierend ist insbesondere der hohe Anteil an jungen Konsumierenden unter den Risikotrinkenden: 28,6% der 15- bis 24-Jährigen und 26,3% der 25- bis 34-Jährigen trinken in problematischem Ausmass. Bei den Älteren stabilisiert sich der Anteil bei gegen 15%.

Sorge bereitet Präventionsexperten der grassierende Konsum von Alcopops unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Im Jahre 2001 stellte die Alkoholverwaltung eine 16-fache Zunahme bei den Importen fest. Wurden 2000 1,7 Mio. Flaschen importiert, so waren es 2001 28 Mio. und 2002 gar 38 Mio. Flaschen. 23% wurden von Jugendlichen getrunken. Alcopops gehören mittlerweile zum Lebensstil. Durch Alcopops wird die Schwelle reduziert, die den Zugang zu stärkeren alkoholischen Getränken markiert. Alcopops haben also eine klare Anfixfunktion. Seit 1. Februar 2004 erhebt der Bund eine Sondersteuer von 1.80 Franken auf jedes Fläschchen. Seither nimmt der Alcopop-Absatz ab.

**Verbrauch alkoholischer Getränke je Kopf der Wohnbevölkerung in der Schweiz**  
**Consommation de boissons alcoolisées par habitant en Suisse**

Jahr Année	Wen Vin	Obstwein Cidre	Bier Bière	Gegorene Getränke Boissons fermentées	Spirituosen Boissons distillées	Gesamt- verbrauch Consommation totale
	Liter effektiv - Litres effectifs			Liter 100%	Litres 40%	
1981	49,3	5,1	70,2	8,9	5,2	11,0
1982	49,3	5,0	71,9	9,1	5,5	11,3
1983	48,3	5,4	70,3	8,9	5,4	11,1
1984	49,9	5,1	68,6	9,0	5,3	11,1
1985	49,6	4,9	69,2	9,0	5,4	11,2
1986	48,6	5,0	69,4	8,9	5,2	11,0
1987	49,5	4,7	69,3	9,0	5,1	11,0
1988	49,9	4,8	68,7	9,0	4,9	11,0
1989	49,5	4,4	69,3	9,0	4,7	10,9
1990	49,4	4,3	69,8	9,0	4,5	10,8
1991	48,6	3,8	70,0	8,9	4,5	10,7
1992	46,0	3,6	68,6	8,5	4,0	10,1
1993	46,0	3,4	65,0	8,3	4,1	10,0
1994	44,3	3,3	64,3	8,1	3,9	9,7
1995	43,6	3,1	62,2	7,9	3,7	9,4
1996	43,3	3,0	60,3	7,8	3,7	9,3
1997	43,5	3,0	59,2	7,7	3,7	9,2
1998	43,1	2,8	59,6	7,7	3,5	9,1
1999	43,5	2,6	58,6	7,7	3,6	9,2
2000	43,5	2,6	57,8	7,7	3,2	9,2
2001	43,1	2,5	57,4	7,6	4,0	9,2
2002	41,8	2,3	55,5	7,4	4,0	9,0
2003	40,9	2,3	58,1	7,4	4,2	9,0

1) Revidierte Zahlen - Chiffres révisés

Quelle: Eidgenössische Alkoholverwaltung 2004

In der Schweiz werden pro Kopf jährlich 9 Liter reinen Alkohols konsumiert. Zum Vergleich: In Australien betrug die Menge des konsumierten Alkohols im Jahr 2000 7,8 Liter pro Kopf. In der WHO-Länder-Hitparade der Alkoholverbraucher von 1999 belegte die Schweiz hinter Deutschland Platz 17. Frankreich belegte in dieser Liste den 6. Platz.

Alkohol ist auch in der Schweiz die mit Abstand am meisten konsumierte psychoaktive Substanz. Eine Schülerbefragung 1998 ergab, dass 8% der 15-jährigen weiblichen und 27% der 15-jährigen männlichen Jugendlichen jede Woche mindestens einmal Alkohol trinken.

Quellen: Weltgesundheitsbericht 2001; BAG/EAV/SFA, „Alles im Griff“; WHO, Global Report On Alcohol, 1999; alkoholpolitik.ch

### **Gesundheitliche Folgen**

Alkohol ist ein Zellgift, das alle menschlichen Organe schädigt. Langfristiger Alkoholkonsum in hohen Dosen erhöht das Risiko, an Krebs zu erkranken (Mund-, Rachen-, Speiseröhren-, Brustkrebs). Die WHO stuft den Alkoholkonsum weltweit als drittichtigsten Risikofaktor für ein Leben mit eingeschränkter Gesundheit ein.

In den medizinischen Abteilungen der Akutspitäler ist bei den 30- bis 50-jährigen Männern Alkoholismus die häufigste Diagnose. Alkohol hat ein sehr grosses Suchtpotenzial. Neben körperlichen Erkrankungen verursacht der Alkoholkonsum gravierende soziale Probleme. In der Schweiz sterben jährlich 2500 bis 3500 Personen durch alkoholbedingte Krankheiten oder Unfälle. Jeder zehnte Verkehrsunfall mit Verletzten und jeder fünfte mit Todesfolgen ist alkoholbedingt.

Um die Zahl der Verkehrsunfälle auf Schweizer Strassen zu reduzieren, plant der Bund eine ganze Reihe von Massnahmen, nicht zuletzt im Zusammenhang mit Alkohol am Steuer. So soll für Berufschaffende und Neulenkende ein generelles Alkoholverbot gelten. Die Kontrollen sollen verschärft und fehlbare Fahrzeuglenker empfindlicher bestraft werden. Ferner sollen Fahrausweise nur noch befristet erteilt werden.

8,5% aller verlorenen Lebensjahre (Tod vor dem 70. Lebensjahr) sind alkoholbedingt. In der Schweiz steht jeder zehnte Todesfall bei 15- bis 34-jährigen Männern im Zusammenhang mit Alkohol.

Heute ist man von der Abstinenzorientierung eher weggekommen. Die so genannten Anti-Craving-Substanzen versuchen das unbedingte Verlangen nach Alkohol zu verringern; also weg von der Nulldiät zu einem nicht gesundheitsschädigenden Verhalten.

Quellen: SFA; BAG; Beobachter-Ratgeber „Rausch und Risiko“.

### *Soziale Kosten*

Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkoholmissbrauchs sind in einigen europäischen Gesellschaften mit etwa 3% des Bruttonettoprodukts (BSP) veranschlagt worden. Das BAG schätzt die sozialen Folgekosten des Alkoholkonsums in der Schweiz auf 3 Mia. Franken.

Gemäss einer Studie des Instituts für Wirtschafts- und Regionalforschung (IRER) der Universität Neuenburg belaufen sich die durch den Alkoholmissbrauch entstehenden sozialen Kosten in der Schweiz sogar auf 6,5 Mia. Franken pro Jahr. Dabei entfallen laut IRER 2,2 Mia. Franken auf direkte materielle Kosten (medizinische Behandlungen, Therapien, Kompensation von Schäden, z.B. von alkoholbedingten Unfällen) und indirekte materielle Kosten wie Produktionsausfälle. Weitere 4,3 Mia. Franken veranschlagt das IRER für immaterielle Kosten des Alkoholkonsums (gesundheitliche Schäden am sozialen Umfeld von Trinkern, Gewalt, Verlust an Lebensqualität).

Quellen: Weltgesundheitsbericht 2001; BAG; Institut für Wirtschafts- und Regionalforschung (IRER), Universität Neuenburg

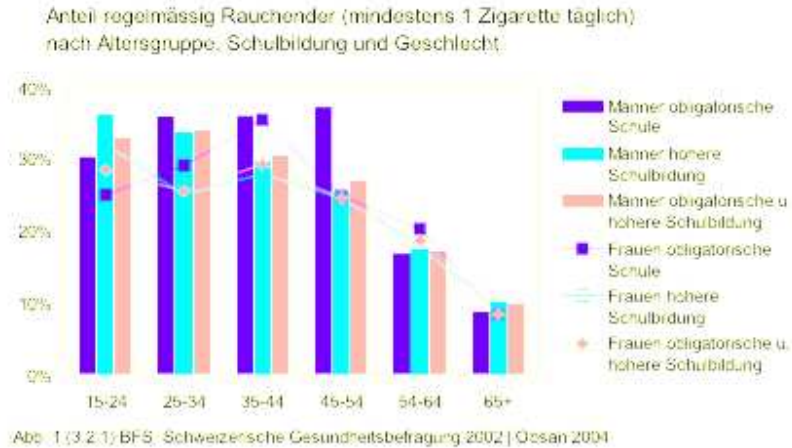
## **2.1.2 Tabak**

### *Verbreitung*

Laut Berechnungen der WHO gibt es weltweit gegenwärtig rund 1,3 Mia. Rauchende; 84% leben in Entwicklungs- und Schwellenländern. Wenn sich die Zahl der Rauchenden so weiter entwickelt wie bisher, rechnet die WHO für das Jahr 2025 mit 1,7 Mia. Rauchenden.

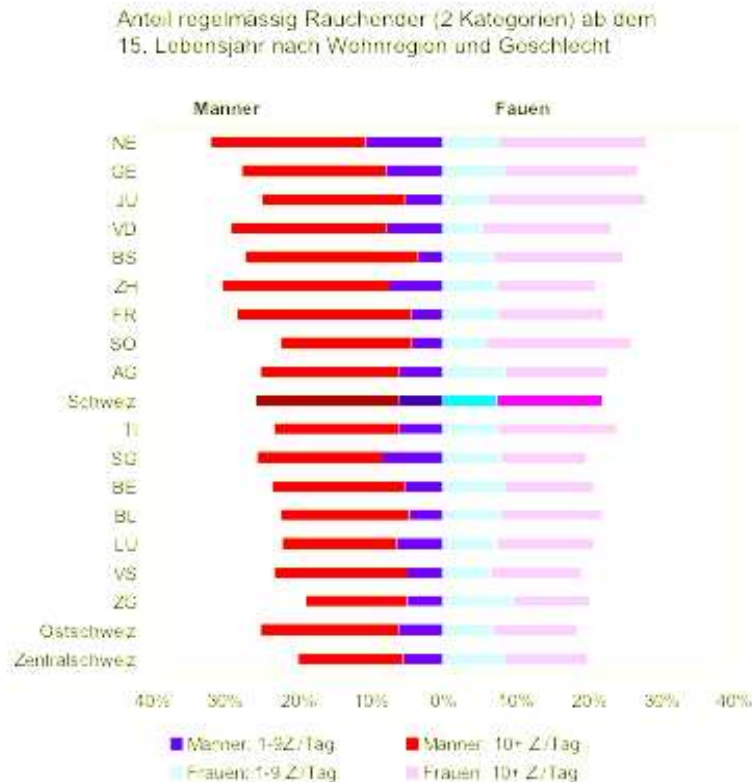
In der Schweiz gibt es fast 2 Mio. Rauchende. Das heisst: 31% der Bevölkerung ab dem 15. Altersjahr rauchen. Gemäss Gesundheitsumfragen, die vom Bundesamt für Statistik 1992, 1997 und 2002 in der Schweiz durchgeführt wurden, hat der Anteil der jugendlichen Rauchenden zwischen 15 und 19 Jahren stark zugenommen. Bei jungen Männern ist er zwischen 1992 und 1997 von 29% auf 41% angestiegen, bei den jungen Frauen gar von 18% auf 38%. Diese Zunahme konnte 2002 gestoppt werden – in diesem Jahr rauchten 35% der jungen Männer und 33% der jungen Frauen.

Etwa die Hälfte der Rauchenden (46%) möchte mit dem Rauchen aufhören. Ab 45 Jahren nimmt der Anteil der Rauchenden signifikant ab. Insgesamt ist ihr Anteil in der Schweiz leicht rückläufig.



Im Jahr 2003 wurden in der Schweiz rund 14,2 Mia. Zigaretten verkauft, das entspricht ungefähr 710 Mio. Zigarettenpaketen mit einem Verkaufswert von fast 3,7 Mia. Franken bzw. 360 Paketen pro rauchende Person und Jahr. Zigaretten sind legal erhältlich und dürfen aufgrund der geltenden Rechtslage auch an Kinder verkauft werden. Zigarettenautomaten – von denen es in Basel im Schweizer Städtevergleich ausgesprochen viele gibt – sind für jedermann frei zugänglich.

Jährlich fließen geschätzte 20 Mio. Franken Bundesmittel in den Tabakanbau.



### Gesundheitliche Folgen

Weltweit tötet das Rauchen rund 2,5 Mio. Menschen pro Jahr. In der Schweiz sterben jedes Jahr mehr als 8000 Personen vorzeitig an den Folgen des Tabakkonsums. Das sind mehr



als 20 frühzeitige Todesfälle pro Tag. 45% dieser Todesfälle werden durch tabakbedingte Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursacht, 25% durch Lungenkrebs, 18% durch Atemwegserkrankungen und 12% durch andere Krebsarten.

