



Drogenpolitik der Stadt Zürich

Strategien – Massnahmen – Perspektiven

**Drogenpolitik der Stadt Zürich
Strategien – Massnahmen – Perspektiven**

Impressum

Herausgeber

Der Stadtrat von Zürich

AutorInnen

Michael Herzig, Andrea Feller, Sozialdepartement

Redaktion

Dr. Monika Binkert, Gesundheits- und Umweltdepartement

Norbert Klossner, Kantonspolizei Zürich

Gerhard Lips, Stadtpolizei Zürich

Heinz Spälti, Gesundheits- und Umweltdepartement

Rolf Vieli, Polizeidepartement

Eveline Winnewisser, Schul- und Sportdepartement

Fotos

Stadtpolizei Zürich; Foto Titelblatt Lucia Degonda, Zürich

Gestaltung, Produktion

Imachine Projekt AG, Zürich, in Zusammenarbeit mit tbt

Korrektorat

Irène Müller, Zürich; text control ag, Zürich

Druck

Druckerei Feldegg AG, Zollikerberg

Copyright

© 2004 Stadt Zürich

Zu beziehen bei der Stadt Zürich
www.drogenpolitik-zuerich.ch CHF 20.–

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1 Fazit und Zusammenfassung	9
2 Drogen in der Stadt Zürich im historischen Rückblick	11
3 Strategien und Massnahmen der städtischen Drogenpolitik seit 1990	20
3.1 Strategien	21
3.2 Akzeptanz der Drogenpolitik im Parlament, in der Bevölkerung und in der öffentlichen Meinung	22
3.3 Steuerung und Koordination	26
3.4 Übergeordnete staatliche Ebenen	27
3.5 Prävention	29
3.6 Repression	31
3.7 Schadenminderung und Überlebenshilfe	38
3.8 Therapie	46
4 Leistungsausweis und Bilanz der Drogenpolitik der Stadt Zürich	52
4.1 Epidemiologische Entwicklung	52
4.2 Prävention	60
4.3 Repression	63
4.4 Schadenminderung und Überlebenshilfe	70
4.5 Therapie	75
4.6 Kosten	85
5 Aktuelle Probleme, Handlungsbedarf und drogenpolitische Perspektiven	88
5.1 Einschätzung der epidemiologischen Entwicklung	89
5.2 Prävention	91
5.3 Repression	94
5.4 Schadenminderung und Überlebenshilfe	96
5.5 Therapie	97
5.6 Steuerung, Koordination und Organisation	98
6 Strategie 2004–2010	105
7 Anhang	109
7.1 Rechtsgrundlagen	109
7.2 Bibliografie	110

Vorwort

Ein Lernprozess macht Politik

In der Stadt Zürich gab es zweimal eine so genannte offene Drogenszene: von 1986 bis 1992 am Platzspitz – die Bilder vom «Needlepark» gingen um die Welt – und von 1992 bis 1995 am Letten. «Offen» meint, dass rund um die Uhr mehrere hundert Personen dort lebten, in selbst gebastelten Zelten oder auf dem Boden übernachteten, Drogen dealten und konsumierten. Es bedeutete, dass sich täglich über tausend Personen dort mit Drogen eindeckten und nebst den Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz auch die allgemeine Kriminalität eskalierte: von Hehlerei über Körperverletzungen bis hin zu Kapitaldelikten. Es bedeutete, dass die hygienischen und medizinischen Lebensumstände in der offenen Szene mit «vegetieren» präziser umschrieben sind als mit «leben». Es bedeutete eine urbane Katastrophe.

Die Stadt Zürich hat zweimal eine offene Szene geräumt. Das erste Mal 1992 den Platzspitz auf Anordnung des Bezirksstatthalters. Das war eine reine Polizeiaktion, ohne dass geeignete soziale oder medizinische Strukturen vorhanden gewesen wären, um die Leute aufzufangen, die vom Platzspitz vertrieben worden waren. Die Folge war, dass der obere Kreis 5 zwischen Langstrasse und Bahnhof – ein Wohn-, Arbeits- und Schulquartier – vorübergehend zur offenen Szene wurde, bis sie schliesslich an den stillgelegten Bahnhof Letten gedrängt werden konnte. Dort wiederholte sich der «Needlepark» ein zweites Mal – noch schlimmer und drastischer.

Dass die Räumung des Letten nicht zum selben Fiasko wurde wie die Platzspitzschliessung, ermöglichte erst ein Lernprozess, den (fast) alle Beteiligten zwischen 1992 und 1995 durchmachten, durchmachen mussten: Über die ideologischen Gräben hinweg wurde die Vier-Säulen-Strategie entwickelt. Sie hat das Wohl sowohl der Bevölkerung als auch das der Drogen Konsumierenden zum Ziel; sie sucht den Ausgleich zwischen repressiven und unterstützenden Massnahmen. Ohne diesen Prozess von der politischen und ideologischen Konfrontation hin zur pragmatischen und lösungsorientierten Kooperation hätte Zürich die Katastrophe nicht überwunden.

Diesen Lernprozess mussten alle Beteiligten in der einen oder anderen Weise durchschreiten: Stadtrat, Gemeinderat, Regierungsrat ebenso wie alle Behördenmitglieder, vor allem die direkt betroffenen Fachleute und immer wieder auch die Bevölkerung. Sie hat bis heute die Drogenpolitik des Stadtrates immer wieder mitgetragen. Es wäre allerdings eine fatale Täuschung zu glauben, dass das Lernen nun abgeschlossen sei. Die fachlichen Auseinandersetzungen, das interdisziplinäre Ringen um pragmatische Problemlösungen und der Wille zur Zusammenarbeit müssen weitergehen und weiterbestehen, wenn uns die Geschichte nicht einholen soll.

Dafür steht auch der vorliegende Bericht: Die politische Verantwortung liegt bei der Delegation für Drogen- und Suchtpolitik des Stadtrates von Zürich, die sich aus den Vorstehenden des Polizeidepartements, des Gesundheits- und Umweldpartements und des Sozialdepartements zusammensetzt. Die AutorInnen sind Michael Herzig und Andrea Feller aus dem Sozialdepartement. Die Redaktionskommission setzt sich aus allen Mitgliedern des Drogenstabes zusammen, die ebenfalls aktiv am Bericht mitgewirkt haben: Gerhard Lips seitens der Stadtpolizei Zürich und Rolf Vieli für das Polizeidepartement, Norbert Klossner, Leiter der Spezialabteilung 4 der Kantonspolizei Zürich, Dr. Monika Binkert seitens der Städtischen Gesundheitsdienste und Heinz Spälti für das Gesundheits- und Umweldpartement sowie Eveline Winnewisser für die Suchtpräventionsstelle des Schul- und Sportdepartements.

Wir liessen den Bericht von anerkannten externen Fachleuten kritisch kommentieren. Wir danken ihnen ganz besonders: Barbara Mühlheim, Leiterin der heroingestützten Behandlung KODA 1 in Bern; Peter Burkhardt, Gesamtleiter DIE ALTERNATIVE – Verein für umfassende Suchttherapie; Dr. Toni Berthel, Leiter der Integrierten Psychiatrie Winterthur; PD Dr. Rudolf Stohler, Leitender Arzt des Zentralen Sozialpsychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich; und Dr. Daniel Meili, Chefarzt der Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen ARUD Zürich. Sie alle haben unseren Blick ebenso gekonnt wie beharrlich über die Stadtmauern hinausgelenkt.

Politik lernt nie aus

Dass Zürich die Katastrophe der 1980er und 1990er Jahre überwunden hat, ist ein Erfolg und eine Schwäche zugleich. Wir haben uns in den letzten 14 Jahren derart stark auf die Überwindung der offenen Szene konzentriert, dass wir andere Entwicklungen fast verschlafen hätten: In die Partydrogenprävention sind wir spät und zögerlich eingestiegen; die Entwicklung adäquater Interventionsformen bei chronischem Cannabiskonsum hat die Prävention paradoxerweise fast ausschliesslich der Justiz überlassen; bei der dringend notwendigen Revision des Betäubungsmittelgesetzes haben wir uns gutgläubig auf die liberalen Kräfte im National- und Ständerat verlassen. Umso mehr ist es daher unerlässlich, dass wir unsere Politik aufmerksam und selbstkritisch, engagiert und offen laufend überprüfen und unsere Arbeit rechtzeitig den Entwicklungen anpassen.

Der vorliegende Rechenschaftsbericht ist das Resultat einer Selbstreflexion: selbstkritisch, wenn dies notwendig ist, selbstbewusst, wenn es zulässig ist. Trotz der offensichtlichen Erfolge der städtischen Politik, die auch mehrmals von den Stimmberechtigten unterstützt worden ist, bleibt das politische Lernen letztlich **der** strategische Erfolgsfaktor!

Und die Zukunft beginnt heute

Neben dem Rückblick bezieht der Bericht auch Stellung zur Frage, in welchen Bereichen die Stadt Zürich in den nächsten Jahren die Schwerpunkte in der Drogen- und Suchtpolitik setzen will. Es gibt keinen Stillstand und darf keinen geben. Das Problem ist nie gelöst, dauernde Angebotsentwicklung ist Pflicht: Eine medizinische oder soziale Massnahme kann heute wirksam und morgen veraltet sein. Was vor zehn Jahren innovativ war, ist heute vielleicht zur Institution erstarrt.

Aus diesem Grund haben wir im vorliegenden Bericht nicht nur Bilanz gezogen, sondern auch versucht, den Handlungsbedarf der nächsten Jahre zu identifizieren:

In der Prävention scheinen uns angesichts der «Normalisierung» des Suchtmittelkonsums bei Jugendlichen die Früherfassung suchtgefährdeter Personen und das Stärken und Systematisieren der Sekundärprävention dringend und vordringlich.

In der Repression müsste im Kanton Zürich der gesetzliche Rahmen bei der Verurteilung wegen Betäubungsmittelhandels besser ausgeschöpft werden, die vormundschaftsrechtliche Praxis ist zu überprüfen und die Vollzugsprobleme bei der Wegweisung respektive Ausweisung von straffälligen Ausländerinnen und Ausländern zu lösen. Ganz wichtig ist der Delegation für Drogen- und Suchtpolitik auch etwas, worin sie in den letzten Jahren Innovationsgeist gezeigt hat: die (Weiter-)Entwicklung eines bürgernahen Verständnisses von Sicherheit und der entsprechenden Instrumente zur Verbesserung von Lebensqualität und Sicherheit.

Aber auch die jüngste Säule der Zürcher Drogenpolitik, die Überlebenshilfe, bedarf fachlicher und methodischer Anpassungen: Wir müssen das Angebot schneller und flexibler auf den sich verändernden Bedarf ausrichten und gleichzeitig die finanziellen Auswirkungen des kantonalen Sanierungsprogramms 04 auffangen. Für komplexe Fälle bedarf es einer systematischen Fallsteuerung und -koordination, und überprüfenswert ist ebenfalls die Wirkung in Bezug auf die soziale Integration unserer Klientinnen und Klienten.

In der Therapie stehen wir ebenfalls finanziellen Restriktionen seitens des Bundes und des Kantons gegenüber und müssen mit gleich viel oder weniger Mitteln dieselbe Leistung erzielen wie bisher. Ausserdem sollten wir auch hier weiterschreiten: mittels polyvalenter Suchtberatungsstellen den Zugang zu therapeutischen Settings verbessern und die Zusammenarbeit mit der Psychiatrie intensivieren sowie eine differenzierte Behandlungspalette für kokainabhängige Menschen entwickeln.

Schliesslich müssen wir uns nicht nur auf einzelne unserer vier drogenpolitischen Säulen konzentrieren, sondern vor allem auch auf das Dach darüber und die Wände dazwischen: Wir ha-

ben unsere strategischen Grundsätze überarbeitet, und wir wollen die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen allen operativ Tätigen stärken.

Der Wille zur Kooperation, der offene Blick auf die Problemlösungen und die Suche nach immer neuen, noch innovativeren Massnahmen sind das Erbe der offenen Szene, das es zu bewahren gilt. Die Verantwortung dafür liegt zuallererst bei den involvierten Fachleuten: bei der Polizei, der Medizin und der Sozialarbeit. Wenn die Fachleute primär den Besitzstand wahren, statt nach vorne zu schauen, oder wenn sie gegeneinander statt miteinander arbeiten, gerät das System sehr schnell aus dem Gleichgewicht. Aber auch Politikerinnen und Politiker aller Ebenen – Bund, Kantone und Gemeinden, Exekutive und Legislative – stehen in der Verantwortung: Wenn sie die eigene Profilierung statt das Gesamtwohl in den Vordergrund stellen, ist immer wieder eine Katastrophe möglich – dies lehrt uns die Erfahrung.

Es ist die Aufgabe der Delegation für Drogen- und Suchtpolitik des Stadtrates, immer wieder die Lehre aus der Vergangenheit zu ziehen und das Richtige für die Zukunft zu tun. Wir stehen in der Verantwortung, und wir nehmen alle Beteiligten in die Pflicht. Das ist der Sinn und Zweck des vorliegenden Berichts.

Für die Delegation für Drogen- und Suchtpolitik des Stadtrates von Zürich
Monika Stocker, Stadträtin

1 Fazit und Zusammenfassung

Von der Konfrontation zur Kooperation

Der Rechenschaftsbericht des Stadtrates zur Drogenpolitik in der Stadt Zürich zuhanden des Gemeinderates dokumentiert die Drogenpolitik der letzten zwanzig Jahre und zeigt Perspektiven bis 2010 auf. Er legt die Entwicklung des politisch breit verankerten Vier-Säulen-Modells dar, das national wegweisend war und ist: Prävention, Repression, Schadenminderung und Therapie. Neben der Entwicklung dieser zielgerichteten Strategie gibt der Bericht einen Einblick in den Aufbau und die Weiterentwicklung der politisch lange umstrittenen Überlebenshilfe und der Therapie in der Stadt Zürich: Innovativ waren in den 1990er Jahren die Einrichtung von Gassenzimmern in den städtischen Kontakt- und Anlaufstellen sowie die Einführung der heroingestützten Behandlung von schwer heroinabhängigen Menschen. Für die erfolgreiche Schliessung der offenen Drogenszene am Letten 1995 waren letztlich die lösungsorientierte Zusammenarbeit aller Beteiligten und die konsequente Umsetzung des Vier-Säulen-Modells ausschlaggebend.

Stadtverträglichkeit im Zentrum

Nach der erfolgreichen Schliessung der offenen Drogenszene am Letten 1995 legte der Stadtrat besondere Aufmerksamkeit auf die Stadtverträglichkeit seiner Drogenpolitik. Ziel einer stadtverträglichen Drogenpolitik ist es, sowohl den Drogen Konsumierenden als auch der übrigen Bevölkerung eine annehmbare Lebensqualität zu ermöglichen. Die Allgemeinheit soll von den negativen Auswirkungen der Drogenproblematik geschützt und Menschen mit einem Suchtverhalten sollen so weit als möglich in die Gesellschaft integriert werden.

Zur Verbesserung der sozialen Integration Suchtmittel Konsumierender wurde seit 1990 ein dezentral ausgebautes Angebot in den Bereichen Tagesstruktur, Gesundheit, Wohnen und Arbeiten bereitgestellt. Im Bereich Therapie fand eine Diversifizierung des Behandlungsangebots statt.

Zu den wichtigsten Massnahmen der städtischen Drogenpolitik, mit denen die Lebensqualität der übrigen Bevölkerung erhalten oder erhöht werden soll, gehören ein bürgernahes Verständnis von Sicherheit, Quartieraufwertungsmassnahmen und der methodische Brückenbau zwischen Polizei- und Sozialarbeit.

Zu einer umfassenden Drogen- und Suchtpolitik

Der Stadtrat von Zürich legt in seinem Bericht offen, wie er in Zukunft den negativen Folgen des Suchtmittelkonsums stadtverträglich für die gesamte Bevölkerung begegnen will. Er legt das Augenmerk auf eine noch intensivere interdisziplinäre Zusammenarbeit und Koordination der Hilfeleistungen. Einzelnen Feldern will der Stadtrat mehr Beachtung schenken: Als immer wichtigere Instrumente zur Bekämpfung der negativen Folgen des Suchtmittelkonsums erachtet er die Sekundärprävention und den Jugendschutz. Der Bericht macht deutlich, dass beim Aufbau des Betreuungsangebots, insbesondere im Bereich der Schadenminderung, zu wenig auf die Schnittstellen in der Versorgungskette geachtet wurde. Mit der Einführung einer systematischen Fallsteuerung und dem Aufbau polyvalenter Suchtberatungsstellen soll die Wirkung der differenzierten Angebotspalette weiter gesteigert werden. Auch wenn mit dem etablierten Bündel an Massnahmen die Lebensqualität aller messbar verbessert werden konnte, erachtet es der Stadtrat für nötig, für den Wirkungsnachweis und die Bedarfsentwicklung ein systematisches Suchtmonitoring einzuführen.

2 Drogen in der Stadt Zürich im historischen Rückblick

Bis zur gescheiterten Räumung der offenen Drogenszene am Platzspitz 1992 gab es in der Stadt Zürich keinen politischen Konsens darüber, wie mit der Drogenproblematik umzugehen sei. Der drogenpolitische Ansatz der 1970er und 1980er Jahre bestand in der Repression gegen Drogen Konsumierende und in der Prävention. Zusätzlich entstanden in den 1980er Jahren Einrichtungen für Entzug, Therapie und soziale Rehabilitation.

Mit dem Elend der offenen Drogenszene an Platzspitz und Letten setzte sich die Erkenntnis durch, dass die bisherige Vertreibungstaktik gescheitert war. Galt bis Mitte der 1980er Jahre der Verzicht auf Drogenkonsum als Bedingung für den Erhalt sozialer und medizinischer Unterstützung, setzte sich allmählich die Auffassung durch, dass ein menschenwürdiges Leben und Überleben höher zu gewichten sei. In der Folge wurde dieser Paradigmenwechsel schrittweise vollzogen und führte schliesslich zum Aufbau der so genannten Überlebenshilfe. Dahinter steht die Überzeugung, dass Menschen die lebensnotwendige soziale und medizinische Unterstützung nicht aus moralischen oder rechtlichen Gründen verweigert werden darf. Doch erst mit der HIV-Epidemie und der Katastrophe der offenen Szene wurde die Überlebenshilfe politisch mehrheitsfähig. 1988 forderte der Gemeinderat den Stadtrat auf, auf dem Platzspitz Überlebenshilfe-Einrichtungen anzubieten. Die Stadtzürcher Stimmberechtigten unterstützten dieses Prinzip und stimmten 1990 einem umfassenden Sozialpaket zu.

Im Rückblick kann dieser Entscheid als richtig beurteilt werden. Falsch war hingegen, dass Angebote nicht dezentral aufgebaut wurden, sondern mitten in der «Szene» am Platzspitz. Die Dezentralisierung der Hilfseinrichtungen war eine der Lehren, die später gezogen wurden. In einem langwierigen Lernprozess wurde ein vernetztes und koordiniertes System an Massnahmen zur Prävention, Repression, Schadenminderung, Überlebenshilfe und Therapie aufgebaut. Der Weg führte von der ideologisch geprägten Konfrontation zur lösungsorientierten Kooperation zwischen den beteiligten Institutionen. Die zielgerichtete Zusammenarbeit aller Beteiligten und die konsequente Umsetzung des Vier-Säulen-Modells waren letztlich das Erfolgsrezept für die Schliessung der offenen Drogenszene am Letten 1995 und prägten fortan das drogenpolitische Handeln der Stadt Zürich.

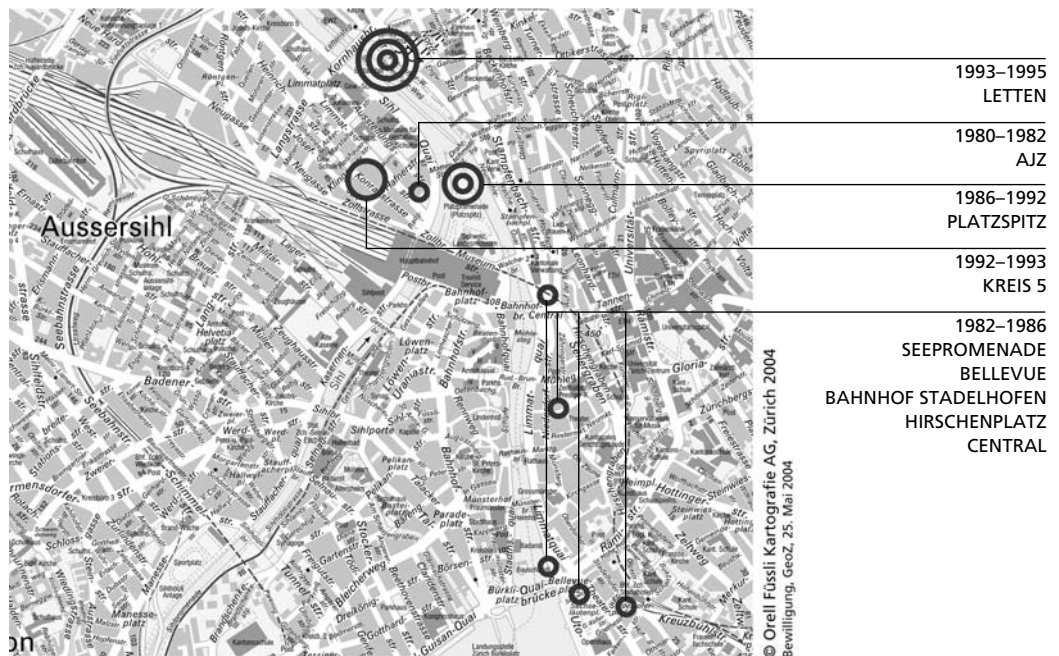
Die Entwicklung einer Drogenszene in Zürich

- Der Konsum illegaler Drogen nahm ab Ende der 1960er Jahre ein grösseres Ausmass an. Er betraf zunächst vor allem Cannabisprodukte und LSD, im Laufe der 1970er Jahre kamen Heroin und Kokain dazu. Das erste Drogenopfer infolge Heroinüberdosis in der Stadt Zürich wurde 1972 registriert. Zuvor wurden Heroin Konsumierende von der Zürcher Polizei kaum erfasst, auch konnte praktisch kein Heroin sichergestellt werden. Anfang der 1970er Jahre hielten sich etwa 100 bis maximal 300 Heroinabhängige in Zürich auf. Als Reaktion auf die Problematik wurde eine Drei-Säulen-Politik entwickelt, bestehend aus Repression, Prävention und Therapie.
- Im Bereich der Repression stellten die Kantone in den 1970er Jahren die ersten Polizeieinheiten für die Betäubungsmittelbekämpfung bereit. Die Notwendigkeit, Präventionsmassnahmen zu ergreifen und Therapiemöglichkeiten für Drogenabhängige bereitzustellen, wurde mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG) von 1975 auch gesetzlich verankert.
- In den 1970er Jahren entstanden ambulante Dienste und stationäre Hilfseinrichtungen, Beratungsstellen und Auffangnetze für Drogenabhängige.

Bildung einer offenen Drogenszene (1980–1986)

- 1980 entstand in Zürich im neu eröffneten Autonomen Jugendzentrum (AJZ) der weltweit erste illegale Fixerraum, in dem Drogen gehandelt und konsumiert wurden. Hatte sich die Stadtpolizei 1972 noch mit 490 Personen befasst, die gegen das BetmG verstossen hatten, stieg die Zahl der erfassten Personen 1982 auf 1678, davon 858 Opiat Konsumierende. Allein zwischen 1981 und 1982 stieg die Zahl der polizeilich behandelten Heroin Konsumierenden auf Kantonsgebiet um 38 Prozent. In der Agglomeration Zürich zählte man mittlerweile rund 3000 Heroinabhängige.
- Als das AJZ im Jahr 1982 abgerissen wurde, verlagerten sich die Drogen Konsumierenden an andere Orte in der Stadt. Infolge polizeilicher Vertreibungstaktik «wanderte» die Drogenszene vom Ufer des Zürichsees zum Bahnhof (Seepromenade, Bellevue, Bahnhof Stadelhofen, Hirschenplatz, Central).
- 1980 beschloss der Gemeinderat die Einrichtung einer Koordinations- und Auskunftsstelle für Suchtprobleme bei der Jugendberatung. In der Folge wurde im Oktober 1981 ein erstes Drogenpräventionskonzept formuliert. Am 25. April 1984 wurde die Suchtpräventionsstelle beschlossen und nahm am 1. April 1985 ihre Arbeit auf.
- Anfang der 1980er Jahre breitete sich die Immunschwächekrankheit Aids zunehmend auch unter Drogen Konsumierenden aus: 1985 stellten Ärzte fest, dass ca. 50% der Drogenabhängigen im Raum Zürich als Folge von Spritzentausch und Beschaffungsprostitution HIV-positiv waren. Trotzdem hielt die Zürcher Regierung zunächst am Verbot des freien Spritzenverkaufs fest.

- Erst als die Stadtpolizei Zürich im Sommer 1986 darauf verzichtete, steriles Injektionsmaterial zu beschlagnahmen, erklärte die Regierung am 3. September 1986 die Spritzenabgabe für legal.
- Öffentliche und private Sozialdienste boten Hilfe an, die Gassenarbeit entstand, es wurden saubere Spritzen an die Drogenabhängigen abgegeben. In dieser Phase übernahmen vorwiegend private Organisationen und auch Einzelpersonen die Pionierrolle bei der Entwicklung innovativer Unterstützungs- und Behandlungsangebote sowohl in der Therapie als auch in der Substitution und vor allem in der Überlebenshilfe. Gerade in den 1980er und frühen 1990er Jahren standen diese Pionierinnen und Pioniere häufig im Konflikt mit öffentlich-rechtlichen Institutionen und den politischen Behörden.
- 1986 verlagerte sich die Szene in den Platzspitzpark hinter dem Zürcher Hauptbahnhof.



DROGENSZENEN IN DER STADT ZÜRICH

Platzspitz (1986–1992)

- Die offene Drogenszene am Platzspitz wurde vom Stadtrat und den politischen Parteien vorübergehend toleriert. Das Anwachsen der offenen Drogenszenen ging mit einer immer grösseren Verelendung der Drogenabhängigen einher.
- Im Wissen, dass zahlreiche Drogenabhängige nicht zur Teilnahme an den vorwiegend abstinenzorientierten Entzugsprogrammen und Therapien motiviert werden konnten, wurden Ende der 1980er Jahre Konzepte zur Überlebenshilfe ausgearbeitet, in denen von einem

erweiterten Suchtverständnis ausgegangen wurde. Dies hatte zur Folge, dass zu den eingangs genannten drei Säulen des drogenpolitischen Konzepts Prävention, Repression, Therapie neu auch die soziale und medizinische Überlebenshilfe (Schadenminderung oder Harm Reduction) dazukam.

- Der Stadtrat beschloss am 4. November 1987 die Implementierung eines Überlebenshilfe-programms, das die Einrichtung von Kontakt- und Anlaufstellen, ein städtisches Methadon-programm, Krankenzimmer für Obdachlose, Notschlafstellen, Gassenküche und Arbeits-angebote vorsah. Erstmals wurde festgehalten, dass Drogenabhängige jederzeit Zugang zu medizinischen Institutionen bzw. solchen der Sozialhilfe haben sollten, selbst wenn sie mit dem Drogenkonsum nicht aufhören wollten.
- Der Drogenmarkt in der Stadt Zürich wurde bis Anfang 1991 fast ausschliesslich von türkischen Heroinhändlern dominiert. 1987 begannen aber auch professionelle Händlergruppen aus dem ehemaligen Jugoslawien, dem Kosovo und aus dem Libanon in den Markt zu drängen.
- Mit der Motion von André Kuy (FDP) vom 7. Dezember 1988 wurde der Stadtrat aufgefordert, am Platzspitz Überlebenshilfe-Einrichtungen anzubieten, um dem schlechten Gesundheitszustand und der Verelendung der Drogenabhängigen vor Ort entgegenzuwirken. Die Motion Kuy galt damals als Beginn einer neuen, humanen Drogenpolitik. Im historischen Rückblick kann der damalige Entscheid des Gemeinderates, auch Überlebenshilfe zu leisten, nach wie vor als richtig beurteilt werden. Dass dies jedoch nicht dezentral geschah, sondern mitten in der Szene am Platzspitz, muss im Nachhinein als Fehler bezeichnet werden. Die Dezentralisierung der Hilfseinrichtungen war eine der Lehren, die später aus der Situation am Platzspitz gezogen wurden.



PLATZSPITZ, 14.12.1989

- Am Platzspitz installierte sich 1989 das Zürcher Interventionspilotprojekt gegen Aids (ZIPP-Aids), ein privater Verein, der Spritzentausch und erste Hilfe vor Ort gewährleistete, unterstützt von einer Aussenstelle des Krankenzimmers für Obdachlose. Parallel zum Aufbau der Kontakt- und Anlaufstellen wurde mit ZIPP-Aids die medizinische Überlebenshilfe für Drogengefährdete und Drogenabhängige ausgebaut.
- 1990 eröffneten die Kontakt- und Anlaufstellen auf dem Platzspitz einen Treffpunkt mit dem Aufgabenschwerpunkt Triage und Ausstiegshilfe (Bus am Platzspitz). Daneben boten eine Vielzahl auf freiwilliger Basis tätige GassenarbeiterInnen, aber auch private Organisationen weitere Hilfe (Gassenküche) für Drogenabhängige am Platzspitz an. Essen, Kleider, Spritzen, Kondome usw. wurden auf dem Platzspitz an die Szene verteilt.



JUGENDHAUS DRAHTSCHMIDLI, UM 1990

- Bedingt durch das erhöhte Angebot an Heroin, dessen problemlose Zugänglichkeit und die Anonymität der Grossszene am Platzspitz entstand eine fatale Sogwirkung, die Drogenabhängige aus der ganzen Schweiz und dem nahen Ausland nach Zürich zog. Die Beschaffungskriminalität hatte seit Mitte der 1980er Jahre massiv zugenommen. Die Polizei versuchte, mit regelmässigen Razzien die Attraktivität von Zürich als Drogen-, Konsum- und Umschlagplatz zu vermindern, war aber gegen ein weiteres Anwachsen der Szene machtlos.
- Im Juli 1990 verabschiedete der Stadtrat zehn drogenpolitische Grundsätze: Eines der angestrebten Ziele war die Straffreiheit des Konsums. Zudem wollte man auch die Schaffung von Heroinabgabeprogrammen für Schwerstabhängige unterstützen. Ausserdem sollte die Dezentralisierung der Drogenhilfe im Kanton Zürich gefördert werden.
- In einer Volksabstimmung am 2. Dezember 1990 wurde die Überlebenshilfe für Drogenabhängige, psychisch Behinderte und sozial Auffällige in Not gutgeheissen. Konkret bedeutete

der Volksentscheid Zustimmung zu Kontakt- und Anlaufstellen, Arbeits- und Wohnprogrammen.

- In der Folge wurde in der Stadt Zürich ein differenziertes Angebot an niederschweligen Einrichtungen in den Bereichen Wohnen (Notschlafstellen, Begleitetes Wohnen), Arbeit (Job-Bus), Tagesstruktur (Kontakt- und Anlaufstellen) und medizinische Versorgung (Ausbau Krankenzimmer für Obdachlose [KFO] auf 24-Stunden-Betrieb) mit breiter Möglichkeit zum Tausch von gebrauchten gegen saubere Spritzen auf- und ausgebaut.
- Als man Anfang der 1990er Jahre begann, Methadon niederschwelliger abzugeben, stieg die Zahl der MethadonbezogenerInnen in Zürich schlagartig von 300 auf 2000.
- Lediglich 20% der sich auf dem Platzspitz aufhaltenden Drogenabhängigen stammten aus der Stadt Zürich; 25% kamen aus dem Kanton Zürich, 30% aus der übrigen Schweiz, 15% waren Ausländer, und 10% hatten keinen festen Wohnsitz.
- Während im März 1989 noch 2150 Spritzen täglich abgegeben wurden, stieg diese Zahl im Juli 1989 auf 6300 Spritzen. 1990/91 wurden in der Stadt Zürich täglich über 10 000 Spritzen umgetauscht.
- Die Drogenszene hatte 1991 ein derartiges Ausmass erlangt, dass sie allen Beteiligten über den Kopf wuchs. Insbesondere die hohe HIV-Infektionsrate unter den Heroin Konsumierenden auf dem Platzspitz, aber auch ihre allgemeine desolate Situation hatten verheerende gesundheitliche Konsequenzen. Ausserdem drohte der Platzspitz immer mehr zu einem rechtsfreien Raum zu verkommen. Körperverletzungen bis hin zu Tötungsdelikten nahmen zu. Dies sowie Klagen von Privaten führte am 16. Oktober 1991 dazu, dass der Bezirksstatthalter die Zürcher Stadtregierung anwies, den Platzspitz innerhalb eines Monats zu räumen. Die Bilder vom Platzspitz gingen unter dem Schlagwort «Needlepark» um die Welt.

Letten (1992–1995)

- Im Winter 1991 wurde die Platzspitzanlage ohne ausreichende flankierende Massnahmen in Etappen geschlossen. Zuerst wurde der Park nachts abgesperrt, am 5. Februar 1992 wurde er durch die Polizei dann vollständig geräumt. Zum Zeitpunkt der Räumung war noch keine gassennahe Infrastruktur vorhanden, die in der Lage gewesen wäre, die grosse Anzahl Heroin Konsumierender aufzufangen. Ebenso existierten praktisch keine dezentralen Überlebenshilfeprogramme für auswärtige Drogenabhängige.
- Auf kantonaler Ebene wurde Anfang der 1990er Jahre das Suchtpräventionskonzept und 1994 das Konzept zur Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich erarbeitet. Seit 1995 ist die Suchtpräventionsstelle (SuP) als städtische Fachstelle im Schul- und Sportdepartement integriert.
- Die sieben städtischen Kontakt- und Anlaufstellen, wovon in dreien seit dem 14. Mai 1992 je ein vom Aufenthaltsraum abgetrennter Raum als Gassenzimmer mit fünf bis acht Plätzen in Betrieb genommen wurde, konnten nur einen Teil des Konsums von der Strasse wegholen.

- Die Drogenszene mit all ihren negativen Begleiterscheinungen verlagerte sich deshalb in die angrenzenden Wohnquartiere des Stadtkreises 5, bevor sie sich als Folge der andauernden polizeilichen Vertreibungen Anfang 1993 auf dem Areal des stillgelegten Bahnhofs Letten am Ufer der Limmat niederliess. Im Kreis 5 führten die unhaltbaren Zustände zu einer Mobilisierung der Bevölkerung, die sich mit verschiedenen Aktionen gegen die Verschlechterung ihrer Lebensqualität und für eine neue Drogenpolitik einsetzte, unter anderem auch mit einem Brief und einer Einladung an den Bundesrat. Bundesrätin Ruth Dreifuss nahm die Einladung an und machte sich bei einem Besuch in Zürich ein Bild von der Szene vor Ort.
- Auf dem Letten verschärfte sich die Situation zunehmend: Ungefähr 150 bis 250 Schwerstabhängige waren permanent in der Szene, desgleichen etwa 400 bis 600 Schwerabhängige. Zudem suchten bis zu 3000 Szenengänger den Letten mindestens einmal täglich auf. Wiederum bestand der grösste Teil der Szene aus Nicht-ZürcherInnen. Im Juni 1993 stiegen die Spritzenaustauschzahlen auf 15 000 pro Tag.



BAHNHOF LETTEN, UM 1992

- Im August 1993 wurde die Zulassungsbeschränkung auf StadtzürcherInnen auch in allen Kontakt- und Anlaufstellen durchgesetzt. Die Polizei begann im Herbst 1993 damit, über das Rückführungszentrum Hegibach Heroin Konsumierende an deren Wohnorte zurückzubringen, um die betreffenden Gemeinden und Kantone in die Verantwortung mit einzubeziehen und die Sogwirkung am Letten zu reduzieren.
- Eine weitere Massnahme, die sich vor allem gegen ausländische Dealer richtete, war die Verschärfung des Ausländerrechts, die Einführung der so genannten Zwangsmassnahmen, mit denen jemandem unter bestimmten Bedingungen der Aufenthalt in bestimmten Gebieten untersagt werden konnte.

- 1993 genehmigte der Stadtrat erstmals ein Pilotprojekt für die diversifizierte Verschreibung von Betäubungsmitteln (heroingestützte Behandlung) an 50 Personen und bewilligte dem Sozialdepartement die dafür erforderlichen Mittel für eine Versuchsdauer von drei Jahren. Am 1. Januar 1994 nahm die eigens für dieses Pilotprojekt eingerichtete Poliklinik (Lifeline) am Seilergraben 55 ihren Betrieb auf.
- Im Sommer 1994 kam es auf dem Letten zu einer massiven Zunahme der Gewalt. Innerhalb weniger Tage ereigneten sich vier Tötungsdelikte. Die Verelendung der Drogenabhängigen, die sich permanent am Letten aufhielten, war gross wie nie zuvor. Die Eskalation übertraf noch die Verhältnisse am Platzspitz: Absurder Höhepunkt dieser Situation waren mehrere Bombendrohungen libanesischer Drogendealer gegen die Polizei sowie ein für kurze Zeit durchgeführter Dealerstreik.



LETTENSTEG, UM 1994

- Im Herbst 1994 beschloss die Stadtregierung Zürichs, die offene Drogenszene am Letten Anfang 1995 polizeilich räumen zu lassen. Aufgrund der bei der Platzspitzräumung gemachten Erfahrungen musste diesmal die Auflösung der offenen Drogenszene im Rahmen eines breit abgestützten Systems vernetzter und gut koordinierter Massnahmen der Überlebenshilfe und Repression, der Therapie und der Prävention geplant und umgesetzt werden.
- Als das Gebiet der offenen Drogenszene am Letten am 14. Februar 1995 schliesslich geschlossen wurde, herrschten ganz andere Umstände als 1992 bei der Schliessung des Platzspitzes: Die Projektorganisation offene Drogenszene(n) Zürich (PODZ) hatte die Auflösung sowie eine ganze Palette unterschiedlicher flankierender Massnahmen und deren Zusammenspiel bis ins Detail vorbereitet.

- Am 15. Februar 1995 nahmen zwei weitere Kontakt- und Anlaufstellen mit Gassenzimmer (Brunau und Oerlikon) ihren Betrieb auf. Somit standen ausreichende Kapazitäten zur Verfügung, um die Drogenabhängigen mit Wohnsitz in der Stadt Zürich auffangen zu können. Die sechs Gassenzimmer der Kontakt- und Anlaufstellen boten Raum für den intravenösen Konsum, der im öffentlichen Raum von der Polizei nicht mehr geduldet wurde.

Erfolgreiche Verankerung der Vier-Säulen-Politik seit 1995

- Die mit der Auflösung der Drogenszene anvisierten Ziele konnten mehrheitlich erreicht werden: Es gab keine offene Drogenszene mehr, die Situation hatte sich für die Bevölkerung und die Drogenabhängigen verbessert, die Verwahrlosung sowie der Drogenkonsum in der Öffentlichkeit haben massiv abgenommen.
- Im Sommer 1995 wurde der Ausbau von 50 auf 125 Plätze für die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) vollzogen, und hierfür wurde eine zweite Poliklinik (Crossline) im Stadtkreis 3 eröffnet. Die Polizei war diesen Versuchen gegenüber anfänglich skeptisch, zumal befürchtet wurde, dass sich in der Umgebung der Abgabelokale neue öffentliche Kleinszenen bilden könnten oder ärztlich verschriebenes Heroin den Weg auf den Schwarzmarkt fände. Diese Befürchtungen haben sich jedoch nicht bestätigt. Erste Resultate zeigten nicht nur eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und eine soziale Stabilisierung der Versuchsteilnehmenden, sondern auch einen beachtlichen Rückgang ihres kriminellen Verhaltens.
- Obwohl das Drogenproblem in Zürich nicht gelöst ist, konnte seit 1995 die Neubildung einer offenen Drogenszene durch die besser koordinierte Zusammenarbeit der städtischen Departemente Polizei, Soziales und Gesundheit verhindert werden.

(VERWENDETE LITERATUR: WALDVOGEL 1995, DROGENDELEGATION 1996, STADTPOLIZEI ZÜRICH 1996, SOZIALDEPARTEMENT 1999, MAURER 2001)

3 Strategien und Massnahmen der städtischen Drogenpolitik seit 1990

Mit den «Zehn drogenpolitischen Grundsätzen» legte der Stadtrat 1990 erstmals eine für alle städtischen Dienste verbindliche Strategie vor. Damit legte er den Grundstein für die anschliessend unter dem Titel der «Vier Säulen» bekannt gewordenen Handlungsebenen der Prävention, Repression, Überlebenshilfe und Therapie. Diese in den 1990er Jahren weiterentwickelte drogenpolitische Strategie der Stadt Zürich kann mit dem Begriff «Stadtverträglichkeit» umschrieben werden. Hauptziel dabei ist, sowohl den Drogen Konsumierenden als auch der übrigen Bevölkerung eine annehmbare Lebensqualität zu ermöglichen. Die Allgemeinheit soll von den negativen Auswirkungen der Drogenproblematik geschützt und Menschen mit einem Suchtverhalten sollen so weit als möglich in die Gesellschaft integriert werden – unabhängig davon, ob sie fähig oder bereit sind, abstinent zu leben. 1998 überarbeitete der Stadtrat seine drogenpolitischen Grundsätze, um auch legale Suchtmittel in seine Strategie mit einzubeziehen.

Zu den wichtigsten Massnahmen der städtischen Drogenpolitik seit 1990 gehörten der dezentrale Ausbau eines differenzierten Angebots an niederschweligen Einrichtungen in den Bereichen Tagesstruktur (Kontakt- und Anlaufstellen), medizinische Versorgung (Ausbau Krankenzimmer für Obdachlose), Wohnen, Arbeit und die breite Möglichkeit zum Tausch von gebrauchten gegen saubere Spritzen. Innovativ waren 1992 die Einrichtung von Gassenzimmern in den städtischen Kontakt- und Anlaufstellen und 1994 die Einführung der heroingestützten Behandlung von schwer heroinabhängigen Menschen. Im Bereich Therapie fand eine Diversifizierung des Behandlungsangebotes statt, um den unterschiedlichen Problemlagen Rechnung zu tragen. Die Schadenminderung und Überlebenshilfe wurde in den letzten Jahren auch inhaltlich weiterentwickelt. Die wichtigsten methodischen Veränderungen sind 2000 der methodische Brückenbau zwischen Sozial- und Polizeiarbeit mit «sij züri» (Sicherheit/Intervention/Prävention); 2001 das Zulassen von Rauchen und Sniffen neben dem Injizieren als Applikationsformen in den Gassenzimmern; das Ergänzen der Partydrogenprävention durch das Testen vor Ort; der Aufbau des «t-alk», eines Treffpunkts für schwerst Alkohol Konsumierende. Innovationsgeist hat die Stadt Zürich in den letzten Jahren auch in der Entwicklung eines bürgernahen Verständnisses von Sicherheit gezeigt.

Zu bemängeln ist, dass die Angebotsentwicklung in den 1990er Jahren im Bereich der Schadenminderung bis heute immer noch zu stark auf die offene Drogenszene ausgerichtet ist. Dabei wurde versäumt, die Versorgungsstruktur als Ganzes zu überprüfen und die Schnittstellen und Übergänge zwischen den einzelnen Unterstützungs- und Behandlungsformen verbindlich zu regeln. Um das Entstehen einer neuen offenen Szene im Ansatz zu verhindern, wurden laufend neue Angebote entwickelt und aneinander gereiht, ohne dass eine systematische Versorgungsplanung bestand.

3.1 Strategien

Die drogenpolitische Strategie der Stadt Zürich wurde in den 1990er Jahren nicht verordnet, sondern erstritten. Bis zur gescheiterten Räumung des Platzspitzes gab es keinen breiten Konsens darüber, wie mit Drogen und Drogen Konsumierenden umzugehen sei – weder in der Politik noch bei den involvierten Fachleuten oder in der breiten Öffentlichkeit und in den Medien. Die Konfrontation zwischen liberalen und repressiven Haltungen prägte sowohl die politische Diskussion als auch das Handeln der Fachleute. Erst die Katastrophe der offenen Szene förderte die Einsicht, dass die Verdrängungsstrategie der 1970er und 1980er Jahre gescheitert war und dass es eine neue Strategie brauche, die erstens sowohl das Allgemeinwohl als auch jenes der direkt betroffenen Drogen Konsumierenden fokussierte und zweitens auf Kooperation statt Konfrontation zwischen den verschiedenen involvierten Diensten setzte.

Galt bis in die 1980er Jahre der Verzicht auf Drogenkonsum als Bedingung für den Erhalt sozialer und medizinischer Unterstützung, setzte sich – unter anderem aufgrund der alarmierenden HIV-Infektionsrate – Mitte der 1980er Jahre allmählich die Ansicht durch, dass das Überleben und das menschenwürdige Leben höher zu gewichten seien als moralische und juristische Imperative. Erste Massnahmen wie das (zuerst noch illegale) Verteilen sauberer Spritzen oder der Verzicht der Stadtpolizei, Spritzen zu konfiszieren, zeichneten diesen Weg vor. In der Folge wurde dieser Paradigmenwechsel schrittweise und über mehrere Jahre vollzogen:

- 1987 beschliesst der Stadtrat, erste Überlebenshilfeangebote einzuführen.
- 1989 lehnt der Stadtrat das Strategiepapier der Vorsteherin des Sozialamtes noch ab, in dem unter anderem die ärztlich kontrollierte Abgabe von Heroin gefordert wird.
- 1990 verabschiedet der Stadtrat unter dem Titel «Zehn drogenpolitische Grundsätze» erstmals eine Strategie, die für alle städtischen Dienste verbindlich sein soll. Sie zeichnet im Wesentlichen den Weg vor für die anschliessend unter dem Titel der «Vier Säulen» bekannt gewordenen Handlungsebenen der Prävention, Repression, Überlebenshilfe und Therapie.
- 1990 stimmt die Stimmbevölkerung der Stadt Zürich einem umfassenden Sozialhilfepaket für Drogen Konsumierende zu und erteilt dem Stadtrat damit die politische und rechtliche Legitimation, Massnahmen zur Überlebenshilfe und Schadenminderung durchzuführen.
- 1991 werden die drogenpolitischen Grundsätze des Stadtrates leicht überarbeitet.

Damit war der strategische Paradigmenwechsel eingeleitet und von der Mehrheit der Stimmberechtigten bestätigt worden. Bis zur Räumung der offenen Szene am Letten im Februar 1995 wurde nun ein vernetztes und koordiniertes System an Massnahmen zur Prävention, zur Repression, zur Überlebenshilfe und Schadenminderung und zur Therapie aufgebaut. Die Feuerprobe bestand die neue Strategie mit der Schliessung des Lettens und der schrittweisen Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerung in den von der offenen Szene betroffenen Stadtteilen wie auch der Drogen Konsumierenden selbst.

Diese in den 1990er Jahren entwickelte drogenpolitische Strategie der Stadt Zürich kann mit dem Begriff «Stadtverträglichkeit» charakterisiert werden. Der Stadtrat gibt nicht vor, das Drogenproblem an sich lösen zu können, sondern geht davon aus, dass der Konsum von Suchtmitteln eine gesellschaftliche Konstante ist und immer sein wird. Ziel seiner Politik ist ein Umgang mit der Suchtproblematik, der sowohl den Betroffenen als auch der übrigen Bevölkerung eine annehmbare Lebensqualität ermöglicht.

ACHT HAUPTZIELE UND VIER HANDLUNGSEBENEN DER STADTVETRÄGLICHKEIT

Ziele	Handlungsebenen	Wichtigste Massnahmen
<ul style="list-style-type: none"> – Suchtverhalten verhindern – Verantwortungsvollen Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln fördern 	Prävention	<ul style="list-style-type: none"> – Öffentlichkeitsarbeit – Bildungsangebote – Strukturelle Lebensbedingungen von Kindern und Jugendlichen verbessern
<ul style="list-style-type: none"> – Öffentliche Ordnung und Sicherheit aufrechterhalten – Geltendes Recht durchsetzen 	Repression	<ul style="list-style-type: none"> – Sicherheits- und Kriminalpolizei – Vermittlungs- und Rückführungszentrum (VRZ) – Justiz
<ul style="list-style-type: none"> – Soziale und gesundheitliche Situation von Suchtmittel Konsumierenden verbessern – Ausgrenzung vermeiden und soziale Integration fördern 	Schadenminderung und Überlebenshilfe	<ul style="list-style-type: none"> – Infektionsprophylaxe – Tagesstruktur (K&A, t-alk) – Wohnhilfe, Beschäftigung – Risikoarmen Konsum (Safer Use) fördern (Gassenzimmer, Partydrogentests) – Medizinische Grundversorgung (KFO)
<ul style="list-style-type: none"> – Sucht- und damit einhergehende Erkrankungen behandeln – Den Ausstieg aus der Sucht unterstützen 	Therapie	<ul style="list-style-type: none"> – Methadongestützte Behandlung – Heroingestützte Behandlung – Abstinenzgestützte Behandlung

In der Folge überarbeitete der Stadtrat die drogenpolitischen Grundsätze ein weiteres Mal 1998 (StrB 1930 vom 11. November 1998, Drogenpolitik des Stadtrates, drogenpolitische Grundsätze), indem er auch legale Suchtmittel mit einbezog, an der Strategie jedoch nichts Grundlegendes änderte.

3.2 Akzeptanz der Drogenpolitik im Parlament, in der Bevölkerung und in der öffentlichen Meinung

Die drogenpolitische Strategie als Ganzes ist eine Kompetenz des Stadtrates, weshalb sie nie vom Gemeinderat oder dem Souverän bewilligt werden musste. Trotzdem haben die Stimmberechtigten und der Gemeinderat der Stadt Zürich die Politik des Stadtrates in zahlreichen Abstimmungen bestätigt. Formalrechtlich werden in der Regel in solchen Abstimmungen nicht die Massnahmen an sich bewilligt, sondern die dafür notwendigen städtischen Mittel. Gerade bei ideologisch umstrittenen Massnahmen wie zum Beispiel der heroingestützten Behandlung

bedeutet die Zustimmung zur Finanzierung aber auch die Unterstützung der politischen Strategie als Ganzes. Im Gemeinderat werden anlässlich notwendiger Entscheide über einzelne drogenpolitische Massnahmen denn auch regelmässig drogenpolitische Grundsatzdebatten geführt. Auch bei drogen- und suchtpolitischen Volksabstimmungen wird nicht nur die jeweilige Vorlage, sondern die Strategie als Ganzes diskutiert.

WICHTIGSTE KOMMUNALE VOLKSABSTIMMUNGEN ÜBER DROGEN- UND SUCHTPOLITISCHE MASSNAHMEN IN DER STADT ZÜRICH

Gegenstand	Datum	Resultat
Objektkredit für ein Pilotprojekt für Fixerräume	2.12.1990	Ablehnung mit 62,3%
Sozialhilfe an Suchtmittelabhängige, psychisch Behinderte und sozial Auffällige in Not (Gemeindeordnung)	2.12.1990	Zustimmung mit 54,4%
Befristete Weiterführung der heroingestützten Behandlung (Objektkredit)	1.12.1996	Zustimmung mit 62,9%
Einführung der heroingestützten Behandlung als Gemeindeaufgabe bis 2004 (Gemeindeordnung)	29.11.1998	Zustimmung mit 67,8%
Städtischer Beitrag an das Aids-Präventionsprojekt «Herrmann» (Referendum)	29.11.1998	Zustimmung mit 54,8%

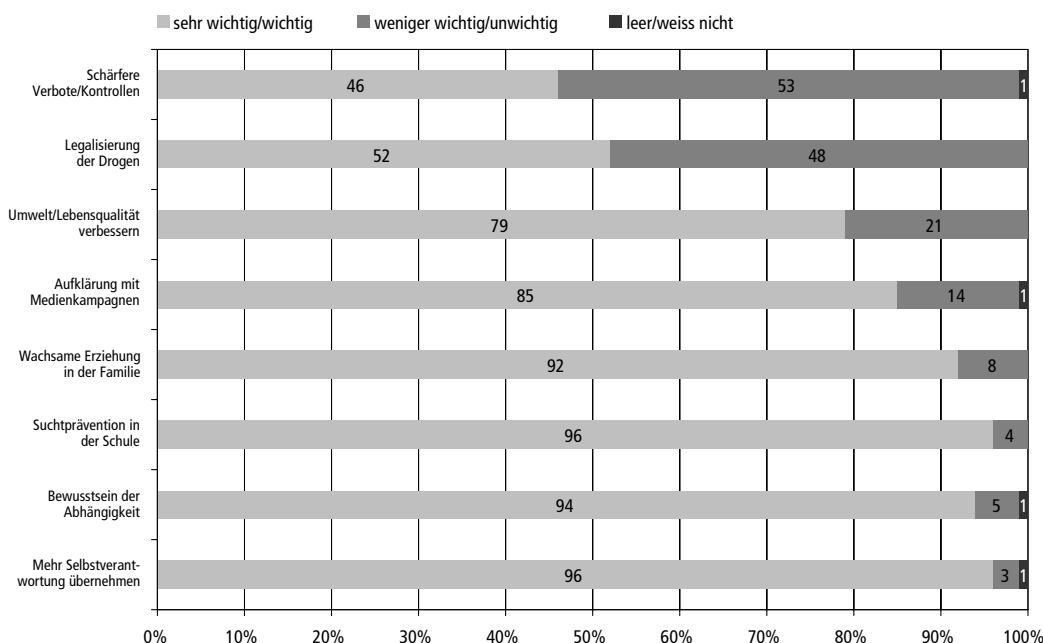
Nebst den Volksabstimmungen über einzelne Massnahmen bestätigen auch Umfragen die grundsätzliche Unterstützung der stadträtlichen Politik durch die Bevölkerung. In der Stadt Zürich gibt seit 1999 eine repräsentative EinwohnerInnenbefragung der Fachstelle für Stadtentwicklung Auskunft über die Meinung der Bevölkerung zu einzelnen Themen. Diese Befragung zeigt seit 1999 eine hohe (über zwei Drittel) und auch steigende grundsätzliche Zufriedenheit mit den städtischen Behörden.

Die EinwohnerInnenbefragung stellt ausserdem zwei für die Beurteilung der Drogen- und Suchtpolitik relevante Fragen: Sind die Massnahmen gegen den Drogenmissbrauch und für die öffentliche Sicherheit der Stadt gerade richtig, zu viel oder zu wenig? Allerdings lassen diese Fragen keine eindeutige Beurteilung der Haltung der Bevölkerung zu. Die Frage nach den «Massnahmen gegen den Drogenmissbrauch» lässt zwei Interpretationen zu: Darunter können repressive oder präventive Massnahmen, aber auch soziale Unterstützung und medizinische Behandlung subsumiert werden. Wird davon ausgegangen, dass «Massnahmen gegen den Drogenmissbrauch» im Allgemeinen mit Verboten gleichgesetzt werden, wird mit beiden Fragen die Zufriedenheit der Bevölkerung mit repressiven Massnahmen gemessen. In den drei Befragungen 1999, 2001 und 2002 nimmt die Zufriedenheit der Bevölkerung zu den «Massnahmen für die öffentliche Sicherheit» zu (1999: 48%, 2001: 56%, 2003: 54%), die Zufriedenheit mit den «Massnahmen gegen den Drogenmissbrauch» im Speziellen etwas ab (1999: 49%, 2001: 44%, 2003: 42%). Insgesamt bewegt sich die Zufriedenheit mit beiden Massnahmen zwischen 45% und 55%.

Im Kanton Zürich legte eine im Jahr 2001 durchgeführte repräsentative Stichprobe den Fokus auf das Vermeiden von Sucht (Bonfadelli und Hänslı 2001). Die Resultate zeigen, dass eine Mehrheit der Befragten die persönlichen Faktoren, insbesondere die Selbstverantwortung (96%), am höchsten gewichtete, gefolgt vom nahen Umfeld, d.h. Familie (92%) und Schule (96%). Öffentlichkeitsarbeit (85%) und strukturelle Massnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität (79%) wurden weniger hoch bewertet. Am wenigsten Vertrauen haben die Befragten in die normative Wirkung des Gesetzes: Eine Mehrheit (53%) glaubt nicht, dass schärfere Verbote weniger Suchtverhalten bewirken, und eine knappe Minderheit (48%) traut der Legalisierung von Drogen dieselbe Wirkung nicht zu. Umgekehrt bedeutet dies bemerkenswerterweise, dass doch 52% der Befragten die Legalisierung befürworten.

Einstellung der Bevölkerung im Kanton Zürich zu den Massnahmen zur Prävention von Suchtverhalten

BEURTEILUNG VON LÖSUNGSANSÄTZEN ZUR VERMEIDUNG VON SUCHT 2001 (n=324)



QUELLE: BONFADELLI UND HÄNSLI, 2001

Auf nationaler Ebene zeigt eine allerdings nicht mehr aktuelle Befragung des GfS-Forschungsinstituts aus den 1990er Jahren eine differenzierte Bewertung unterschiedlicher suchtpolitischer Massnahmen durch die Stimmberechtigten: Sie zeigt eine erstaunlich hohe Zustimmung zu den Massnahmen, die politisch am umstrittensten sind, insbesondere zu den Injektionsräumen und zur ärztlichen Verschreibung von Heroin (und auch von Kokain). Gleich-

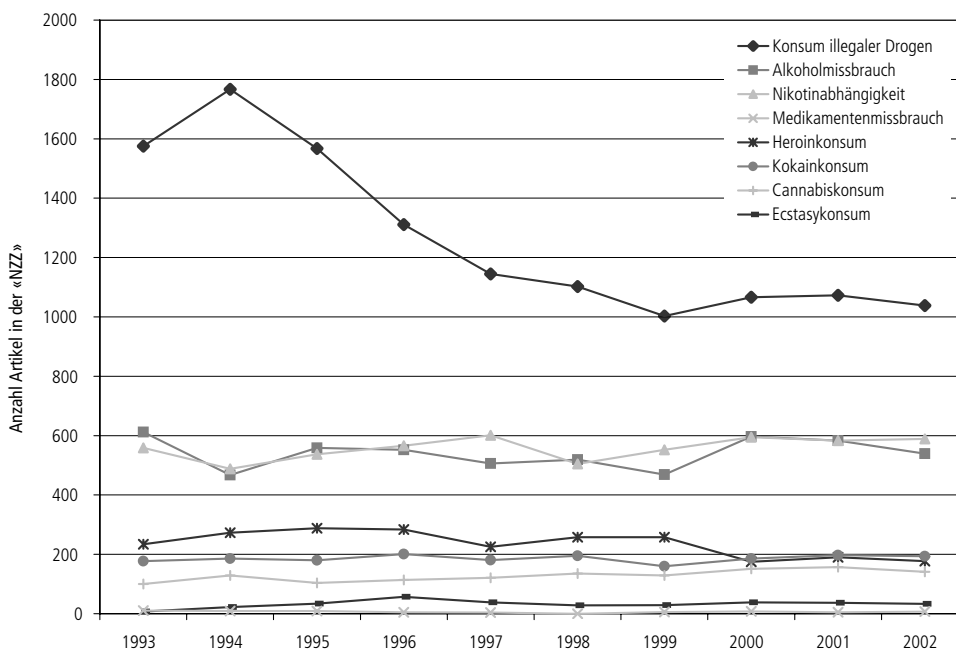
zeitig werden aber auch die repressiven Massnahmen, insbesondere gegen den Handel, klar befürwortet. Damit unterstützt die Bevölkerung den Kern der Vier-Säulen-Politik, nämlich die Balance zwischen Hilfe und Unterstützung von Drogen Konsumierenden einerseits und repressiven Massnahmen andererseits.

Eine andere Frage ist jene, welche Bedeutung die Bevölkerung der Drogenproblematik im Vergleich mit anderen gesellschaftlichen Problemen zuschreibt. In der Stadt Zürich zeigt die Bevölkerungsbefragung 2003 (23%) eine höhere Priorisierung als noch 2001 (17%). Diese gestiegene Sensibilität der Bevölkerung ist indessen kaum damit zu erklären, dass sich die tatsächliche Situation (z.B. in Bezug auf öffentliche Szenenbildungen) verschlechtert hätte. Andere Daten zeigen nämlich, dass gerade in diesem Zeitraum die Belastung an einigen Plätzen zurückgegangen ist, insbesondere in der Aussersihler Anlage, dem eigentlichen Brennpunkt der späten 1990er Jahre.

Eher ist diese höhere Gewichtung der Drogenproblematik durch die Bevölkerung auf die Politik der Stadt selbst zurückzuführen: Die städtischen Behörden haben in diesem Zeitraum mit zwei öffentlichkeitswirksamen Kampagnen («Langstrasse PLUS» und «Sicherheit und Sauberkeit») einen Zusammenhang zwischen der Drogenproblematik und der öffentlichen Sicherheit hergestellt und damit das Thema wieder lanciert, nachdem es nach der Lettenschliessung in der breiten Öffentlichkeit in den Hintergrund gerückt war (Fachstelle für Stadtentwicklung 2003, 6). Insgesamt wird die Lebensqualität – ein wichtiges Ziel der städtischen Drogenpolitik – in Zürich als hoch beurteilt: Ein Viertel der Bevölkerung bezeichnet sie als sehr gut, eine deutliche Mehrheit als gut (54%).

Dass die Problemwahrnehmung der Bevölkerung dem Konjunkturverlauf eines Themas in der öffentlichen Diskussion folgt, zeigt ein Blick in das Archiv der «Neuen Zürcher Zeitung»: Nahm die Anzahl Artikel zum Thema der illegalen Drogen von 1994 bis 1999 massiv ab, zeigte sich in jenen Jahren, in denen die städtischen Behörden das Thema mit den erwähnten Kampagnen wieder lancierten, auch eine leichte Zunahme der medialen Aufmerksamkeit. Die Artikel zum Heroinkonsum indessen nahmen im selben Zeitraum ab. Die Zunahme der Artikel zum Alkohol- und Tabakmissbrauch in den Jahren 2000 und 2001 erfolgte ausserdem parallel zu den intensivierte Präventionskampagnen (vor allem des Bundes) in diesem Bereich.

BERICHTERSTATTUNG ÜBER DIE SUCHTMITTELPROBLEMATIK IN DER «NEUEN ZÜRCHER ZEITUNG» SEIT 1993



QUELLE: BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (BAG), GRUNDLAGEN FÜR EINE NEUE SUCHTPOLITIK DES BUNDES 2003

Den allgemeinen Konjunkturverlauf eines Themas über einen längeren Zeitraum erfasst der sogenannte Sorgenbarometer des GfS-Forschungsinstituts, das für die gesamte Schweizer Stimmbevölkerung repräsentativ ist. Es zeigt, dass die Gewichtung der Drogenproblematik als eines der fünf grössten Probleme in der Schweiz mit der Räumung der offenen Szene am Letten 1995 rapid abnahm (1994: 76%, 1995: 34%), bis 2001 (11%) laufend sank und 2002 wieder geringfügig (um einen Prozentpunkt auf 12%) zunahm. Nach wie vor zählen jedoch weniger als 15% der Schweizer Stimmberechtigten die Drogenproblematik zu den fünf grössten Problemen des Landes.

3.3 Steuerung und Koordination

Die Erfahrungen der offenen Szene lehrten die Behörden, dass eine erfolgreiche Drogenpolitik nicht nur einer einheitlichen und realistischen Strategie bedurfte, sondern auch der Kooperation und der Koordination aller Beteiligten. Der Stadtrat institutionalisierte in den 1990er Jahren deshalb die Zusammenarbeit und Koordination zwischen Polizei, Medizin und sozialer Hilfe und regelte die entsprechenden Gremien und ihre Aufträge in einem Beschluss (StrB 1282 vom 26. Juni 1996, Koordination der städtischen Drogenpolitik). Dieser sah interdepartementale Informations- und Koordinationsgremien auf allen hierarchischen Ebenen vor. In der Praxis wurde dieses System laufend den Realitäten angepasst und vereinfacht.

KOORDINATIONSSTRUKTUREN IM FRÜHJAHR 2004

Gremium	Zusammensetzung	Funktion
Delegation für Drogen- und Suchtpolitik des Stadtrates	Vorstehende des Sozial- (Vorsitz), des Polizei- sowie des Gesundheits- und Umweltdepartements. Der Vorsitz ist rotierend. Zu spezifischen Fragen wird auch die Vorsteherin des Schul- und Sportdepartements hinzugezogen.	<ul style="list-style-type: none"> – Regelmässige Lagebeurteilung und strategische Steuerung – Kontrolle der Verwaltungstätigkeit und Planung neuer Massnahmen – Entscheidvorbereitung für den Gesamtstadtrat
Drogenstab	Stabsmitarbeitende und/oder Linienvorgesetzte des Sozial- (Vorsitz), des Polizei- und des Gesundheits- und Umweltdepartements sowie des Schul- und Sportdepartements (Suchtpräventionsstelle)	<ul style="list-style-type: none"> – Lagebeurteilung zuhanden der Drogendelegation – Sicherstellen der Informationsflüsse – Koordination der Massnahmen – Entscheidvorbereitung – Öffentlichkeitsarbeit
Lagebeurteilung Drogenproblem (sistiert)	Linienvorgesetzte auf Stufe Abteilung	– Informationsaustausch
Interdisziplinäre Koordination Drogen	Linienvorgesetzte auf Stufe Einrichtung	– Informationsaustausch
Gemischtes Drogenforum	QuartiervertreterInnen, Drogenstab, Linienvorgesetzte	– Informationsaustausch zwischen BevölkerungsvertreterInnen und Verwaltung

Diese Koordinationsstruktur bedarf einer Überprüfung bezüglich Effektivität und Effizienz. So hat sich zum Beispiel im gemischten Drogenforum, dem an sich wichtigen Gremium zum direkten Meinungsaustausch mit der Bevölkerung, die Anzahl der QuartiervertreterInnen in den letzten Jahren laufend reduziert auf mittlerweile durchschnittlich fünf Teilnehmende seitens der Bevölkerung: Ein deutliches Zeichen für sinkende Betroffenheit und rückläufiges Interesse.