Die Lebensdauer von Rauchenden ist um 7 bis 8 Jahre reduziert. Rund 30 bis 50% aller Krankheiten in der Inneren Medizin und gegen 15% aller Todesfälle sind auf das Rauchen zurückzuführen. Rauchen ist mit Abstand die wichtigste vermeidbare Ursache für einen frühzeitigen Tod. Rauchen verursacht

- § über 90% aller Lungenkrebsfälle
- § über 80% aller Herzinfarkte vor dem 50. Lebensjahr
- § über 70% aller chronischen Lungenkrankheiten
- § über 30% aller Krebserkrankungen und Krebstodesfälle
- § über 30% aller ischämischen Herzkrankheiten und Schlaganfälle

Quellen: BAG; Zahlen und Fakten zum Tabakkonsum; rauchstopzentrum.ch

### *Soziale Kosten*

Die weltweiten volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens zu beziffern ist kaum möglich. Gemäss Angaben der WHO geben die USA jährlich 79 Mia. US-Dollar für die direkten gesundheitlichen Folgen des Rauchens aus. Dazu kommen der durch Rauchen verursachte Produktivitätsausfall und andere indirekte Kosten wie Umweltschäden. 1996 machten Zigarettenkippen ein Fünftel des in den USA aufgesammelten Mülls aus. 1987 tötete ein durch einen glühenden Zigarettenstummel verursachter Waldbrand in China 300 Menschen. 5000 wurden obdachlos, 1,3 Mio. Hektaren Land zerstört. Im Jahr 2000 starben weltweit 300'000 Menschen bei durch Rauchen verursachten Bränden; die Schäden dieser Brände beziffert die WHO mit 27 Mia. US-Dollar.

Die Schätzungen der volkswirtschaftlichen Kosten des Rauchens in der Schweiz gehen weit auseinander. Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) beziffert sie auf 5 Mia. Fr. pro Jahr: 1,2 Mia. für die Behandlung gesundheitlicher Folgen des Rauchens und 3,8 Mia. Franken für die indirekten Kosten (Produktivitätsausfall, Invalidität, vorzeitige Sterblichkeit). Eine Studie der Universität Neuenburg kommt auf 10 Mia. Fr.: Direkte Kosten wie ärztliche Behandlung, Medikamente und Spital 1,2 Mia. Fr., indirekte Kosten wie verlorene Arbeitskraft, Invalidität und Mortalität 3,8 Mia. Fr. und immaterielle Kosten, also das physische und psychische Leiden von Kranken und Angehörigen, 4,9 Mia. Fr. Dazu kommen die Auswirkungen des Passivrauchens. Der Pneumologe Karl Klingler (Pro Aere/BAG Tabakpräventionsfonds) beziffert die gesundheitlichen Folgekosten des Rauchens gar auf 12 Mia. Fr. pro Jahr, was einem Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben der Schweiz entspricht.

Quellen: WHO, The Tobacco Atlas; SFA; Sarino Vitale, France Priez, Claude Jeanrenaud, Die sozialen Kosten des Tabakkonsums in der Schweiz, Universität Neuenburg, 1998.

## **2.1.3 Medikamentenmissbrauch**

### *Verbreitung*

Es ist unbestritten, dass die Entwicklung bei den Medikamenten viele Therapien erst ermöglicht und verbessert hat. Die Heilungs- und Überlebenschancen sind gestiegen. Tatsache ist aber auch, dass der missbräuchliche Konsum von Medikamenten zu einem grossen Problem geworden ist.

In der Schweiz nehmen rund 280'000 Frauen (9,7%) und 160'000 Männer (5,9%) ab 18 Jahren jeden Tag mindestens ein Schlaf-, Schmerz-, Beruhigungs- oder Anregungsmittel ein. Frauen nehmen wesentlich häufiger solche Medikamente ein als Männer (vor allem Schlafmittel), und der Gebrauch steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Medikamentenabhängigkeit wird nicht ohne Grund "Sucht auf Rezept" genannt: 80% der Beruhigungsmittel und 85% der Schlafmittel werden auf ärztliche Verschreibung konsumiert; anregende Mittel und Schmerzmittel werden etwa zur Hälfte in Eigenregie genommen. Die SFA geht nach vorsichtigen Schätzungen davon aus, dass rund 170'000 Erwachsene in der Schweiz einen als kritisch einzustufenden Medikamentenkonsum aufweisen. Andere Quellen nennen rund 230'000 Medikamentenabhängige.

**Täglicher Medikamentengebrauch 1996**  
(Anteil der Befragten in %)

	Geschlecht		Alter				
	Männer	Frauen	18-24	25-39	40-64	65-74	älter als 75
Schlafmittel	1.7	4.6	0.0	0.7	2.5	7.1	14.7
Schmerzmittel	3.4	4.0	1.6	2.7	3.7	4.6	8.8
Beruhigungsmittel	1.5	2.5	0.5	1.0	2.4	4.0	3.5
Anregungsmittel	0.2	0.6	0.0	0.3	0.7	0.3	0.3
wenigstens eines der 4 Mittel	5.9	9.7	1.6	3.9	7.6	14.3	23.4

Quelle: SFA, Repräsentativ-Befragung von 1237 Männern und 1749 Frauen nach Medikamenten-Gebrauch in den letzten 7 Tagen (Wochenprävalenz), 1996.

Medikamentenmissbrauch gilt auch als „Sucht der Alten“. Genaue Zahlen über den Medikamentenmissbrauch im Alter existieren bis heute nicht. Es ist aber eine Tatsache, dass der Arzneimittelverbrauch zum Alter hin rapide ansteigt. Obwohl die Depressionsrate in der Gruppe von Patienten bis 25 Jahre 4 bis 5 mal höher ist als die bei den über 55-Jährigen, gehen immer noch über 80% der Psychopharmaka-Verschreibungen an Patienten über 55 Jahre. Zwei Drittel dieser Patienten sind Frauen.

Quelle: SFA.

Es ist nicht auszuschliessen, dass der Missbrauch psychotroper Pharmaka in Zukunft die Suchtproblematik dominieren wird. Pharmadrogen werden gar nicht als Drogen wahrgenommen, sondern gelten als Medikamente. Die Pharmaindustrie arbeitet mit Hochdruck an der Entwicklung von Substanzen zur Angstbewältigung und Depressionsabwehr. Prozac als Beispiel wird als Freizeitdroge, als ‚smart drug‘ missbraucht.

### *Gesundheitliche Folgen*

Das Spektrum der gesundheitlichen Folgen des Medikamentenmissbrauchs ist so breit wie das Spektrum der missbrauchten Medikamente. Neben den unerwünschten Wirkungen der Medikamente im Einzelnen steht allgemein die Entwicklung einer Abhängigkeit im Vordergrund. Der chronische Gebrauch bestimmter Medikamente kann überdies zur Schädigung von Organen führen. Etwa die Hälfte der auf Dialyse angewiesenen Menschen hat Niereninsuffizienzen infolge von Medikamenteneinnahme und –missbrauch. Da Schmerzmittel und Beruhigungsmittel die Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen, erhöhen sie das Risiko von Unfällen im Strassenverkehr und bei der Arbeit mit Maschinen. Die Zahl der Menschen, die am Medikamentenmissbrauch sterben, wird in der Schweiz auf 700 bis 800 jährlich geschätzt. Seit Phenacetin nicht mehr im Handel ist, hat sich die Situation etwas entspannt.

### Soziale Kosten

Zu den sozialen Kosten des Medikamentenmissbrauchs liegen keine Zahlen vor. Da viele Medikamente verschreibungspflichtig sind, dürfte klar sein, dass die Kosten des Medikamentenmissbrauchs zum grössten Teil zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen.

## 2.2 Illegale Drogen

### Verbreitung

Die UNO schätzt den jährlichen Umsatz der illegalen Drogenindustrien auf 400 Mia. US-Dollar; das entspricht in etwa 8% des gesamten Welthandels. Entsprechende Umsatzzahlen für die Schweiz liegen nicht vor.

Im Jahr 2003 wurden in der Schweiz 46'886 Verzeigungen wegen Widerhandlungen gegen das Betäubungsmittelgesetz registriert. Gegenüber den 49'201 Verzeigungen aus dem Jahr 2002 bedeutet dies eine Abnahme um 4,7%. Zugenommen haben die sichergestellten Mengen an Amphetamin, Methadon, Kokain sowie zum ersten Mal seit 1998 Heroin. Rückläufig sind die sichergestellten Mengen von Ecstasy, LSD, Hanf und Hanf-Derivaten. Mit fast 14 Tonnen sichergestellten Materials bleibt der Hanf aber unangefochtener Spitzenreiter. Nach wie vor werden Konsumierende von Cannabisprodukten am häufigsten verzeigt.



Quelle: Bundesamt für Polizei, Eidg. Justiz- und Polizeidepartement

### Soziale Kosten

Die volkswirtschaftlichen Kosten des illegalen Drogenkonsums einigermaßen seriös zu beziffern, ist ein Ding der Unmöglichkeit. Die medizinischen Kosten des Cannabis-Konsums etwa überschneiden sich mit jenen des Tabakmissbrauchs. Im Vergleich zu den durch Alkohol- und Tabakmissbrauch verursachten Kosten nehmen sich die durch illegale Drogen verursachten Schäden jedoch bescheiden aus.

Ein Grossteil der durch den illegalen Drogenkonsum verursachten Kosten in der Schweiz geht auf das Konto der Repression. Sie schluckt mehr als die Hälfte (600 Mio. Franken) aller staatlichen Mittel. Ein Viertel der Mittel fliesst in Betreuung, Behandlung, Therapie und Wiedereingliederung, 20% in die Schadensverminderung. Der Prävention (3,5% oder 35 Mio. Franken) und der Forschung (1,5% oder 15 Mio. Franken) kommt der kleinste Teil dieser Mittel zu. Eine Drogentherapie kostet rund 100'000 Franken pro Patient und Jahr. Es gibt Suchtfachleute, die einen Grossteil der durch Drogenkonsum verursachten medizinischen Kosten der Repression zuschreiben. So trug die restriktive Drogenpolitik der 80er und frühen

90er Jahre ungewollt ihren Teil dazu bei, dass sich viele Drogenabhängige dieser Jahre mit HIV und Hepatitis infizierten.

Quelle: SFA.

## 2.2.1 Cannabis

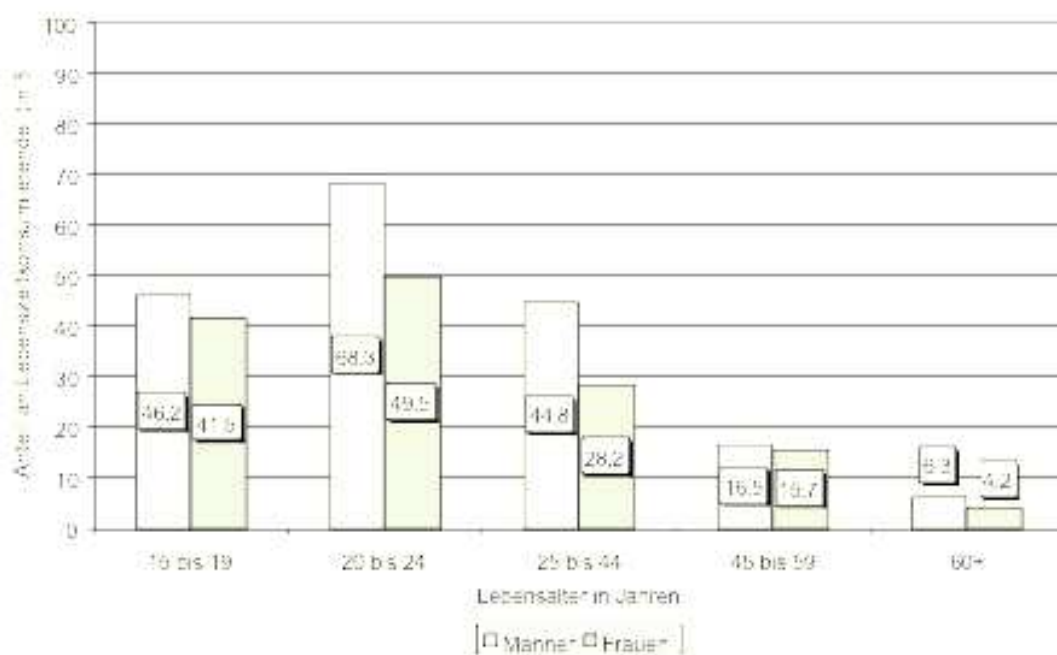
### Verbreitung

Cannabis wurde schon vor 2700 Jahren als Heilpflanze erwähnt. Diese therapeutischen Effekte werden heute in der Medizin dank seiner schmerzstillenden Wirkung genutzt; ihre Anwendung ist unbestritten. Zu reden gibt der missbräuchliche Konsum vor allem Jugendlicher. Cannabis hat verschiedenste Wirkungen: Entspannung, als angenehm empfundene Apathie, milde Euphorie, bei niedriger Dosierung erregende und bei höherer Dosierung sedierende d.h. beruhigende Wirkung.

Laut der letzten Repräsentativstudie der SFA gibt etwa die Hälfte der 15- bis 24-Jährigen an, Erfahrungen mit Cannabis zu haben. In Basel sind das rund 15'000 Jugendliche. Ein knappes Viertel der 15- bis 19-Jährigen und ein gutes Viertel der 20- bis 24-Jährigen konsumieren aktuell Cannabis. 6,5% der Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren, d.h. auf die Schweiz hochgerechnet rund 26'000 Jugendliche, kiffen täglich; unter den 20- bis 24-Jährigen sind es 5,4%, unter den 25- bis 44-Jährigen 1,7%. Aufgrund ihrer Befragung rechnet die SFA mit rund 87'000 Konsumenten, die mindestens einmal täglich kiffen.

In den letzten Jahren ist eine deutliche Zunahme des Probierkonsums zu beobachten. Eher geringfügig angestiegen ist hingegen der exzessive Konsum. Ebenfalls nach Schätzungen der SFA hat jede fünfte in der Schweiz wohnhafte Person mindestens einmal im Leben Cannabis probiert. Cannabis steht nach alkoholischen Getränken und Tabak an dritter Stelle auf der Liste der meistkonsumierten Drogen. Es ist die gebräuchlichste illegale psychoaktive Substanz.