3.4 Übergeordnete staatliche Ebenen

Die Stadt Zürich ist in der Drogen- und Suchtpolitik nicht autonom, sondern von den übergeordneten Rechtsgrundlagen abhängig: zum Beispiel dem Betäubungsmittel- und dem Krankenversicherungsgesetz auf Bundesebene oder dem Sozialhilfegesetz und der Strafprozessordnung auf Kantonsebene (für einen vollständigen Überblick über die Rechtsgrundlagen vgl. Anhang 1).

Nebst den rechtlichen beeinflussen auch politische Rahmenbedingungen die städtische Drogen- und Suchtpolitik. Traditionellerweise war und ist das Verhältnis der Stadt zu Kanton und Bund in der Drogenpolitik etwas gespannt: So verbot zum Beispiel der Kantonsrat 1986 die Abgabe von sauberen Spritzen an Drogen Konsumierende, worauf dies in der Stadt Zürich illegalerweise gemacht wurde und der Kanton erst später auf diesen Entscheid zurückkam. Die städtische Politik determinierenden aktuellen kantonalen Rahmenbedingungen für den Vollzug drogen- und suchtpolitischer Massnahmen sind vor allem das kantonale Finanzsanierungsprogramm 04

sowie die Organisation und Aufgabenteilung zwischen Stadt und Kanton nach dem Modell Urban Kapo.

Ein Thema, zu dem die Stadt Zürich und das Bundesamt für Gesundheit seit längerem unterschiedliche Positionen vertreten, ist Kokain: Die Stadt Zürich macht seit Jahren auf den (Be-)Handlungsbedarf aufmerksam, ohne dass sich der Bund bisher zum Handeln hätte bewegen lassen. Mit einer Ausnahme: Auf Anregung Zürichs veranstaltete das Bundesamt für Gesundheit Anfang Juni 2004 eine nationale Fachkonferenz für Kokain und Designerdrogen, die den aktuellen Wissensstand und Handlungsbedarf aufzeigte.

In wieder anderen Themen wie z.B. der Revision des Betäubungsmittelgesetzes scheitert der frühzeitige Einbezug der Kommunen durch den Bund an den föderalen Strukturen, wonach die Kantone direkt in den Entscheidungsprozess des Bundes mit einbezogen werden, nicht aber die Städte und Gemeinden.

Sowohl im historischen Kontext wie auch heute ist die Hauptkritik der Stadt Zürich wie auch anderer Städte an der föderalistischen Struktur, dass die Kommunen sehr direkt von Entscheidungen des Bundes und der Kantone betroffen sind – es gibt keine kantonalen oder nationalen Drogenszenen, sondern nur lokale –, häufig aber nicht in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden. Allerdings muss auch anerkannt werden, dass gerade in der Drogen- und Suchtpolitik die Städte wegen der Erfahrungen mit den offenen Szenen in den 1990er Jahren stärker und direkter in die übergeordneten Entscheidungsprozesse mit einbezogen wurden als in anderen Politikgebieten. Bis anhin wurde dieses Kooperations- und Koordinationsmodell aber nicht aus der Drogenpolitik auf andere Politikfelder übertragen, obschon dies aus kommunaler Sicht z.B. in der Asylpolitik durchaus wünschbar wäre.

Sowohl auf Kantons- als auch auf Bundesebene gibt es eine institutionalisierte Information und Koordination, in der die Stadt Zürich vertreten ist.

KOORDINATIONSGREMIEN IM FRÜHJAHR 2004

Gremium	Ebene	Vertretung Stadt Zürich
Kantonale Kommission für Suchtmittelfragen	Kanton	Alle vier städtischen Departemente sind im Plenum vertreten, das Sozialdepartement auch im Ausschuss
Lagebeurteilung der kantonalen Direktion für Soziales und Sicherheit		Drogendelegation und Drogenstab
Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF)	Bund	Keine offizielle Vertretung der Stadt Zürich, da alle Kommissionsmitglieder vom Bundesrat ad personam gewählt werden
Nationaler Drogenausschuss (NDA)		Vorsteherin des Polizeidepartements (Vorsitz), Drogenbeauftragter des Sozialdepartements
Schweizerische Konferenz der städtischen Suchtbeauftragten		Stadtpolizei, Gesundheits- und Umweltdepartement, Sozialdepartement (Vorsitz)

Daneben gibt es auch auf operativer Ebene notwendige Vernetzungsgremien, z.B. auf nationaler Ebene die Leiterinnen und Leiter der heroingestützten Behandlungen oder auf kantonaler Ebene eine regelmässige Lagebeurteilung von Stadt- und Kantonspolizei.

In den 1990er Jahren war die Stadt Zürich auch auf internationaler Ebene aktiv und bildete zusammen mit anderen europäischen Städten die Vereinigung European Cities on Drug Policy. Mittlerweile beschränken sich die internationalen Kontakte hauptsächlich auf die fachliche Ebene. In dieser Beziehung gibt es einen Informations- und Wissenstransfer vor allem mit niederländischen (Utrecht, Rotterdam, Amsterdam) und deutschen (Frankfurt, Karlsruhe, Stuttgart) Städten, aber auch mit anderen.

3.5 Prävention

Suchtprävention ist eine kantonale und kommunale Aufgabe. Die Grundlage für die Stadt Zürich wurde bereits 1983 mit der Weisung «Drogenprävention in der Stadt Zürich» (GRB 84/1960) und 1992 mit der Weisung 283 (GRB 92/358) des Stadtrates an den Gemeinderat gelegt. Der inhaltliche und organisatorische Rahmen der kantonalen Suchtprävention ist im Suchtpräventionskonzept (Oktober 1991) und im Konzept «Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich» (Juni 1994) geregelt. Zuständig im Kanton Zürich ist die kantonale Gesundheitsdirektion, welche die Federführung für Konzeption und Koordination der Suchtprävention im Kanton Zürich (mit einem Leistungsvertrag) dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universität Zürich übertragen hat. Das ISPM steuert die fachliche Weiterentwicklung der Suchtprävention und koordiniert die Arbeit der dezentral tätigen Suchtpräventionsstellen (Auftrag und Organisation der Suchtprävention im Kanton Zürich sind ausführlich beschrieben in: Kommission für Drogenfragen des Kantons Zürich, 2002, 16–36).

Organisatorisch ist die Suchtprävention im Kanton in acht Regionen aufgeteilt, wofür je eine regionale Suchtpräventionsstelle zuständig ist. Für die Stadt Zürich ist dies die Suchtpräventionsstelle (SuP), die strukturell im Schul- und Sportdepartement verankert und dort dem Ressort «Gesundheit und Prävention» zugeordnet ist. Die regionalen Suchtpräventionsstellen sind für die Grundversorgung zuständig, was gemäss kantonalem Auftrag Folgendes beinhaltet:

- 50% Suchtpräventionstätigkeit in den Schulen (Volks-, Mittel-, Berufs- und Fachhochschulen)
- je etwa 18% gemeinde- bzw. gemeinwesen nahe Arbeit und Öffentlichkeitsarbeit
- 13% ausserschulische Bildungsarbeit, d.h. vor allem Erwachsenen- und Elternbildung
- Die Gemeinden übernehmen 70%, der Kanton 30% der Kosten bzw. maximal 1.07 Franken pro EinwohnerIn.

Nebst den regionalen Suchtpräventionsstellen gibt es weitere acht (private oder staatliche) Fachstellen, die themenspezifisch und kantonsweit tätig sind. Sie erfüllen entweder zielgrup-

penspezifische Aufgaben, z.B. die Pädagogische Hochschule für die Volksschule oder die Fachstelle für Interkulturelle Suchtprävention für Migrantinnen und Migranten, sind auf einzelne Suchtmittel spezialisiert, z.B. die Fachstelle Züri rauchfrei oder die Fachstelle Alkohol – am Steuer nie, oder sie übernehmen übergeordnete Aufgaben wie z.B. der Verein Radix im Bereich der Gesundheitsförderung.

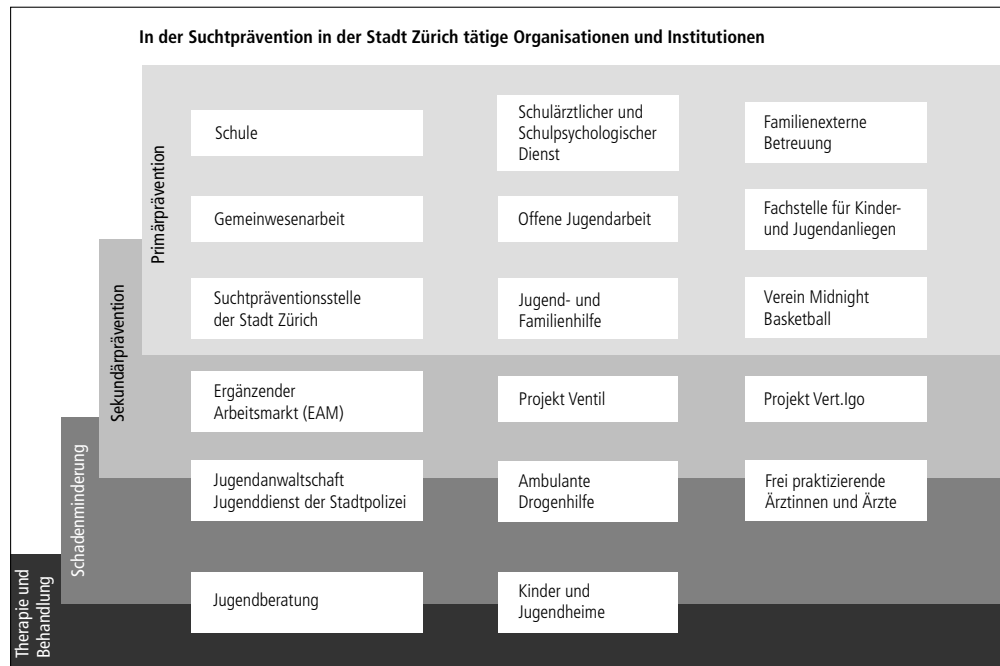
HANDLUNGSFELDER DER SUCHTPRÄVENTION

	Ansatz	Personenorientiert (Verhalten)	Strukturorientiert (Verhältnisse)
Primärprävention	Allgemeine Gesundheitsförderung	Stärkung des Selbstwertgefühls, der allgemeinen Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit	Verbesserung der Lebensbedingungen und der Lebensqualität
	Prävention von Suchtverhalten	Erhöhen der Handlungskompetenz, z.B. Gruppendruck widerstehen können, Konfliktfähigkeit	Fördern eines guten Betriebs- oder Schulklimas (Projekt «Gsundi Schuel»)
Sekundärprävention	Prävention des Suchtmittelmissbrauchs	Information über Suchtmittel: Risiken, Wirkungen usw.	Gesetzgebung über Suchtmittel, Jugendschutzmassnahmen
	Risiken und Schädigungen vermindern	Information, Beratung und Massnahmen zum risikoarmen Konsum, z.B. Partydrogentests	Förderung von alternativen und stützenden Strukturen, z.B. Freizeitprogramme usw.
Schadenminderung	Verhindern einer Suchtentwicklung	Möglichst frühzeitige Intervention, d.h. Beratung und Behandlung	Die soziale Integration fördernde Strukturen, z.B. Ausbildungs- und Arbeitsplätze
Therapie und Behandlung			

QUELLE: SOZIALDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH, 2004

In der Stadt Zürich ist die Suchtpräventionsstelle im Schul- und Sportdepartement für die Prävention von Suchtverhalten und Suchtmittelmissbrauch zuständig. Sie umfasst bei einem jährlichen Budget von rund 2 Millionen Franken gut acht Vollzeitstellen, die auf 13 Mitarbeitende aufgeteilt werden. Der Kantonsbeitrag beträgt 400 000 Franken jährlich. Ihr Leistungskatalog enthält Bildungsangebote für Schulen, Eltern, Betriebe und für die in der offenen Jugendarbeit Tätigen, Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Plakataktionen und Medienkampagnen) sowie die strukturelle Suchtprävention, d.h. Aktionen und Projekte zur Verbesserung der strukturellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen für Kinder und Jugendliche. Weil Suchtprävention eine ausgesprochene Querschnittsaufgabe ist, sind neben der Suchtpräventionsstelle zahlreiche andere Organisationen und Institutionen in den verschiedenen Feldern der Suchtprävention tätig. Die Suchtpräventionsstelle ist aber jene Institution, die für die Entwicklung des Fachwissens und der Methodik sowie für die Koordination in der Suchtprävention zuständig ist.

AKTEURINNEN UND AKTEURE DER SUCHTPRÄVENTION IN DER STADT ZÜRICH



QUELLE: SOZIALDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH, 2004

3.6 Repression

Unter der Säule Repression werden die Massnahmen zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in Zusammenhang mit Suchtmittel Konsumierenden einerseits und die Massnahmen zur Bekämpfung des illegalen Konsums und Handels – d.h. zur Durchsetzung der Betäubungsmittelgesetzgebung – andererseits verstanden. Dazu gehören insbesondere:

- die sicherheitspolizeiliche Tätigkeit der Stadtpolizei Zürich sowie präventive Einsätze zur Aufrechterhaltung von Ordnung und Sicherheit im öffentlichen Raum durch sip züri (Sozialdepartement)
- die kriminalpolizeiliche Tätigkeit durch Stadt- und Kantonspolizei
- die Strafverfolgung durch die Untersuchungsbehörden: die Bezirksanwaltschaft bei Vergehen und Verbrechen, bei Übertretungen das Stadtrichteramt der Stadt Zürich, bei Widerhandlungen gegen das Betäubungsmittelgesetz durch Minderjährige (auch bei Übertretungen) die Jugendanwaltschaft
- die Rechtsprechung durch EinzelrichterInnen und in gravierenden Fällen das Kollegium der Bezirksgerichte
- der Straf- und Massnahmenvollzug durch das kantonale Amt für Justizvollzug

- zivilrechtliche, d.h. vormundschaftliche Massnahmen bei Erwachsenen (Fürsorgerischer Freiheitsentzug sowie Errichtung einer Beistandschaft/Beiratschaft/Vormundschaft) und Minderjährigen (Erziehungsbeistandschaft sowie Obhutsentzug und Platzierung) durch die Vormundschaftsbehörde
- das Vermittlungs- und Rückführungszentrum der Stadt Zürich (VRZ)
- die Massnahmen zur Überwachung und Durchsetzung der gesetzlichen Jugendschutzbestimmungen sowie der anderen gesetzlichen Bestimmungen zu Produktion, Abgabe und Handel von bzw. mit Suchtmitteln

Die überwiegende Mehrheit der relevanten Rechtsgrundlagen sind Bundes- oder kantonales Recht; eine wichtige und für die Durchsetzung von Sicherheit und Ordnung im öffentlichen Raum besonders relevante städtische Rechtsgrundlage ist die Allgemeine Polizeiverordnung (APV) der Stadt Zürich. Für den Vollzug sind sowohl städtische als auch kantonale Organe zuständig (für einen ausführlichen Überblick über die Rechtsgrundlagen und die Rechtsprechung im Kanton Zürich vgl. Kommission für Drogenfragen des Kantons Zürich, 2003, 67–100).

Öffentlicher Raum

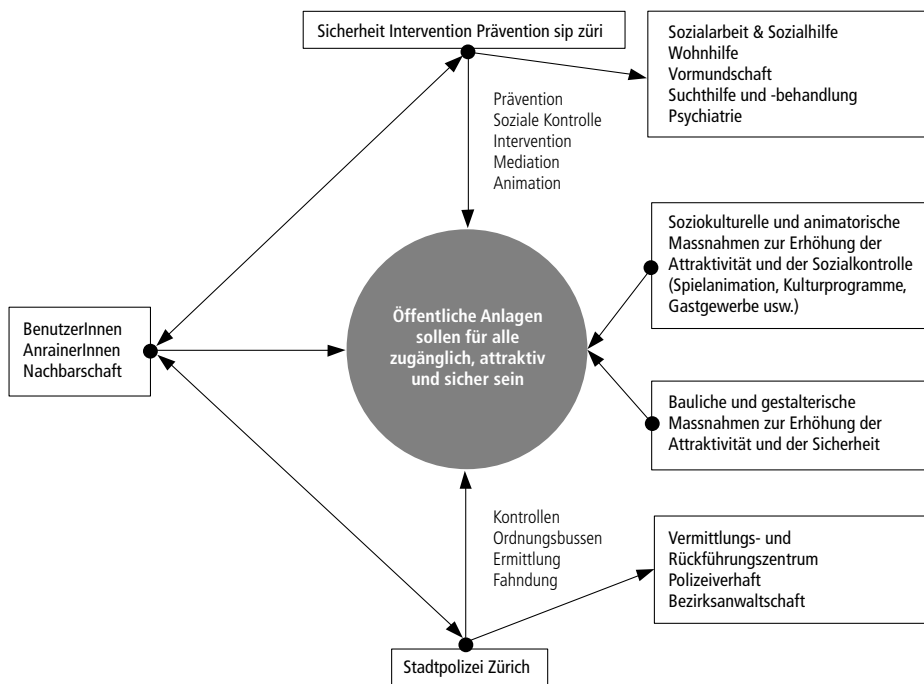
Seit der erfolgreichen Räumung der offenen Drogenszene ist das wichtigste repressive Ziel des Stadtrates das Verhindern neuer offener Szenen sowie von Ansammlungen von Suchtmittel Konsumierenden im öffentlichen Raum. Ein weiteres wichtiges Ziel ist das Verhindern von Störungen, Bedrohungen und anderen Belastungen der Wohnbevölkerung, z.B. durch Lärm oder Verschmutzungen. Seit dem Verschwinden der offenen Szene stehen nicht mehr ausschliesslich Drogen Konsumierende im Fokus, sondern sozial desintegrierte Personen im Allgemeinen und überhaupt Personen und Gruppen, welche die entsprechenden Störungen oder Bedrohungen verursachen. Solche Störungen der Ordnung sind in der Regel keine gravierenden Straftaten (Vergehen oder Verbrechen), sondern Übertretungen, die mit Bussen geahndet werden. Die präventive, d.h. abschreckende Wirkung solcher Bussen ist relativ gering. Aus diesem Grund kann die öffentliche Ordnung und Sicherheit nicht alleine mit den Mitteln der Strafverfolgung durchgesetzt, sondern muss mit anderen Massnahmen kombiniert werden. In den letzten vier Jahren wurde in der Stadt Zürich deshalb ein vernetztes System von Massnahmen für die öffentliche Sicherheit entwickelt, die weit über die eigentliche Rechtsdurchsetzung hinausgehen:

- Eine sehr hohe Polizeipräsenz und intensive Bürgerkontakte der Stadtpolizei.
- sip züri (Sicherheit, Intervention, Prävention) schliesst seit 2000 mit einem kombinierten sozialarbeiterischen und ordnungsdienstlichen Auftrag die Lücke bei den präventiven Ordnungsinterventionen und bei der Durchsetzung sozialer Kontrolle, die zuvor weder von der Sozialarbeit noch von der Polizei ausgefüllt wurde.
- Der – gegenüber der reinen Rechtsdurchsetzung – steigenden Bedeutung der Sozialkontrolle für die öffentliche Sicherheit und Ordnung wird auch mit der aktiven Unterstützung und Förderung der Nutzung von öffentlichen Anlagen Rechnung getragen, sei es durch die Ertei-

lung von Bewilligungen an private (Gast-) Gewerbebetriebe (z.B. Aussersihler Anlage, Seeanlage, Stadelhoferplatz) oder durch städtische soziokulturelle Aktivitäten (z.B. Aussersihler Anlage, Hardau).

- An einzelnen Orten können bauliche und gestalterische Massnahmen die objektive und subjektive Sicherheit verbessern: So konnten mit der Neugestaltung der Langstrassenunterführung im Herbst 2002 die dort entstandenen Ansätze zur Szenenbildung (15 bis 20 Personen täglich) aufgehoben und nachhaltig verhindert werden.
- Stadtteilentwicklungsprogramme wie z.B. «Langstrasse PLUS» tragen unter anderem auch zur mittel- bis längerfristigen Verbesserung der strukturellen Voraussetzungen von öffentlicher Sicherheit und Ordnung bei.

MASSNAHMEN UND INTERVENTIONEN FÜR DIE SICHERHEIT IN ÖFFENTLICHEN ANLAGEN IN DER STADT ZÜRICH



QUELLE: SOZIALDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH, 2004

Bekämpfung des Drogenhandels

Neben der Verhinderung der Bildung offener Szenen gehört das Bekämpfen des Strassenhandels und der organisierten Betäubungsmittelkriminalität zu den wichtigsten Aufgaben der Repression. Diese beiden Tätigkeiten werden im Allgemeinen unter dem Titel «Angebotsreduktion» zusammengefasst. Ziel ist es, gestützt auf das Betäubungsmittelgesetz die Zugänglichkeit zu illegalen Drogen zu erschweren und das Angebot an Suchtmitteln zu verkleinern. In diese Tä-

tigkeit teilen sich in der Stadt Zürich die Stadt- und die Kantonspolizei sowie die Untersuchungsbehörden. Bei der Stadtpolizei sind rund 100 Beamtinnen und Beamte in die Angebotsreduktion im engeren Sinne involviert (Betäubungsmittelfahndung, Betäubungsmittelsachbearbeitung, Abteilung Brennpunkte), bei der Kantonspolizei (für das gesamte Kantonsgebiet) rund 50 (Spezialabteilung 4, Flughafenpolizei, Offiziersposten Winterthur). Hinzu kommen Spezialdienste (z.B. der Wissenschaftliche Dienst) und die Sachbearbeitung, Dolmetscherinnen und Dolmetscher usw. (Kommission für Drogenfragen des Kantons Zürich, 2003, 74).

Heroin gelangt zum grössten Teil auf dem Landweg aus Afghanistan nach Zürich, nach wie vor vorwiegend über die Balkanroute. Seit dem Sturz des Taliban-Regimes ist Afghanistan wieder zum weltweit grössten Heroinproduzenten avanciert; 2002 wurden schätzungsweise 3000 bis 3500 Tonnen Heroin produziert. Kokain wird in der Regel über den Luftweg nach Zürich gebracht. 80% des weltweit produzierten Kokains stammen aus Kolumbien. Bis anhin haben weder die Anstrengungen der internationalen Gemeinschaft noch der USA («War on Drugs») gegen die Produktion und den Handel zu nennenswerten Erfolgen geführt, weder beim Heroin noch beim Kokain (Bundesamt für Polizei 2003, 64–66).

In Zürich sind sowohl Heroin als auch Kokain in grossen Mengen und zu – verglichen mit den 1980er und 1990er Jahren – tiefen Preisen auf dem Schwarzmarkt erhältlich: Ein so genanntes Gassengramm (mit einem Reinheitsgehalt von 10%, maximal 15%) kostet bei Heroin um die 40 Franken, bei Kokain zwischen 60 und 80 Franken. Crack wird in Zürich nicht oder kaum gehandelt – ganz im Gegensatz z.B. zu Frankfurt, wo der öffentliche Handel und Konsum von Crack ein erhebliches Sicherheits- und Ordnungsproblem darstellt (Ladberg 2003). Vielmehr kaufen Crack oder Freebase Konsumierende auf dem Schwarzmarkt Kokain und stellen die rauchbare Base anschliessend selbst her. Die nächstliegende Erklärung dafür ist der Schwarzmarktpreis: Solange Kokain «preiswert» ist, wird es Crack vorgezogen.

Überhaupt ist der Preis einer der wichtigsten Faktoren, welche die Situation in Zürich beeinflussen – ohne dass er durch die Behörden direkt steuerbar wäre: Steigen die Preise, verändert sich das Konsumverhalten der sozial desintegrierten Konsumierenden harter Drogen hin zu effizienteren, aber risikoreicheren und schädlicheren Konsumformen (z.B. Injizieren statt Rauchen von Heroin) und Substanzen (z.B. Crack statt Kokain). Ausserdem verringert sich bei steigenden Preisen tendenziell die Qualität des Stoffes, was grössere gesundheitliche Schäden nach sich zieht. Und nicht zuletzt verschlechtern hohe Schwarzmarktpreise durch steigenden Beschaffungsdruck auch die soziale Lage der Drogen Konsumierenden, was steigende Verwahrlosung und Beschaffungskriminalität zur Folge haben kann.

Allerdings funktionieren diese Mechanismen je nach Substanz unterschiedlich: Die Nachfrage nach Kokain ist elastischer (d.h. weniger begrenzt) als jene nach Heroin, weshalb schwankende Schwarzmarktpreise bei diesen beiden Substanzen unterschiedliche Auswirkungen haben. Auf

die Nachfrage nach Kokain haben Preisveränderungen eine grössere Auswirkung als beim Heroin, wo die Nachfrageelastizität kleiner ist. Sinken die Kokainpreise, konsumieren mehr Personen – insbesondere auch integrierte Konsumierende – mehr Kokain, weil im Gegensatz zum Heroin- beim Kokainkonsum weniger schnell ein Sättigungsgrad erreicht wird. Anders gesagt: Je billiger respektive «zugänglicher» Kokain ist, desto exzessiver wird es konsumiert und desto schlimmer sind die gesundheitlichen Risiken sowohl für sozial integrierte als auch für sozial desintegrierte Konsumierende. Beim Heroin wiederum ist es genau umgekehrt: Die Nachfrage ist nicht grenzenlos, weshalb steigende Preise nicht dazu führen, dass insgesamt mehr konsumiert wird, sondern dass risikoreicher konsumiert wird. In der Tendenz führen demnach repressive Massnahmen zur Angebotsreduktion beim Heroin eher zu kontraproduktiven sozialen und gesundheitlichen Folgen, während sie auf den Kokainkonsum eher eine stabilisierende Wirkung haben können.

Das ist das Paradox der Angebotsreduktion: Ist sie erfolgreich, kann dies – vor allem beim Heroin – direkte und indirekte Folgen haben, die letztlich zu mehr Verelendung und (Beschaffungs-)Kriminalität führen. Trotzdem ist sie notwendig, um Eskalationen und Auswüchse der organisierten Kriminalität zu verhindern.

Der öffentlich sichtbare Strassenhandel mit Heroin spielt sich in Zürich hauptsächlich entlang der Langstrasse zwischen Limmatplatz und Helvetiaplatz ab. Als Händler bzw. Vermittler treten vor allem drogenabhängige Kleindealer auf. Sie haben den Stoff nicht auf sich, sondern verweisen die Käuferinnen und Käufer in der Regel an Orte, vor allem Wohnungen oder öffentliche Lokale, wo der eigentliche Händler wartet. Diese Orte werden regelmässig gewechselt und liegen auf dem ganzen Stadtgebiet, längst nicht nur im Langstrassenquartier.

Der Heroinhandel ist mehrheitlich in den Händen ethnischer Albaner (aus Albanien, dem Kosovo oder Mazedonien) und clan- bzw. familienweise strukturiert. In der Regel sind sie illegal (trotz Einreisesperre) oder mit Touristenstatus in der Schweiz anwesend (Bundesamt für Polizei 2003, 54–58).

Mit Kokain wird ebenfalls auf dem ganzen Stadtgebiet gehandelt, sehr häufig in Clubs und in der Technoszene. Den (sichtbaren) Strassenhandel mit Kokain entlang der Langstrasse teilen sich Familien dominikanischer Herkunft und westafrikanische Händler auf. Die beiden Gruppen sind völlig unterschiedlich strukturiert.

Die westafrikanischen Organisationsstrukturen sind der international tätigen Netzwerkkriminalität zuzuordnen und werden höchstwahrscheinlich von nigerianischen Staatsbürgern dominiert. Die ausführenden Strassenhändler stammen meistens aus anderen westafrikanischen Staaten, sind in ganz Europa tätig und werden häufig ausgewechselt. In die Schweiz gelangen sie mehrheitlich über das Asylverfahren oder durch illegale Einreise bzw. als Touristen (Bundesamt

für Polizei 2003, 63–64). In der Stadt Zürich sind in jüngerer Zeit auch westafrikanische Drogenhändler mit Aufenthaltsstatus C oder B tätig. Die afrikanischen Dealer tragen das Kokain in kleinen Mengen im Mund mit sich («Kügelchen-Dealer») und schlucken es bei einer polizeilichen Kontrolle herunter. Falls trotzdem Kokain sichergestellt werden kann, sind es sehr kleine Mengen, was selten für eine Verurteilung wegen qualifizierten Drogenhandels ausreicht.

Die im Kokainhandel tätigen dominikanischen Familien leben in der Regel seit längerer Zeit in der Schweiz, häufig in der zweiten oder dritten Generation. Sie verfügen mehrheitlich über die Schweizer Staatsbürgerschaft oder den Aufenthaltsstatus C. Die ursprüngliche Einreise erfolgte meistens in den 1980er und 1990er Jahren über das Prostitutionsmilieu. Heute sind sie sowohl in der Prostitution als auch im Drogenhandel tätig. Den Strassenhandel und die Strassenprostitution übernehmen sehr junge Männer und Frauen, häufig auch Minderjährige, während die älteren Familienmitglieder im Hintergrund tätig sind. Sie sind immer in Gruppen tätig und teilen sich die einzelnen Rollen beim Handel auf, was die Ermittlung und Beweisführung schwierig und aufwändig macht. Ausserdem tragen sie das Kokain selten auf sich, sondern lagern es in wechselnden Verstecken. Da sie im Gegensatz zu den westafrikanischen und albanischen Organisationen nicht nur vorübergehend in Zürich leben und ausserdem bereits in sehr jungem Alter in die organisierte Kriminalität und die Prostitution geraten, steht diese Gruppe nicht nur aus kriminalistischen Gründen im Fokus behördlicher Aufmerksamkeit, sondern auch aus sozialen.

Synthetische Drogen (Ecstasy, so genannte Thaipillen usw.) werden mehrheitlich aus Holland sowie Ost- und Südosteuropa eingeführt und in geringem Masse in der Schweiz produziert. Der Handel spielt sich ohne erkennbare Strukturen in der Techno- und Clubszene ab; meistens handeln Jugendliche oder junge Erwachsene mit den verschiedenen Substanzen (Bundesamt für Polizei, 2003, 67).

Cannabisprodukte werden weniger aus den traditionellen Herkunftsländern wie Afghanistan, Pakistan und Marokko eingeführt, sondern mittlerweile zu einem grossen Teil in der Schweiz selbst produziert. Das Bundesamt für Polizei schätzt für 2002 eine Anbaufläche von 300 bis 500 Hektaren. Im Gegensatz zu den früheren 1990er Jahren sind dies jedoch kaum mehr landwirtschaftliche Betriebe, sondern primär Indoor-Plantagen (Bundesamt für Polizei 2003, 66). Einerseits sind bei dieser Produktionsart Ausbeute und Rendite höher, andererseits haben die meisten «Hanfbauern» wegen gerichtlicher Verfahren mittlerweile die Produktion aufgegeben. Indoor-Plantagen lassen sich besser vor den Strafverfolgungsbehörden verstecken als Hanfelder. Ausserdem lässt sich so auch in der Stadt produzieren.

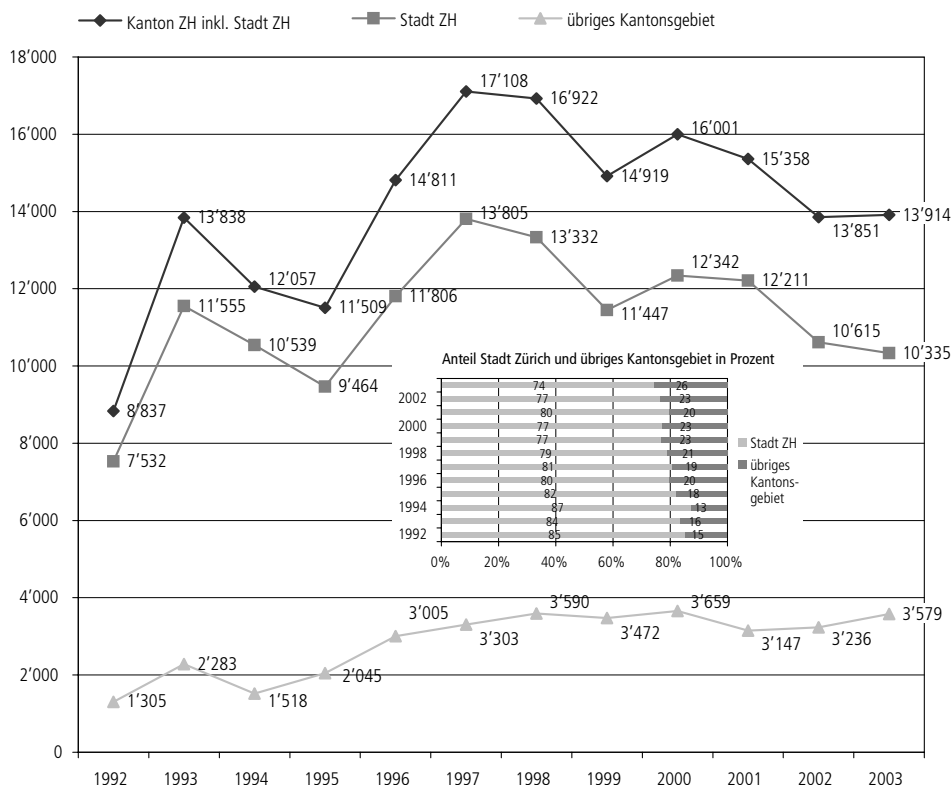
Der Cannabishandel hat sich in der Stadt Zürich wegen der intensivierten Verfolgung der so genannten Hanfläden seit Ende der 1990er Jahre in getarnte Verkaufslokale verlagert (z.B. Videotheken oder Coiffeursalons). Ausserdem hat sich die Struktur des Cannabishandels von kleingewerblich organisierten Händlern hin zur organisierten Kriminalität verändert. Die zum

Teil auch politisch aktiven «Hanfpioniere» der 1990er Jahre sind wegen hängiger oder abgeschlossener Verfahren mehrheitlich nicht mehr «im Geschäft» bzw. nur noch im legalen. In der Stadt Zürich gibt es Indizien dafür, dass in den letzten Jahren kriminelle Organisationen den Cannabismarkt übernommen haben. Das Bundesamt für Polizei geht ausserdem davon aus, dass neu auch ausländische Organisationen in diesen Markt drängen (Bundesamt für Polizei 2003, 66–67).

Der Strassenhandel mit Cannabis wird mehrheitlich von in der Schweiz aufgewachsenen Händlerinnen und Händlern (schweizerischer Nationalität oder mit Aufenthaltsstatus C) dominiert. Der grösste Teil des Cannabisstrassenhandels liegt in den Händen von Konsumierenden harter Drogen und spielt sich örtlich im Stadtkreis 5 in Bahnhofsnähe ab (Konradstrasse und Umgebung). Nichtdrogenabhängige Cannabishändlerinnen und -händler sind eher nicht im Strassenhandel, sondern in Cannabiskurierdiensten tätig.

Die Anstrengungen zur Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität konzentrieren sich nach wie vor auf die Stadt Zürich in einem Verhältnis von 74 zu 26% im Jahr 2003 (vgl. Diagramm «Betäubungsmitteldelikte im Kanton Zürich 1992–2003»). Allerdings stiegen die Verzeigungen wegen Betäubungsmitteldelikten im übrigen Kantonsgebiet seit 1992 von 15 auf 26% an. Insgesamt gingen die zur Anzeige gebrachten Betäubungsmitteldelikte im Kanton Zürich seit 1997 zurück – ganz im Gegensatz zur gesamten Schweiz, wo der Trend gegenläufig ist (Kantonspolizei Zürich 2004; Bundesamt für Polizei 2003, 64–68). Diese Statistik widerspiegelt allerdings nicht primär die tatsächliche Konsumententwicklung, sondern vor allen Dingen Aufwand und Prioritäten der polizeilichen Tätigkeit. Aus vielen präventiven Personenkontrollen resultiert ausserdem kein registrierter Polizeirapport. Dieser für den öffentlichen Raum wichtige Teil der Polizeiarbeit fliesst deshalb nicht in die Kriminalstatistik ein.

BETÄÜBUNGSMITTELDELIKTE IM KANTON ZÜRICH 1992–2003



QUELLE: KANTONSPOLIZEI ZÜRICH, 2004

Es wird nie gelingen, mit strafrechtlichen Mitteln das Angebot an illegalen Drogen auf null zu reduzieren und den Schwarzmarkt trockenzulegen. Ziel ist nicht die Problemlösung, sondern die Schadensbegrenzung. Bereits dafür sind häufig mehr Ressourcen notwendig als vorhanden. Besonders wichtig ist deshalb auch in diesem Bereich die konstruktive und reibungslos funktionierende Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten, insbesondere zwischen Polizei und Justiz.

3.7 Schadenminderung und Überlebenshilfe

Hinter der Schadenminderung und Überlebenshilfe steht die Überzeugung, dass Menschen die lebensnotwendige soziale und medizinische Unterstützung nicht aus moralischen oder rechtlichen Gründen verweigert werden darf. Gerade in Bezug auf illegalen Drogenkonsum war dies nicht immer so. Was bei anderen Krankheiten selbstverständlich war, wurde Drogen Konsumierenden aus moralischen Gründen noch bis in die 1980er Jahre verweigert; soziale und medizinische Nothilfe wurde an die Bedingung der Abstinenz gekoppelt. Erst mit der HIV-Epidemie und der Katastrophe der offenen Szene wurde die Überlebenshilfe mehrheitsfähig.

Heute wird die Überlebenshilfe politisch einigermaßen akzeptiert, wenn auch zum Teil zähneknirschend oder auch etwas abschätzig («Elendsverwaltung»). Ihre eigentliche Herausforderung sind allerdings weniger ihre politischen Gegnerinnen und Gegner als die Überlebenshilfe selbst: Die ehemals innovative und im Konflikt entwickelte Methode muss sich inhaltlich weiterentwickeln, damit sie nicht selbst zur Ideologie gefriert – wie das «Abstinenzparadigma», gegen das sie ursprünglich entwickelt worden ist.

Das Konzept der Überlebenshilfe setzt voraus, dass es immer Formen des Suchtmittelkonsums und der Suchtmittelabhängigkeit geben wird. Ziel der Überlebenshilfe ist es, die soziale und gesundheitliche Situation von Suchtmittel Konsumierenden zu verbessern und soziale Integration zu fördern, unabhängig davon, ob sie willens oder fähig sind, abstinent zu leben. Diese Zielsetzung der Überlebenshilfe liegt sowohl im individuellen Interesse der Betroffenen als auch in jenem der Allgemeinheit und der Volkswirtschaft, weil soziale Desintegration und Verelendung letztlich dem gesamten Gemeinwesen schaden, nicht nur den direkt Betroffenen. Methodisch geht es in der Schadenminderung und Überlebenshilfe immer darum:

- (legale oder illegale) Suchtmittel Konsumierende in einem möglichst frühen Stadium der Suchtentwicklung zu erreichen
- die Lebensumstände (z.B. Obdachlosigkeit), das Verhalten (z.B. Absenzen in der Schule oder im Lehrbetrieb) und den Suchtmittelkonsum so zu verändern, dass möglichst wenige Risiken eingegangen werden und möglichst wenige Schäden entstehen (z.B. durch «Safer Use»-Massnahmen)
- den Prozess der sozialen Desintegration (z.B. Erwerbslosigkeit) und Verelendung zu stoppen und die (Re-)Integrationschancen zu verbessern
- konkrete Integrationschritte zu machen (z.B. qualifizierende Beschäftigungsprogramme, Erreichen der Fähigkeit, selbständig zu wohnen, usw.)

Grundsätzlich gehören alle Personen mit einem problematischen Suchtmittelkonsum zum Zielpublikum der Überlebenshilfe, in einem etwas weiter gefassten Verständnis überhaupt alle Personen, welche die Gefahr der sozialen Desintegration und Verelendung laufen. In diesem Sinne wurde die Überlebenshilfe nicht neu erfunden, als sie in den 1980er Jahren als drogenpolitische Säule entwickelt worden ist. Sie wurde vielmehr aus der traditionellen Armen- und Alkoholfürsorge übertragen und auf die spezifischen Bedürfnisse der damaligen Drogenszene zugeschnitten.

Immanent war der Überlebenshilfe auch immer ihr doppelter Fokus auf die direkt Betroffenen einerseits und die Allgemeinheit andererseits, denn ihre schadensbegrenzende Wirkung kommt letztlich auch der Allgemeinheit zugute: weniger Drogen Konsumierende in der Öffentlichkeit, weniger herumliegende Spritzen, tiefere Gesundheitskosten usw. Gerade bei der Entwicklung der Überlebenshilfe für illegale Drogen Konsumierende wurde das ordnungspolitische Argument der Entlastung des öffentlichen Raums politisch zuweilen stärker gewichtet als die eigent-

liche Hilfe an die Betroffenen. Das mag aus taktischen Gründen einleuchten, ist aber nicht ganz redlich, denn die beiden Zielsetzungen sollten gleich hoch gewichtet, das eine nicht dem anderen übergeordnet und schon gar nicht individueller und allgemeiner Nutzen der Überlebenshilfe gegeneinander ausgespielt werden.

In der Schweiz existieren mittlerweile in 20 Kantonen rund 200 Einrichtungen für die Schadenminderung und Überlebenshilfe vor allem für Konsumierende (harter) illegaler Drogen. Darunter befinden sich vor allem Kontakt- und Anlaufstellen (40 in 14 Kantonen), Wohnhilfe (vor allem Notschlafstellen und begleitetes Wohnen) sowie Beschäftigungs- und Arbeitsprogramme und aufsuchende Sozialarbeit (SFA, 2003). Im Kanton Zürich wird die Schadenminderung und Überlebenshilfe in fast allen Regionen angeboten. Die Trägerschaften sind dezentral organisiert und sehr heterogen strukturiert: öffentliche Verwaltungen z.B. in Zürich und Winterthur, private Vereine z.B. im Oberland und im Glattal, ein Zweckverband z.B. in Horgen. Für die fachliche und organisatorische Koordination sind die jeweiligen Stellenleiterinnen und -leiter in der Dezentralen Drogenhilfe des Kantons Zürich zusammengeschlossen. Die Versorgung im Kanton Zürich ist in einigen Regionen durchaus ausreichend, in anderen wiederum, z.B. Affoltern und Andelfingen, sind nicht einmal Infektionsprophylaxe und Aids-Prävention gewährleistet (Kommission für Drogenfragen des Kantons Zürich, 2003, 56–64).

Soziale und medizinische Grundversorgung in der Stadt Zürich

Damit sie möglichst alle Formen des Suchtmittelkonsums abdeckt und den dadurch entstehenden Risiken und Schädigungen vorbeugen kann, muss die Überlebenshilfe erstens ein differenziertes und auf die verschiedenen Zielgruppen zugeschnittenes Angebot umfassen und zweitens sehr dynamisch auf die sich verändernden Verhaltensweisen reagieren. Zu den spezialisierten Angeboten der Schadenminderung und Überlebenshilfe gehören insbesondere:

- Infektionsprophylaxe (vor allem HIV und Hepatitis) für unterschiedliche Zielgruppen (Drogen Konsumierende, Prostituierte, Freier usw.)
- das Vermeiden akuter Schädigungen durch Drogenkonsum (z.B. Überdosierungen) und das Propagieren schaden- und risikoärmerer Konsumformen (z.B. Gassenzimmer, Partydrogentests)

Zur Schadenminderung und Überlebenshilfe gehört neben spezialisierten Angeboten aber auch der niederschwellige Zugang zur lebensnotwendigen sozialen und medizinischen Grundversorgung, insbesondere Ernährung, Hygiene, medizinische Versorgung, Obdach, Existenzsicherung, Beschäftigung und Tagesstruktur sowie soziale Kontakte.

In der Stadt Zürich wird die Schadenminderung und Überlebenshilfe vorab vom Sozialdepartement, aber auch vom Gesundheits- und Umweltschutzdepartement sowie von privaten Organisationen gewährleistet.

Sozialdepartement: Aufsuchende Jugendberatung und Partydrogenprävention, Kontakt- und Anlaufstellen für Drogen Konsumierende (5 mit Gassenzimmern für den überwachten Konsum illegaler Drogen); Tagesaufenthalt-/Tagesstruktureinrichtungen für AlkoholikerInnen und allgemein sozial Randständige; Obdachlosenhilfe, Beschäftigung und Qualifizierung, Sozialhilfe

Gesundheits- und Umweltdepartement: Spritzenversorgung, niederschwellige medizinische Versorgung im Krankenzimmer für Obdachlose (KFO)

Private Organisationen: Aufsuchende Sozialarbeit und Tagesstruktureinrichtungen, Wohnheime

Historisch betrachtet stand die Versorgung von Drogen Konsumierenden mit sterilen Spritzen am Anfang der Entwicklung von Schadenminderung und Überlebenshilfe als eine von vier strategischen Säulen der Drogenpolitik. Die Spritzenversorgung wurde in Zürich in den 1980er Jahren gegen das Verbot durch den Kantonsarzt durchgesetzt. Er kämpft wurde sie durch zivilen Ungehorsam privater Organisationen, die Spritzen illegal abgaben oder verkauften, durch die Stadt, die dies in ihren Einrichtungen zulies, und nicht zuletzt auch durch die Stadtpolizei, die aufhörte, saubere Spritzen zu konfiszieren. Erst wegen des dadurch entstandenen politischen Drucks liess der Kanton das Verbot der Spritzenversorgung fallen. Aus diesem Grund hat die Spritzenversorgung eine hohe symbolische Bedeutung für die Drogenpolitik. Fachlich steht sie heute nicht mehr im Vordergrund, da sich das Konsumverhalten verändert hat. Eine gute Spritzenversorgung zur Prophylaxe von HIV- und anderen Infektionen müsste vielmehr selbstverständlich sein, was es in der Stadt Zürich auch ist, jedoch längst nicht in allen Regionen des Kantons (Kommission für Drogenfragen des Kantons Zürich, 2003, 61).

In der Stadt Zürich gilt der Grundsatz, dass keine Spritzen gratis abgegeben, sondern ausschliesslich getauscht oder verkauft werden. Das soll den Rücklauf der gebrauchten Spritzen verbessern und das Verantwortungsbewusstsein von Drogen Konsumierenden gegenüber dem sozialen Umfeld fördern. Spritzen können (tagsüber bis spätabends) in sämtlichen Überlebenshilfe-Einrichtungen und beim Spritzenbus am Hauptbahnhof getauscht werden. Verkauft werden sie tagsüber in den meisten Apotheken und vor allem auch nachts an 15 über das gesamte Stadtgebiet verteilten Spritzenautomaten.

Letztmals wurde die Zugänglichkeit zu sterilen Spritzen 1999 überprüft. Grund waren die alarmierenden Hepatitis-Infektionsraten bei Drogen Konsumierenden (gegen 90%ige Hepatitis-C-Infektionsrate bei langjährigem intravenösem Konsum). Im Rahmen einer Hepatitis-Präventionskampagne wurden ab dem Jahr 2000 deshalb die Preise in den Automaten gesenkt (auf 2 Franken für vier Spritzen).

Nach wie vor werden in der Stadt Zürich über 3000 Spritzen pro Tag abgegeben. Die Anzahl verbrauchter Spritzen ist jedoch seit 1993, als über 12 000 Spritzen täglich bezogen wurden, stark rückläufig. Dafür mögen verschiedene Faktoren verantwortlich sein: insbesondere der

Rückgang des intravenösen Drogenkonsums und der drastische Rückgang von nicht in der Stadt Zürich wohnenden, sich jedoch hier versorgenden Drogen Konsumierenden.

Auswärtige Drogen Konsumierende beziehen ihre Spritzen an den Automaten und beim Spritzenbus. Aufgrund von jährlichen Stichproben am Spritzenbus ist belegbar, dass der Bezug sauberer Spritzen in Zürich sofort zurückgeht, sobald die Versorgung in einer anderen Region verbessert wird. Besonders augenfällig war dies beim Aufbau der Spritzenversorgung im Kanton Aargau Ende der 1990er Jahre und dem Ausbau im Zürcher Oberland Anfang 2000. Aus diesem Grund unterstützt die Stadt Zürich im Rahmen der Dezentralen Drogenhilfe des Kantons Zürich die Spritzenversorgung in den Regionen logistisch (zu den Selbstkosten).

Zusammen mit der Infektionsprophylaxe ist die allgemeine somatische Grundversorgung ein wichtiges Element der Schadenminderung und Überlebenshilfe. Grundsätzlich garantieren dies die Hausärztinnen und Hausärzte. Es gibt jedoch eine Gruppe sozial stark desintegrierter Personen, die auch aus diesem Netz herausfallen, weil sie zu betreuungs- und kostenintensiv sind. Für die lebensnotwendige medizinische Grundversorgung führt das Gesundheits- und Umweltschutzdepartement seit 1986 das Krankenzimmer für Obdachlose (KFO) als niederschwellig zugängliche Arztpraxis. Bis 1998 führte das KFO auch eine stationäre Abteilung. Mittlerweile besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Akutspital Suneegge der Stiftung Sozialwerke Pfarrer Sieber, in dem die stationären Behandlungen durchgeführt werden, während das KFO die ambulanten übernimmt. Die ärztliche Leitung ist dieselbe und wird vom Stadtärztlichen Dienst gestellt.

Das KFO behandelt pro Jahr zwischen 600 und 700 Personen. Diese Anzahl blieb über die letzten zehn Jahre stabil. Stark gestiegen ist hingegen die Anzahl Behandlungen von 2500 im Jahr 1997 auf mittlerweile über 11 000 jährlich. Zu erklären ist dies mit dem Anstieg ambulanter Behandlungen gegenüber stationären, damit auch mit einem allgemein verbesserten Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten und mit dem Auf- und Ausbau der methadongestützten Behandlung (auf aktuell rund 50).

Während die niederschwellige medizinische Versorgung seit ihrem Aufbau relativ stabil blieb, erfuhr die soziale Versorgung von Beginn an laufend Änderungen, einerseits in quantitativer Hinsicht, andererseits vor allem auch organisatorisch. Vor allem die Wohn- und Obdachlosenhilfe und der Ergänzende Arbeitsmarkt verhielten sich im Sinne des Subsidiaritätsprinzips antizyklisch: Die Platzzahlen wurden – mit einer gewissen Verzögerung – den konjunkturellen Veränderungen des Wohnungs- und Arbeitsmarktes angepasst.

Verändert hat sich im Verlauf der Jahre ebenfalls das System der Kontakt- und Anlaufstellen. Allerdings handelte es sich dabei weniger um quantitative oder qualitative Veränderungen des Angebots, sondern primär um organisatorische: Da es schwierig ist, für Kontakt- und Anlauf-

stellen geeignete Standorte zu finden, konnten die meisten Räumlichkeiten lediglich zeitlich befristet genutzt werden, weshalb das Schliessen und Eröffnen von Kontakt- und Anlaufstellen zu einer Daueraufgabe des Sozialdepartements wurde. Mitunter spielten dabei nicht nur organisatorische Überlegungen eine Rolle, sondern auch Zielsetzungen im Rahmen der Stadtentwicklungspolitik. So wurde 2002 die Kontakt- und Anlaufstelle Neufrankengasse zur Entlastung des Langstrassenquartiers aus der unmittelbaren Umgebung der Langstrasse ins Kasernenareal verlegt. In quantitativer Hinsicht wurde das Angebot seit Anfang der 1990er Jahre kaum verändert, die Platzzahl blieb stabil. Die wichtigste Anpassung in qualitativer Hinsicht war 2001 das Zulassen nicht intravenöser Applikationsformen wie Rauchen und Sniffen.

Zum Auftrag sämtlicher niederschwelliger Einrichtungen gehört auch die Beziehungspflege zur unmittelbaren Nachbarschaft. In den Kontakt- und Anlaufstellen wird dies mit so genannten Begleitgruppen gehandhabt, in denen neben den Anrainerinnen und Anrainern auch die Stadtpolizei vertreten ist. So können allenfalls in der Umgebung von Klientinnen und Klienten verursachte Probleme frühzeitig erkannt und gelöst werden. Wie wichtig und fruchtbar der direkte Kontakt zwischen Einrichtungen und Bevölkerung ist, zeigt auch die Tatsache, dass in solchen Begleitgruppen nicht selten auch Probleme angegangen werden, die nicht direkt mit der jeweiligen Einrichtung in Zusammenhang stehen (z.B. besonders starke Verschmutzungen an einzelnen Orten). Aber auch in den anderen Betrieben, z.B. der Wohnhilfe, ist die Beziehungspflege zur Nachbarschaft Aufgabe der Betriebsleitung.

Die privaten Trägerschaften sind im Bereich der Schadenminderung und Überlebenshilfe traditionellerweise sehr heterogen strukturiert und hauptsächlich kleine Körperschaften, die zum Teil in den 1980er Jahren zu den Pionierinnen der Drogenhilfe zählten. Im Jahr 2000 initiierte das Sozialdepartement mit der Vorlage «Mehr Sicherheit und Gesundheitsschutz für Zürich!» einen Konzentrationsprozess in diesem Bereich. Mittlerweile sind weniger Trägerschaften in diesem Feld tätig. Inhaltlich konzentrieren sie sich auf die Prävention und Schadenminderung im Prostitutionsbereich sowie auf kleinere zielgruppenspezifische Angebote (z.B. Bastalina für Mütter und Kinder).

ÜBERLEBENSILFE-EINRICHTUNGEN DES SOZIALDEPARTEMENTS 1990–2004

Einrichtungen	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Drogenhilfe															
Bus beim Kunsthaus															
Container K&A Gessnerallee															
K&A Selnastrasse															
Bus Platzspitz															
K&A Seilergraben															
K&A Neufrankengasse															
TARO Limmatstrasse															
K&A Letten															
K&A Oerlikon															
K&A Brunau															
K&A Zweierstrasse															
K&A Kaserne															
K&A Kalkbreite															
K&A Rieterstrasse															
Frauenbus Flora Dora															
Streetwork															
t-alk für AlkoholikerInnen															

Einrichtungen	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Wohnen	311	470	645	612	574	459	441	466	443	408	371	381	373	407	
Notschlafstelle Gessnerallee															
Notschlafstelle Zollstrasse															
Notschlafstelle Untere Zäune															
Notschlafstelle Maschinenstr.															
Notschlafstelle Selnau															
Notschlafstelle Helvetiaplatz															
Notschlafstelle Kirchenacker															
Notschlafstelle Rieterstrasse															
Notschlafstelle Saumstrasse und Hirschwiesen															
Notschlafstelle Rosengartenstrasse															
Notbetten für Randständige															
Bewo Plus															
Bewo	245	320	435	500	490	375	375	410	415	380	330	328	348	339	
Notbetten für Auswärtige															

Einrichtungen Beschäftigung	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Job-Bus BeWo															
Job-Bus Wald															
Job-Bus Bau															
DübiFö															
Werkstoff Recycling Förderband															
Werkatelier für Frauen															
Wärchhof															
Selnautreff															
Aktivierungszentrum Sprungbrett															
Palettino															

QUELLE: SOZIALDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH, 2004

Angebotsentwicklung

Die laufende Überprüfung des Bedarfs und die entsprechende Angebotsentwicklung ist eine Daueraufgabe nicht nur der Drogenhilfe, hier aber ganz besonders, da der Suchtmittelkonsum ein Phänomen ist, das sich mit den sozialen und kulturellen Veränderungen der Gesellschaft entwickelt. In diesem Sinne ist Veränderung in diesem Bereich kein notwendiges Übel, sondern Bestandteil des Tagesgeschäfts. Da jedoch gerade die Schadenminderung und Überlebenshilfe von der Politik und den Medien besonders misstrauisch beobachtet wird, stehen hier – im Grunde genommen völlig normale und unspektakuläre – fachlich-methodische Anpassungen zuweilen stärker in der Diskussion der Öffentlichkeit und sind schwieriger zu verwirklichen als in anderen Bereichen, wo dies als selbstverständlich wahrgenommen wird.

Abgesehen von der Anpassung der Plätze an die Bedarfslage wurde die Schadenminderung und Überlebenshilfe vor allem des Sozialdepartements in den letzten Jahren auch inhaltlich weiterentwickelt. Allerdings ist sie immer noch sehr stark auf die Situation zur Zeit der offenen Szene ausgerichtet, weshalb der Handlungsbedarf in dieser Beziehung eher grösser als kleiner geworden ist.

Die wichtigsten methodischen Veränderungen der letzten Jahre sind:

- das Zulassen von Rauchen und Sniffen – neben dem Injizieren – als Applikationsformen in den Gassenzimmern im Jahr 2001, was eine notwendige Anpassung der «Safer Use»-Einrichtungen an die veränderten Konsumformen war. Mit Ausnahme der baulichen Investitionskosten wurde dies kostenneutral im Rahmen der Kontakt- und Anlaufstellen eingeführt.
- das Ergänzen der Partydrogenprävention durch das Testen vor Ort sowie das Monitoring und die Beratung via Internet im Jahr 2001. Dies war eine Übertragung des Schadenminderungskonzepts auf die Partydrogenszene, die mittlerweile zur dominierenden Drogensubkul-

tur bei Jugendlichen geworden ist. Der Ausbau der Partydrogenprävention wurde kostenneutral durch Umlagerungen innerhalb der aufsuchenden Jugendberatung Streetwork vorgenommen.

- der Aufbau des t-alk ebenfalls im Jahr 2001: Diese Einrichtung bietet einen Treffpunkt, Beratung und aufsuchende Sozialarbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur für Alkoholikerinnen und Alkoholiker. Methodisch unterscheidet sich der t-alk von den bisherigen Tagesstruktur-Einrichtungen erstens dadurch, dass der Alkoholkonsum erlaubt ist. Damit erreicht er Klientinnen und Klienten, die andere Einrichtungen nicht frequentieren bzw. dort keinen Zutritt haben. Zweitens gewichtet das Betriebskonzept des t-alk die Eigenverantwortung und die Selbstorganisation der Klientinnen und Klienten gegenüber der «reinen» Überlebenshilfe stärker. Ein Mittagessen gibt es z.B. nur, wenn die Gäste selbst kochen, was mittlerweile praktisch täglich geschieht. Für den t-alk wurden durch einen kreditschaffenden Beschluss zuerst des Stadtrats und nach zweijähriger Pilotphase auch durch den Gemeinderat zusätzliche Ausgaben bewilligt.
- der methodische Brückenbau zwischen Sozial- und Polizeiarbeit mit sip züri (Sicherheit/ Intervention/Prävention) im Jahr 2000. sip züri war ein von allen Seiten äusserst kritisch beobachteter Pilotversuch. Der Auftrag kombiniert soziale und ordnungspolitische Ziele, methodisch wird stark systemisch gearbeitet in dem Sinn, dass alle Betroffenen (sozial Randständige und sozial völlig Integrierte) und alle Interessen in die Problemlösung mit einbezogen werden, und operativ wird sehr eng mit der Polizei zusammengearbeitet. Mittlerweile stösst sip züri im In- und Ausland auf grosses Interesse und auch auf Nachahmung. Für die Einführung von sip züri wurden ebenfalls durch einen kreditschaffenden Beschluss zusätzliche Mittel genehmigt.

3.8 Therapie

«Jede Behandlung ist besser als der unbehandelte Zustand Suchtmittelabhängiger, für die Betroffenen selbst wie auch für das Umfeld» (Grichting und Uchtenhagen, 2002). Diese Ansicht ist nach der leidvollen Erfahrung der Stadt Zürich mit dem Elend der offenen Drogenszenen Anfang der 1990er Jahre heute unbestritten. Gesellschaftlich und politisch umstrittener ist nach wie vor die Frage, welche Ziele in der Suchttherapie mit welchen Methoden erreicht werden sollen.

In den letzten zehn Jahren haben neue Erkenntnisse und die Weiterentwicklung der Behandlungsangebote zu grundlegenden Veränderungen in der Art und Weise geführt, wie Substanzabhängige behandelt werden.

Bis Ende der 1980er Jahre hatte das Angebot fast ausschliesslich aus abstinenzorientierten stationären Behandlungen (Entgiftungen in speziellen Entzugseinrichtungen und Langzeitbehandlungen in therapeutischen Gemeinschaften) sowie niederschweligen ambulanten Beratungs-

und Behandlungsstellen, den kantonalen Drop-Ins, bestanden. Es wurde von der Annahme ausgegangen, dass eine vollständige Wiedereingliederung nur über die gänzliche Abstinenz von illegalen Drogen erreicht werden kann. Gesellschaftlich wurde den Abhängigen ein Selbstverschulden ihrer Krankheit zugeschrieben und ihr Konsumverhalten als Gesetzesbruch geächtet. Die Alternativen zum Leben auf der Gasse eines Abhängigen beschränkten sich auf einen Platz in einer Langzeittherapie oder im Gefängnis.

Der Verzicht auf Drogenkonsum war bis Anfang der 1990er Jahre Voraussetzung für die soziale Unterstützung und die (Re-)Integration der Betroffenen in die Gesellschaft. Abstinenz blieb auch Voraussetzung für eine erfolgreiche Suchtbehandlung, als ambulante Behandlungseinrichtungen begannen, Substitutionsbehandlungen mit Methadon anzubieten. Erst die alarmierend hohe Mortalitätsrate Drogen Konsumierender, die Angst vor einer Aids-Epidemie, das Elend der offenen Drogenszenen am Platzspitz und Letten Anfang der 1990er Jahre verlangten nach einer differenzierteren Behandlungspalette und führten zu einem Paradigmenwechsel in der Suchttherapie: weg von der Abstinenz als primärer Voraussetzung für eine Behandlung hin zur Akzeptanz süchtigen Verhaltens als Grundlage für die Verbesserung des gesundheitlichen und sozialen Zustandes der Suchtmittelabhängigen, unabhängig davon, ob diese willens oder fähig zur Abstinenz sind.

Hauptsächliche Trends seit 1992 sind die Zunahme der Bedeutung von medizinisch-therapeutischen gegenüber sozialpädagogisch orientierten Behandlungsansätzen, die vermehrte Inanspruchnahme von ambulanten und teilstationären gegenüber stationären Therapieformen und die Abkehr vom Therapieziel «Suchtfreiheit ohne Substitutionsmedikamente» hin zu sozialpsychiatrisch-rehabilitativen Ansätzen (Kommission für Drogenfragen des Kantons Zürich, 2003, 50).

HANDLUNGSFELDER DER THERAPIE

Methode	Ziele
Methadongestützte Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> – Sichern des Überlebens – Sucht- und damit einhergehende Erkrankung behandeln – Soziale Integration unterstützen – Lebensqualität verbessern
Heroingestützte Behandlung	
Abstinenzgestützte Behandlung	
Suchtberatung	Früherfassung und entsprechende Intervention bei riskantem Suchtmittelkonsum

In der Säule «Therapie» werden die Handlungsfelder der Suchtberatung, der substitutionsgestützten und der abstinentenzgestützten Behandlung zusammengefasst. Neu wird der Terminus «abstinenzgestützte Behandlung» anstelle des Begriffs «abstinenzorientierte Therapie» verwendet. «Abstinenzorientiert» oder sinnverwandte Begriffe wie «Abstinenzbehandlung», denen die Abstinenz als Hauptziel gemeinsam ist, werden aufgegeben. Analog zum Begriff der substitutionsgestützten Behandlung soll derjenige der abstinentenzgestützten Behandlung verwendet werden (Meili, 2004). Denn übergeordnete Zielsetzung jeder Behandlungsform ist die

Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und nicht die Abstinenz. Die abstinenzgestützte Behandlung ist dabei für gewisse Patientinnen und Patienten eine mögliche Methode, um dieses Ziel erreichen zu können.

Im Kanton und in der Stadt Zürich steht für die Suchtbehandlung eine Vielfalt ambulanter, stationärer und teilstationärer Angebote zur Verfügung. In das System der medizinischen Versorgung sind neben den Hausärztinnen und Hausärzten als den eigentlichen GrundversorgerInnen spezialisiertere stationäre und ambulante Behandlungseinrichtungen eingebunden.

Stationäre Behandlungsangebote

Die Stadt Zürich führt mit dem Frankental seit über zwanzig Jahren eine Einrichtung zur stationären Behandlung Abhängiger illegaler Drogen. Drei Betriebe sind organisatorisch und inhaltlich vernetzt:

Der Bereich «Entzug und Intervention» umfasst zwölf Plätze, hat als Teil der Zürcher Spitalliste einen kantonalen Leistungsauftrag und wird entsprechend von den Krankenkassen mitfinanziert. Im Laufe der Jahre hat sich das Angebot vom medizinisch begleiteten kalten Entzug zur substitutionsgestützten Entgiftungsbehandlung entwickelt. Diese beinhaltet auch Teilentzüge, z.B. von Abhängigen aus Substitutionsbehandlungen, deren Nebenkonsum zu einem Problem wird. Jährlich werden über 200 Behandlungen durchgeführt und ca. 60 weiterführende stationäre Behandlungen im Therapiebereich vermittelt und in die Wege geleitet.