Graphik 1: Erfahrungen mit Cannabis, nach Alter und Geschlecht: „Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal Cannabis (Marihuana, Haschisch, ... gewonnen?“; Prozentanteile der Personen mit mindestens einmaliger Erfahrung



Quelle: SFA-Cannabisbefragung 2001.

Gegen jugendliche Cannabis-Konsumierende führt die Jugendanwaltschaft bei Bekanntwerden des Konsums Verfahren durch. Im Jahr 2002 registrierte die Basler Jugendanwaltschaft 105 Minderjährige, denen der Konsum von Cannabis nachgewiesen werden konnte.

In Basel führten die zunehmende Verharmlosung der Droge Cannabis, der kaum zu bremsende Konsum, die Rechtsunsicherheit im Vorfeld der geplanten Revision des Betäubungsmittelgesetzes und die liberale Handhabung des Gesetzes seitens der Behörden zu einem regelrechten Cannabis-Boom. Zu Spitzenzeiten wurden auf Basler Boden gegen 100 Hanfshops gezählt.

Diese Zeiten sind vorbei. Nachdem die Behörden das geltende Recht, das den Handel mit Rauschhanf verbietet, wieder konsequent durchsetzen, ist die Zahl der Hanfshops auf eine Handvoll geschrumpft. Die noch vor kurzem allgegenwärtigen Duftsäckli werden allenfalls noch unter dem Ladentisch verkauft. Dennoch scheint es für die Cannabis-Rauchenden keine Versorgungsengpässe zu geben. Statt im Hanfshop besorgen sich die Konsumierenden ihr Gras wieder beim Dealer, was nicht weniger problematisch ist. Die Preise haben sich praktisch nicht verändert, dafür hat sich die Qualität der Ware verschlechtert. Eine Auswahl an verschiedenen Hanfsorten, wie sie in gut sortierten Hanfshops erhältlich war, gibt es nicht mehr. Die Konsumenten, die nach Möglichkeit durchaus das günstigere und in der Wirkung mildere Outdoor-Gras kaufen würden, müssen sich mit dem Angebot begnügen, das der Dealer gerade in der Tasche hat.

Quellen: Cannabisbefragung SFA, 2001; Cannabis-Bericht des Kantons Basel-Stadt – Januar 2004

### *Gesundheitliche Folgen*

Nachdem Cannabis bzw. die darin enthaltene psychoaktive Substanz Tetrahydrocannabinol (THC) über Jahre verharmlost und mitunter sogar glorifiziert wurde, ist seit einiger Zeit ein Gegenteil festzustellen: Cannabis wird wieder vermehrt verteufelt. Teils werden altbekannte Fakten wie die mögliche Auslösung psychischer Störungen (Trigger-Effekt) neu aufgebaut, und auch die Diskussion über die Frage, ob Cannabis eine Einstiegsdroge sei, ist neu entflammt. Auch das einst so viel zitierte (und von Experten doch nie bestätigte) „Null-Bock-Syndrom“ wird wieder vermehrt bemüht. Ein weiteres Problem sehen Fachleute im massiv gestiegenen THC-Gehalt des in der Schweiz verkauften Marihuanas. Gemäss einer Auskunft der Klinik für Pharmakologie und Toxikologie des Universitätsspitals Basel sind heute Joints mit einem Gehalt von über 200mg THC erhältlich!

Fakt ist, dass Cannabis eine Droge ist, deren exzessiver Gebrauch zu psychischer Abhängigkeit führen kann. Je früher man mit dem regelmässigen Konsum beginnt, desto grösser ist das Risiko einer Abhängigkeit und der damit einher gehenden sozialen Probleme. (Dies gilt im Übrigen auch für Alkohol und Tabak). Die Substanz THC beeinträchtigt die kognitiven Fähigkeiten (Gedächtnis, Konzentration etc.), normalerweise verschwinden diese Beeinträchtigungen aber beim Einstellen des Konsums. Da Cannabis die Konzentrations- und die Koordinationsfähigkeit vermindern kann, stellt es in den Augen von Verkehrsexperten am Steuer ein ähnliches Risiko dar wie Alkohol. In den Schulen stellen die Lehrkräfte fest, dass kiffende Schülerinnen und Schüler in ihrer Leistung deutlich beeinträchtigt sind.

Da Cannabis in aller Regel in Kombination mit Tabak geraucht wird, beinhaltet der Konsum ferner alle Risiken des Tabakrauchens, vorab Atemwegs- und Krebserkrankungen. Weil Cannabis-RaucherInnen tiefer inhalieren, sind die Risiken gar noch erhöht. Nicht selten sind Cannabis-RaucherInnen nikotinabhängig. Ebenso verheerend ist die kombinierte Einnahme von Cannabis und Alkohol. Die Wirkung ist additiv. In Australien testeten 50% der in tödliche Unfälle verwickelten Fahrer sowohl auf Cannabis als auch auf Alkohol positiv. Es ist anzunehmen, dass diese Zahlen auch bei uns Gültigkeit haben. Dies gilt ebenso für amerikanische Zahlen: bei 75% der Fahrer mit Cannabis im Blut wurde auch Alkohol nachgewiesen. Im Gegensatz zu Alkohol bleibt Cannabis tagelang im Körper nachweisbar.

### *Soziale Kosten*

Zu den volkswirtschaftlichen Kosten des Cannabis-Konsums liegen keine detaillierten Zahlen vor. Da Cannabis vornehmlich geraucht wird, vermischen sich die Kosten mit jenen, die der Tabakmissbrauch verursacht. Da die meisten Verzeigungen im Drogenbereich Cannabis-Konsumierende betreffen, kann man davon ausgehen, dass die Durchsetzung des Cannabis-Verbots, also die Repression, einen Grossteil der Ausgaben ausmacht.

## **2.2.2 Kokain**

### *Verbreitung*

Die Zahl der regelmässigen KonsumentInnen von Heroin und Kokain in der Schweiz wird auf 60'000 geschätzt, rund 30'000 davon sind als abhängig zu bezeichnen. Befragungen von KlientInnen stationärer Suchttherapie-Einrichtungen in der zweiten Hälfte der 90er Jahre deuten darauf hin, dass ein Drittel jener, die harte Drogen gebrauchen, häufig Kokain konsumiert. Die Daten des Forschungsverbundes stationärer Suchttherapie (FOS) zeigen weiter, dass 6 - 10% der Befragten im Jahr vor dem Therapiebeginn fast täglich Crack/Freebase konsumiert haben. Kokainkonsum ist unter Schwerstabhängigen also keine Seltenheit.

Anlässlich der Schweizerischen Gesundheitsbefragung im Jahr 2002 haben 3% der 15- bis 39-Jährigen angegeben, mindestens einmal im Leben Kokain konsumiert zu haben (Männer: 4%, Frauen: 2%). Diese Konsumzahlen sind seit 1997 praktisch unverändert. Langzeitdaten aus der schweizerischen Schülerbefragung deuten auf einen Anstieg des Probierkonsums bei den 15- und 16-jährigen Jugendlichen hin (1986: 1,3%; 2002: 2,5%). Eine Befragung der 16- bis 20-Jährigen ergab, dass bereits 8,1% der männlichen und 3,6% der weiblichen Jugendlichen mit Kokain in Berührung gekommen sind.

Eine Studie von 2003, für die junge Leute aus dem Techno-/Partymilieu befragt worden sind, weist aus, dass nicht weniger als 28% der 17- bis 20-Jährigen in den drei Monaten vor der Untersuchung Kokain konsumiert hatten. Die polizeilichen Verzeigungen wegen Konsum und Handel von und mit Kokainprodukten wie auch die Sicherstellungen derartiger Drogen nehmen seit 2000 zu. Polizei und Gesundheitsbehörden gehen von einem Anstieg des Kokainkonsums mit entsprechenden Folgeproblemen in der Schweiz aus.

Quelle: SFA-Drogeninfo Kokain

Im Kanton Basel-Stadt lebt eine in den letzten Jahren stabile Zahl von ca. 2'500 Personen, die regelmässig "harte" Drogen (Heroin und Kokain) konsumieren. Davon sind ca. 600 Personen der "sichtbaren" Drogenszene zuzurechnen. Hier ist der polytoxe Mischkonsum (Heroin, Kokain, Alkohol, Medikamente und Methadon), mit einer starken Gewichtung des Kokainbeikonsums, weit verbreitet. Der Kokainkonsum hat in dieser Szene im Verlauf der 90er Jahre stark zugenommen. Heute ist er jedoch relativ konstant.

Neben der "Drogenszene" lassen sich zwei weitere Konsum-Bereiche unterscheiden: Sozial etablierte Gesellschaftsschichten und Partyszenen. Es ist davon auszugehen, dass in ersteren eine nicht unerhebliche Zahl von Menschen einen unauffälligen und teilweise auch über einen längeren Zeitraum dauernden Mono-Kokainkonsum praktiziert. Diese Menschen sind in der Regel sozial integriert und gelegentlich auch in gehobener Stellung. Zu deren Anzahl existieren keine verlässlichen Zahlen. Seit geraumer Zeit wird Kokain auch in von Jugendlichen und jungen Erwachsenen frequentierten Partyszenen konsumiert. Im Basler Hilffssystem werden zunehmend junge Menschen aus diesen Szenen registriert, die in Folge ihres Kokainkonsums in Konflikt mit ihrem sozialen Umfeld geraten. Dies lässt darauf schliessen, dass der Kokainkonsum in diesen Partyszenen in der letzten Zeit zugenommen hat.

Quellen: Gesundheitsdienste BS, Fachstelle Suchtfragen, 2004

### *Gesundheitliche Folgen*

Kokain hat ein sehr grosses Suchtpotenzial. Bei der Abhängigkeit stehen psychische Aspekte im Vordergrund. Es gibt, nicht zuletzt in gehobenen Kreisen, recht viele Menschen, die einen sporadisch bis regelmässigen Kokain-Konsum pflegen, ohne weiter auffällig zu werden und ohne Folgen für ihre Gesundheit. Andererseits gibt es zahllose Fälle von Kokain-Fixern und Crack-/Freebase-Rauchenden, die fast alles tun würden, um an die nächste Dosis ihres Stoffs zu kommen; sie sind gesundheitlich gefährdet.

Regelmässiger Kokainkonsum kann zu schweren physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen führen. Organe wie Herz, Leber, Nieren und - beim Rauchen - die Lunge können geschädigt werden. Beim Spritzen liegen weitere Risiken in der Infektion mit Hepatitis- und HI-Viren. Als gravierende psychische Folgen zeigen sich bei Langzeitkonsumierenden Verstimmungen, sexuelle Funktionsstörungen, Schlafstörungen, Angstzustände, Depressionen und Verwirrtheit. Bei dauerhaftem Konsum sind nachhaltige Persönlichkeitsveränderungen und gravierende soziale Probleme zu beobachten. Eine nachgewiesene wirksame Substitutionstherapie bei Abhängigkeit von Kokain ist bis anhin nicht bekannt.

Quellen: SFA-Drogeninfo Kokain; Beobachter-Ratgeber „Rausch und Risiko“

### *Soziale Kosten*

Die sozialen Folgekosten des Kokain-Konsums allein lassen sich kaum beziffern. Wie Heroin wird auch Kokain meistens in Kombination mit anderen Drogen konsumiert. Die häufigste Kombination ist jene mit Alkohol, in der harten Drogenszene ist der Mischkonsum von Heroin und Kokain verbreitet. In der Partyszene wird Kokain in Kombination oder im Wechsel mit Ecstasy und anderen amphetaminähnlichen Substanzen genommen.

## **2.2.3 Heroin**

### *Verbreitung*

Im Schweizerischen Drogenbericht aus dem Jahr 1998 wird die Zahl der Heroin- und Kokain-Konsumierenden in der Schweiz auf 60'000 geschätzt. Die Hälfte davon ist als abhängig einzustufen. Aus diesen Schätzungen lässt sich laut SFA ablesen, dass rund die Hälfte der KonsumentInnen harter Drogen keine Formen schwerer Abhängigkeit von Heroin entwickeln. Laut Gesundheitsbefragung von 1997/98 haben 1,4% der erwachsenen Männer und 0,7% der erwachsenen Frauen schon einmal Heroin konsumiert.

Eine Schätzung der kantonalen Gesundheitsdienste gelangt für Basel zu einer Zahl von etwas mehr als 1000 intravenösen Drogenkonsumierenden. Schwieriger zu berechnen ist die Zahl der nichtintravenösen Konsumierenden harter Drogen, die ebenfalls der sichtbaren Drogenszene zuzurechnen sind. Man schätzt ihre Zahl auf 200 bis 250 Personen.