Die stationäre Therapie entstand ursprünglich aus dem Notstand heraus, dass die Wartelisten der abstinenzorientierten Therapien lang waren und die Klientinnen und Klienten nach dem erfolgreichen Entzug kaum einen Platz für eine Weiterbehandlung fanden. Das Behandlungskonzept war bis vor kurzem ausgeprägt sozialpädagogisch ausgerichtet und orientierte sich an amerikanischen und deutschen Pioniereinrichtungen in der Suchthilfe. Anfang 2002 fand eine Neuorientierung und -ausrichtung statt, hin zu einer ausgeprägt psychotherapeutischen Mittelzeitbehandlung (8 bis 12 Monate). Um den Trends in der modernen Suchtbehandlung und den zunehmend komplexen Anforderungen an suchtttherapeutische Einrichtungen gerecht zu werden, wurde im Jahr 2003 der Grundstein für eine Entflechtung der Sucht- und Psychotherapie von der milieutherapeutischen Arbeit gelegt. Durch die Installation eines eigenständigen psychologischen Dienstes hat sich die Behandlungsform Frankental weg von einer reinen sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft hin zu einer therapeutisch ausgerichteten Suchtbehandlung gewandelt. Dieser Wandel widerspiegelt das Credo, dass in der heutigen Zeit eine moderne Suchtbehandlung neben einer milieutherapeutischen Begleitung auch eine sucht- und störungsspezifische therapeutische Fokussierung verlangt, die sich an den individuellen Begebenheiten und Voraussetzungen der Klientinnen und Klienten orientiert. Zu diesem Zweck wurde eigens ein psychologisch-diagnostischer Dienst eingerichtet, der den heutigen Ansprüchen und Bedürfnissen der Zielgruppe entspricht.

In der Aussenwohngruppe werden ehemalige Drogenabhängige nach einer Therapie (intern oder extern) bei der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung intensiv begleitet und bei der Ablösung mit einem Nachbetreuungsangebot unterstützt.

Das Frankental ist Mitglied des Netzes Suchtausstieg Zürich und arbeitet eng mit den übrigen stationären und ambulanten Behandlungs- und Beratungsangeboten im Kanton zusammen.

Die Finanzierung erfolgt einerseits über direkte Kostenträger (Justiz, Gemeinden, Krankenkassen), die eine Tagestaxe entrichten, andererseits über Subventionen des Kantons. Seit 2003 hat sich die Invalidenversicherung aus der Finanzierung zurückgezogen.

Grundsätzlich leistet die Stadt Zürich an andere Anbieterinnen nur Finanzierungsbeiträge im Rahmen von Platzierungen städtischer SozialhilfebezüglerInnen. Einzige Ausnahmen bilden pauschale Betriebskredite aus dem Gesundheits- und Umweltdepartement an vereinzelte Einrichtungen (Nachsorgestelle Zürich des Vereins Gemeinschaft Arche und Nachsorge KANU Zürich des Vereins für umfassende Suchtherapie Die Alternative).

Mit der privaten Forel Klinik hat der Kanton Zürich eine spezielle Fachklinik für die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen. Sie verfügt über mehrwöchige bis mehrmonatige Angebote für Frauen und Männer mit 93 Betten (Gesundheitsdirektion, 2001). Zusätzlich stellen die psychiatrischen Kliniken neben den somatischen Spitälern einen wesentlichen Bereich der Versorgung von Personen mit Alkoholproblemen dar. In der Stadt Zürich führt auch die kantonale Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK Zürich) stationäre Behandlungen alkoholabhängiger Menschen durch. Dabei handelt es sich häufig um Entzugsbehandlungen. Dort werden Alkoholabhängige zum Teil auch teilstationär in psychiatrischen Tageskliniken behandelt.

Seit 1993 führt die PUK Zürich zusätzlich eine Station für Doppeldiagnosepatientinnen und -patienten. Unter Doppeldiagnose wird das gemeinsame Auftreten einer Substanzstörung und einer psychischen Störung bei derselben Person in einem bestimmten Zeitraum verstanden (Moggi, 2002).

Ambulante Behandlungsangebote

Methadongestützte Behandlungen werden in der Stadt Zürich vor allem von kantonalen und privaten Institutionen durchgeführt. Den wichtigsten Zugang zu Methadonbehandlungen bilden ambulante Drogenfachstellen des Kantons (Drop-In) und die Poliklinik Zok11, welche die Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD Zürich) seit 1992 betreibt. Im Zok11 werden rund ein Drittel der insgesamt 1917 städtischen Behandlungen aufgenommen (Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der PUK Zürich, 1998). Seitens der städtischen Institutionen führen einzig das Krankenzimmer für Obdachlose (KFO) und die beiden Polikliniken

Lifeline und Crossline ergänzende Methadonbehandlungen – allerdings in kleinem Umfang – durch. Zusätzlich wird Methadon auch von Hausärztinnen und Hausärzten verschrieben und von Apotheken verabreicht.

Die methadongestützte Behandlung ist eine medizinische Langzeittherapie ohne vorgeplante Beendigung. Seit 1997 darf Methadon auch im Rahmen von Entzugstherapien eingesetzt werden. Methadonbehandlungen im Kanton Zürich sind im Vergleich zu anderen Behandlungsarten in Bezug auf die Zutrittsbedingungen sehr niederschwellig. Im Kanton Zürich ist die behördliche Bewilligung der methadongestützten Behandlung auf Seiten der Patientinnen und Patienten nur an die Bereitschaft geknüpft, in die wissenschaftliche Auswertung der anonymisierten Behandlung einzuwilligen. Die Anzahl Plätze in der methadongestützten Behandlung ist folglich nicht limitiert. Ziel dieser Behandlung ist es, Überleben zu sichern, die soziale Integration der Patientinnen und Patienten zu verbessern oder zu bewahren und den Heroinkonsum zu vermindern.

In der Stadt Zürich existieren drei Polikliniken für die heroingestützte Behandlung mit insgesamt 260 Behandlungsplätzen. Die beiden städtischen Polikliniken Lifeline und Crossline werden vom Sozialdepartement betrieben. Betriebsführung und Qualitätsstandards entsprechen den Vorgaben von Bund und Kanton. Sie verfügen zusammen über eine Kapazität von rund 140 Plätzen. Die dritte Poliklinik, Zokl2, mit aktuell 120 Plätzen betreibt die Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen Zürich (ARUD Zürich). Es handelt sich um einen Verein mit Sitz in Zürich, der sich für einen niederschweligen Zugang zu Unterstützung und Behandlung für alle drogenabhängigen Personen einsetzt. Daneben betreibt die ARUD Zürich in der Stadt Zürich auch eine Poliklinik zur methadongestützten Behandlung (Zokl1) und eine in Horgen (DBB) mit heroïn- und methadongestützten Behandlungen. In allen Kliniken zur heroingestützten Behandlung wird die Heroïnverschreibung mit integrierter psychiatrischer und psychosozialer Betreuung und somatischer Behandlung kombiniert. Alle Betriebe erfüllen die für die einzelnen Behandlungen bestehenden Bestimmungen seitens des Kantons und des Bundes. Damit eine Aufnahme in die heroingestützte Behandlung möglich ist, müssen die Patientinnen und Patienten gemäss dringlichem Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1998:

- mindestens 18 Jahre alt sein
- seit mindestens zwei Jahren opiatabhängig sein
- mindestens zwei gescheiterte Behandlungsversuche haben
- Defizite im medizinischen, psychologischen oder sozialen Bereich aufweisen, die auf Drogenkonsum zurückzuführen sind

Private Institutionen wie die Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA) und das Blaue Kreuz bieten in der Stadt Zürich Informationen, Beratungen und Therapien für Betroffene sowie deren Angehörige und Personen aus dem Umfeld bei Alkohol- und zusätzlichen Suchtproblemen an. Sie verfügt über ein breites Spektrum an Einzel- und Gruppenangeboten. Zusätzlich hat das

Blaue Kreuz eine Stelle zur Betreuung von Kindern alkoholabhängiger Eltern eingerichtet. Daneben hat die Internationale Organisation der Guttempler (IOGT Schweiz) ein Nachsorgeangebot eingerichtet, das eine langfristige und umfassende Begleitung der Klientinnen und Klienten vorsieht. Weiter gibt es in der Stadt Zürich diverse Selbsthilfegruppen für Alkoholabhängige und deren Angehörige.

In der Stadt Zürich gibt es ausserdem eine breite Palette von Drogenberatungsangeboten. Gemäss einer Erhebung über die Angebotsstruktur im Drogen- und Suchtbereich in der Stadt Zürich aus dem Jahr 2003 nehmen fast alle Einrichtungen in der einen oder andern Form beratende Funktionen wahr. Gemäss derselben Studie gibt es trotz dieses Überangebots in Bezug auf Beratung immer noch Lücken. So ist in der Stadt Zürich die polyvalente Beratung für Sucht- und Drogenprobleme ungenügend. Für Jugendliche mit Sucht- und Drogenproblemen gibt es die Jugendberatungsstellen der Stadt Zürich (Zürich Nord und Zürich City). Daneben bieten die kantonalen Drop-Ins und die Drogenberatungsstelle der kantonalen Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) ebenfalls Beratung und Therapie für Jugendliche an. Das Drop-In an der Asylstrasse offeriert drogen- und störungsspezifische Spezialsprechstunden. Diese Institutionen setzen eine unterschiedlich hohe Motivation bzw. Zuverlässigkeit im Einhalten der Termine voraus.

Eine besondere Herausforderung an alle Institutionen der Suchtkrankenhilfe bedeutet der Zuwachs an Patientinnen und Patienten, die an substanzgebundenem Suchtverhalten und gleichzeitig an einer psychischen Störung leiden (Müller et al., 2003). Solche Doppeldiagnosepatientinnen und -patienten sind auf ein spezielles Angebot angewiesen, um den langwierigen Therapieprozess und die Rehabilitationsmöglichkeiten sinnvoll gestalten zu können. Die bestehenden stationären Drogentherapien konnten je nach Therapieschwerpunkt nur begrenzt auf die erhöhten Anforderungen eingehen, da die Therapieerfordernisse aufwändig sind. Die vielfältigen Interventionen in Bezug auf Doppeldiagnosepatientinnen und -patienten werden von verschiedenen Stellen und Berufsgruppen geleistet. In der Krisenintervention sind Ärztinnen und Ärzte, PsychiaterInnen, SozialarbeiterInnen und Pflegepersonal mit einbezogen. Später in der Therapie folgen PsychotherapeutInnen, BetreuerInnen und andere. Gerade weil viele HelferInnen aus unterschiedlichen sozialpsychiatrischen und sozialarbeiterischen Hilfssystemen in die Behandlung von Doppeldiagnosepatientinnen und -patienten involviert sind, bestehen zum Teil Schnittstellen und Doppelspurigkeiten, die dazu beitragen, dass Behandlungen von Doppeldiagnosepatientinnen und -patienten oft langwierig und kostenintensiv sind.

4 Leistungsausweis und Bilanz der Drogenpolitik der Stadt Zürich

Insgesamt weist die Drogenpolitik der Stadt Zürich eine erfolgreiche Bilanz auf. Seit der Räumung der offenen Drogenszene am Letten im Februar 1995 gab es an keinem Ort in der Stadt Zürich vergleichbare Zustände. Die Situation hat sich für die Bevölkerung und die Drogen Konsumierenden beträchtlich verbessert. Aggression und Verelendung, wie sie am Platzspitz und am Letten zur Tagesordnung gehört hatten, gibt es nicht mehr. Ein Blick auf die Statistik zeigt, dass seit 1993 immer weniger Personen wegen Drogenkonsums sterben. Ebenfalls statistisch belegbar ist die erfolgreiche Reduktion um über 80% der Infektionen mit HIV bei Drogen Konsumierenden. Verringert werden konnten infolgedessen auch die Erkrankungen an Aids. Dies lässt auf einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, aber auch auf ein risikoärmeres Konsumverhalten der Drogen Konsumierenden schliessen.

Kritisch beurteilt werden muss die Tatsache, dass nebst diesen offensichtlichen Erfolgen kein differenzierterer Leistungs- und Wirkungsnachweis der Drogenpolitik möglich ist. Ein systematisches Monitoringsystem, das detailliert Aufschluss gibt über die Bedarfsentwicklung und die Wirkung der Vier-Säulen-Politik gibt es nach wie vor nicht – übrigens nicht nur in Zürich, auch nicht in Kantonen, die nach wie vor eine Drei- statt eine Vier-Säulen-Politik verfolgen. Angesichts des beträchtlichen Aufwands der öffentlichen Hand für Prävention, Repression, Schadenminderung und Therapie ist diese Situation kaum länger zu legitimieren.

4.1 Epidemiologische Entwicklung

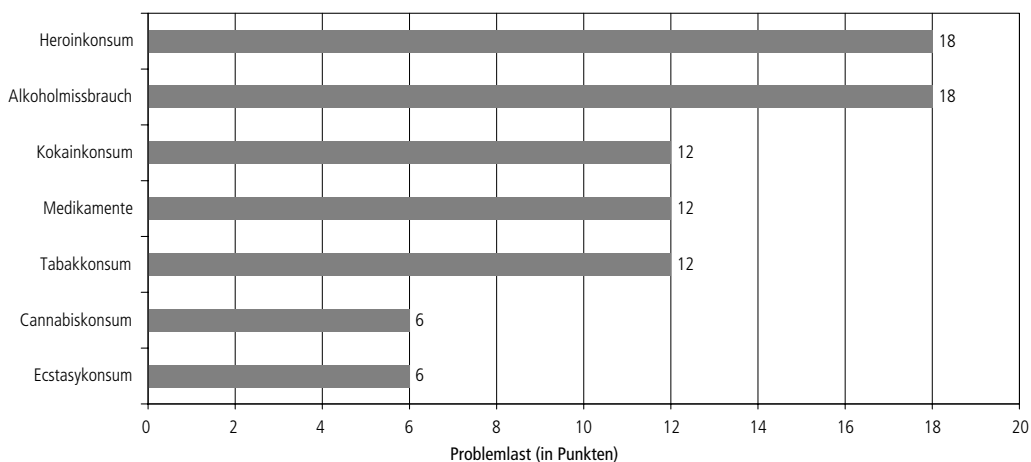
Epidemiologische Angaben geben Auskunft über den Suchtmittelkonsum unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen und zeigen einen allfälligen politischen Handlungsbedarf auf.

Ausschlaggebend für die Definition der Problemlast eines Suchtmittels sind nach Meinung von Suchtexperten des Bundesamtes für Gesundheit und der Stiftung für Gesundheitsförderung und Suchtfragen «Berner Gesundheit» folgende zwei Kategorien:

- soziale Reichweite (Person, Umfeld, Staat)
- Schadensdimension (somatische, psychosoziale und wirtschaftliche Schäden)

Zur Bestimmung der Problemlast der einzelnen Suchtmittel wurde jeder einzelne Faktor mit «hoch», «mittel» und «tief» bewertet und entsprechend mit Punkten gewichtet (hoch: 3 Punkte).

AUSMASS DER PROBLEMLAST, VERURSACHT DURCH DEN SUCHTMITTELKONSUM EINER EINZELNEN PERSON



QUELLE: BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, 2003

Wie die Grafik vermittelt, ist die Problemlast beim Konsum von Heroin und Alkohol sehr hoch, bei Kokain erheblich, hingegen bei Cannabis und Ecstasy eher gering. Bemerkenswert ist, dass dem gesellschaftlich weit verbreiteten Alkoholkonsum aus der Sicht der Suchtexperten eine ebenso hohe Problemlast zugeteilt wird wie dem Heroinkonsum. Die Risiken des Konsums von Suchtmitteln werden aber nicht nur durch die konsumierte Substanz selbst, sondern viel ausgeprägter durch die Konsummenge, die Regelmässigkeit, die Intensität des Konsums (Konsummuster), die Konsumform und durch den Rechtsstatus der Substanzen bestimmt. Relevant sind auch Faktoren wie das Alter der Konsumierenden und der soziale Kontext, in dem konsumiert wird. Um zu bestimmen, bei welchen suchtrelevanten Verhaltensweisen ein staatlicher Handlungsbedarf besteht, ist es sinnvoll, bei der Analyse epidemiologischer Daten zwischen regelmässigem Genusskonsum und risikoreichem Substanzkonsum zu unterscheiden. Von einem risikoreichen Substanzkonsum wird gesprochen, wenn der Konsum ein erhebliches Risiko für eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung beinhaltet sowohl im physischen, psychischen und sozialen Bereich.

Die folgende Analyse konzentriert sich hauptsächlich auf drei Kategorien:

- Anzahl der Personen, die einen risikoreichen Substanzkonsum aufweisen
- soziodemografische Merkmale der wichtigsten Risikogruppe
- Trend der Problementwicklung

Die Datenlage zur Epidemiologie des Suchtmittelkonsums in der Stadt Zürich ist rudimentär. Folgende Aussagen zur Epidemiologie des Suchtmittelkonsums in der Stadt Zürich basieren vor allem auf nationalen Schätzungen zum Suchtmittelkonsum der Schweizer Allgemeinbevölkerung. Diese Daten gelten aber auch für die Stadt Zürich. Einzig treten im urbanen Umfeld epidemiologische Trends früher und ausgeprägter auf. Dies trifft insbesondere auf die Entwicklung des Konsums so genannter harter Drogen wie Heroin und Kokain sowie Designerdrogen zu.

Konsumierende harter Drogen werden durch Bevölkerungsbefragungen in der Regel sehr schlecht erreicht. Daher lassen die Angaben zum aktuellen Konsum aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung keine direkten Rückschlüsse auf die Anzahl Abhängige zu.

Epidemiologie des Suchtmittelkonsums im Überblick

SUCHTMITTELKONSUM IN DER SCHWEIZER ALLGEMEINBEVÖLKERUNG: LEBENSZEITPRÄVALENZEN* 1992, 1997 UND 2002

	1992	1997	2002
Alkohol**	83,9%	81,3%	77,5%
Tabak***	30,1%	33,2%	30,5%
Medikamente****	38,3%	40,7%	40,8%
Cannabis*****	16,3%	26,7%	27,7%
Designerdrogen*****	—	2,2%	2,2%
Kokain*****	2,7%	3,3%	2,9%
Heroin*****	1,3%	1,0%	0,9%

QUELLE: BUNDESAMT FÜR STATISTIK, 2004

*LEBENSZEITPRÄVALENZ = LEBENSZEITERFAHRUNG IM UMGANG MIT SUCHTMITTELN

**15- BIS 75-JÄHRIGE

***15- BIS 75-JÄHRIGE, DIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN GERAUCHT HABEN

****15- BIS 75-JÄHRIGE, DIE IN DEN LETZTEN SIEBEN TAGEN EIN MEDIKAMENT EINGENOMMEN HABEN

*****15- BIS 39-JÄHRIGE

Alkohol

Der Anteil derjenigen Personen, die täglich Alkohol konsumieren, hat in den letzten zehn Jahren um 4% abgenommen. Parallel dazu ist im selben Zeitraum der Anteil der nicht Trinkenden von 16% auf 23% gestiegen (Bundesamt für Statistik, 2004). Insbesondere sind die Frauen abstinenter geworden. In städtischen Lebensräumen allerdings trinken Frauen häufiger alkoholische Getränke als in ländlichen Gegenden. Der Anteil an risikoreich Konsumierenden ist in urbanen Gegenden ebenfalls höher, entsprechend niedriger sind die Anteile an abstinenten Frauen in den Städten. Bei den Männern gibt es diesbezüglich praktisch keine Unterschiede (Gmel, 1999).

Alkohol ist weiterhin die am häufigsten von Jugendlichen konsumierte psychoaktive Substanz: In einer Studie zu Gesundheit und Lebensstil von Jugendlichen in der Schweiz (Narring, 2002) gaben 45% der 16- bis 20-jährigen Frauen und 67% der Männer derselben Altersgruppe an, ein- oder mehrmals pro Woche Alkohol zu konsumieren. Im Vergleich zu den Vorjahren sind diese Zahlen deutlich angestiegen. Verstärkt hat sich insbesondere die Tendenz zum Rauschtrinken. So waren 42% der Schüler und 25% der Schülerinnen im Alter von 15/16 bereits mehr als einmal richtig betrunken (Schmid, 2003). Rauschtrinken bei Jugendlichen ist ein neues Phänomen, das auch von den EU-Staaten bestätigt wird (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2004). Der Anstieg des Rauschtrinkens bei Jugendlichen in der Schweiz ist in erster Linie dem Bier, tendenziell auch den Spirituosen und ganz deutlich den

Alcopops zuzuschreiben. Bei den Schülerinnen sind die Alcopops, Limonaden mit Alkohol bzw. Mixgetränke, das beliebteste alkoholische Getränk. In der Schweiz sind die Verkaufszahlen von Alcopops von 2000 bis 2001 um mehr als das 16fache angestiegen (2000: 1,7 Mio. Flaschen; 2001: 28 Mio. Flaschen und 2002: 39 Mio. Flaschen). Mindestens 23% der verkauften Flaschen Alcopops werden von unter 18-Jährigen konsumiert (Schmid, 2003).

Tabak

Die Zahlen des Tabakmonitorings 2001 weisen auf einen leichten Rückgang der Anzahl Rauchenden seit 1997 hin. Der Anteil der täglich Rauchenden ist in der lateinischen Schweiz mit 28% im Tessin bzw. 25% in der Westschweiz deutlich höher als in der deutschen Schweiz (22%). Der Gesamtkonsum von Zigaretten in der Schweiz sank zwischen 1994 und 2002 um 9% (BAG, 2003). Seit 1992 hat der Anteil der jugendlichen Rauchenden zwischen 15 und 19 Jahren in der Schweiz stark zugenommen: Bei den jungen Männern ist er zwischen 1992 und 1997 von 29 auf 41% angestiegen, bei den jungen Frauen gar von 18% auf 39%. Diese Zunahme konnte 2002 gestoppt werden – in diesem Jahr rauchten 35% der jungen Männer und 33% der jungen Frauen. Fast eine Mehrheit der Rauchenden (46%) möchte eigentlich nicht rauchen. Unter den Lehrlingen ist die Raucherquote der Befragten höher als bei den Schülerinnen (Narring, 2002).

Medikamente

Zu den Medikamenten, die als Suchtmittel missbraucht werden, gehören vor allem Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine). Ein Medikamentenmissbrauch liegt nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dann vor, wenn ein Medikament ohne medizinische Notwendigkeit oder in unnötig grossen Mengen konsumiert wird.

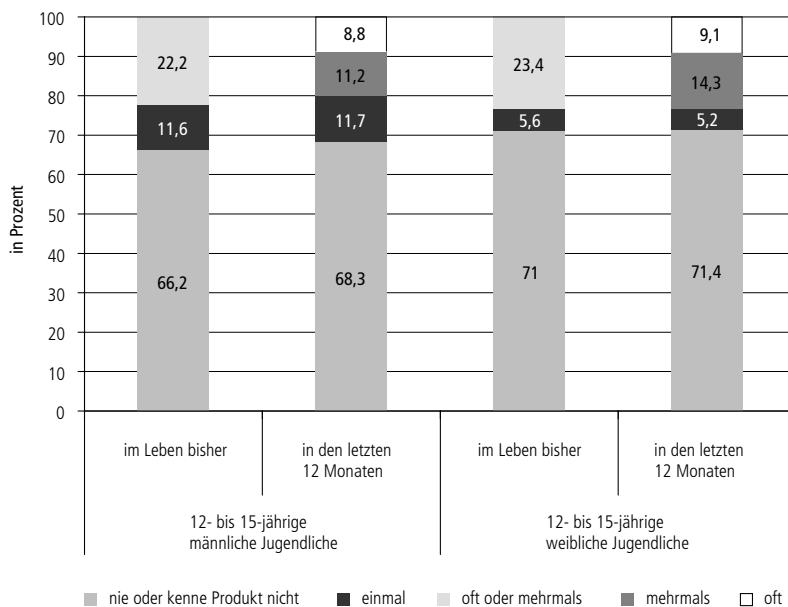
Im Allgemeinen nehmen Frauen häufiger psychoaktive Medikamente ein als Männer. Zudem findet eine deutliche Zunahme des Gebrauchs mit steigendem Alter statt, vor allem bei den Schlafmitteln. Bei Frauen besteht generell eine höhere Konsumhäufigkeit von Medikamenten. Medikamentenmissbrauch bei Männern passiert vor allem in urbanen Zentren. Aufgrund der Erfahrungen in den Methadonbehandlungen und den Projekten mit heroingestützten Behandlungen ist der Medikamentenmissbrauch im Rahmen einer Polytoxikomanie unter Konsumierenden harter Drogen, aber auch bei alkoholabhängigen Personen weit verbreitet (Fuchs, 1999). Es finden sich viele benzodiazepinabhängige Personen in dieser Gruppe. Die Wahrnehmung seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Drogenhilfe in der Stadt Zürich deutet ebenfalls auf einen hohen Medikamentenkonsum bei den Klientinnen und Klienten der Überlebenshilfe-Einrichtungen und der abhängigen Personen auf der Gasse hin, meistens zusätzlich zum Konsum von harten Drogen sowie Alkohol und Nikotin. Dabei werden vor allem Benzodiazepine wie Rohypnol oder Seresta und Schmerzmittel, vorwiegend Ponstan, konsumiert. Aktuelle Untersuchungen mit quantitativen Angaben zum Medikamentenkonsum in dieser Personengruppe sind dazu aber nicht publiziert worden.

Cannabis

Der Cannabiskonsum hat in den letzten sechs Jahren in der Allgemeinbevölkerung zugenommen. Betrug die Lebenszeitprävalenz bei den 15- bis 74-Jährigen 1981 noch 11% und 1987 13%, so lag sie im Jahr 2000 bei 27%. Der Cannabiskonsum ist dabei kein ausschliessliches Phänomen der Jugend: 44% der 15- bis 19-Jährigen, 59% der 20- bis 24-Jährigen, 35% der 25- bis 44-Jährigen und 15% der 45- bis 59-Jährigen haben in ihrem Leben Cannabisprodukte probiert (Fahrenkrug, 2001).

Ein Drittel der 15- bis 24-jährigen Frauen und Männer haben in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert. Durchschnittlich 15% der 15- bis 19-Jährigen konsumierten Cannabis höchstens einmal pro Monat. Ein Fünftel der 15- bis 19-Jährigen konsumiert regelmässig, das heisst «ein- bis dreimal im Monat» bis zu «mehrmals wöchentlich». Zum Vergleich: Bei den 25- bis 44-Jährigen ist dies noch rund ein Zehntel. Rund 6% der 15- bis 24-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumieren täglich oder mehrmals täglich. Bei den 25- bis 44-jährigen Erwachsenen sind dies noch knapp 2%. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil derjenigen, die täglich Cannabis konsumieren, ab (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme [SFA] 2001).

CANNABISKONSUM BEI JUGENDLICHEN IM KANTON ZÜRICH 2001



QUELLE: INSTITUT FÜR SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN ZÜRICH (HRSG.), 2002.
ERHEBUNG ÜBER DIE GESUNDHEIT JUGENDLICHER IM KANTON ZÜRICH IM JAHR 2001

Mehr als zwei Drittel der Zürcher Jugendlichen haben bisher noch gar nie Cannabis konsumiert. Rund ein Fünftel aller befragten Jugendlichen konsumiert Cannabis in regelmässigen Abständen, 9% davon oft. Dies zeigt, dass Zürcher Jugendliche im Durchschnitt gleich viel Cannabis konsumieren wie andere Schweizer Jugendliche.

Die gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums werden durch verschiedene Faktoren beeinflusst wie Dosierung, Konsumdauer, Gesundheitszustand, Alter und Geschlecht der Konsumierenden. Aus ärztlicher Sicht sind die gesundheitlichen Risiken von Cannabis vergleichbar mit denjenigen von Tabak. Regelmässiger Konsum von Cannabis gefährdet die Gesundheit: Neben den negativen Auswirkungen auf Lunge und Atemwege kann der regelmässige und anhaltend hohe Konsum von Cannabis zusätzlich noch zu kognitiven Einbussen, insbesondere der Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsfunktionen, führen. Obschon in letzter Zeit immer wieder über den Zusammenhang von Cannabis und psychischen Störungen in den Medien spekuliert wurde, ist z.B. die so genannte Cannabispsychose als medizinische Diagnose unter Ärzten und Ärztinnen umstritten. Bisher konnte keine wissenschaftliche Studie nachweisen, dass der Cannabiskonsum für das Auftreten von psychischen Störungen wie Schizophrenie, Psychosen usw. ursächlich ist (Stohler, Gesundheitliche Risiken, 2003). Studien können höchstens auf einen assoziativen Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Cannabiskonsum hinweisen. So besteht z.B. gemäss einer Studie über den Zusammenhang zwischen Cannabis und Depressionen möglicherweise ein erhöhtes Depressionsrisiko bei weiblichen Jugendlichen, die häufig Cannabis konsumieren (Stohler, Gesundheitliche Risiken, 2003). Ob der Cannabiskonsum die Ursache für mögliche Depressionen ist, konnte diese Studie aber nicht nachweisen. Trotzdem kann man aber zurzeit nicht ausschliessen, dass kausale Zusammenhänge bestehen. Allgemein beobachtete Assoziationen von Cannabiskonsum zu psychischen und sozialen Problemen scheinen in der Grössenordnung von Alkoholkonsum und Tabakkonsum zu liegen (Macleod, 2004).

Designerdrogen

Der Begriff «Designerdrogen» bezieht sich auf die Art der Herstellung der Droge: Es handelt sich um in Labors hergestellte synthetische oder halbsynthetische psychoaktive Wirkstoffe. Oft wird der Begriff «Designerdrogen» synonym für so genannte Partydrogen verwendet. Bezeichnet man mit dem Begriff «Partydrogen» all diejenigen Substanzen, die im Party-Setting, z.B. in Clubs, an Raves oder an Grossveranstaltungen der Technoszene wie der Zürcher Street Parade, verwendet werden, zählen dazu Cannabis, Designerdrogen, halluzinogene Drogen und Kokain (Gerhard, 2001). Die in der Schweiz am häufigsten konsumierten Designerdrogen sind stimmungsaufhellende Amphetaminderivate wie z.B. Ecstasy (MDMA). Der Ecstasykonsum ist seit Ende der 1980er Jahre ein Phänomen in ganz Europa: Die Lebenszeitprävalenz der erwachsenen Bevölkerung in den europäischen Ländern liegt zwischen 0,5 und 3% (Gowing et al., 2003). Die Schweiz liegt mit einer Lebenszeitprävalenz von 2,2% (Bundesamt für Statistik, 2004) im europäischen Mittelfeld. Angesichts der Möglichkeit von Gesundheitsschäden wie

schwerer Leberstörung bis hin zu Leberversagen ist diese Zahl bedenkenswert. Besonders die in Pillenform angebotenen Designerdrogen können grosse gesundheitliche Risiken bergen; die tatsächlich enthaltenen psychoaktiven Substanzen entsprechen nicht immer dem, als was die Pillen angeboten werden. Und die Konzentration der Substanzen in einer Pille kann beträchtlich schwanken, die Risiken für Konsumierende sind dadurch im Voraus sehr schwer abschätzbar.

Ecstasy scheint aufgrund seiner leistungssteigernden, bewusstseinsweiternden und harmonisierenden Eigenschaften als Partydroge vorwiegend von integrierten Jugendlichen konsumiert zu werden. Die Mehrzahl der Ecstasy Konsumierenden betreibt überdies einen so genannten Mischkonsum mit der zusätzlichen Verwendung von Cannabis, Alkohol und Amphetaminen vor oder nach dem Ecstasykonsum (Tossmann, 1999). Ecstasy wird in der Jugend- und Partyszene nach Cannabis am häufigsten konsumiert (Vollenweider, 2003).

Der Konsum von anderen Amphetaminabkömmlingen und von Amphetamin selbst scheint in der Schweiz mit einer Lebenszeitprävalenz von 1,1% (1992) bzw. 1,2% (1997) und 1,0% (2002) weit geringer zu sein als bei Ecstasy (Bundesamt für Statistik, 2004).

Die wenigen verfügbaren Zahlen deuten auf einen Anstieg des Ecstasykonsums in den letzten Jahren an: Von 500 befragten 12- bis 49-jährigen PartygängerInnen gaben 27,8% an, Ecstasy mindestens einmal in ihrem Leben konsumiert zu haben (BAG, 2004). Bei den 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern in der Schweiz hat der Konsum von Ecstasy im Zeitraum von 1998 bis 2002 leicht zugenommen: Während 1998 1,9% angegeben hatten, mindestens einmal in ihrem Leben Ecstasy konsumiert zu haben, waren es im Jahr 2002 3,3% (Schmid, 2003). Es besteht ein Trend, dass PartygängerInnen wegen des zunehmend bekannten neurotoxischen Potenzials und der somatischen Risiken von Ecstasy vermehrt auf klassische Amphetamine oder auf halluzinogene Substanzen (LSD, psilocybinhaltige Pilze) ausweichen (Vollenweider, 2003).