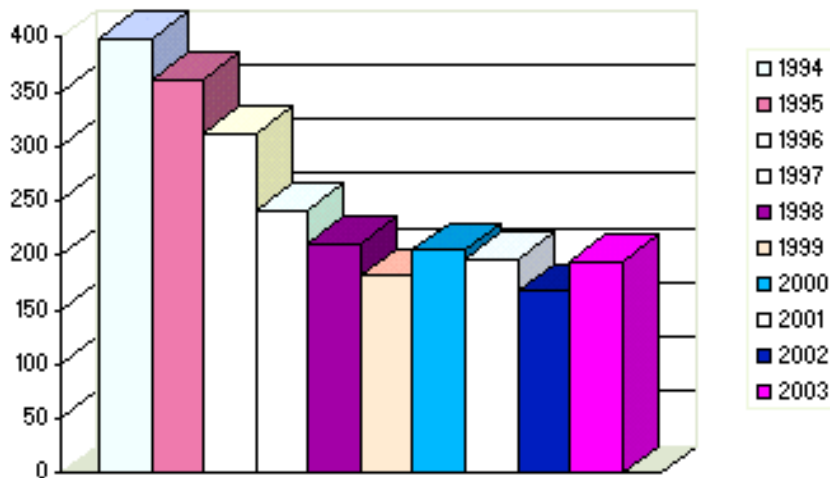
Quelle: SFA Drogeninfo Heroin; Illegaler Drogenkonsum in Basel: Situation und Trends (J.C. Nett, 2000)

### *Gesundheitliche Folgen*

Heroin ist eine Droge mit sehr grossem Suchtpotenzial. Obwohl die Substanz (Diacetylmorphin) in ihrer reinen Form kaum körperliche Schäden verursacht, gehen mit der Heroinsucht oft gravierende Krankheiten und körperlicher Zerfall einher. Durch die verbesserte Hygiene beim intravenösen Konsum (Spritzentausch, Gassenzimmer) konnte die Zahl der HIV- und Hepatitis-Ansteckungen in der Drogenszene eingedämmt werden.

Neben den Infektionsrisiken ist das Hauptrisiko beim Heroinkonsum die Gefahr der Überdosierung. Wenn von Drogentoten die Rede ist, sind in der Regel Herointote gemeint.

### Drogentote



Quelle: Bundesamt für Polizei, Eidg. Justiz- und Polizeidepartement

#### Soziale Kosten

Die sozialen Kosten des Heroinkonsums lassen sich kaum seriös beziffern. Wie bei allen illegalen Drogen betrifft der grösste Teil der Kosten die Repression. Die gesundheitlichen Kosten vermischen sich mit jenen, die durch den Missbrauch weiterer Drogen verursacht werden. Reine Heroinkonsumierende sind in der Drogenszene im Gegensatz zu früher kaum mehr anzutreffen. Der typische Konsument harter Drogen ist vielmehr mehrfachabhängig (Polytoxikomanie): zu Heroin- und Kokainabhängigkeit, die wegen ihrer schwer wiegenden Begleiterscheinungen meist im Vordergrund stehen, kommen oft Tabak-, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Ca. 1000 drogenabhängige Menschen nehmen in Basel an einem opioidgestützten Substitutionsprogramm teil; davon ca. 150 am Heroinprogramm (und ca. 850 an einem Methadonprogramm).

## 2.2.4 Ecstasy, Amphetamine und amphetaminähnliche Substanzen (Partydrogen)

#### Verbreitung

Laut Angaben der UNO beläuft sich die weltweite Produktion von Ecstasy und amphetaminähnlichen Substanzen auf 500 Tonnen pro Jahr. 2002 schätzte die WHO die Zahl der Konsumierenden auf rund 40 Mio. Das entspricht einem Prozent der Weltbevölkerung. Obwohl der Ecstasy-Konsum von Land zu Land unterschiedliche Dimensionen hat, sind laut UNO alle Länder der Erde betroffen. Ecstasy, Amphetamine und amphetaminähnliche Substanzen sind nach Cannabis die am häufigsten beschlagnahmten Drogen. Die beschlagnahmte Menge verzehnfachte sich von 4 Tonnen im Jahr 1990/91 auf knapp 40 Tonnen im Jahr 2000/01.



Ranking of amphetamine-type stimulants in order of prevalence in 2001 (or latest year available)

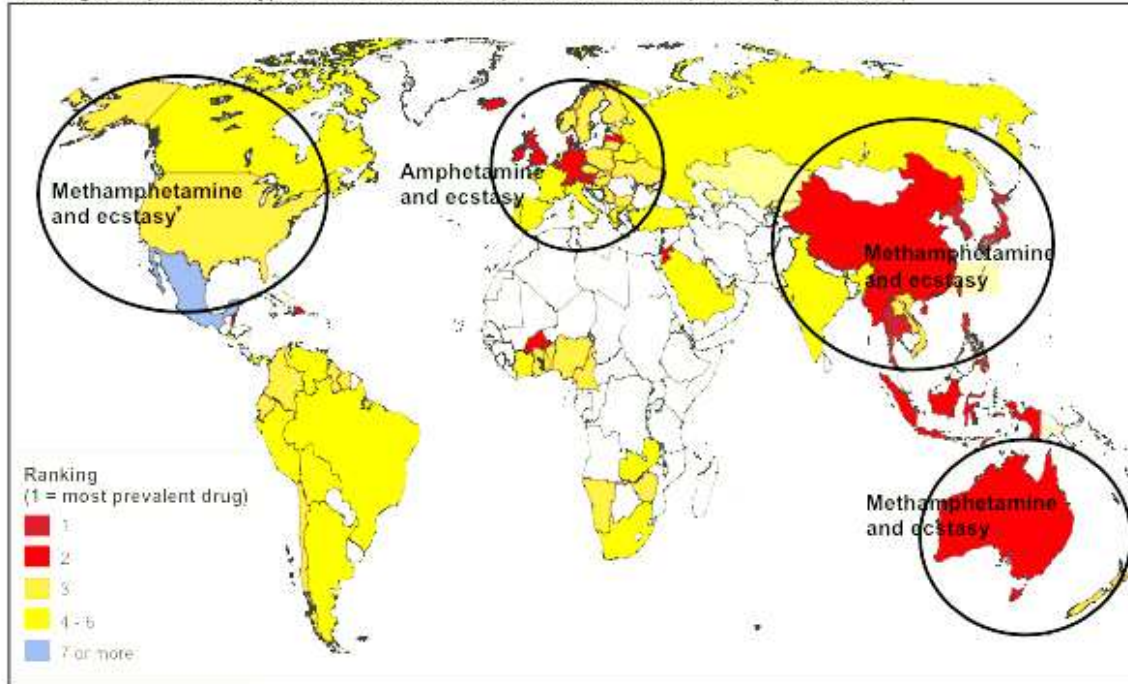


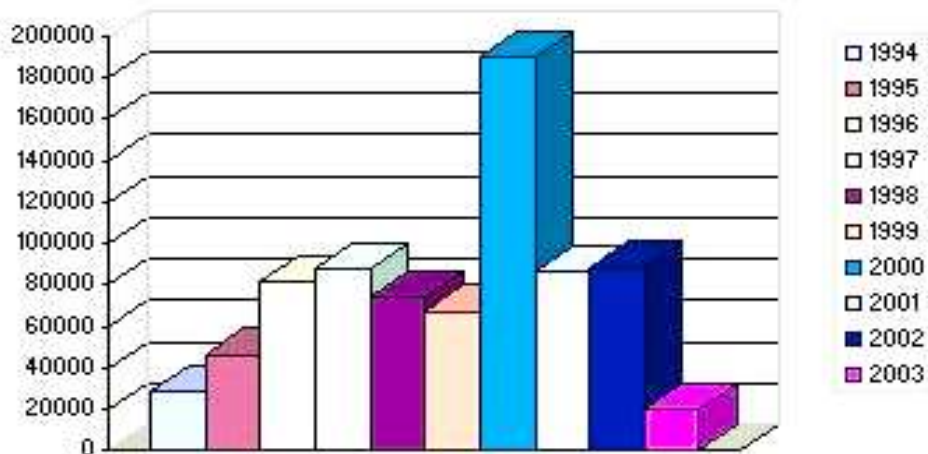
Figure 8

Sources: UNODC Annual Reports Questionnaire Data; national household surveys on drug abuse; UNODC Rapid Assessment Studies; Council of Europe, ESPAD.

Quelle: UNO Ecstasy and Amphetamines Global Survey 2003

Glaubt man der Eidgenössischen Betäubungsmittelstatistik, so ist der Konsum von Ecstasy in der Schweiz stark rückläufig. Auf dem Hoch des Ecstasy-Booms im Jahr 2000 wurden fast 190'000 Dosen beschlagnahmt. 2002 waren es noch gegen 90'000, 2003 nur noch knapp 20'000 Dosen.

### Sicherstellungen Ecstasy (Dosen)



Quelle: Bundesamt für Polizei, Eidg. Justiz- und Polizeidepartement

Doch die Statistik trügt: Während die Menge der beschlagnahmten Ecstasy-Dosen abgenommen hat, ist die beschlagnahmte Menge an Amphetaminen („Speed“) nämlich gestiegen. Die Partyszene steigt mehr und mehr auf Amphetamine und andere Designer-Drogen um. Auch hat der Kokainkonsum unter den „Party People“ dramatisch zugenommen.

Bei den Ecstasy Konsumierenden handelt es sich überwiegend um sozial integrierte, unauffällige und leistungsorientierte Freizeitkonsumierende, die meist nur am Wochenende Ecstasy und andere Substanzen einnehmen. Gemäss Gesundheitsbefragung aus dem Jahre 2002 haben 2,2% der 15- bis 39-Jährigen mindestens einmal Erfahrungen mit Ecstasy gemacht.

Unter den 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern haben bereits 3,3% Ecstasy probiert (Schmid et al., 2003). In der Komplementärstudie mit 16- bis 20-Jährigen (Narring et al., 2003) gaben 5,5% der Mädchen und 10,5% der Jungen an, bereits einmal in ihrem Leben „Ecstasy und Speed“ konsumiert zu haben. 1,7% der Mädchen und 3,9% der Jungen gaben an, aktuell solche Substanzen zu gebrauchen. In grossstädtischen Partyszenen schätzen Szenekenner den Anteil der PartygängerInnen, die unter Ecstasy-Einfluss stehen, auf 30 bis 70%. Der Ecstasy-Konsum geht bei vielen jungen Leuten mit dem Konsum von Alkohol, Cannabis, Amphetaminen und Kokain einher. Viele, die sich für die Wochenendpartys aufputschen, verwenden danach dämpfende Substanzen (z. B. Alkohol, Cannabis, Schlafmittel oder gar Heroin), um die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Der Mischkonsum in der Partyszene ist eine der aktuellen Hauptsorgen der Präventionsfachleute.

Der Konsumtrend bei Ecstasy ist je nach Altersgruppe unterschiedlich. Während bei jüngeren Schülerinnen und Schülern immer noch ein Anstieg zu beobachten ist, lässt sich bei jungen Erwachsenen eher eine Stagnation des Ecstasy-Gebrauchs feststellen. Die Anzahl Verzeigungen wegen Konsums und Handels mit synthetischen Drogen sowie Beschlagnahmen haben seit Mitte der 90er Jahre leicht abgenommen.

Quellen: UNO, Ecstasy and Amphetamines Global Survey 2003; BAP, Betäubungsmittelstatistik 2003, SFA Drogeninfo Ecstasy

### *Gesundheitliche Folgen*

Das grösste Risiko beim Konsum von Ecstasy und anderen amphetaminähnlichen Substanzen liegt in der Überdosierung. Da mitunter um ein Vielfaches potentere Methamphetamine als Ecstasy- oder Speed-Pillen verkauft werden, kann es leicht passieren, dass man sich gefährliche oder gar tödliche Überdosierungen verabreicht. Weitere akute Risiken liegen in der Selbstüberschätzung unter Drogeneinfluss. Im Rausch merken die Konsumierenden nicht, dass sie dehydriert oder erschöpft sind. Am diesjährigen Streetparade-Wochenende starb ein junger Mann an Überhitzung.

Die langfristigen gesundheitlichen Folgen des Ecstasy- und Amphetamin-Konsums sind nicht abschliessend erforscht. Beim Langzeit-Gebrauch machen die Substanzen psychisch abhängig. Entzugssymptome von Ecstasy sind Schlafstörungen und depressive Verstimmungen. Typische Entzugssymptome von Amphetaminen sind Schlaflosigkeit, Unruhe, Depressionen und paranoid-psychotische Reaktionen. Nicht restlos geklärt ist die Frage nach der Neurotoxizität von Ecstasy. Es gilt aber als sicher, dass langfristiger Konsum von Ecstasy in hohen Dosen zu Gehirnschäden führt. Die dauerhafte Einnahme von Amphetaminen führt zu Hautentzündungen (Speedpickel) und Magenbeschwerden. Psychische Langzeitfolgen des Amphetamin-Konsums sind Konzentrationsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen mit Realitätsverlust bis hin zu delirischen Zuständen.

Neben den verschiedenen Ecstasy- und Amphetamin-Varianten gibt es eine wachsende Zahl von Designer-Drogen, die laufend entwickelt werden, um das Gesetz zu umgehen. Über diese Substanzen lassen sich keine seriösen Aussagen bezüglich Suchtpotenzial und gesundheitlichen Risiken machen. Dazu sind diese Substanzen schlicht zu wenig erforscht.

Quellen: Beobachter-Ratgeber „Rausch und Risiko“, SFA Drogeninfo Ecstasy

### Soziale Kosten

Zu den sozialen Kosten des Ecstasy- und Amphetamin-Missbrauchs liegen keine Zahlen vor. Wo der Missbrauch in Form von Medikamenten geschieht, vermischen sich die Kosten mit jenen des Medikamentenmissbrauchs. Häufiger Ecstasy-Konsum in hohen Dosen steht im Verdacht, demenz- und alzheimerähnliche Erkrankungen zu verursachen. Diese Auswirkungen und die damit verbundenen Folgekosten werden sich erst in einigen Jahren oder Jahrzehnten zeigen.

## 2.3 Spielsucht

### Verbreitung

Seit 1. April 2000 ist das Schweizer Spielbankengesetz (SBG) in Kraft. Seither dürfen Glücksspiele nur noch in konzessionierten Spielbanken angeboten werden. Aktuell stehen 19 Casinos – 7 Grand Casinos, davon eines in Basel, sowie 12 Kursäle - in Betrieb, womit die Schweiz eine der höchsten Casino-Dichten der Welt aufweist. Eine aktuelle BASS-Studie im Auftrag der Eidgenössischen Spielbankenkommission (ESBK) und des Bundesamtes für Justiz beziffert die Zahl der Spielsüchtigen in der Schweiz auf zwischen 35'500 und 48'000. Andere Quellen gehen von weit höheren Zahlen aus. Weltweit dürften 2 bis 3% der Bevölkerung spielsüchtig sein.

Nach einer Schätzung des Wirtschaftsmagazins „Cash“ geben die Schweizerinnen und Schweizer pro Jahr über 10 Mia. Franken für Glücksspiele aller Art aus. Allein für Lotterien und Wetten wurden 2003 2,3 Mia. Franken ausgegeben. Auf 1000 Einwohner kamen zudem im letzten Jahr 413 Casino-Besuche. Die BASS-Studie veranschlagt den jährlichen gesamtwirtschaftlichen Nutzen des Glücksspielangebots auf gut 700 Millionen Franken (Lotterierträge für gemeinnützige Zwecke, Gewinnbesteuerung, Spielbankenabgabe etc.)

Die Schweizer Casinos sind verpflichtet, ein Sozialkonzept zu erstellen und Spielsüchtige am Weiterspielen zu hindern. Das „erfolgreichste“ Schweizer Casino, das Grand Casino Baden, erzielte 2003 einen Bruttospielertrag von über 100 Mio. Franken. Pro Tag besuchen durchschnittlich 1100 Gäste das Casino. Um ihre Verantwortung gegenüber den Spielsüchtigen wahrzunehmen, arbeitet das Casino mit der Badener Beratungsstelle für Sucht und Prävention zusammen. Das Interesse der Spielsüchtigen an diesem Angebot spricht für sich: Nur gerade 10 Personen machten davon Gebrauch. Zum Vergleich: Die Zahl der im Jahr 2003 vom Grand Casino Baden gesperrten Spieler beträgt 315. Für 2004 rechnet die ESBK schweizweit mit 10'000 gesperrten Personen.

Das Grand Casino Basel wurde im Oktober 2003 eröffnet. Im ersten Halbjahr nach der Eröffnung beliefen sich die Einnahmen des Casinos (abzüglich Gewinnausschüttungen an die Spielenden) auf 38 Millionen Franken.

Quellen: SFA „Standpunkte“, 2002; parlament.ch, Cash 19.5.2004; Basler Zeitung 30.4.2004; Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS, „Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz“, Bern, 2004.

	<b>Nennungen (% der Fälle)</b>	<b>Durchschnittliche Spiel- dauer pro Woche (h)</b>
<b>Spielcasino</b>	42 (65.6%)	14.65
<b>Spielsalons</b>	30 (46.9%)	10.77
<b>Restaurants</b>	26 (40.6%)	10.31
<b>Privat org. Spieltreffs</b>	6 (9.4%)	11.00
<b>In der Familie</b>	1 (1.6%)	1.00
<b>Anderes</b>	4 (6.3%)	8.17

Quelle: Institut für Sozialplanung und Sozialmanagement ISS, Hochschule für Soziale Arbeit HSA Bern, 2003

Der klassische Spielsüchtige verspielt sein Geld nicht am Roulette-Tisch oder beim Black Jack, sondern am Geldspielautomaten. 81 Prozent derer, die sich wegen Spielsucht beraten lassen, sind laut BASS-Studie Automatenspieler. Dabei stehen zwei Drittel der Automaten in Bars und Spielsalons, also ausserhalb der Casinos.

Das alte wie das neue Spielbankengesetz überlässt den Kantonen die Möglichkeit, Geldspielautomaten stärker als das Spielbankengesetz zu reglementieren bzw. diese ausserhalb von Spielbanken gänzlich zu verbieten. Geldspielautomaten ausserhalb von Casinos sind heute in manchen Kantonen – auch in Basel-Stadt (seit 1978) – verboten. Bevor der Kanton Zürich 1995 einem Verbot zustimmte, gab es allein dort 6400 Geldspielautomaten. Die Spielsucht nahm epidemische Formen an. Seit dem Verbot der Automaten hat sich die Lage deutlich entspannt. Ende 2003 waren schweizweit noch 9127 Geldspielautomaten in Betrieb.

Für heisse Köpfe bei den Präventionsfachleuten sorgte diesen Sommer der Plan, so genannte Lottoautomaten („Touchlot“- bzw. „Tactilo“-Automaten) zuzulassen, wie sie in der Westschweiz populär sind. Die ESBK stoppte die geplante Zulassung der umstrittenen Automaten vorläufig mit einer superprovisorischen Verfügung und einer vorsorglichen Massnahme.

### *Gesundheitliche Folgen*

Die Spielsucht gehört zu den nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten. Anders als Arbeitssucht oder andere Suchttätigkeiten hat die Spielsucht aber das Potenzial, grossen sozialen und gesundheitlichen Schaden anzurichten. Unkontrolliertes Spielverhalten führt auf die Dauer fast zwangsläufig zu finanziellen und psychosozialen Folgeschäden. Über 90 Prozent der Spielenden, die in Therapie sind, leiden an Verschuldung. Entsprechend begeht ein hoher Prozentsatz pathologischer Glücksspielender Eigentums- und Vermögensdelikte. Junge Spielende bauen nicht selten darauf, dass die Familie für ihre Schulden aufkommt. Viele leiden an Schuldgefühlen, Angststörungen und Depressionen; bei einem Fünftel jener Spielsüchtigen, die eine Beratungsstelle aufsuchen, liegt Suizidalität vor. Auch der Suchtmittelgebrauch von Tabak und Alkohol ist überdurchschnittlich verbreitet. Ob unter Spielsüchtigen auch Cannabis und harte Drogen stärker verbreitet sind als in der Gesamtbevölkerung, ist umstritten.

Quellen: J.C. Nett et al., Spielbankengesetzgebung und Selbstheilung, HSA Bern, 2003; BASS-Studie 2004.

### *Soziale Kosten*

Die BASS-Studie beziffert die sozialen Kosten der Spielsucht auf 92,6 Millionen Franken, als Folge von Schulden, Arbeitslosigkeit, Therapie und Gerichtsfällen. 1000 bis 1500 Personen waren 2003 wegen Spielsucht in einer Beratung oder Behandlung – bei stark steigender Tendenz. Nicht bewertbar sind die gesellschaftlichen Kosten in Form von Folgeerkrankungen, Arbeitsausfällen, Scheidungen und Trennungen sowie einem hohen Verlust an Lebensqualität für das Umfeld der Glücksspielsüchtigen.

## **2.4 Spannungsfelder im Drogenbereich**

„Episodischer Risikokonsum von Alkohol ist unter Jugendlichen in der Schweiz im europäischen Vergleich stark verbreitet und stellt das wichtigste Public-Health-Problem unter Jugendlichen dar“ (SFA). Schweizer Jugendliche betrinken sich öfter als Jugendliche anderer Länder. Eigentlich dürften 15-Jährige weder Bier, Wein noch Schnaps kaufen. Dennoch geben knapp 80% von ihnen an, im letzten Monat Alkohol konsumiert zu haben. Mehr als die Hälfte der 16-Jährigen betrinkt sich regelmässig. Bei den 13-Jährigen sind es 20%. Dies sind die Schweizer Ergebnisse einer internationalen Studie; solche Zahlen rufen zum Handeln auf.

Quelle: SFA, ESPAD-Bericht, Juli 2004.

Ähnliche Zahlen könnten zum Tabakmissbrauch beigebracht werden. Die fast sprunghafte Zunahme von Lungenkrebs bei Frauen ist erschreckend. Dass der Konsum von Zigaretten in der Schweiz insgesamt rückläufig ist, kann nicht darüber hinweg täuschen, dass der Konsum bei Kindern und Jugendlichen am Steigen ist. Nicht wenige Kinder und Jugendliche rauchen ohne Wissen ihrer Eltern.

Wir leben in einer Gesellschaft, die die Freiheit des Einzelnen als höchstes Gut kennt. Dieses soll nicht angetastet werden. Die GSK sieht jedoch zwei gewichtige Spannungsfelder: Den Schutz des Individuums und des Jugendschutzes vs. die persönliche Freiheit sowie die persönliche Verantwortung vs. die persönliche Freiheit.

### **1. Schutz des Individuums und Jugendschutz vs. persönliche Freiheit**

Der Schutz des Individuums muss in Bezug auf den Missbrauch von Suchtmitteln und Drogen durch Kinder und Jugendliche höher gewertet werden als die Freiheit des schutzbedürftigen und minderjährigen Individuums. Kinder und Jugendliche müssen gleichsam vor sich selber geschützt werden. Der Jugendschutz ist Aufgabe des Staates. Er ist mit gesetzlichen Rahmenbedingungen durchzuführen. Die GSK glaubt nicht an die Wirkung der Prohibition. Wirksamer Jugendschutz ist aber nur über klare Beschränkungen und Grenzen zu erreichen. Dies muss ein gemeinsames Anliegen von Eltern, Schulen und Gesundheitsbehörden sein. Die GSK ist der Überzeugung, dass im Bereich des Alkohols und des Tabaks der Jugendschutz zu lasch gehandhabt wird. Sie kritisiert vehement, dass es erlaubt ist, Lebensmitteln psychoaktive Substanzen beizumischen, wie das bei Alcopops gemacht wird. Auch von der Wirkung weitgehender Einschränkungen bezüglich Werbung ist die GSK überzeugt. Wie schon erwähnt: die Angebotssteuerung ist leichter zu bewerkstelligen als die Nachfragesteuerung.

Mit Ratschlag 9278 vom 21. Oktober 2003 beantragte die Regierung eine Änderung des kantonalen Übertretungsstrafrechts, wonach Plakatwerbung für Alkohol- und Tabakprodukte nicht nur im öffentlichen Raum (seit 1997 verboten), sondern auch auf privatem Grund, welcher vom öffentlichen Grund her einsehbar ist, zumindest teilweise verboten werden soll. Sie schrieb: „Die dargestellten Entwicklungen zeigen, dass die Problematik des Missbrauchs in den letzten Jahren zugenommen hat und dass vor allem Jugendliche bezüglich Alkohol und Tabak neue, gesundheitsschädigende Konsummuster entwickeln. Deshalb ist es angezeigt, dass wirksame Massnahmen beschlossen und durchgeführt werden, welche den Tabak- und Alkoholkonsum der Jugendlichen eindämmen. Dazu gehören alle präventiven Aktivitäten für die Jugendlichen und deren Bezugspersonen in Schule und Freizeit. Ein genau so wichtiger Faktor spielen Konsum lenkende Massnahmen. Das Eingreifen des Staates in die Steuerung des Konsums von Suchtmitteln spielt eine wichtige Rolle in der Prävention und ist (..) ein sehr wirksames Mittel. Staatliche Massnahmen umfassen folgende Bereiche: Die bestehenden Gesetze betreffend Jugendschutz müssen eingehalten und kontrolliert werden, der Preisgestaltung der Produkte muss mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden und Werbebeschränkungen an allen Orten, wo sich Jugendliche aufhalten, müssen eingeführt werden. Das heisst, der Zugang zu Alkohol und Tabak und der Anreiz zum Konsum müssen für die Jugendlichen erschwert werden. Ein grosses Potenzial liegt immer noch bei der Beschränkung der Anreize für diese Produkte, nämlich der Werbebeschränkung.“ (Ratschlag S. 2) Die GSK unterstützt die Sichtweise der Regierung voll und ganz. Sie bedauert allerdings, dass der Grosse Rat am 10. November 2004 einem Plakatwerbeverbot zugestimmt hat, das Bier und Wein ausnimmt.

Als unglaublich empfindet die GSK die Tatsache, dass die Tabakindustrie und –lobby die Antiraucherwerbung für unter 16-Jährige publiziert und finanziert. So lobenswert die Kampagne „O.K. – wir verkaufen keine Zigaretten an Jugendliche unter 16 Jahren“ ist, so verfehlt ist sie, wenn die Vereinigung der Schweizerischen Tabakindustrie sie lanciert.

Eine Entflechtung der Tabaksteuer und der Beiträge an die AHV findet die GSK begrüssenswert. Hier besteht Handlungsbedarf auf Bundesebene.

## **2. Persönliche Verantwortung vs. persönliche Freiheit**

Die Verantwortung des Einzelnen gilt es der Freiheit des Einzelnen mindestens gleichzusetzen. Sowohl die Verantwortung als auch die Freiheit des Einzelnen lässt sich nur unter dem Gesichtspunkt des Gemeinwohls betrachten. Die Einnahme von Suchtmitteln wird individualisiert, die Folgen werden sozialisiert. Die GSK spricht sich nicht für die Erhöhung der Krankenkassenprämien für Risikopersonen aus, wie beispielsweise für Raucherinnen und Raucher. Sie unterstützt jedoch sämtliche Bemühungen, die verhindern, dass Menschen suchtmittelabhängig werden und fordert den Schutz von Kindern und Jugendlichen, soweit er vom Kanton sichergestellt werden kann.