Kokain

Kokain kann geschnupft, injiziert oder – in Basenform – geraucht werden. Das Anfluten, die Phase der Euphorie und die Wirkdauer insgesamt sind von der Applikationsform abhängig, wobei intravenöse Injektionen und Rauchen ein schnelleres Anfluten, aber auch eine kürzere Euphorie bewirken. Risiken des Kokainkonsums beinhalten u.a. die Induktion psychotischer Zustände und den Kokaincrash (kurz dauerndes depressives Syndrom nach Beendigung des Konsums). Je nach Applikationsform kann es zu Infekten, Schädigungen der Nasenschleimhaut, der Augen und der Leber kommen. Ebenfalls belegt ist die höhere Reizbarkeit und Gewaltbereitschaft regelmässig Konsumierender (Stohler, Störungen, 2003). Zwischen 1992 und 1997 nahm die Zahl der Befragten, die angaben, bereits einmal Kokain probiert zu haben, von 2,7% auf 3,3% zu. Im Quervergleich mit anderen Datenquellen (Jugendgesundheitsbericht Kanton Zürich, Zahl der Verzeigungen) lässt sich ein zunehmender Trend vermuten. Die Lebenszeit-

prävalenz in der jüngeren (15 bis 35 Jahre) Bevölkerung Europas liegt gemäss dem Jahresbericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht für das Jahr 2002 zwischen 0,5 und 3,2%. In ihrem bisherigen Leben dürften ungefähr 20% aller Erwachsenen mindestens einmal Kokain konsumiert haben. Etwa 10 bis 20% der Konsumierenden entwickeln eine eigentliche Abhängigkeit (Stohler, Störungen, 2003). In fast allen Unterstützungs- und Behandlungseinrichtungen, aber auch in der Öffentlichkeit verursacht eine relativ kleine Gruppe von Kokain Konsumierenden am meisten Probleme: Durch exzessiven Kokainkonsum und damit zusammenhängende Verhaltensweisen entziehen sie sich praktisch allen bisherigen Interventionsformen (sowohl repressiven als auch sozialen und medizinischen) und sind in den wenigsten Versorgungsstrukturen über einen längeren Zeitraum tragbar.

Kokain wird auch von sozial integrierten Personen aus der Ober- und Mittelschicht konsumiert. Andererseits hat der Konsum bei sozial desintegrierten Gruppen wie Heroinabhängigen in den letzten zehn Jahren zugenommen. Von den im November 2000 befragten Klienten und Klientinnen der Überlebenshilfe-Einrichtungen der Stadt Zürich (Grichting, 2001) gaben 77,8% an, Kokain zu konsumieren; 43% konsumierten fast täglich Kokain, 53,8% fast täglich Cocktails mit anderen Drogen. Diese beiden Werte sind signifikant höher als bei befragten Personen, die in Behandlung stehen (14,1 und 16,7%) und auch höher als bei den auf der Gasse Befragten (30,8 und 26,4%). So genannte Cocktails, der (fast) gleichzeitige Konsum von Opiaten – meist Heroin, vielfach aber auch Methadon – und Kokain, sind heute unter Konsumierenden harter Drogen verbreitet. Dabei wird entweder eine Mixtur von Heroin und Kokain injiziert oder die Substanzen werden kurz hintereinander appliziert. Dieses Konsummuster liegt häufig bei Konsumierenden mit ausgeprägteren psychischen Störungen vor (Stohler, Störungen, 2003).

Heroin

Die Europäische Drogenbeobachtungsstelle (EMCDDA) in Lissabon geht in ihrem Jahresbericht 1998 davon aus, dass europaweit etwas unter 1% der Allgemeinbevölkerung und bis zu 2% bestimmter jüngerer Altersgruppen in ihrem Leben Heroin konsumiert haben (Tossmann, 1999). Dennoch ist es gerade diese Substanz, die in den meisten europäischen Ländern und auch in der Schweiz die grössten Probleme in den Bereichen Public Health und öffentliche Sicherheit verursacht.

Bei den im November 2000 in der Stadt Zürich befragten Klientinnen und Klienten der Überlebenshilfe-Einrichtungen betrug der Anteil der Personen, die in den letzten vier Wochen täglich oder fast täglich Heroin konsumiert hatten, über 60%, während von den befragten Drogenabhängigen auf der Gasse 35,3% täglich oder fast täglich Heroin konsumieren.

Inhalative und nasale Konsumformen von Heroin haben gegenüber dem intravenösen Konsum zugenommen: Bei den Neueintritten in die Methadon-Poliklinik Zokl1 der Arbeitsgemeinschaft für einen risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD Zürich) hat sich gezeigt, dass im Jahr 2000

Heroin nur von einem Drittel der neu eintretenden Personen ausschliesslich intravenös appliziert worden ist. Die inhalative Applikationsform scheint gegenüber dem Injizieren sicherer zu sein, insbesondere in Bezug auf Überdosierungen und den Erwerb von Infektionen.

Polytoxikomanie

Der multiple Suchtmittelkonsum (Polytoxikomanie) hat sich weiterverbreitet: Erhebungen in der Stadt Zürich lassen auf einen Konsum von Barbituraten und vor allem Benzodiazepinen bei etwa 20 bis 50% der Konsumierenden harter Drogen schliessen (Meili, 2001).

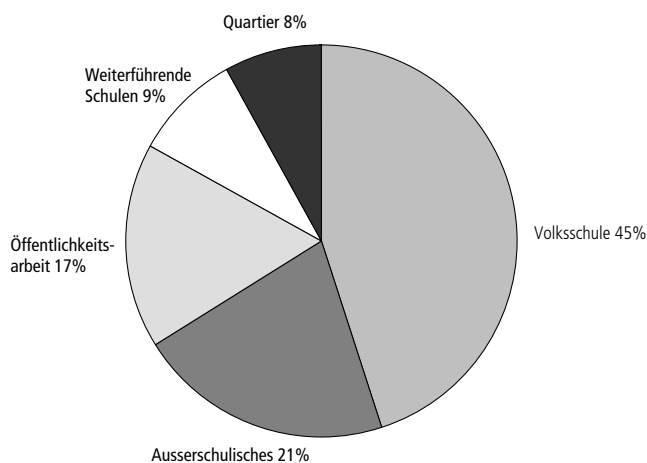
4.2 Prävention

Durch Prävention sollen die Lebensqualität und der gesundheitliche Zustand der Bevölkerung verbessert und ein frühzeitiger Tod verhindert werden. Änderungen von präventivem oder gesundheitsförderndem Verhalten sind deshalb langfristige Prozesse, bei denen das eigentliche Ziel erst nach Jahrzehnten erreicht wird. Die Wirksamkeit einer Präventionsmassnahme ist deshalb generell schwierig zu messen, somit ist auch eine Kosten- und Nutzenrechnung nicht immer einfach zu erstellen. Einen guten Einblick zu Nutzen und Kosten der Prävention gibt die 2004 erschienene Studie «Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung» (Meier, 2004).

In der Stadt Zürich existiert bis anhin kein systematischer Überblick über die aufgewendeten Kosten der in der Suchtprävention tätigen Akteurinnen und Akteure. Genaue Zahlen liefert allein die Suchtpräventionsstelle (SuP), die gemäss kantonalen Vorgaben zur Sicherstellung einer effektiven Suchtprävention (1 Stellenwert pro 45 000 EinwohnerInnen) mit 8,4 Stellenwerten für Tätigkeiten in der Suchtprävention (Stand Mai 2004) ausreichend dotiert ist. Ihr Nettoaufwand beträgt jährlich durchschnittlich 1,6 Millionen Franken. Die Leistungen der SuP sind bisher wenig systematisch erfasst worden, einzig zur Elternbildung existieren statistische Angaben.

Wie stark die SuP in ihren Kernthemen aktiv ist, lässt sich anhand des Arbeitsaufwandes nach Tätigkeitsbereich der Mitarbeitenden zeigen:

KERNBEREICHE DER TÄTIGKEIT DER SUCHTPRÄVENTIONSSTELLE DER STADT ZÜRICH



QUELLE: SUCHTPRÄVENTIONSSTELLE DER STADT ZÜRICH, JAHRESBERICHT 2003

Dargestellt ist die Verteilung der geleisteten Arbeitsstunden auf die einzelnen Kernbereiche der Suchtpräventionsstelle; 100% entsprechen 19 513 Arbeitsstunden. Suchtpräventionsmassnahmen werden nach Qualitätsstandards entwickelt. Grundlage dafür ist ein Qualitätssicherungsinstrument für Projekte in der Prävention und Gesundheitsförderung. Die Massnahmen stehen in einem dauernden Prozess zwischen Problemdefinition, Lösungsentwicklung, Programmumsetzung und Evaluation, wobei oft auch auf bereits überprüfte Projekte und Modelle zurückgegriffen wird. Seit den 1990er Jahren werden regelmässig Projekte evaluiert. Ein solches ist das Projekt «Gsundi Schuel».

Projekt «Gsundi Schuel»

Das Projekt «Gsundi Schuel» wird von vier Abteilungen des Schul- und Sportdepartements der Stadt Zürich gemeinsam getragen. Es sind dies die Suchtpräventionsstelle, der Schulärztliche Dienst und der Schulpsychologische Dienst sowie die Abteilung Schulprojekte, die von der Stadt Zürich die Schulentwicklungsprojekte koordiniert. «Gsundi Schuel» wird von seiner Anlage her als Schulentwicklungsprojekt verstanden. Als sehr wichtig hat sich auch eine enge Zusammenarbeit mit weiteren Partnerinnen und Partnern erwiesen, die ähnliche Zielvorstellungen verfolgen und vergleichbare Projekte entwickeln. Dazu gehören die Fachstelle Suchtprävention und Gesundheitsförderung des Pestalozzianums Zürich, die seit Herbst 2002 in die Pädagogische Hochschule Zürich integriert worden ist, der Gesundheitsdienst der Stadt Bern, das Amt für Jugend, Familie und Prävention der Stadt Basel und die Suchtpräventionsstelle Freiburg. Diese arbeiten im «Arbeitskreis Gesunde Schule Konkret», der wiederum vom Bundesamt für Ge-

sundheit im Rahmen des Programms «Schule und Gesundheit» unterstützt wird. Das Institut für Suchtforschung aus Zürich befasst sich mit der Evaluation konkreter Einzelprojekte dieses Programms (Achermann, 2004).

Ein zentrales Ziel des Projekts «Gsundi Schuel» besteht in der Verbesserung des Schulalltags, insbesondere des Schulklimas. Dieser Prozess wird im Sinne der Ottawa-Charta (1986) zur Gesundheitsförderung als ein Prozess verstanden, der den Beteiligten ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen soll (Achermann, 2004). Konkret soll «Gsundi Schuel» eine Struktur bereitstellen, die es den Schulhäusern ermöglicht, ihre eigene Entwicklung zur «gesundheitsfördernden Schule» in Gang zu bringen und dabei aktiv die Ziele der Prävention, insbesondere der Sucht- und Gewaltprävention, sowie der Gesundheitsförderung zu verfolgen.

Mit der Evaluation des Projekts «Gsundi Schuel» wurde das Institut für Suchtforschung betraut. Es sollten die Auswirkungen des Projekts auf die Gesundheit der SchülerInnen evaluiert werden. In einer ersten Studienstapen wurde eine Prozessevaluation gemacht, die den Projektverlauf mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren (Projektschulen) dokumentiert. Die Ergebnisse basieren auf Daten, die im Kanton und in der Stadt Zürich im Juni/Juli 2001 erhoben wurden. Als Datengrundlage dienten mündliche Interviews mit qualifizierten Lehrpersonen für Gesundheitsförderung und Prävention («LGW»), schriftliche Befragungen von Schulleitungen und Behördenmitgliedern sowie Beschreibungen über gesundheitsfördernde Aktivitäten und Massnahmen in den Schulen. In der Stadt Zürich wurden insgesamt zwölf Interviews durchgeführt. Die Auswertung der Umsetzung von gesundheitsfördernden Massnahmen ergab, dass sich die Zielsetzung bei der Mehrheit der Aktivitäten in allen Schulen im Bereich der allgemeinen Gesundheitsförderung und Suchtprävention befand, während spezifische Gesundheitsförderung und Suchtprävention, Öffentlichkeits- und Konzeptarbeit eher eine untergeordnete Rolle spielten. In Zürcher Schulen waren gesundheitsfördernde Aktionen auffallend häufig auf die Stärkung der Gemeinschaft und Teampflege ausgerichtet. In fast allen Schulen gibt es Projekte, die sich über einen längeren Zeitraum hinziehen, wie Pausenkioske, Schülerinnen- und Schülerforen und andere Kommunikationsgefässe oder Arbeitsgruppen zur Öffentlichkeitsarbeit (Güttinger, 2004). Der Stellenwert der Gesundheitsförderung an der Schule wurde von den Befragten durchwegs als mittel bis hoch eingestuft.

In einem zweiten Evaluationsschritt erfasste das Institut für Suchtforschung das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen der fünften bis achten Klasse in der Stadt Zürich. In dieser Untersuchung wurden im Winter 2000/2001 1147 Schülerinnen und Schüler im Alter von 10 bis 16 Jahren sowie deren Lehrerinnen und Lehrer befragt. Die Projektschulen «Gsundi Schuel» wurden dabei mit Schulen ausserhalb des Projekts (Kontrollschulen) verglichen. Auffälligstes Resultat war, dass die Projektschulen gegenüber Kontrollschulen bei fast allen angesprochenen Verhaltensweisen in Bezug auf die Gesundheit schlechter abschnitten. Dieses Resultat

mag erstaunen, wird aber darauf zurückgeführt, dass die meisten Projektschulen erst seit kurzer Zeit am Projekt beteiligt waren. Eine andere mögliche Erklärung ist, dass sich für das Projekt «Gsundi Schuel» vor allem Schulen anmelden, in denen Kinder und Jugendliche problematische Verhaltensweisen zeigen (Güttinger, 2004). Resultate dieser Art werden auch in anderen Untersuchungen festgestellt und sind darauf zurückzuführen, dass erst durch die Beschäftigung mit Präventionsfragen eine Sensibilisierung entsteht und dadurch die Defizite in Bezug auf Gesundheitsförderung bewusster wahrgenommen werden.

Dass ein gutes Schulklima eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von SchülerInnen hat, ist in einer 2001 publizierten Studie über den Zusammenhang zwischen Schulklima und Tabakkonsumverhalten Jugendlicher an Berner Schulen nachgewiesen worden (Vuille, 2001): Je besser das Schulklima in einer Schule ist, desto weniger rauchende SchülerInnen sind dort anzutreffen. Und je besser das Schulklima ist, desto kleiner ist die Anzahl SchülerInnen, die schon einmal betrunken waren. Derselbe Zusammenhang gilt vermutlich auch in Bezug auf den Konsum von Cannabis.

4.3 Repression

Die Repression ist erfolgreich, wenn die Stadt sicher ist. Die Frage ist nur, was genau darunter verstanden wird, wie Sicherheit gemessen wird und womit der Status quo verglichen wird: mit Zürich vor zehn Jahren, mit Affoltern am Albis, New York oder Kapstadt im Jahr 2004?

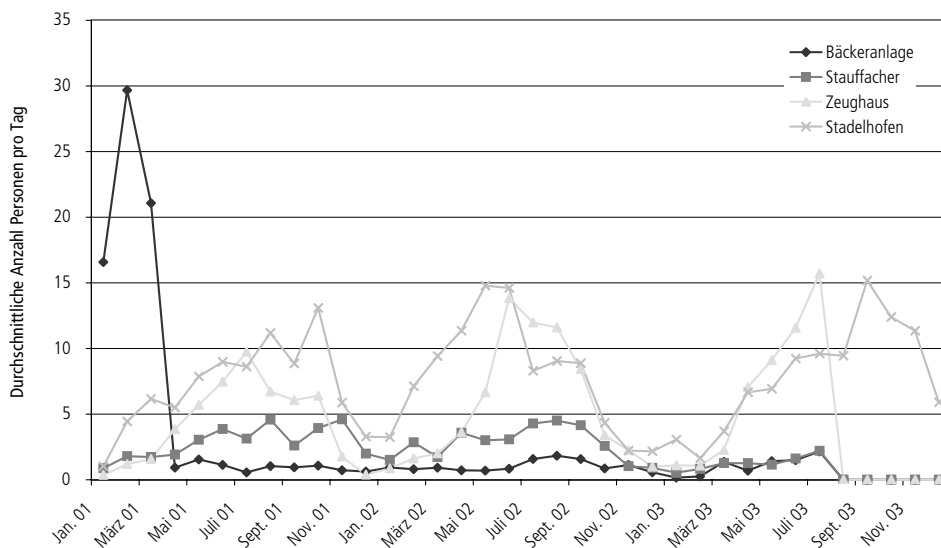
Im internationalen Vergleich zur Sicherheit in Städten schliesst Zürich jeweils hervorragend ab. Dazu gehört selbstverständlich auch die Säule der Repression in der Drogenpolitik. Dass damit allerdings ein objektiver Beweis erbracht wäre, der die politischen Stimmen zum Schweigen bringen könnte, die immer von einer Stadt der Unsicherheit und der «Liberalität» sprechen – dies ist in einem politischen Umfeld wohl eine stets unerfüllte Erwartung. Dass es trotz – oder gerade wegen – des hohen Sicherheitsstandards notwendig ist, dauernd am Ball zu bleiben, um das hohe Niveau halten zu können, ist unbestritten. Die Stadt Zürich hat allen Grund, optimistisch in die Zukunft zu schauen, wenn sie den Blick auf das lenkt, was bisher erreicht worden ist.

Szenenbildung im öffentlichen Raum

Seit der Räumung der offenen Drogenszene am Letten im Februar 1995 gab es an keinem Ort in der Stadt vergleichbare Zustände. Damit hat der Stadtrat sein wichtigstes ordnungs- und sicherheitspolitisches Ziel, die Verhinderung offener Szenen, nachhaltig erreicht. Seit der Räumung am Letten sinkt aufgrund der Anstrengungen der Stadt gegen die Szenenbildung die Zahl der sozial desintegrierten Personen stetig, die sich über einen längeren Zeitraum in einer öffentlichen Anlage aufhalten:

- An Platzspitz (1988–1992) und Letten (1992–1995) hielten sich während 24 Stunden täglich mehrere 100 Personen auf, gegen 2000 Personen mögen die Szenen täglich frequentiert haben.
- Nach der Räumung des Lettens bildete sich in der Aussersihler Anlage eine kleinere Szene von durchschnittlich 30 Personen, die zeitweise, vor allem an schönen Tagen, auf 80 bis 100 Personen anwuchs. Im April 2001 wurde die Bäckeranlage im Rahmen des Projekts «Langstrasse PLUS» geräumt.
- Unmittelbar nach der Räumung der Aussersihler Anlage spielte der Verdrängungseffekt insofern, als sich gegen 20 Personen regelmässig an der Langstrassenunterführung im Kreis 4 sammelten. Diese Ansammlung wurde mit der Neugestaltung der Unterführung im Herbst 2002 definitiv aufgelöst. Dasselbe gilt für eine kleinere Anzahl von fünf bis zehn Personen am Stauffacher, die dort ebenfalls mit baulichen und ordnungspolitischen Massnahmen (sip züri und Stadtpolizei) verdrängt worden sind.
- Aktuelle Brennpunkte in Bezug auf den regelmässigen Aufenthalt sozial desintegrierter Personen sind in den Kreisen 4 und 5 die Langstrasse vom Limmat- bis Helvetiaplatz sowie der Zeughaushof und im Stadtkreis 1 der Stadelhoferplatz. In den Seeanlagen bildete sich entgegen anders lautenden Behauptungen nachweislich nie eine Szene von Personen, die harte illegale Drogen konsumieren und damit handeln. Hingegen wird am See wie im gesamten Stadtgebiet Cannabis geraucht.

ANSAMMLUNGEN VON SOZIAL DESINTEGRIERTEN PERSONEN IN ÖFFENTLICHEN ANLAGEN 2001–2003



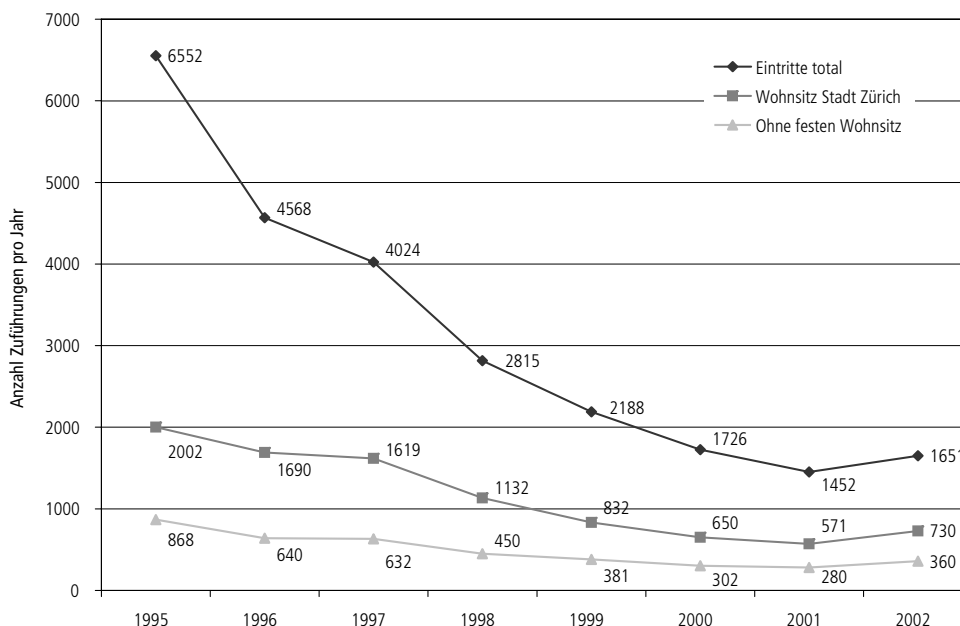
QUELLE: SIP ZÜRI, SOZIALDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH, 2004

Seit 2001 erhebt sich zürli täglich die durchschnittliche Anzahl sozial desintegrierter Personen, die sich regelmässig und über einen längeren Zeitraum in einer öffentlichen Anlage aufhalten. Dies ist der einzige objektivierte Indikator zum Thema «Szenenbildung». Da es sich um Durchschnittswerte handelt, gibt die Erhebung nicht die tatsächliche Personenanzahl wieder, sondern die Trends, dies wegen der häufigen Präsenz vor Ort allerdings zuverlässig.

Ein anderer, allerdings indirekter Indikator für die Präsenz von Drogen Konsumierenden im öffentlichen Raum ist die Belegung des Vermittlungs- und Rückführungszentrums (VRZ). Ins VRZ werden von der Stadtpolizei Drogen Konsumierende zur Abklärung der Meldeverhältnisse und der fürsorgerechtlichen Zuständigkeit eingeliefert. Dafür können die Klientinnen und Klienten maximal 24 Stunden festgehalten werden (Polizeiverhaftung). Die Belegung widerspiegelt somit sowohl die polizeiliche Aktivität auf der Strasse als auch die Präsenz von Drogen Konsumierenden in der Öffentlichkeit. Seit 1995 sank die Belegung des VRZ um über 70%. Von 2001 auf 2002 stieg sie erstmals um rund 200 Einweisungen, was primär auf stärkere polizeiliche Aktivitäten zurückzuführen ist, insbesondere eine von der Drogendelegation des Stadtrates im Herbst 2002 beschlossene koordinierte Aktion von polizeilichen und sozialen Massnahmen im Langstrassenquartier. Stark abgenommen hat ebenfalls der Anteil Personen, die nicht in die fürsorgerechtliche Zuständigkeit der Stadt Zürich gehören: 1995 stammten 70% der Eingewiesenen von ausserhalb der Stadt Zürich, im Jahr 2002 waren es noch 33%. Die Rückführungsquote lag 2003 bei 10% für den Kanton Zürich und 15% für die übrigen Kantone, was heisst, 85% bis 90% der Klientinnen und Klienten werden entlassen, ohne dass eine Zuführung zu den zuständigen Behörden erfolgen konnte. Damit liegt die aktuelle Bedeutung des VRZ innerhalb der drogenpolitischen Strategie des Stadtrates eindeutig in der Ordnungspolitik, d.h. der Entlastung des öffentlichen Raumes und der Verhinderung von Szenenbildungen und nicht in der Verbesserung der Zugänglichkeit zu sozialer und medizinischer Hilfe. Und die primäre Zielgruppe sind mittlerweile Personen, für deren soziale und medizinische Versorgung die Stadt Zürich zuständig ist: Im Jahr 2003 hatten 58% der Klientinnen und Klienten Wohnsitz in der Stadt Zürich. In den ersten Monaten des Jahres 2004 zeichnete sich allerdings zum ersten Mal seit längerem wieder eine Zunahme der nicht in Zürich gemeldeten Personen ab, der Anteil der Stadtzürcher sank auf 50%.

Einweisungen ins Vermittlungs- und Rückführungszentrum (VRZ) 1995–2002

BELEGUNG DES VERMITTLUNGS- UND RÜCKFÜHRUNGSZENTRUMS (VRZ) 1995–2002



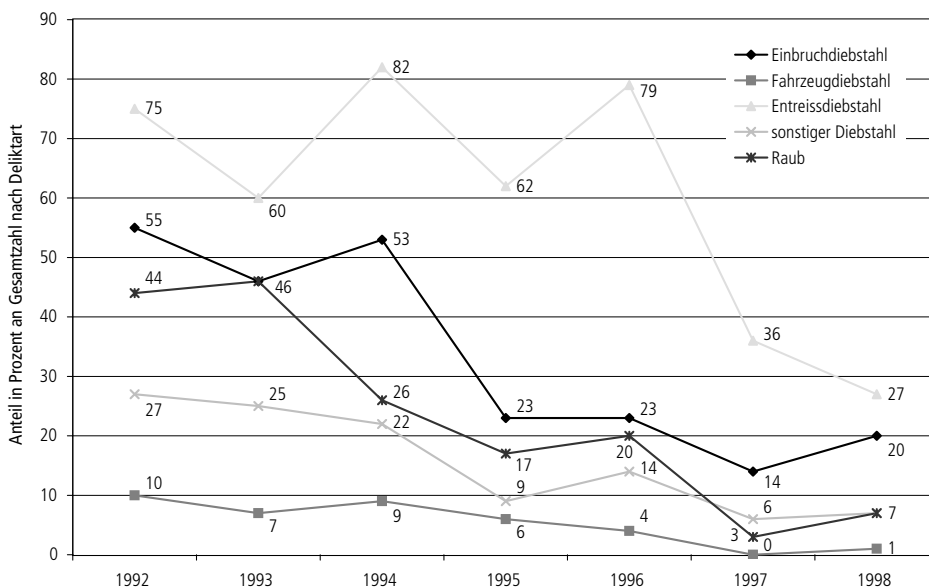
QUELLE: GESUNDHEITS- UND UMWELTDEPARTEMENT, 2004

Was unter einer Szene verstanden wird, hängt stark von der persönlichen und politischen Perspektive ab. Seit den 1990er Jahren wird der Begriff der offenen Szenen meistens eher aus taktischen und propagandistischen Gründen verwendet denn aus sachlichen. Tatsache ist, dass es seit der Räumung des Lettens keine vergleichbare Szene mehr gibt. Trotzdem leben nach wie vor so genannt randständige Menschen in Zürich – und diese Einwohnerinnen und Einwohner sind im öffentlichen Raum auch sichtbar. Das wird in einer Stadt von der Grösse Zürichs immer so sein – und das soll in einer liberalen und demokratischen Gesellschaft auch so bleiben. Aus diesem Grund wird der Auftrag der Stadtbehörden, für Sicherheit und Ordnung im öffentlichen Raum zu sorgen, nie definitiv erledigt sein, sondern muss pausenlos neu umgesetzt und veränderten Bedingungen angepasst werden. Im Unterschied zu anderen europäischen oder US-amerikanischen Städten entspricht es aber nicht der Strategie des Stadtrates, einzelne Stadtteile unterschiedlich zu behandeln: Eine «peinlich saubere Innenstadt» einerseits und Quartiere, in denen sich die sozialen Probleme häufen und die von den Behörden mehr oder weniger «aufgegeben» werden, soll es in Zürich nicht geben. Es soll vielmehr auf dem ganzen Stadtgebiet ein vergleichbar hoher Standard in Bezug auf Sicherheit und Ordnung gelten. Deshalb braucht es nicht nur den unermüdlichen Einsatz von Stadtpolizei und sip züri im öffentlichen Raum, sondern auch längerfristige Stadt- und Quartierentwicklungsprogramme.

Beschaffungskriminalität

Der Rückgang der Beschaffungskriminalität ist einer der grössten drogenpolitischen Erfolge der letzten Jahre. Erstens, weil die Beschaffungskriminalität die Lebensqualität der Bevölkerung unmittelbar beeinflusst und der Rückgang – bei den Entreisssdiebstählen um 75% – direkt spürbar ist. Zweitens, weil eine sinkende Beschaffungskriminalität mit der besseren sozialen Integration Drogen Konsumierender einhergeht: Je stabiler die soziale Situation, z.B. durch den Bezug von Sozialhilfe, umso geringer ist die Notwendigkeit, für den Kauf von Drogen zu delinquirieren. Nebst der allgemeinen sozialen Integrationshilfe haben dazu insbesondere die Substitutionsprogramme mit Methadon und Heroin beigetragen. Bei der heroingestützten Behandlung z.B. betrug der Rückgang der Beschaffungskriminalität während der Versuchsphase von 1994 bis 1998 um die 70%. Mittlerweile hat die Kantonspolizei die Statistik über die Beschaffungskriminalität wegen des relativ hohen Aufwands und der sinkenden statistischen Relevanz dieser Deliktart aufgegeben.

BESCHAFFUNGSDELIKTE IN DER STADT ZÜRICH 1992–1998



QUELLE: KANTONS- UND STADTPOLIZEI ZÜRICH, 1999

Angebotsreduktion

Die Tätigkeit der Strafverfolgungsbehörde gegen die Betäubungsmittelkriminalität hat in den letzten zehn Jahren in der Schweiz insgesamt zugenommen. Dies widerlegt die häufig kolportierte These, dass die Behörden, insbesondere die Polizei, «nachlässiger», «toleranter» oder «liberaler» geworden seien und deshalb der Konsum – insbesondere jener von Cannabis – zugenommen habe. Dass diese «Liberalisierungsthese» eher ideologischen und propagandisti-

schen Zielen folgt als den Fakten, zeigt ein Blick auf die Betäubungsmittelstatistik des Bundesamts für Polizei (Bundesamt für Polizei, 2003). Diese bildet nicht die Entwicklung des Suchtmittelkonsums ab und auch nicht die Wirkung der Massnahmen zur Angebotsreduktion (Ermittlungsaufwand und statistischer «Ertrag» stehen zuweilen in einem sehr ungleichen Verhältnis zueinander), sondern lediglich die Aktivität und die Einsatzprioritäten der Polizei: Seit 1991 hat sich die Anzahl der Verzeigungen wegen Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz verdoppelt. Gerade die Konsumverzeigungen haben in den letzten Jahren (mit Ausnahme von 1999) stetig zugenommen und machen mittlerweile gut 80% aller geahndeten Betäubungsmitteldelikte aus. Dabei sind Verzeigungen wegen Konsums von Heroin und Kokain rückläufig, jene wegen Cannabiskonsums stark zunehmend. Die Anzahl der Verzeigungen wegen Konsums von Designer- und Partydrogen wie Ecstasy, anderen Amphetaminen, LSD usw. ist schwankend. Der Anteil der unter 18-Jährigen unter den verzeigten Personen stieg von 6% im Jahr 1993 auf fast 15% im Jahr 2001. Ebenso stieg der Anteil der Erstverzeigungen von 23% im Jahr 1996 auf 41% im Jahr 2001. Seit Anfang der 1990er Jahre wurden also nicht vor allem Händlerinnen und Händler harter illegaler Drogen verzeigt, sondern junge und jüngere Cannabis Konsumierende (86% waren im Jahr 2001 Männer). Das mag damit zu erklären sein, dass Konsumverzeigungen meistens im Rahmen der allgemeinen sicherheitspolizeilichen Tätigkeit im öffentlichen Raum ausgesprochen werden, nicht im Rahmen von Ermittlungen gegen die organisierte Betäubungsmittelkriminalität.