Das Staatswesen hat die Aufgabe, sich Rechenschaft darüber abzulegen, was Jugendliche von sich aus und selbstständig verantworten können und müssen, und zu klären, wie diese Verantwortung aussieht und wo wir Erwachsenen gesundheitsschädigendes Tun von Jugendlichen verantworten müssen. In ihrem ‚Positionspapier Alkohol‘ vom April 2003 vertritt die BFA den Standpunkt, dass Jugendlichen ab 16 Jahren das Erlernen eines eigenverantwortlichen Umgangs mit gesetzlich zugelassenen Genussmitteln ermöglicht werden muss. Repressive Massnahmen und Verbote hält die BFA nicht für sinnvoll. Durch Verbote würde die Attraktivität bei den Jugendlichen nur gehoben. Die GSK möchte vom Justizdepartement gerne Näheres erfahren über die Erfahrungen, die bezüglich Genussmittelkonsum am geschützten Ort „Sommercasinò“ gemacht wurden. Wenn Verantwortung mehr ist als eine Worthülse, so gilt es zu klären, wie wir als Gesellschaft mit gesundheitsschädigendem Verhalten umgehen. Die GSK unterstützt Massnahmen der Prävention aus der Überzeugung heraus, dass der beste Umgang mit Sucht die Vermeidung von Sucht ist.

Die Regierung schreibt: „Bei Eingriffen des Staates in die Freiheit des Einzelnen (..) geht es immer um eine Güterabwägung zwischen eben dieser Freiheit und hier dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. Die Aufgabe des Staates ist es, den Schutz der Bevölkerung (..) ins Auge zu fassen. (..) Auswirkungen von gesundheitlich schädigenden Verhaltensweisen und Spätfolgen von Suchtverhalten belasten die ganze Gesellschaft und verursachen einen Mehraufwand an Finanzen. Reparaturarbeiten sind immer kostspieliger als präventive Eingriffe.“ (Ratschlag 9278, S. 3) Dieser Argumentation kann sich die GSK anschliessen.

### **2.5 Prävention als Erfolgsschlüssel**

Die GSK empfiehlt ein weiteres Mal, dass der Prävention stärkere Bedeutung zukommt. Dabei soll die Prävention nicht Alibi sein, sondern sich durchaus an ihrer Wirkung messen lassen. Der Kanton Basel-Stadt ist nicht tatenlos geblieben, sondern hat im Bereich Cannabis aufgrund des Anfang 2004 veröffentlichten Kantonalen Cannabis-Berichtes drei koordinierte Projekte aufgelegt. So wird an allen Schulen der Sekundarstufen I und II ein umfassendes Präventions- und Interventionsmodell aufgebaut. Die Schulen entwickeln Regelwerke im Umgang mit Cannabiskonsum, die in den Unterricht und ins Schulhaus integriert werden können. Weiter gibt es seit Herbst 04 das binationale Interventionsprogramm „Realize it!“, ein Beratungs- und Betreuungsangebot zur Frühintervention bei Cannabismissbrauch und -abhängigkeit von Jugendlichen. Es ist von der Nordwestschweiz und Südbaden gemeinsam entwickelt worden; die Projektleitung hat das Sanitätsdepartement BS. Als weiteres Projekt läuft seit Oktober 04 die interaktive Ausstellung „Cannabis – quo vadis?“ des trinationalen Forums Suchtprävention, die Jugendliche auf spielerische Weise zu einem kritischen Umgang mit dem Thema animiert.

Die GSK begrüsst diese Initiativen wie auch das partnerschaftliche Vorgehen des Kantons Basel-Stadt mit „Realize it!“ und „Cannabis – quo vadis?“. Sie begrüsst weiter, dass das baselstädtische Präventionsangebot im gesamten Suchtbereich derzeit Gegenstand einer umfangreichen Bestandesaufnahme und Strukturanalyse ist, die zu klareren Zielsetzungen und einem optimierten Ressourceneinsatz führen sollen.

Auch die Gemeinde Riehen ist aktiv. Sie hat das Projekt „Kisara“ (kiffen, saufen, rauchen) lanciert. Es klärt die Jugendlichen über den Cannabis-Konsum auf, wobei die Zusammenarbeit mit den Eltern gesucht wird. Das Projekt ist mit Erfolg bereits in Reinach durchgeführt worden.

An den Schulen wird bereits heute gute Präventionsarbeit geleistet. Die „Gesunde Schule“ wurde im ersten Drogenbericht erwähnt. Die GSK unterstützt die Idee der Gesundheitsbeauftragten an den Schulen weiterhin. Auch die Präventionsarbeit in den Kindergärten hat die GSK schon im Drogenbericht 1 als vorbildlich gelobt. Als gutes Beispiel wertet sie die Aktion ‚Znü nibrot‘, die versucht, dem Problem des Übergewichts bei Kindern im Kindergartenalter beizukommen.

Die GSK hat von einer Studie der Uni Bern Kenntnis erhalten, die sich mit der Wirksamkeit von Prävention beschäftigt („Wirkungsqualität in der Suchtprävention. Eine Synthese praktischer und wissenschaftlicher Erkenntnisse“, C. Meier-Magistretti, Nov. 2004). In der Suchtprävention geht man davon aus, dass die Kontrolle der Genussfähigkeit, die Stärkung der Konfliktfähigkeit und die Erhöhung der Frustrationstoleranz vor dem Fall in die Sucht bewahren können. Bei männlichen Jugendlichen gelte vor allem die Peer-Gruppe, bei weiblichen Jugendlichen Beziehungen als Gründe dafür, dass Jugendliche der Sucht verfallen. Mit diesem Ansatz wurde und wird Prävention betrieben. Die Berner Studie geht darüber hinaus: Wirksame Prävention geschieht durch die Einbindung in Netzwerke und die Familie mit klaren Normen, vor allem aber: Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Jugendlichen hat die stärkste Präventiv-Wirkung – das heisst das Nein-Sagen-Können durch die Ich-Stärke und die Überzeugung, dass eigene Handlungen eine Wirkung auslösen, die im Falle der Sucht verheerend sein kann. Einmal mehr steckt die Erkenntnis dahinter, dass Bildung (Schul- und Lebensbildung sowie Persönlichkeitsentwicklung) die beste Prävention darstellt.

Die GSK hat Ihnen eine Fülle an Zahlen und Fakten vorgelegt. Sie sieht viele gesundheits-, sozial- und bildungspolitische Themen, die weitergeführt, vertieft oder angegangen werden müssen. Beim Zahlenmaterial wird deutlich, dass sich die Folgekosten schwer beziffern lassen. Vor allem das seelische Leid von Angehörigen kann in Zahlen nicht ausgedrückt werden. Und wer möchte schon wissen, was sein seelisches Leiden „wert“ ist! Dennoch kann insgesamt davon ausgegangen werden, dass es sich um einen mehrstelligen Milliardenbetrag handelt. Klar ist, dass der Missbrauch von legalen Suchtmitteln, allen voran Tabak und Alkohol, immense Kosten für die Allgemeinheit mit sich bringt. Daneben nehmen sich die Folgekosten der illegalen Drogen direkt bescheiden aus. Die GSK wertet diesen Tatbestand nicht, sondern stellt ihn nüchtern fest. Sie empfiehlt jedoch, Folgerungen daraus zu ziehen und alles daran zu setzen, dass die Schäden so klein gehalten werden können wie möglich. Die GSK verfißt die deutliche Meinung, dass sich Investitionen in die Prävention deshalb lohnen, weil damit Leiden und Kosten gespart werden können. Investieren, um zu sparen - Geld und Leid - ist die Devise der GSK. Ein letztes Beispiel: Für die Tabakprävention werden in der Schweiz jährlich 5 Mio. Franken ausgegeben, was 0,05% der Gesamtkosten des Tabakkonsums ausmacht. Das hält die GSK für entschieden zu wenig.

### **3. Evaluation der Projekte AV und AVI sowie Bestandesaufnahme Ambulante Suchtberatung**

#### **3.1 Evaluation AV und AVI**

*Hinter den Kürzeln AV und AVI verbergen sich die beiden Projekte „Abklärung, Vermittlung“ (AV) und „Aufsuchen, Vertrauensbildung, Information“ (AVI).*

Die GSK begrüsst es, dass die beiden Projekte einer externen Evaluation unterzogen wurden. Die Evaluation wurde vom Basler Institut für Sozialforschung und Sozialplanung (basis) der Hochschule für Pädagogik und Soziale Arbeit beider Basel durchgeführt. Die Ergebnisse der Evaluation können so zusammengefasst werden:

#### **AV und AVI**

**AV** hat zum Zweck, drogenabhängige Menschen adäquaten Behandlungen zuzuführen. Dazu werden sie auf der Gasse aufgegriffen und einer Zentrale zugeführt. Dort werden die Personalien aufgenommen sowie Gesundheitszustand und die soziale Situation erfasst. Anschliessend werden die geeigneten Massnahmen ergriffen. Baselstädterinnen und Baselstädter werden zur Weiterbehandlung an verschiedene Institutionen vermittelt. Bei Personen, die ausserhalb des Kantons wohnen, wird eine Rückführung angeordnet und durchgeführt.

Mit dem AV soll die offene Drogenszene verringert und die von den Problemen der drogenabhängigen Menschen betroffene Quartierbevölkerung beruhigt werden. Ausserdem will AV die Herkunftsorte der Abhängigen für die Drogenproblematik sensibilisieren. Monatlich sollen zwei bis drei Aktionen von der Polizei durchgeführt werden.

AV nahm seinen Betrieb im Juli 2002 auf. Das Team bestand aus drei gleichgestellten MitarbeiterInnen mit Pensen von je 80%.

**AVI** wird von MitarbeiterInnen des Sanitätsdepartementes durchgeführt. Drogenabhängige Menschen sollen auf ihr problematisches Verhalten direkt aufmerksam gemacht und dazu angehalten werden, in privaten Räumen und nicht in der Öffentlichkeit Drogen zu konsumieren, gebrauchtes Spritzenmaterial sachgerecht zu entsorgen und öffentliche Parks und Plätze in üblicher Art und Weise zu nutzen. Sie sollen vom AVI-Personal gezielte Informationen erhalten. Menschen, die wiederholt auffällig werden, sollen dem AV zugeführt werden. Auch das AVI hat zum Hauptzweck, die Situation der drogenkranken Menschen zu verbessern und eine Beruhigung des öffentlichen Raums zu erreichen.

AVI nahm seinen Betrieb im August 2002 auf. Das Team bestand bei Beginn des Projektes aus drei MitarbeiterInnen (je 80%) und einem Teamleiter (90%).

Ursprünglich war vorgesehen, AV und AVI auf ein Jahr zu beschränken. Beide Projekte haben feste Lokalitäten in Basel.

#### **Ergebnisse und Empfehlungen der Evaluation**

Folgende Fragestellungen wurden an die Evaluation gehängt:

- Beschreibung der Projektrealität und der Selbstwahrnehmung,
- Beschreibung und Beurteilung der Zusammenarbeit zwischen AV und AVI,
- Beschreibung und Beurteilung der Schnittstellen zu weiteren Akteuren und zentralen Hilfsangeboten der Drogenhilfe,
- Beurteilung der Erreichung der Ziele von AVI und AV.



Methode: es wurden 18 leitfadengestützte, themenzentrierte Interviews geführt.

Die GSK erachtet die Untersuchung als umfassend und sorgfältig. Sie hat sich die Evaluation von Mitarbeitenden des Sanitäts- und des Militär- und Polizeidepartementes vorstellen lassen. In der Folge bezieht sich die GSK auf die Schlussfolgerungen und Empfehlungen der beiden Studienleiter:

Grundsätzlich wird die Überzeugung vertreten, dass es beide Projekte braucht: „Die Beruhigung des öffentlichen Raumes wird von praktisch allen Seiten zumindest teilweise als erkennbare Wirkung der Projekte, insbesondere des AVI, bestätigt.“

*Empfehlung 1:* Die Konzepte und Aufträge der beiden Projekte müssen neu definiert werden. Dazu gehören insbesondere die Klärung der Koordination und die Frage der gemeinsamen Weisungsbefugnis.

*Empfehlung 2:* Es soll geklärt werden, wer die Vernetzungspartner sind und mit welchen Institutionen zusammengearbeitet werden soll und muss.

*Empfehlung 3:* Die Frage des Datenschutzes und der Schweigepflicht sollen mit allen im System der Suchthilfe arbeitenden Institutionen geklärt werden.

*Empfehlung 4:* Die Einführung eines Case Managements für bestimmte Zielgruppen soll geprüft werden. Damit könnten Doppelspurigkeiten vermieden und Synergien erhöht werden.

*Empfehlung 5:* Für PolizistInnen des AV soll es Checklisten geben, die zu einer Vereinheitlichung der Polizeiarbeit führen. Auch wäre zu prüfen, ob nicht eine spezialisierte Einsatzgruppe geschaffen werden könnte, in der speziell weitergebildete Mitarbeitende teilnehmen würden.

*Empfehlung 6:* Die Koordination der erfassten statistischen Informationen wäre sinnvoll.

*Empfehlung 7:* Rückführungen: Über deren Erfolg bzw. Misserfolg besteht eine Diskrepanz zwischen den Angaben des AV und den zuständigen Personen aus den umliegenden Kantonen. Bei Rückführungen muss dokumentiert werden, mit wem die Verhandlungen betreffend Rückführung eines Klienten geführt wurden.

*Empfehlung 8:* Beruhigung der Öffentlichkeit und Nutzen für die KlientInnen: Dem Spannungsfeld Beruhigung des öffentlichen Raumes vs. Nutzen für die einzelnen Klienten sollte spezielle Beachtung geschenkt werden. Es ist darauf zu achten, dass die beiden Ziele gleichwertig nebeneinander stehen.

*Empfehlung 9:* Repression vs. Überlebenshilfe und Beratung: alle Ansätze und Strategien in diesem Spannungsfeld sind integrativ und nicht konkurrierend einzusetzen.

*Empfehlung 10:* Die beiden Projekte sollen grundsätzlich, aber mit klaren Anpassungen weitergeführt werden. Das AVI sollte mit einem Leistungsauftrag ausgestattet werden. Es ist zu prüfen, ob AVI und AV einander nicht organisatorisch näher gebracht werden könnten, indem bspw. das AV von der Polizei losgelöst wird.

### **3.2 Bestandesaufnahme Ambulante Suchtberatung Basel-Stadt 2002**

Diese Bestandesaufnahme wurde im Auftrag der Gesundheitsdienste des Sanitätsdepartementes Basel-Stadt von Hannes Herrmann erhoben. Einbezogen wurden staatliche und private Substitutionseinrichtungen und Beratungsstellen.

Die folgenden Fragestellungen wurden vorgegeben:

- Welches sind ihre konkreten Leistungen?
- Von wem werden sie im Einzelnen erbracht?
- Was kosten diese Leistungen?
- Von wem werden diese Leistungen finanziert?
- Wie wirtschaftlich werden sie erbracht?
- Gibt es Überangebote oder Angebotslücken?
- Wie viele Personen empfangen Leistungen?
- Wer sind die KlientInnen, woher kommen sie?

Der GSK liegt nur die Kurzfassung der Bestandesaufnahme vor. Sie stellt im Folgenden vor allem die Zusammenfassung der Ergebnisse vor, die im Januar 2004 der Öffentlichkeit vorgestellt wurden. Sämtliche verwendeten Daten beziehen sich auf das Jahr 2002.

### **Ergebnisse und Empfehlungen der Bestandesaufnahme**

Die Beratungsstellen stellten ca. 30 Vollzeitstellen in den Dienst der ambulanten Suchtberatung. Bei den Substitutionseinrichtungen waren es ca. 40. Die A&SB (Alkohol- und Suchtberatung) ist der grösste Anbieter im Bereich Beratungsstellen.

Im Schnitt wurden über zwei Drittel der Zeit für die unmittelbare oder mittelbare Klientenarbeit eingesetzt. Für diverse Dienstleistungen (Präventionsarbeit, Bildungsarbeit etc.) wurden durchschnittlich 6% der Arbeitszeit aufgewendet.

Als Angebotslücke wurde eine tragfähige Institution für schwerstgeschädigte sowie chronifizierte Suchtkranke des Bereichs Alkohol und im Bereich illegaler Drogen aufgelistet. Dies gilt vor allem für ältere Suchtkranke.

In den diversen Beratungsstellen wurden über 2500 KlientInnen betreut, in den Substitutionseinrichtungen 1025, Männer und Frauen im Verhältnis 2:1. Dabei waren 75% der KlientInnen älter als 30, nur gerade 2% jünger als 20 Jahre. 80% der KlientInnen hatten ihren Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt.

Der Umsatz der Suchtberatungsstellen betrug ca. 13 Mio. Franken. Pro Klient und Jahr wurden ca. 2200 Franken aufgewendet.

Im Vergleich mit dem Jahr 1999, der letzten Erhebung, hat das Betreuungsverhältnis pro Einrichtung um 27% von 68 auf 86 Klienten pro Vollzeitstelle zugenommen. Diese Zunahme ist vor allem auf das Wachstum der Klientenzahlen (plus 26%) zurückzuführen. Im gleichen Zeitraum war eine leichte Abnahme der Stellenprozentage (-2%) zu verzeichnen.

„Obwohl der Versorgungsauftrag mit einem insgesamt guten Dienstleistungsangebot wahrgenommen werden kann, funktioniert das System zur Zeit suboptimal und damit unter dem Wünsch- und Machbaren“, bemerkt die Bestandesanalyse selbstkritisch. Es bestehe jedoch kein Anlass, von einer Krise der Ambulanten Suchtberatung zu sprechen. Einzelne Institutionen mögen die Kürzungen von Subventionen und Betriebsbeiträgen allerdings als Krise empfinden. „Der Spardruck führt zu teilweise hoher physischer und psychischer Belastung bei der täglichen Arbeit, sehr oft aber auch zur Einsicht in die Notwendigkeit organisatorischer und konzeptioneller Anpassungen. Massnahmen zur Qualitätsentwicklung und –sicherung, Professionalisierung der Administration sowie der Betreuung der Klientel, Steigerung der Attraktivität des Angebotes und innovative Diversifikationen sind bereits sichtbare und zum Teil objektiv messbare Resultate dieses Prozesses.“

Vordringlichste Massnahmen zur Behebung der festgestellten Mängel können dabei auf bestehender gesetzlicher Grundlage in Angriff genommen werden. „Damit könnten 80% des

Optimierungspotenzials ohne Gesetzesrevision ausgeschöpft werden.“ Eine Änderung des Alkohol- und Drogengesetzes von 1975 ist nicht vordringlich.

Die Bestandesaufnahme sieht ein „beträchtliches Optimierungspotenzial“, wenn Dienstleistungen nicht parallel in mehreren Einrichtungen angeboten werden. „Zuwenig Dienstleistungen werden in konzentrierter und von einzelnen Beratungsstellen in ausschliesslicher Form angeboten (im Sinne einer Spezialisierung und Arbeitsteilung).“ In der A&SB und im DropIn werden bspw. parallel hochdiversifizierte und umfassende Kompetenzen aufgebaut und betrieben. Suchtpolitisch und betriebswirtschaftlich sei das eine suboptimale Allokation von Ressourcen. Bei einer nüchternen Gegenüberstellung der Vollkostenrechnung schneide der private Anbieter, die SRB, deutlich besser ab. Als Konsequenz sei die weitgehende Privatisierung der freiwilligen ambulanten Suchtberatung ins Auge zu fassen. Die Vision ist ein kantonales Kompetenzzentrum der ambulanten Suchtberatung.

Auch im Bereich der Substitutionseinrichtungen erscheint die Ausdehnung der Privatisierung der opiatgestützten Substitutionstherapie aus ökonomischer Sicht interessant und betriebswirtschaftlich prüfenswert.

Dass psychosoziale Betreuung im Rahmen ärztlicher Opiatverschreibung notwendig ist, wird anerkannt. Jedoch wird die Frage gestellt, ob spezialisierte Beratung und Betreuung wie z.B. Schuldensanierung nicht in die Beratungsstellen delegiert werden könnten.

### **3.3 Schlussfolgerungen der GSK**

#### **AV und AVI**

Die GSK begrüsst es, dass AV und AVI extern evaluiert worden sind und dass mit der Bestandesanalyse ein guter Überblick über die ambulante Suchtberatung möglich geworden ist.

Die GSK hat sich im Drogenbericht 1 gegenüber den beiden Projekten sehr kritisch geäussert. Diese Skepsis konnte auch nach Kenntnisnahme der Evaluation nicht aus dem Weg geräumt werden. Einzelne Mitglieder der GSK beurteilten deren Ergebnisse als vernichtend. Die Mehrheit betrachtete sie nüchterner: es gibt systemimmanente Faktoren, die sich auch bei bester Organisation nicht aus dem Weg räumen lassen. So kollidiert polizeiliche Arbeit und Repression immer mit sozialarbeiterischem und betreuerischem Vorgehen.

Zwar anerkennt die GSK, dass eine Beruhigung im öffentlichen Raum sicht- und spürbar ist. Eine Verringerung der sichtbaren Drogenszene konnte teilweise erreicht werden. Trotz teilweise anders lautendem Fazit des Evaluationsberichts scheinen der GSK die Rückführungen aber gescheitert. Wenn ein Sprecher der Basler Polizei in der Presse sagt, dass die Polizei deutsche und französische „Drogenabhängige ohne Wohnsitz in Basel aufgegriffen und an die Grenze gestellt“ habe, so entspricht dies nicht den Vorstellungen der GSK, wie im übrigen auch nicht jener des PMD und SD.

Die GSK ist der Überzeugung, dass sich dieses Problem nicht auf der Ebene Polizei und Sozialdienst der Gemeinden, sofern dieser überhaupt besteht und erreichbar ist, gelöst werden kann. Sie hat volles Verständnis dafür, dass Basel-Stadt als Zentrumsanton nicht auch noch die finanziellen Lasten der ausserkantonalen Drogenabhängigen tragen will. Eine Lösung ist aber nur auf Regierungsebene herbeizuführen. Es muss top-down klar sein, wer wann Ansprechperson oder -stelle ist.

Der Zielkonflikt von repressiven Massnahmen einerseits und Vertrauensbildung andererseits ist systemimmanent. In der Evaluation wird eine klarere Trennung zwischen sozialer Arbeit und Repression gewünscht, andererseits aber auch die Empfehlung aufgestellt, dass

AV und AVI einander organisatorisch und strukturell näher gebracht werden könnten. Die GSK sieht nicht, wie dieser Zielkonflikt gelöst werden kann.

Die Regierung hat rasch reagiert. Die Überführung des AV vom PMD ins Sanitätsdepartement ist bereits beschlossen und soll auf Januar 05 erfolgen. AV wird in die A&SB eingliedert. A&SB ist eine gut etablierte Einrichtung im Bereich gesetzlicher Sozialarbeit, die mit schwerstgeschädigten Suchtkranken, bisher vor allem im Bereich der Alkoholabhängigkeit, arbeitet. Es soll dadurch die Einzelfallbegleitung optimiert werden. Diese Veränderung ist ohne Revision des Alkohol- und Drogengesetzes möglich. Damit wird der legale und der illegale Teil der Behandlung und Betreuung abhängiger Menschen möglich.

Die GSK begrüsst diese Zusammenlegung und Optimierung von AVI und AV. Neu soll laut den Gesundheitsdiensten Basel-Stadt nur noch vom „Mittler im öffentlichen Raum“ die Rede sein; die eher unglücklichen Begriffe AV und AVI entfallen. Die GSK fragt sich aber, ob dies nicht ohne Umweg über AV möglich gewesen wäre. Es werden zukünftig auch zwei Stellen (je 80%) gestrichen. Zwei bisher blockierte Stellen bei der A&SB sind für den Aufbau des Case Managements vorgesehen. Die A&SB verfügt über viel Erfahrung in der Einleitung und Durchführung von Zwangsmassnahmen. Diese sind als ein Teil der Viersäulen-Politik nötig.

Anlässlich einer Anhörung vor der GSK würdigten Quartiervertreter das Projekt AVI positiv. Allerdings wurde der Wunsch geäussert, das AVI auf die Wochenenden auszuweiten. Die GSK unterstützt diesen Wunsch.

Den Vorschlag der Evaluatoren, auf Polizeiebene eine spezialisierte Einsatzgruppe für den Bereich illegale Drogen zu schaffen, hält die GSK für prüfenswert.

### **Bestandesaufnahme Ambulante Suchtberatung**

Die Erbringung von Leistungen am Gemeinwohl durch Private hat in Basel grosse Tradition und guten Erfolg. In der Suchtberatung, in der Psychiatrie und in der Geriatrie hat sich dieses Modell in unserem Kanton bewährt. Unzählige private Leistungserbringer steuern nicht bezifferbare „Human Resources“ und finanzielle Mittel bei. Dadurch können gewisse Leistungen kostengünstiger erbracht werden.

Vielleicht herausragendste Forderung der Bestandesanalyse ist die Vergabe von Leistungsaufträgen an Private. Bevor die GSK Stellung zu diesem Vorhaben beziehen kann, möchte sie die Vorteile einer Privatisierung der freiwilligen ambulanten Suchtberatung näher begründet haben. Das Dropln und die A&SB sind gut integrierte Einrichtungen mit viel Erfahrung. Eine gute Koordination ist nötig. Die GSK zweifelt jedoch daran, dass mit einer Privatisierung der A&SB oder gar einer Eingliederung ins Dropln der gewünschte Effekt erzielt werden kann.

## **4. Aktuelle Drogensituation im öffentlichen Raum: Anhörung von Vertretern der Quartiere, der K+A sowie der Verwaltung**

In Bezug auf die Auswirkungen des Drogenmissbrauchs auf den öffentlichen Raum hat die GSK divergierende Signale erhalten. Sie hat deshalb an ihrer Sitzung vom 27. Oktober dazu die Regierungsräte Carlo Conti und Jörg Schild, Vertreter der Polizei, der Gesundheitsdienste und der K+A (Gassenzimmer) sowie eine Vertreterin des Matthäusquartiers und einen Vertreter des Unteren Kleinbasels befragt. Es blieb bei einer gewissen Diskrepanz der Wahrnehmungen. So sagte die Vertreterin des Matthäusquartiers, Käthi Grossenbacher Iseli (Verein Matthäusplatz-Unser Platz) aus, dass diesen Sommer die Situation im öffentlichen Raum wieder eskaliert sei. Sie kritisierte, dass so genannte Sofortmassnahmen –

beispielsweise stündliche Polizeikontrollen oder die Ausdehnung der Sprütze-Wäspi-Tour auf sieben Tage pro Woche – viel zu spät gekommen seien.

Der Vertreter des Unteren Kleinbasels, Hanspeter Rohrer (Geschäftsführer des Quartiervereins Unteres Kleinbasel) erkannte in keinem Quartier eine wirklich gravierende Situation; verschiedentlich sei es nicht zuletzt durch die hohe Präsenz von Polizei und AVI zu klaren Verbesserungen gekommen, so etwa im Gebiet Kaserne. Auch verursache die neue K+A Wiesenkreisel bisher weniger Emissionen als von vielen Anwohnern befürchtet; allerdings sei die Situation genau im Auge zu behalten.

Rohrer warnte davor, dass sich die Erlenmatt als neues Problemgebiet anbahnen könnte. Hier seien in letzter Zeit vermehrt Spritzen gefunden worden. Er betonte die positive Auswirkung von Sozialkontrollen auf öffentliche Plätze, etwa in Form von Buvetten, Kiosks oder Sportplätzen. Dieser Erkenntnis sei bei der Umgestaltung von Plätzen wie etwa der Claramatte Rechnung zu tragen. Als weitere Anliegen nannte er ein regelmässiges Informieren der Anwohnerschaft (Kontaktadressen, Notfallnummern, Hilfsangebote der Polizei zur Absicherung von Liegenschaften und Hinterhöfen etc.) und besser sichtbares Spritzenmaterial. Spritzen seien z.B. in Holzschnitzeln von Spielplätzen zuwenig sichtbar.