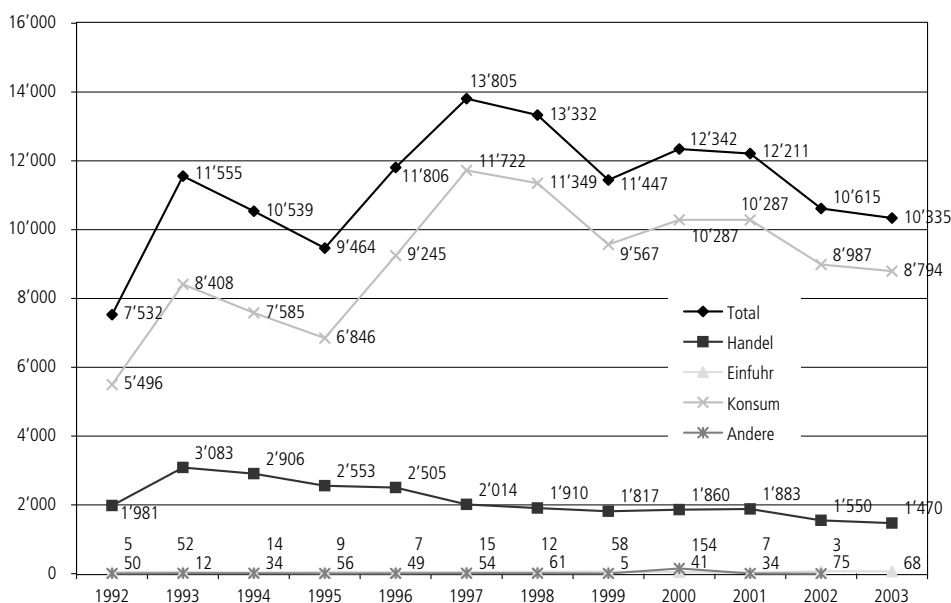
In dieses Bild passt auch die Entwicklung bei den Verurteilungen wegen Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz: Seit 1997 sinkt die Anzahl der Verurteilungen wegen Handels kombiniert mit Konsum, während die Verurteilungen nur wegen Handels zunehmen (SFA, 2004). Bei über 10% aller in der Schweiz ausgesprochenen Strafurteile handelt es sich um Vergehen gegen das Betäubungsmittelgesetz. Davon betreffen etwa 35% sowohl Konsum als auch Handel, d.h. selbst abhängige Kleindealer, weitere 35% werden ausschliesslich wegen Konsum bestraft. Gerade bei den Verfahren wegen Drogenkonsum ist aber die Praxis äusserst unterschiedlich. In einzelnen Kantonen kann von einer De-facto-Entkriminalisierung des Cannabiskonsums gesprochen werden, weil die Verfahren bei Bagatellfällen ausgesetzt werden, in anderen Kantonen werden Kiffer nach wie vor häufig verurteilt. Damit besteht eine krasse Rechtsungleichheit und – falls die Revision des Betäubungsmittelgesetzes weiterhin verzögert oder gar fallen gelassen wird – längerfristig auch eine Rechtsunsicherheit.

In der Stadt Zürich ist der Trend gegenläufig zu den gesamtschweizerischen Zahlen: Seit 1997 sinkt die jährliche Anzahl Verzeigungen wegen Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz. Das muss primär damit erklärt werden, dass die Situation in der Stadt Zürich während der offenen Szene besonders gravierend war und mit der Normalisierung im öffentlichen Raum – mit einer zeitlichen Verzögerung – auch die Anzahl Verzeigungen sank. Vor allem die Kurve der Konsumverzeigungen zeigt ab 1992 und ab 1995, als die offenen Szenen am Platzspitz und am Letten geräumt wurden, einen besonders markanten Abstieg und sinkt anschliessend langsam.

Das bedeutet nun aber lediglich, dass sich die Situation in Zürich normalisiert hat, und nicht, dass die Tätigkeit der Strafverfolgungsbehörden nachgelassen hätte: Nach wie vor werden in Zürich Verstösse gegen das Betäubungsmittelgesetz konsequent geahndet. Bei den Verzeigungen wegen Cannabiskonsums im Jahr 2001 zum Beispiel stand der Kanton Zürich mit 7016 von gesamt-schweizerisch 32 580 Verzeigungen an der Spitze. Mit 5,8 Verzeigungen wegen Cannabiskonsums pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner war er der fünftprepressivste Kanton der Schweiz – hinter Wallis, Waadt, Jura und Aargau und noch vor Grenzkantonen wie Tessin, Basel und Genf (SFA, 2004).

Betäubungsmittelkriminalität in der Stadt Zürich

BETÄUBUNGSMITTELDELIKTE IN DER STADT ZÜRICH 1992–2003



QUELLE: KANTONSPOLIZEI ZÜRICH, 2004

Zum Kerngeschäft der Angebotsreduktion gehört im eigentlichen Sinn des Wortes das Beschlagnahmen illegaler Substanzen, die damit dem Schwarzmarkt entzogen werden. Bei den Sicherstellungen sind die Trends ähnlich wie bei den Verzeigungen. Allerdings schwanken die pro Jahr beschlagnahmten Mengen zum Teil stark, weil grossen Sicherstellungen häufig langwierige Ermittlungen vorangehen. Die kurzfristige Wirkung der Beschlagnahmen auf den Schwarzmarkt muss ernüchternd mit nahe bei null beschrieben werden: Selbst wenn grosse Mengen Stoff sichergestellt werden, gibt es keine Verknappung des Angebots, sondern es bleibt stabil, und die Preise steigen nicht. Längerfristig passen die Händlerringe ihre Strategie sehr schnell der Tätigkeit und der Taktik der Strafverfolgungsorgane an. Auch nach der erfolg-

reichen Beschlagnahme grosser Mengen von Heroin 1996 und 1998 war kein Effekt auf den Schwarzmarkt spürbar, das Angebot ungebrochen vorhanden.

IM KANTON ZÜRICH BESCHLAGNAHME SUBSTANZEN 1991–2002

	ME*	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Marihuana/ Hanf	kg	133	94	111	173	83	879	878	2'380	4'337	6'919	4'495	17'309
Haschisch	g											82'685	306'762
Hanf- pflanzen	Stück	173	0	5	0	169	0	0	0				
Haschischöl	g	18	1'552	1'110	2'212	401	1'131	4'313	10'626	5'163	603	439	202
Opium	g	10	32	223	1'061	81	0	55	0				
Heroin	g	44'634	80'888	88'902	105'682	71'800	279'054	132'102	241'346	215'331	229'073	115'943	144'778
Kokain	g	193'782	201'550	243'118	166'813	187'959	166'692	247'844	161'998	217'638	157'972	159'708	149'772
LSD	Dosen	73	296	526	315	3'054	2'414	678	453	885	17'556	847	535
Ecstasy	Tabletten				2'647	8'336	19'611	45'127	32'629	9'661	107'439	30'222	15'448
Thaipillen	Tabletten										85'922	35'848	31
Amphetamin	g								6'245	878	986	2'622	1'524
Andere	g	1	20	370	0	10'191	20'116	84'121	28'978				

QUELLE: KANTONSPOLIZEI ZÜRICH, 2003

*ME = MENGENEINHEIT

4.4 Schadenminderung und Überlebenshilfe

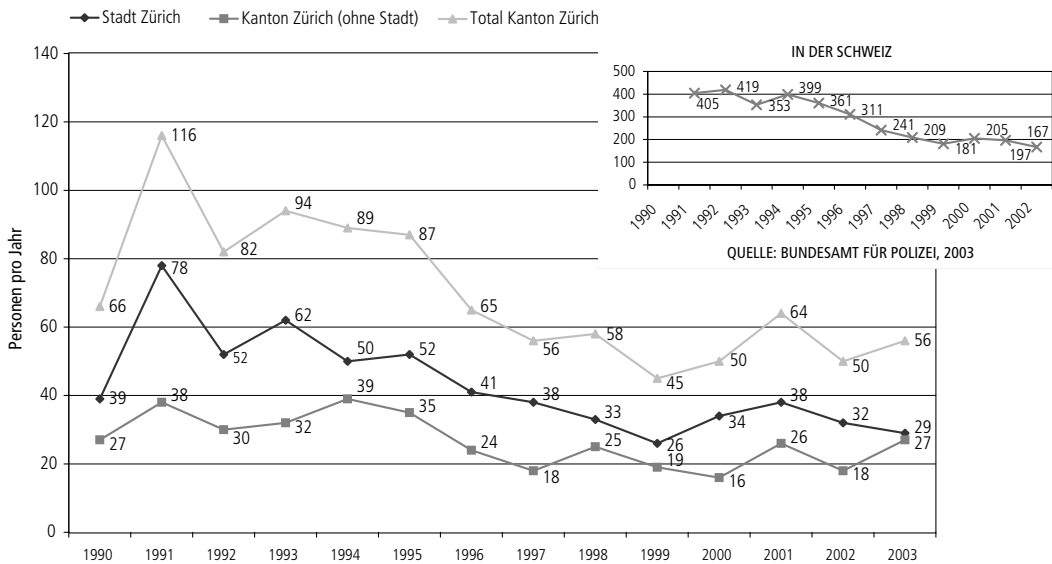
Ziel der Schadenminderung und Überlebenshilfe ist es, wie die Terminologie impliziert, das Leben von Suchtmittel Konsumierenden zu verlängern sowie ihren Gesundheitszustand und ihre soziale Situation zu verbessern oder mindestens zu stabilisieren. Zur Erfolgskontrolle gibt es leider keine repräsentativen und über einen längeren Zeitraum erhobenen Datenreihen. Ausserdem kann aus den wenigsten Erhebungen eine direkte Ursache-Wirkung-Beziehung abgeleitet werden. Hinzu kommt, dass die Erfassung von Leistungs- und Wirkungskennwerten in den Überlebenshilfe-Einrichtungen der Stadt Zürich im Vergleich mit ähnlichen Einrichtungen z.B. in Holland (Utrecht) oder Deutschland (Frankfurt) mangelhaft ist.

Trotz der – allerdings nicht nur in der Überlebenshilfe – schlechten Datenlage sind Indikatoren zum Gesundheitszustand und zur sozialen Integration vorhanden. Allerdings müssen sie aus verschiedenen und häufig nicht miteinander vergleichbaren Erhebungen zusammengesucht werden.

Wenn es um das Überleben geht, ist der wichtigste Erfolgsindikator die Sterberate. In der Schweiz wird seit den 1980er Jahren die jährliche Anzahl Todesfälle wegen Drogenkonsums erfasst – im Volksmund wird etwas salopp von Drogentoten gesprochen. Diese Statistik bezieht sich auf die polizeilich erfassten Sterbefälle, deren Ursache auf den Konsum einer bestimmten

Substanz zurückgeführt werden kann (z.B. Atemstillstand bei Heroinüberdosierungen, Herzstillstand oder Kreislaufkollaps bei anderen Substanzen). Todesfälle aufgrund einer Aids-Erkrankung erscheinen nicht in dieser Datenreihe (sondern in der Aids-Sterbestatistik, wo wiederum Drogenkonsum als Kategorie nicht separat erfasst wird). Zuverlässig ist diese Statistik deshalb nicht in Bezug auf die genauen Zahlen, jedoch schon, was den allgemeinen Trend anbelangt. Dieser ist durchaus positiv: Seit 1993 sterben laufend weniger Personen wegen Drogenkonsums. Dies lässt auf einen besseren allgemeinen Gesundheitszustand, aber auch auf ein risikoärmeres Konsumverhalten schliessen. Dies lässt sich durchaus als Erfolg der drogenpolitischen Strategie – aber natürlich nicht nur einer einzigen Massnahme – interpretieren. Behauptungen, derselbe Effekt hätte auch mit einer rein repressiven Politik erreicht werden können, sind irreführend und manipulativ: Zur Bestätigung dieser Behauptung führt z.B. die «Weltwoche» Frankreich auf, wo die Drogentodesfälle mit einer rein repressiven Politik im selben Ausmass reduziert worden seien wie in der Schweiz. Nun hat aber Frankreich die Überlebenshilfe seit den 1990er Jahren auch ausgebaut, insbesondere die Spritzenversorgung (in Marseille z.B. mit Zürcher Unterstützung) und die Anlaufstellen. Wenn schon der Vergleich mit rein repressiven Ländern gesucht wird, müsste die Schweiz z.B. mit osteuropäischen Staaten verglichen werden – und diese haben zum Teil drastisch höhere Sterberaten bei Drogen Konsumierenden als die Schweiz.

TODESFÄLLE WEGEN DROGENKONSUMS (ÜBERDOSIERUNGEN) 1990–2003



QUELLE: KANTONSPOLIZEI ZÜRICH, 2004

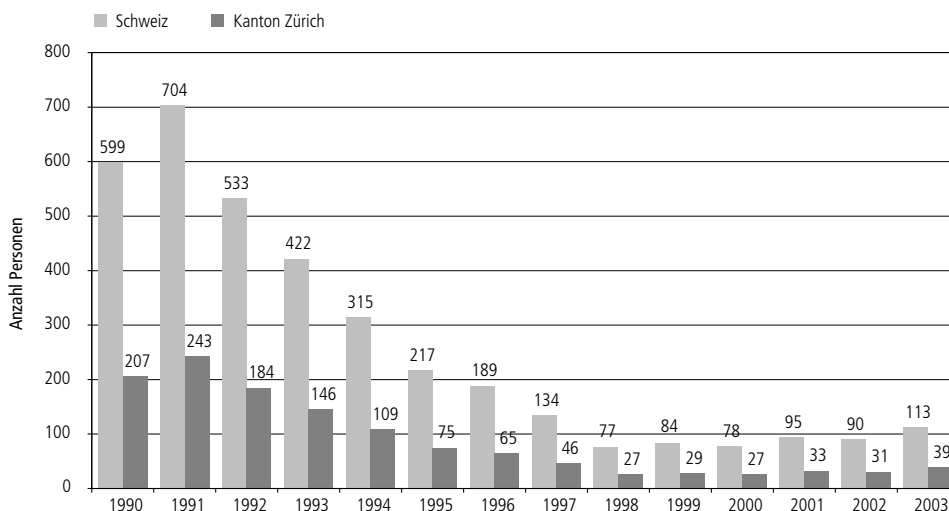
Werden die Meldeverhältnisse der in der Stadt Zürich wegen Drogenkonsums verstorbenen Personen genauer betrachtet, zeigt sich, dass die statistischen Schwankungen vor allem von den auswärtigen Personen verursacht werden. Die Kurve der verstorbenen Drogen Konsumierenden mit Wohnsitz in der Stadt Zürich verläuft – mit einem statistischen Ausreisser im Jahr 2001 (Räumung der Aussersihler Anlage) – relativ stabil. Die nahe liegende Erklärung ist, dass Personen mit Wohnsitz in der Stadt Zürich hier im Unterschied zu den auswärtigen seit Anfang der 1990er Jahre Zugang zur sozialen und medizinischen Versorgung haben, insbesondere zu den Gassenzimmern. Auswärtige haben nach wie vor keinen Zutritt zu den städtischen Einrichtungen und konsumieren den Stoff in der Stadt Zürich häufig unter Stress irgendwo in Hinterhöfen, öffentlichen Toiletten usw. Abgesehen davon, dass dies für die Nachbarschaft nicht tolerierbar ist, steigt dabei auch das Risiko von Heroinüberdosierungen.

Die Erkenntnisse über die Übertragungswege des HI-Virus und die gravierend hohen HIV-Infektionsraten standen am Anfang der Entwicklung der Überlebenshilfe in den 1980er Jahren. Ein Blick auf die Statistik zeigt denn auch die erfolgreiche Reduktion der Infektionen mit HIV bei Drogen Konsumierenden um über 80%. Verringert werden konnten infolgedessen (und wegen der in den 1990er Jahren zur Anwendung gelangten Therapien) auch die Aids-Erkrankungen. Allerdings sind die HIV-Infektionen wegen Drogenkonsums seit dem Jahr 2000 gesamtschweizerisch und im Kanton Zürich ebenfalls wieder leicht angestiegen. Eine Erklärung dafür mag in der Zunahme des intravenösen Kokainkonsums zu suchen sein: Kokain wird in der Regel viel exzessiver konsumiert als Heroin, chronische Kokain Konsumierende injizieren bis zu 20-mal pro Tag. Somit sind für einen risikoarmen Konsum enorme Mengen steriler Spritzen notwendig, worüber chronisch Konsumierende eigentlich nur verfügen können, wenn sie in Gassenzimmern injizieren. Es ist deshalb anzunehmen, dass Kokain Konsumierende tendenziell höhere Infektionsrisiken eingehen als Heroin Konsumierende. Eine andere Erklärung ist, dass bei dieser Zielgruppe wie in der Gesamtbevölkerung auch die Wirkung der Aids-Präventionsbotschaften insgesamt abnimmt (durch Gewöhnung usw.).

Anders verhält es sich mit den Hepatitis-Infektionen. Vor allem beim Hepatitis-C-Virus sind die hohen Infektionsraten von – je nach untersuchter Gruppe – zwischen 60 und 90% erschreckend. Gesicherte Erkenntnisse über die Übertragungswege des Hepatitis-Virus sind noch nicht abschliessend vorhanden. Sicher ist, dass für eine Infektion sehr viel kleinere Mengen Blut ausreichen als beim HI-Virus. Aus diesem Grund muss für eine wirkungsvolle Hepatitis-Prophylaxe das Verhalten beim Substanzkonsum sehr viel umfassender verändert werden, als dies bei der HIV-Prävention notwendig war. Saubere Spritzen alleine reichen als Präventionsbotschaft nicht aus. Die Städte Zürich und Winterthur und die Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD Zürich) haben deshalb im Jahr 2000 eine Hepatitis-Präventionskampagne für Drogen Konsumierende entwickelt, die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich finanziert und mittlerweile vom Bundesamt für Gesundheit übernommen und auf die ganze Schweiz ausgedehnt worden ist.

Je nachdem, ob eine Person vollständig auf der Gasse lebt, regelmässig Überlebenshilfe-Einrichtungen benutzt oder sich in einer Behandlung befindet, variiert auch das Gesundheitsverhalten, insbesondere die Einhaltung der «Safer Use»-Regeln bei der Infektionsprophylaxe. Die vorhandenen Daten dazu sind allerdings kaum vergleichbar. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die «Safer Use»-Disziplin in Bezug auf das Verwenden steriler Spritzen am grössten ist, dass ungeschützter Geschlechtsverkehr ausserhalb der Prostitution relativ häufig und im Rahmen der Prostitution sehr häufig vorkommt. Letzteres wird allerdings hauptsächlich von der Nachfrage gesteuert, d.h. von den Freiern, nicht vom Angebot.

HIV-INFEKTIONEN VON DROGEN KONSUMIERENDEN 1990–2003



QUELLE: GESUNDHEITS- UND UMWELTDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH, 2004

Zur Beurteilung der sozialen Integration ist die Wohnsituation einer der wichtigsten Faktoren bzw. umgekehrt betrachtet: Der Verlust einer festen Wohnung steht häufig am Anfang einer sich immer rascher drehenden Desintegrationsspirale. Auch illegale Suchtmittel können – je nach Einkommenssituation – über einen relativ langen Zeitraum sozial unauffällig und integriert konsumiert werden. Der Verlust der Wohnung führt in der Regel aber sehr rasch – und eher schneller als der Verlust einer Erwerbsarbeit – zur sozialen Desintegration. Deshalb ist die Wohn- und Obdachlosenhilfe eines der wichtigsten Elemente der Überlebenshilfe-Grundversorgung – nicht nur für Suchtmittel Konsumierende.

Dass die Situation in Bezug auf die Obdachlosigkeit seit Anfang der 1990er Jahre verbessert werden konnte, zeigt allein schon die Tatsache, dass 1992 in der Stadt Zürich fünf Notschlafstellen in Betrieb waren, während es 2004 noch eine ist. Bei den institutionellen Wohnplätzen – vor allem im begleiteten Wohnen des Sozialdepartements und bei den privaten Wohnheimen –

stieg der Bedarf in den letzten zwei Jahren wieder an, hat aber längst noch nicht den Umfang der frühen 1990er Jahre erreicht. Werden die Überlebenshilfe und die Substitutionsbehandlungen zusammen betrachtet, bewegt sich der Anteil der Klientinnen und Klienten ohne festen Wohnsitz zwischen 5 und 20%. Der Anteil derer, die in einer Institution der Wohnhilfe mit längerfristigem Mietverhältnis wohnen, beträgt um die 10 bis 20% und bis zwei Drittel wohnen selbstständig (Grichting, 2001; ARUD Zürich, 2004).

Im Gegensatz zur Wohnsituation scheint sich die Arbeitsintegration von sozial desintegrierten Suchtmittel Konsumierenden in den letzten zehn Jahren nicht wesentlich verändert zu haben. In den Überlebenshilfe-Einrichtungen sowie bei Eintritt in ein Substitutionsprogramm bewegt sich der Anteil der Erwerbslosen gegen 60%. Ungefähr gleich hoch ist der Anteil derjenigen, die institutionelle Unterstützung beziehen, vor allem seitens der Sozialhilfe und der Invalidenversicherung. Der Anteil derer, die (zum Teil begleitend oder abwechselnd) zur institutionellen Unterstützung über ein Einkommen durch gelegentliche Erwerbstätigkeit verfügen, bewegt sich zwischen 30% und 40%. Ein grosser Teil der Überlebenshilfe-Klientinnen und -Klienten haben ein oder mehrere Male an einem Beschäftigungs- oder Arbeitsintegrationsprogramm teilgenommen, die Chancen einer dauerhaften Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt sind – realistisch betrachtet – allerdings gering (Grichting, 2001; ARUD Zürich, 2004; Schaaf, 2000). Sozial desintegrierte und suchtmittelabhängige Personen sind Konjunkturschwankungen besonders stark ausgeliefert und finden in der Regel nur in Phasen der Hochkonjunktur eine Stelle im ersten Arbeitsmarkt. Je kürzer solche Phasen sind, umso prekärer sind ihre Anstellungsverhältnisse und umso geringer ist die Chance auf längerfristige Integration in den Arbeitsmarkt.

Der entscheidende Gradmesser für die soziale Integration ist die Frage, wie (teil-)autonom bzw. eigenverantwortlich ein Mensch leben kann. Bei sozial desintegrierten, suchtmittelabhängigen Menschen konnte der Autonomiegrad seit Anfang der 1990er Jahre nachweislich in Bezug auf die Wohnsituation, den Gesundheitszustand und auf die allgemeine soziale Lebenslage verbessert werden. Ebenfalls einige, aber deutlich weniger Veränderungen konnten in Bezug auf die unabhängige Existenzsicherung bzw. die Abhängigkeit von Sozialhilfe- und Sozialversicherungsleistungen sowie in Bezug auf die Arbeitsintegration erreicht werden. Suchtmittelabhängigkeit ist nach wie vor ein Armutsrisiko. Dieses Risiko ist bei illegalen Suchtmitteln tendenziell höher als bei legalen. Dasselbe gilt für chronischen (legalen oder illegalen) Konsum im Vergleich mit gelegentlichem.

4.5 Therapie

Ziel einer Behandlung ist in der Regel die Heilung, bei komplexen und chronischen Erkrankungen jedoch auch die Stabilisierung des Krankheitsverlaufs und die Verbesserung einzelner Teilaspekte der Erkrankung. Gerade bei chronischem und langjährigem Suchtmittelkonsum ist das Heilungsziel nicht das einzige.

Im Verlauf der 1990er Jahre wurden in der Schweiz die Plätze sowohl in der abstinenzgestützten Behandlung als auch in der methadon- und heroingestützten ausgebaut. In der abstinenzgestützten Behandlung fand zwischen 1996 und 2003 wieder ein Abbau der Plätze statt, wobei die Kapazität heute immer noch über dem Stand von 1993 liegt.

Der Abbau von Therapieplätzen in der abstinenzgestützten Behandlung seit 1996 hat verschiedene Gründe:

Erstens fand Ende der 1980er Jahre neben allen positiven Innovationen auch ein gewisser Wildwuchs in der Therapielandschaft statt (Hasler 2003, 6), welcher zu einem Überangebot an Therapieplätzen führte. Der daraus resultierende Marktdruck und Finanzierungsprobleme seit Mitte der 1990er Jahre hatten eine strukturelle Bereinigung zur Folge und führten zu einem Abbau von Therapieplätzen.

Zweitens kann der Abbau der Plätze auch darauf zurückgeführt werden, dass sich stationäre Therapien an die sich ändernden Bedürfnisse der Zielgruppen insgesamt nur langsam und ungenügend angepasst haben (Griching und Uchtenhagen, 2002, 9). Die Anzahl der Klientinnen und Klienten, die eine Langzeittherapie machen wollten, nahm ab. So gibt es Anhaltspunkte dafür, dass Abhängige mit körperlichen und psychischen Begleiterscheinungen seltener in stationäre als in ambulante Behandlung gehen. Ambulante Behandlungen erwiesen sich in dieser Beziehung als flexibler (Griching und Uchtenhagen, 2002, 9).

Drittens muss der Abbau ganz besonders auch darauf zurückgeführt werden, dass nach der Diversifizierung des Behandlungsangebots in den 1990er Jahren versäumt worden war, die Versorgungsstruktur in der Therapie als Ganzes – unter Einbezug der Substitution – zu überprüfen. Dies hatte zur Folge, dass nicht systematisch aufgrund fachlicher Daten gesteuert wurde, sondern dass vor allem in der abstinenzgestützten Therapie primär aufgrund der veränderten finanziellen Rahmenbedingungen (besonders seitens des Bundesamtes für Sozialversicherung) Plätze abgebaut werden mussten und nicht aufgrund systematischer Bedarfserhebungen und -anpassungen. Dieses Manko an systematischer – und politisch transparenter – Steuerung ist insofern Besorgnis erregend, als dass bis anhin keine Anzeichen zu einer Verbesserung der Situation vorliegen: Auch das kantonale Sanierungsprogramm 04 basiert primär auf juristischen und finanziellen Kriterien, nicht auf fachlichen.

ANZAHL PLÄTZE IN DER BEHANDLUNG VON OPIATABHÄNGIGEN IN DER SCHWEIZ SEIT 1993

	1993	1996	2003
Abstinenzgestützte Behandlung	1'250	1'750	1'350
Methadongestützte Behandlung	12'100	13'600	18'300
Heroingestützte Behandlung	–	800	1'364

QUELLE: KOSTE UND BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, 2004

IN DER STADT ZÜRICH 2003

	Stadt Zürich	Kanton Zürich	Schweiz
Abstinenzgestützte Behandlung	47*	183	1'350
Methadongestützte Behandlung	1'716**	3'479	18'300***
Heroingestützte Behandlung	260	370	1'364***

*ANZAHL PLÄTZE DER ANBIETER IN DER STADT ZÜRICH: FRANKENTAL 21, VEREIN START AGAIN 26 (NETZ SUCHTAUSSTIEG ZÜRICH, 2003)

**ANZAHL PLÄTZE IST IDENTISCH MIT ANZAHL BEHANDLUNGEN (FORSCHUNGSGRUPPE SUBSTANZSTÖRUNGEN DER PSYCHIATRISCHEN UNIVERSITÄTSKLINIK ZÜRICH, 2004)

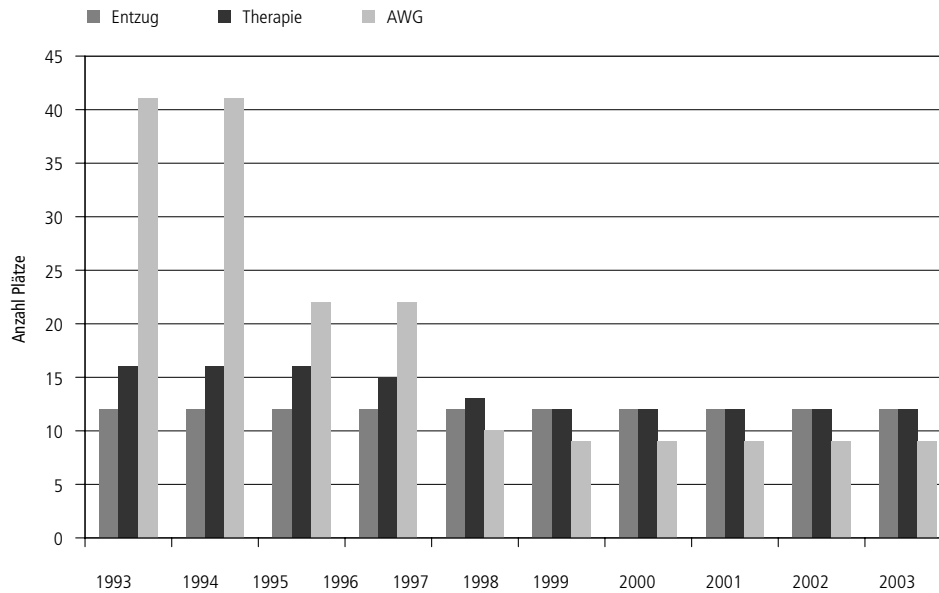
***(BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, 2003)

Von den geschätzten 3000 bis 5000 Heroin- und Kokainabhängigen in der Stadt Zürich werden rund zwei Drittel durch ambulante substitutionsgestützte Behandlungen erreicht. Rund 57% aller Konsumierenden harter Drogen in der Stadt Zürich befinden sich in einer methadongestützten Behandlung, 9% sind in einer heroingestützten Behandlung. Genaue Daten zur Anzahl der sich in abstinenzgestützter Behandlung befindenden Stadtzürcherinnen und Stadtzürcher liegen leider nicht vor. Laut der Jahresstatistik des Forschungsverbands stationärer Suchttherapie (FOS) des Instituts für Suchtforschung in Zürich traten im Jahr 2003 insgesamt 108 Personen mit Wohnsitz im Kanton Zürich aus einer abstinenzgestützten Behandlung aus (act-info-FOS, 2003). In demselben Jahr sind gemäss Angaben des Sozialdepartements der Stadt Zürich rund 60 suchtmittelabhängige Klientinnen und Klienten in städtische, kantonale oder ausserkantonale stationäre abstinenzgestützte Einrichtungen platziert worden. Die Zahl derjenigen Patientinnen und Patienten, die eine abstinenzgestützte Behandlung absolvieren, liegt schätzungsweise zwischen 60 und 80 Personen.

Abstinenzgestützte Behandlung im Frankental 1993–2003

Das Platzangebot in den Einrichtungen des Frankentals hat sich ab 1995 reduziert. Insbesondere wurde der Aussenwohngruppenbereich (AWG) stark redimensioniert. Einzig im Bereich «Entzug und Intervention» ist die Platzzahl stabil geblieben, nicht zuletzt auch deshalb, weil ab 1998 das Mittel des «kalten Entzugs» durch den Einsatz von Methadon und Subutex und den kontinuierlichen Abbau dieser Substitutionssubstanzen abgelöst wurde. Heute sind in diesem Bereich auch Teilentzüge möglich; ein Angebot, das gut genutzt wird.

ENTWICKLUNG DER PLÄTZE IM FRANKENTAL 1993–2003



QUELLE: GESUNDHEITS- UND UMWELTDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH, 2004

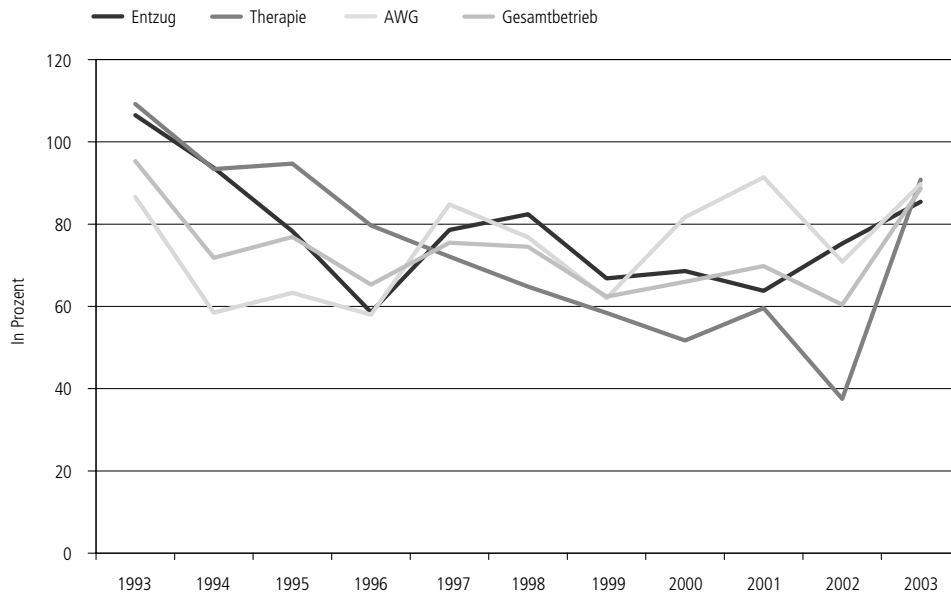
NACHFRAGE NACH PLÄTZEN IM FRANKENTAL 2003

	Entzug	Therapie	AWG
Bewerbungen (mehrfach)	378 (126)	56	34
Eintritte (mehrfach)	209 (41)	22	8

QUELLE: GESUNDHEITS- UND UMWELTDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH, 2004

Es besteht – auch wegen dem bereits erfolgten Kapazitätsabbau im Kanton Zürich – eine grosse Nachfrage sowohl nach Entzugs- und Teilentzugsplätzen als auch nach Plätzen in den Bereichen «Therapie» und «Aussenwohngruppe». Entsprechend hoch war die Belegung in allen drei Bereichen.