Der Vertreter der K+A, SRB-Leiter Walter Meury, sah manchenorts eine Verbesserung der Situation, nicht zuletzt aufgrund der Inhalationsräume für Folienrauchende, die in jedem der drei K+A eingerichtet worden sind. Damit habe man einen Teil der ganz problematischen Drogenabhängigen institutionell einbinden können. Weiter würden die Zutrittskontrollen, die im Spätsommer 04 eingeführt wurden, greifen und insbesondere Asylbewerber sowie Konsumierende aus Deutschland und Frankreich von den K+A – und nach einer Übergangsphase nun auch vom öffentlichen Raum – fern halten. Als Quartiere, die es im Auge zu behalten gelte, nannte Meury das St. Johann und die Heuwaage. Er verwies auf die unbefriedigende Situation, dass die K+A Heuwaage die kleinsten Räumlichkeiten habe, abends aber von allen drei K+A am längsten geöffnet habe und insgesamt den grössten Andrang verzeichne. Entsprechend hoch sei die Zahl der Reklamationen der Anwohnerschaft, zumal das attraktive Umfeld der Heuwaage dazu einlade, öffentlich zu konsumieren. Meury regte eine Überprüfung der Öffnungszeiten der drei K+A an.

Weiter monierte er die ungenügende psychosoziale Betreuung von Personen in Substitutionsprogrammen: Beschäftigung, Freizeitgestaltung etc. bis hin zu niederschwelligem betreuten Wohnen.

Letzteren Punkt bestätigte der Leiter der Fachstelle Suchtfragen, Klaus Meyer. Die Substitutionsprogramme an sich seien sehr gut. Er betonte, dass mit einer gezielten Fallbetreuung nun gerade die stark Verwahrlosten unter den suchtkranken Menschen verstärkt angegangen würden. Vor einer Verlängerung der Öffnungszeiten am Wiesenkreisel warnte er; in der nahen Lange Erle würde es rasch zu unkontrollierbaren Szenebildungen kommen. Meyer erachtete die Situation im öffentlichen Raum als stabil, wie auch die Polizeivertreter, Christian Meidinger, Abteilungsleiter der Grenz- und Fahndungspolizei und Max Morgenthaler, Community Policing Kleinbasel. Man habe die Repression gegen Dealer massiv verstärkt, nicht aber jene gegen die Drogenkonsumierenden, wurde von Seiten der Polizei betont. Die Repression sei gleichberechtigter Partner in der Viersäulen-Politik.

Nur ungenügende Informationen erhielt die GSK zum Quartier St. Johann, zumal der eingeladenen Quartiervertreter kurzfristig absagte. Die GSK hält dieses Quartier für gefährdet. Sie wird zur Drogensituation im St. Johann deshalb einen Anzug einreichen.

## 5. Zusammenfassung und generelle Empfehlungen

Mit dem vorliegenden Suchtbericht (Drogenbericht 2) verfolgt die GSK das Ziel, die drogenpolitische Diskussion zu versachlichen und eine neue Betrachtungsweise zu lancieren. Dies, indem legale und illegale Drogen in Bezug auf ihre gesellschaftliche Relevanz bewertet und eingeordnet werden. Es ist unbestreitbar, dass der Missbrauch der legalen Drogen Alkohol und Tabak weitaus grössere Schäden verursacht als der Missbrauch der illegalen Drogen. Die Kosten dieser Schäden trägt zum grössten Teil die Allgemeinheit, sowohl über die Steuern als auch über die Krankenkassenprämien. Für die GSK ist denn auch klar, dass im Bereich der legalen Drogen, allen voran Tabak und Alkohol, gesundheitspolitisch der grösste Handlungsbedarf besteht. Dies gilt in noch stärkerem Masse für den Missbrauch von Alkohol und Tabak bei Jugendlichen.

Die GSK begrüsst beschränkende Massnahmen und schlägt vor, dass weniger mit Verboten gearbeitet und dafür mehr mit dem Schutz von Kindern und Jugendlichen sowie dem Schutz von Passivrauchenden argumentiert wird.

Die GSK befürwortet alle Massnahmen, die geeignet sind, den Missbrauch psychoaktiver Substanzen einzudämmen oder wenigstens den Trend zum wachsenden Missbrauch zu bremsen. Die GSK lehnt es indes ab, Konsumierende und Nicht-Konsumierende gegeneinander auszuspielen. Sie will im Gegenteil eine Kultur des Gesprächs, der Rücksichtnahme und des gegenseitigen Verständnisses fördern und setzt insbesondere auf Prävention sowie auf Frühintervention bei Suchtmittelmisbrauch und -abhängigkeit.

Suchtprävention hat viel mit Gesundheitsprävention zu tun. Die GSK begrüsst, dass die Regierung dies erkannt hat und nicht nur die Suchtprävention, sondern auch die Gesundheitsförderung insbesondere an den Schulen ausbaut. Die Idee von Gesundheitsbeauftragten an den Schulen unterstützt die GSK weiterhin.

Die GSK begrüsst die Einführung der Sondersteuer auf Alcopops. Grössten Wert legt sie auf die Einhaltung des Jugendschutzes. Verstösse gegen das Verkaufsverbot an Kinder und Jugendliche sind konsequent zu ahnden.

Die GSK begrüsst das vom Grossen Rat im Oktober 04 beschlossene Verbot für Plakatwerbung für Tabak und Alkohol auf privatem Grund, der vom öffentlichen Grund her einsehbar ist. Allerdings hätte sich die GSK ein Verbot gewünscht, das Wein und Bier einschliesst.

Die GSK befürwortet die Einführung einer Altersgrenze für den Erwerb von Tabakwaren. Sie unterstützt die Motion Stohrer, die jeglichen Verkauf von Tabakwaren an Jugendliche unter 18 Jahren verbieten will. Die GSK unterstützt die Haltung des BAG, in der Prävention nicht mit der Zigarettenindustrie zu kooperieren.

Die GSK ist der Meinung, dass öffentlich zugängliche Räume in Gebäuden in der Regel rauchfrei sein sollen. Sie unterstützt den Anzug Nägelin, der den Kanton zu einer Vorbildrolle auffordert und in allen öffentlichen Gebäuden und Betrieben des Kantons ein generelles Rauchverbot einführen möchte (Ausnahme: spezielle Aufenthaltsräume für Rauchende).

Die GSK empfiehlt zudem, ein Verbot von Zigarettenautomaten zu prüfen, welche sich unter freiem Himmel befinden und unbeaufsichtigt und uneingeschränkt von der Allmend her zugänglich sind.

Die GSK weiss, dass MultiplikatorInnen („Peers“) aus den jeweiligen Zielgruppen besonders effektive Präventionsarbeit leisten können. Sie befürwortet deshalb MultiplikatorInnenkurse.

Dem Medikamentenmissbrauch steht die GSK ebenso besorgt wie ratlos gegenüber. Besorgnis erregend ist insbesondere der Umstand, dass die Pharmaindustrie im Begriff ist,

neue Wirkstoffe zur Leistungssteigerung im Alltag und zur Steuerung der emotionalen Befindlichkeit zu entwickeln. Die Industrie gehorcht damit schlicht der Nachfrage der Leistungsgesellschaft. Der Umstand, dass das Gros der psychoaktiven Medikamente auf ärztliche Verordnung eingenommen wird, vermag keineswegs zu beruhigen.

Eine Möglichkeit, im Bereich illegale Drogen drogenpolitisch voranzugehen, bietet das Drug Checking. In Zürich und anderen Städten wurde den KonsumentInnen von Partydrogen schon verschiedentlich ermöglicht, ihre „Pillen“ von Fachleuten auf den Wirkstoffgehalt testen zu lassen. Mit einem klaren Bekenntnis zum Drug Checking und einer entsprechend gezielten Förderung könnte Basel-Stadt einen wichtigen Beitrag zur Risikominimierung beim Drogenkonsum leisten und zaghafteren Städten und Kantonen als Beispiel vorangehen.

Die GSK bedauert das Nichteintreten des Nationalrats auf die Revision des Betäubungsmittelgesetzes. Die GSK begrüsst die nüchterne Sichtweise und die liberale Haltung der baselstädtischen Regierung in der Cannabisfrage ebenso wie deren Absicht, sich auf Bundesebene für eine Gesetzesänderung einzusetzen. Die Verlagerung des Cannabis-Handels in den nicht kontrollierbaren Untergrund erfüllt die GSK mit Sorge. Wirksame Prävention und Schadensminderung lässt sich nur in einem entkriminalisierten und transparenten Umfeld realisieren.

Die GSK anerkennt, dass es im öffentlichen Raum zu einer gewissen Beruhigung der Drogensituation gekommen ist. Sie begrüsst die Fortsetzung der Projekte AV und AVI und deren Zusammenlegung und Optimierung unter dem Dach des Sanitätsdepartements (die unglücklichen Begriffe AV/AVI entfallen zugunsten des „Mittlers im öffentlichen Raum“). Für wünschenswert hält die GSK eine Ausdehnung des AVI auf die Wochenenden. Weiter begrüsst sie die Einführung der Einzelfallbetreuung für Schwerstabhängige im Rahmen der A&SB.

Für unbefriedigend hält die GSK die Rückführungen. Rückgeführte dürfen nicht einfach an die Grenze gestellt werden. Die GSK erwartet von den involvierten Regierungen, dass sie sich untereinander absprechen.

Für Personen in Substitutionsprogrammen wünscht sich die GSK - wie bereits im Drogenbericht 1 gefordert - eine Verbesserung der psychosozialen Betreuung.

Für prüfenswert hält die GSK den Vorschlag, auf Polizeiebene eine spezialisierte Einsatzgruppe für den Bereich illegale Drogen zu schaffen.

Die GSK legt grossen Wert darauf, dass die Anwohnerschaft in drogenbelasteten Stadtgebieten gut und regelmässig informiert wird, sei es mit Infos zu Kontaktadressen und Notfallnummern oder zu Hilfsangeboten der Polizei.

Städtische „Unorte“ lassen sich am besten durch das Vorhandensein einer Sozialkontrolle (Kiosks, Sportplätze etc.) vermeiden. Der GSK ist es wichtig, dass dieser Erkenntnis bei der Umgestaltung von Plätzen und Parks Rechnung getragen wird.

Die GSK stellt sich nach wie vor hinter die Viersäulen-Politik des Bundes und des Kantons Basel-Stadt. Sie wünscht sich, dass sich die Gewichtung von Massnahmen zur Schadensverminderung nicht zu Gunsten der Repression verschiebt. Alle vier Säulen sind integrativ und nicht konkurrierend einzusetzen. Wo möglich und sinnvoll, wünscht sich die GSK ein partnerschaftliches Vorgehen mit Baselland wie auch den südbadischen und elsässischen Nachbarn.

Im Bereich Spielsucht geht das grösste Problem von den Glücksspielautomaten ausserhalb der konzessionierten Casinos aus. Die GSK erwartet hier von der Regierung weiterhin eine restriktive Praxis. Das Casino Basel ist zu einer strengen Umsetzung des Sozialkonzepts und einer strengen Spielsperre-Praxis anzuhalten.

## 6. Antrag

Die Gesundheits- und Sozialkommission des Grossen Rates des Kantons Basel-Stadt beantragt dem Grossen Rat, vom vorliegenden Bericht in zustimmendem Sinne Kenntnis zu nehmen.

Die Gesundheits- und Sozialkommission hat den Bericht an ihrer Sitzung vom 24. November 2004 mit 10 gegen 1 Stimme verabschiedet und ihren Präsidenten zum Sprecher bestimmt.

Weiter beantragt die Gesundheits- und Sozialkommission des Grossen Rates des Kantons Basel-Stadt dem Grossen Rat, den Anzug Albert Meyer und Konsorten betreffend Koordination und Umstrukturierung der Institutionen im Drogenbereich vom 10. Februar 1999 abzuschreiben.

Basel, 24. November 2004

Jürg Merz, Präsident



## **Grossratsbeschluss**

**betreffend**

### **Suchtbericht (Drogenbericht 2)**

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt nach Einsichtnahme in den Bericht der Gesundheits- und Sozialkommission Nr. 9414 vom 24. November 2004, beschliesst:

Der Grosse Rat des Kantons Basel-Stadt nimmt vom Suchtbericht (Drogenbericht 2) der Gesundheits- und Sozialkommission vom 24. November 2004 in zustimmendem Sinne Kenntnis.

Dieser Beschluss ist zu publizieren.

## 7. Abkürzungsverzeichnis

A & SB	Alkohol- und Suchtberatung
AV	Abklärung und Vermittlung
AVI	Aufsuchen – Vertrauensbildung – Information
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BAP	Bundesamt für Polizei
EAV	Eidgenössische Alkoholverwaltung
ESBK	Eidg. Spielbanken-Kommission
ESPAD	The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
FOS	Forschungsverbund stationärer Suchttherapie
HSA	Hochschule für Soziale Arbeit
K+A	Kontakt- und Anlaufstelle (Ehemals „Gassenzimmer“)
PMD	Polizei- und Militärdepartement
SBG	Schweizer Spielbankengesetz
SD	Sanitätsdepartement
SFA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
SRB	Suchthilfe Region Basel
THC	Tetrahydrocannabinol
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	World Health Organization