ENTWICKLUNG DER BELEGUNG IM FRANKENTAL 1993–2003 IN PROZENT



QUELLE: GESUNDHEITS- UND UMWELTDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH, 2004

Seit 2003 sind die Belegungszahlen angestiegen. Im ersten Trimester 2004 betrug die Auslastung des Gesamtbetriebs gegen 90%. Dies einerseits als Folge einer betrieblichen Neuorientierung, andererseits aber auch aufgrund der Schliessungen der Klinik Sonnenbühl und der Einrichtungen der Pro Juventute (insgesamt über 50 Plätze). Diese Entwicklung korrespondiert mit den FOS-Zahlen 2003, die eine Erhöhung der Platzierungsrate und der Belegungstage von Klientinnen und Klienten aus dem Kanton Zürich in Einrichtungen der ganzen Schweiz ausweisen. Diese Zahlen belegen das Unterangebot, das sich aus den oben erwähnten Betriebsschliessungen im Kanton Zürich ergeben hat.

Im Frankental werden fast ausschliesslich Menschen aus dem Kanton Zürich behandelt. Der Anteil der Stadtzürcher Patienten und Patientinnen liegt bei rund 50%. Im Bereich «Entzug und Intervention» bestehen Vereinbarungen mit den Kantonen Schaffhausen und Zug, in denen die Beteiligung der jeweiligen Gesundheitsdirektionen geregelt ist, damit der Tarif für Ausserkantonale gewährleistet wird. Diese Kantone verfügen über keine geeigneten Entzugseinrichtungen.

Eintrittsprofil der im Jahr 2003 in die stationäre Therapie aufgenommenen Patientinnen und Patienten im Frankental

Gemäss der Basisstatistik des Forschungsverbundes stationärer Suchttherapie (FOS) des Instituts für Suchtforschung in Zürich, welcher die Daten der Klientinnen und Klienten für das Frankental systematisch auswertet, waren 2003 zwei Drittel der neu eingetretenen Patienten männlich. Neu Eintretende sind durchschnittlich 30 Jahre alt und haben in allen Fällen bereits eine umfassende Behandlungserfahrung. Die Mehrheit der neu Eintretenden stammt aus stabilen Wohnverhältnissen, fast die Hälfte der neu Eintretenden hatte in den letzten sechs Monaten Sozialhilfe bezogen. Beim Konsumverhalten bezeichneten acht der achtzehn Eingetretenen Heroin als Hauptproblem, sechs Kokain und einer Cocktails. Bei mehr als einem Drittel der Patientinnen und Patienten handelt es sich um einen richterlich angeordneten Aufenthalt im Sinne einer strafrechtlichen Massnahme (act-info-FOS, 2004).

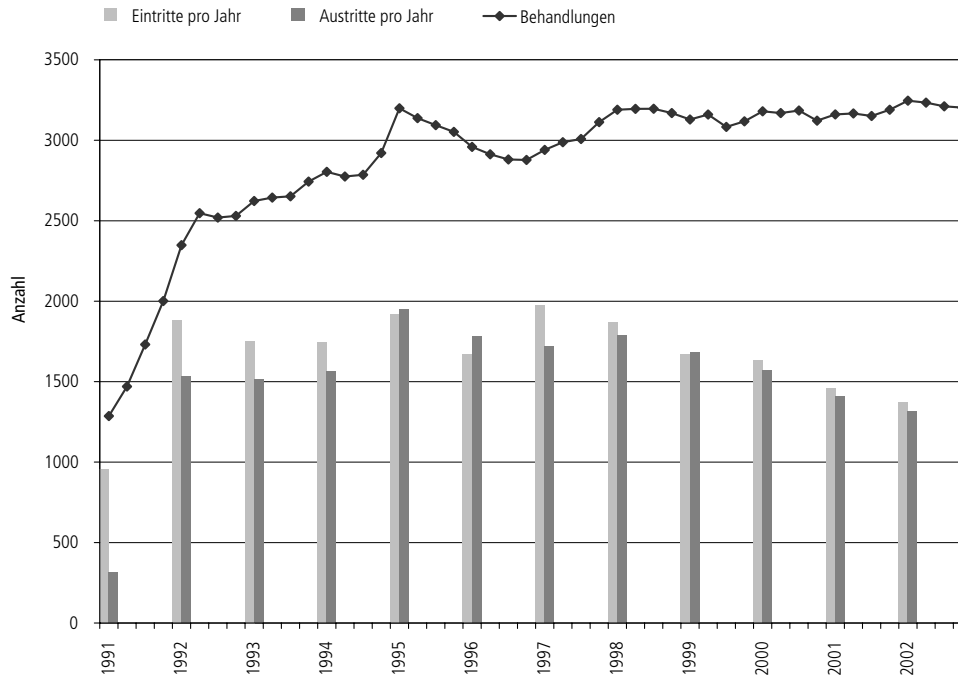
Austritte und durchschnittliche Behandlungsdauer der im Jahr 2003 im Frankental in eine Behandlung aufgenommenen Patientinnen und Patienten

Im Bereich «Entzug» werden über 50% der Behandlungen regulär gemäss vereinbarten Zielen abgeschlossen. Von diesen erfolgreich Behandelten werden rund zwei Drittel in eine stationäre oder ambulante Nachbehandlung vermittelt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer im Bereich «Entzug» beträgt rund 20 Tage.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer im Bereich «Stationäre Therapie» ist seit 2001 kürzer geworden: Dieser Trend ist seit 2002 eine Folge der Neuausrichtung des Behandlungsangebots im Frankental von einer Langzeittherapie zu einer Mittelzeitbehandlung und der dadurch verbundenen kurzzeitigen Schliessung des Betriebs. Die Abbruchrate im Bereich «Stationäre Therapie» des Frankentals war in den letzten zwei Jahren höher als der gesamtschweizerische Durchschnitt (act-info-FOS, 2003). Diese Zahlen enthalten aber noch statistische Fehler (die Abbruchzahlen fallen in der Übergangsphase zwangsläufig stärker ins Gewicht und können deshalb noch nicht zum Nennwert genommen werden. Dies vor allem deshalb, weil Mitte 2002 eine völlig neue Gruppe aufgenommen wurde und die Fluktuation bis zur Konsolidierung einer normalen Gruppenstruktur in der Regel höher ist). Erfolge mit dem neuen individuell ausgerichteten Therapiekonzept können insbesondere in der Behandlung Kokainabhängiger vorgezeigt werden (2003 sind fünf reine Kokainisten eingetreten, zwei regulär ausgetreten, zwei noch in Behandlung, einer irregulär ausgetreten).

Die Aussenwohngruppe (AWG) des Frankentals weist dagegen im gesamtschweizerischen Vergleich eine sehr geringe Abbruchrate auf. Nur eine von insgesamt sieben Klientinnen und Klienten hat im Jahr 2003 die Behandlung irregulär abgebrochen.

ENTWICKLUNG DER METHADONGESTÜTZTEN BEHANDLUNG IM KANTON UND IN DER STADT ZÜRICH 1991–2002



QUELLE: PSYCHIATRISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK DES KANTONS ZÜRICH, 2004

In den letzten 15 bis 20 Jahren hat die Zahl der Methadonbehandlungen in der ganzen Schweiz und im Kanton Zürich sehr stark zugenommen. 1991 waren im Kanton Zürich 2001 Methadonbehandlungen zu verzeichnen. Diese Zahl ist Ende 2002 auf insgesamt 3203 Behandlungen angestiegen. 60% aller Methadonbehandlungen werden in der Stadt Zürich durchgeführt. Hauptsächlicher Grund für die Zunahme von Methadonbehandlungen waren die Verbreitung des HI-Virus und der Nachweis, dass durch Substitutionsbehandlungen die Ansteckung bei intravenös Heroin Konsumierenden reduziert werden konnte (Zaric, 2000). Um überhaupt eine grössere Anzahl Abhängiger mit dieser Behandlung erreichen zu können, wurden in den 1990er Jahren die Zutrittsbedingungen gelockert. Bis 1990 war nämlich der Konsum von Heroin und anderen Drogen während einer Substitutionsbehandlung ein Grund gewesen, Methadonbehandlungen abzubrechen. Ausserdem mussten sich die Klientinnen und Klienten darüber ausweisen, mindestens zwei längere abstinentenzgestützte stationäre Therapien erfolglos absolviert zu haben. Darüber hinaus gehörten die obligatorische Teilnahme an Psychotherapien, Dosisgrenzen, tägliches Erscheinen zum Bezug der Medikation und zeitliche Beschränkungen der Behandlungsdauer bis 1992 zum festen Setting. Obwohl die rechtlichen Grundlagen der methadongestützten Behandlung erst 1996 angepasst worden waren, wurden in der Poliklinik Zokl1 bereits ab 1992 die Behandlungsschranken fallen gelassen und Methadon niederschwelliger abgegeben.

Die niederschwellige methadongestützte Behandlung lässt sich heute sowohl der Handlungsebene Therapie als auch jener der Schadenminderung und Überlebenshilfe zuordnen: In Bezug auf die Wirkung gehört die methadongestützte Behandlung zur «Überlebenshilfe», denn ihr wichtigster Effekt ist die Senkung der Sterblichkeit von 3% (unbehandelte Heroinabhängige) auf etwa 1% pro Jahr und die Reduzierung des Infektionsrisikos vor allem in Bezug auf HIV (Meili, 2004, 3). Hinsichtlich ihrer therapeutischen Ausrichtung (Verbesserung der Lebensqualität, psychiatrische Behandlung, soziale [Re-]Integration) gehört die methadongestützte Behandlung zur «Therapie».

Die Grafik verdeutlicht, wie die beiden sprunghaften Anstiege der Methadonbehandlungen 1992 und 1995 zeitlich mit der Räumung der offenen Szenen am Platzspitz und Letten korrelieren. Insbesondere nach der Schliessung der offenen Szene am Letten 1995 hatten die Methadonbehandlungen infolge Verknappung des Angebots harter Drogen eine Überbrückungsfunktion, bis der Markt wieder neu organisiert war. Eintritte in die methadongestützte Behandlung sind auch saisonal bedingt. In den Wintermonaten steigen sie an, während in den Sommermonaten jeweils niedrigere Eintrittszahlen zu verzeichnen sind. 1995 übersteigen die Austritte erstmals die Anzahl Eintritte. Dies könnte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass seit 1994 neu heroingestützte Behandlungen angeboten wurden. Andererseits begünstigen niederschwellige Zutrittsbedingungen das willkürliche und mehrmalige Ein- und Austreten derselben Patientinnen und Patienten im Lauf der Zeit. 1992 betrug der prozentuale Anteil an Erstaufnahmen 51%, 2002 nur noch 26% (Nordt et al., 2004).

Behandlungsdauer in der methadongestützten Behandlung

Das Fallenlassen restriktiver Eintrittskriterien und Behandlungsaufgaben zwischen 1992 und 1998 hatte offenbar keinen negativen Einfluss auf die durchschnittliche Behandlungsdauer. Mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten bleibt mindestens sechs Monate in Behandlung. Nach einem Jahr sinkt der Anteil auf 40%, und nach zwei Jahren sind noch 20% der Klientinnen und Klienten in Behandlung (Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, 2002).

EINTRITTSPROFIL DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN DER METHADONGESTÜTZTEN BEHANDLUNG

Kanton Zürich 2002	Eintrittsprofil
Anzahl Neueintritte	1373
Durchschnittsalter	32 Jahre
Dauer der Abhängigkeit	11 Jahre
Anzahl vorgängige Methadonbehandlungen	2,5
HIV-Infektion	12%
Hepatitis C	33%
Obdachlosigkeit	5%

QUELLE: FORSCHUNGSGRUPPE SUBSTANZSTÖRUNGEN, PSYCHIATRISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK, 2004

Gemäss einer Analyse über die Veränderungen der neu eintretenden Patientinnen und Patienten 1992 bis 2002 im Zokl1 (ARUD Zürich, 2004) haben 75% aller Patientinnen und Patienten, die zwischen 1992 und 2002 im Zokl1 eintraten, Wohnsitz in der Stadt Zürich. Ein Viertel stammt aus der benachbarten Agglomeration, und etwa 10% kommen aus anderen Gemeinden. Die wichtigsten Trends sind:

Soziodemografische Merkmale: Das Eintrittsalter ist durchschnittlich von 26 auf 30 Jahre gestiegen und die Dauer des vorgängigen Heroinkonsums von fünf auf zehn Jahre.

Soziale Integration: Bis im Jahr 2000 betrug der Anteil der sozial desintegrierten neu Eintretenden rund 15%. Ab 2001 zeigt sich bei den neuen Patientinnen eine Veränderung in Bezug auf ihre soziale Integration: Zwar wurden verhältnismässig weniger Frauen aufgenommen, diese waren aber im Vergleich zu den Männern wohn- und arbeitsmässig signifikant schlechter integriert. Ab 2001 beträgt der Anteil derjenigen Frauen, die in einer stabilen Wohnsituation leben, nur noch 52%. Hingegen stieg der Anteil jener Frauen, die in instabilen Verhältnissen leben, auf 40% an.

Gesundheitszustand: Der Anteil der Eintretenden mit HIV-Infektion hat sich verringert.

Konsummuster: Der Anteil intravenös Konsumierender ist von 60% (1992) auf 45% (2002) gesunken.

Behandlungserfahrung: Deutlich zugenommen hat die Anzahl derjenigen neu Eintretenden, die bereits eine oder mehrere Entzugsbehandlungen absolviert haben. Mittlerweile haben zwei Drittel der Eintretenden eine oder mehrere Entzugsbehandlungen hinter sich.

Entwicklung der heroingestützten Behandlung

In der Stadt Zürich führt das Sozialdepartement 140 Plätze zur heroingestützten Behandlung, die Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD Zürich) 120. Die Auslastung beträgt mittlerweile gegen 98%.

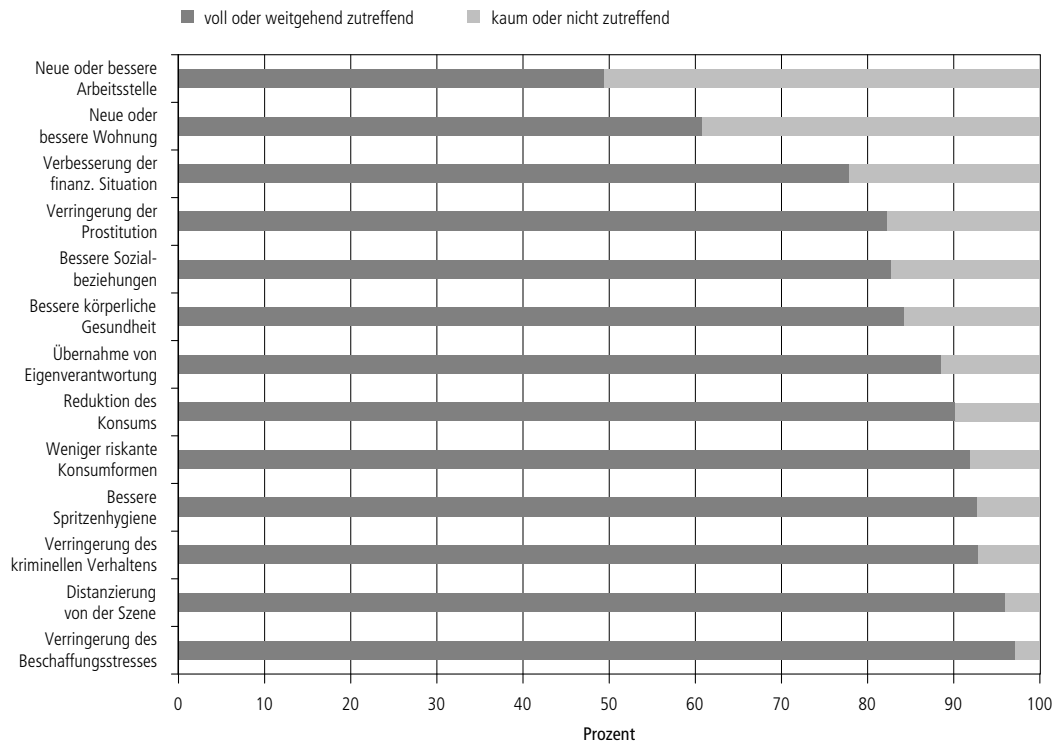
EINTRITTSPROFIL DER AUFGENOMMENEN PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Städtische Polikliniken 2002	Eintrittsprofil
Total neu aufgenommene Personen	43
Durchschnittsalter	36 Jahre
Durchschnittliche Anzahl gescheiterte Behandlungsversuche	6
Durchschnittliche Dauer Opiatabhängigkeit	14 Jahre
HIV-Infektion	25%
Hepatitis-C- und/oder -B-Infektion	69%
Obdachlosigkeit	10%

QUELLE: SOZIALDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH, 2003

Das Eintrittsprofil der in Zürich in die heroingestützte Behandlung aufgenommenen Patientinnen und Patienten ist in Bezug auf die Suchtproblematik weit gravierender, als die Eintrittskriterien des Bundes dies vorsehen. Insbesondere was die Dauer der Opiatabhängigkeit und die Anzahl der gescheiterten Behandlungen anbelangt. Auch der Anteil der zusätzlichen psychischen Störungen ist mit rund 70% verhältnismässig hoch.

RESULTATE DER HEROINGESTÜTZTEN BEHANDLUNG IN DER SCHWEIZ 2002



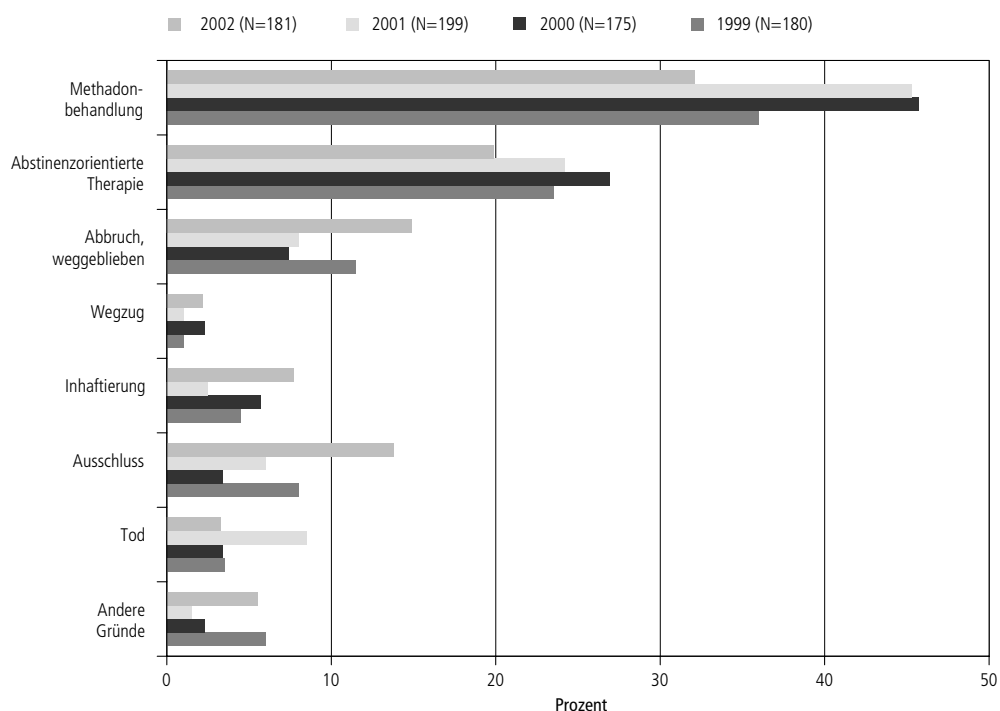
QUELLE: BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, 2003. BERICHT ÜBER DIE HEROINGESTÜTZTE BEHANDLUNG (HeGeBe) IM JAHR 2002

Die wichtigsten Behandlungsergebnisse aus dem Jahr 2002 sind in der oben stehenden Grafik ersichtlich. Grundlage ist eine Patientinnen- und Patientenbefragung (N=852). Durch den Wegfall des täglichen Beschaffungsdrucks wird eine erhebliche Reduktion der so genannten Beschaffungsdelikte erreicht. Der Rückgang der Beschaffungsdelikte (Einbrüche, Raub, Entressdiebstahl) ist signifikant. Obwohl ursprünglich nicht primär darauf ausgerichtet, hat sich die heroingestützte Behandlung im Vergleich zu anderen Ansätzen als eine erfolgreiche Massnahme der Kriminalprävention bei Drogenabhängigen herausgestellt (Killias, 2002).

Behandlungsdauer in der heroingestützten Behandlung

Die zu erwartende mittlere Verweildauer in der heroingestützten Behandlung beträgt 2,76 Jahre (BAG, 2003). In den beiden städtischen Polikliniken Crossline und Lifeline beträgt die durchschnittliche Haltequote der letzten drei Jahre 91%, d.h., 9% der während eines bestimmten Jahres eingetretenen Patientinnen und Patienten brechen die heroingestützte Behandlung innerhalb von zwölf Monaten wieder ab, die restlichen 91% bleiben länger als ein Jahr in Behandlung.

AUSTRITTE HEROINGESTÜTZTE BEHANDLUNG 1999–2002 IM VERGLEICH NACH AUSTRITTSGRÜNDEN



QUELLE: BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, 2003. BERICHT ÜBER DIE HEROINGESTÜTZTE BEHANDLUNG (HeGeBe) IM JAHR 2002

In der ganzen Schweiz sind im Jahr 2002 181 Patientinnen und Patienten aus der heroingestützten Behandlung ausgetreten (BAG, 2003). Die Mehrheit dieser Austritte (52%) erfolgte in eine methadongestützte Behandlung (32%) oder in eine abstinenzgestützte Behandlung (20%). Der Anteil derer, die sich zwischen 1999 und 2002 für eine abstinenzgestützte Behandlung entschieden, liegt durchschnittlich bei 23%. Der Anteil derer, die in der gleichen Zeitspanne in eine methadongestützte Behandlung übertraten, beträgt durchschnittlich 38% aller Ausgetretenen. Der Anteil der Übertritte in eine abstinenzgestützte Behandlung nimmt mit der Dauer der heroingestützten Behandlung etwas zu, während Übertritte in eine methadongestützte Behandlung eher abnehmen, je länger die heroingestützte Behandlung dauert.

Dauerhafter Verzicht auf den Opiatkonsum als langfristiges Behandlungsziel

Im Rahmen einer Sechs-Jahres-Nachbefragung (Güttinger et al., 2002) wurden Patientinnen und Patienten, die 1994 in die heroingestützte Behandlung eingetreten sind, nachbefragt. Von den ausgetretenen Patientinnen und Patienten gaben 16% sechs Jahre nach Eintritt an, die letzten sechs Monate vor der Befragung keine illegalen Drogen konsumiert zu haben und sich nicht in einer Substitutionsbehandlung zu befinden. Von den 1994 eingetretenen Patientinnen

und Patienten haben folglich 16% angegeben, den (provisorischen) Ausstieg geschafft zu haben. Zum Vergleich: Die abstinenzgestützte Behandlung hat im Gegensatz zur heroingestützten die sofortige Abstinenz zum Ziel. In der Nachbefragungsstudie des Forschungsverbunds stationärer Suchttherapie (FOS) des Instituts für Suchtforschung in Zürich gaben 38% der ehemaligen Patientinnen und Patienten an, 18 Monate nach Austritt keine harten Drogen konsumiert zu haben (Dobler-Mikola et al., 2000).

4.6 Kosten

Suchtmittelkonsum und seine Folgen generieren hohe soziale Kosten – neben ebenso hohen oder höheren privatwirtschaftlichen Gewinnen z.B. in der Tabak- und Alkoholindustrie, in der Landwirtschaft, im Detailhandel usw.

Eigentlicher Kostentreiber ist der Tabakkonsum. Die gesellschaftlichen Kosten des Rauchens werden aktuell auf rund 5 Milliarden Franken geschätzt. Davon finanzieren die Raucherinnen und Raucher ungefähr 40% selbst (insbesondere 1,3 Mia. Einnahmen aus der Tabaksondersteuer), der Rest wird von der Allgemeinheit (z.B. Krankenversicherungsprämien) und vom Staat übernommen. Die alkoholbedingten sozialen Kosten betragen rund 3 Milliarden jährlich. Auch dies ein Betrag, den zu einem grossen Teil die Allgemeinheit trägt; die Einnahmen aus der Alkoholsondersteuer ergeben zurzeit rund 400 Millionen Franken jährlich.

Im Gegensatz zu den legalen Suchtmitteln entstehen bei den illegalen Drogen vor allem auch durch die Gesetzesanwendung, d.h. Strafverfolgung und Strafvollzug, enorme Kosten. Eine Schätzung des Bundesamtes für Gesundheit bezifferte die Kosten der Drogenpolitik im Jahre 1996 auf rund eine Milliarde Franken. Die Hälfte davon, rund 500 Millionen, verschlingt die Gesetzesanwendung. Die medizinischen Kosten liegen zwischen 340 und 460 Millionen, für Prävention und Forschung wurden 1996 rund 50 Millionen ausgegeben (SFA, 2003).

Die direkten Kosten der Drogenpolitik der Stadt Zürich entstehen vor allem bei Stadtpolizei und Sozialhilfe, während die medizinischen und therapeutischen Behandlungen hauptsächlich durch Krankenversicherungen und den Kanton gedeckt werden. Gemäss Rechnung 2003 der Stadt Zürich betragen die direkten Kosten für Prävention, Schadenminderung und Therapie rund 20 Millionen Franken. Mindestens derselbe Betrag ist nochmals für die Kosten der Strafverfolgung hinzuzuzählen.

KOSTEN DER SUCHT- UND DROGENHILFE DER STADT ZÜRICH

Nettokosten der Drogenhilfe der Stadt Zürich 2003*	Mio. Franken
Sozialdepartement	
Drogenhilfe Amt für soziale Einrichtungen	8,8
sip züri (nicht nur Suchtthematik)	1,5
t-alk	0,6
Kostengutsprachen für Therapien	4,7
	15,6
Gesundheits- und Umweltdepartement	
Krankenzimmer für Obdachlose	0,5
HIV- und Aids-Prävention	0,5
Frankental Entzug und Moratorium	0,6
Frankental Therapie	0,7
Vermittlungs- und Rückführungszentrum	0,3
	2,6
Schul- und Sportdepartement	
Suchtpräventionsstelle	1,5
Total	19,7

*NUR SUCHTHILFE IM ENGEREN SINN, OHNE SOZIALHILFE, IV, WOHNHILFE ETC.

Die Stadt Zürich betreibt nach wie vor einen hohen Aufwand für soziale Integration und medizinische Behandlung von Suchtmittelabhängigen. Hinzu gezählt werden müssen ausserdem die Kosten für die öffentliche Sicherheit und die Durchsetzung des Betäubungsmittelgesetzes, die im politischen Diskurs häufig vergessen werden.

Zum «Return on Investment» dieses hohen finanziellen Engagements gibt es leider keine Studien und Berechnungen. Es fehlen ebenfalls Vergleichswerte: Leider wurde nie berechnet, was die offene Drogenszene Zürich gekostet hat. Es braucht allerdings nicht viel Vorstellungsvermögen, um diese Kosten als gigantisch zu bezeichnen. Am teuersten kommen ein Gemeinwesen soziale Verelendung und Ausgrenzung seiner Bürgerinnen und Bürger zu stehen. Wenn die Verelendungsspirale zu drehen beginnt, eskalieren auch die Kosten für die gesundheitliche Versorgung, die soziale (Re-)Integration und vor allem für die Aufrechterhaltung von Sicherheit und Ordnung.

KOSTEN DER VERSCHIEDENEN INTERVENTIONSFORMEN

Wohnen	Pro Person und pro	Franken
Notschlafstelle Stadtzürcher	Übernachtung	90
Notschlafstelle Externe	Übernachtung	120
Begleitetes Wohnen	Tag	40
Beschäftigung		
Integrationsprogramm des EAM	Tag	95
Sozialhilfe		
Ohne feste Wohnung	Tag	32
Einpersonenhaushalt	Tag	37
Konkubinat/Ehe	Tag	29
Therapie und Behandlung		
Heim ohne Behandlung	Tag	120
Entzug	Tag	600
Therapieplatz	Tag	500
Aids-Behandlung*	Tag	82
Hepatitis-Behandlung*	Tag	44
Ambulante med. Behandlung im KFO	Behandlung	170
Spitalbett	Tag	800
Methadonbehandlung	Tag	20
Heroingestützte Behandlung	Tag	70
Ambulanz	Einsatz	500
Psychiatrie		
Stationär	Tag	500
Repression (ohne Verwaltungskosten Polizei und Justiz)		
sip züri	Einsatz	130
Stadtpolizei**	Einsatz	300
Rückführung VRZ	Eintritt	500
Untersuchungshaft***	Tag	160
Halbgefängenschaft***	Tag	160
Geschlossener Strafvollzug***	Tag	280
Sicherheitsvollzug***	Tag	500

*HIV: 30 000 IM JAHR; HV: 16 000 IM JAHR

**SCHÄTZUNG

***VERRECHNUNGSKOSTEN KANTON ZÜRICH 2003 (NICHT VOLLKOSTEN)

5 Aktuelle Probleme, Handlungsbedarf und drogenpolitische Perspektiven

Die 2003 durchgeführte Überprüfung der drogenpolitischen Strategie durch die stadträtliche Delegation für Drogen- und Suchtpolitik hat ergeben, dass die Stadt Zürich auch in Zukunft an der bewährten, breit abgestützten Vier-Säulen-Strategie festhält. Hauptziel ist der pragmatische und lösungsorientierte Umgang mit Drogen- und Suchtproblemen und nicht die suchtfreie Gesellschaft. Die Drogen- und Suchtpolitik der Stadt Zürich orientiert sich weiterhin am Prinzip der Stadtverträglichkeit, indem sie einen Umgang mit der Sucht- und Drogenproblematik und mit den davon betroffenen Menschen anstrebt, der für die gesamte Stadt und ihre Bevölkerung verträglich ist.

Neben den bestätigten alten Grundsätzen formulierte die Stadt Zürich auch neue: Dazu gehört die Ausweitung der Drogen- auf eine Drogen- und Suchtpolitik. Diese umfasst alle Probleme, die mit dem Konsum von Genuss- und Suchtmitteln verknüpft sind. Dabei werden die sekundären Determinanten von Suchtverhalten stärker gewichtet als bisher. Die operativen Massnahmen zur Umsetzung der Drogen- und Suchtpolitik sollen besser koordiniert werden. Vorgesehen ist zudem die Einführung einer gemeinsamen interdepartementalen «Bedarfs- und Versorgungsplanung» in allen vier Säulen. Damit sich die Stadt nicht isoliert, werden der Kanton und die privaten Trägerschaften regelmässig in die strategische Steuerung mit einbezogen.

Nebst diesen längerfristigen strategischen Neuerungen ortete die Delegation für Drogen- und Suchtpolitik den dringendsten Handlungsbedarf der laufenden Legislatur in folgenden Bereichen:

*In der **Prävention** ist angesichts der steigenden Jugendarbeitslosigkeit und des zum Teil problematischen Suchtmittelkonsums von Jugendlichen eine Systematisierung von Früherfassung, Jugendschutz und Sekundärprävention dringlich.*

*In der **Repression** müsste im Kanton Zürich der gesetzliche Rahmen bei Verurteilung wegen Betäubungsmittelhandel besser ausgeschöpft werden, die vormundschaftsrechtliche Praxis ist zu überprüfen und die Vollzugsprobleme bei der Wegweisung resp. Ausweisung von straffälligen AusländerInnen zu lösen. Wichtig ist auch die Weiterentwicklung eines bürgernahen Verständnisses von Sicherheit und der entsprechenden Instrumente zur Verbesserung von Lebensqualität und Sicherheit.*

*Die **Schadenminderung und Überlebenshilfe** bedarf fachlicher und methodischer Anpassungen. Das Angebot muss sich schneller und flexibler auf den sich verändernden Bedarf ausrichten und gleichzeitig die finanziellen Auswirkungen des Sanierungsprogrammes 04 des*

Kantons Zürich auffangen. Für komplexe Fälle bedarf es einer systematischen Fallsteuerung und -koordination.

*In der **Therapie** sollen polyvalente Suchtberatungsstellen einen fließenden Übergang zum Behandlungssetting ermöglichen und damit die Lücke zwischen Beratung und Behandlung füllen. Die Zusammenarbeit mit der Psychiatrie soll intensiviert werden. Und es soll eine differenzierte Behandlungspalette für kokainabhängige Menschen entwickelt werden.*

Schliesslich soll «säulenübergreifend» die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen allen operativ Tätigen gestärkt werden, um sicherzustellen, dass die Behandlungsschritte und -übergänge besser koordiniert werden.

5.1 Einschätzung der epidemiologischen Entwicklung

In der Stadt Zürich hat sich der Konsum von Heroin stabilisiert, die sichtbare Gruppe von Heroin Konsumierenden ist kleiner und älter geworden. Neue, junge Heroinabhängige sind in den letzten Jahren immer weniger hinzugekommen. Offenbar ist Heroin bei jungen Erwachsenen nicht mehr angesagt. Heroin gilt als Droge Kaputter und passt schlecht zum leistungsorientierten Lebensstil, der sich seit Beginn der 1990er gesellschaftlich und kulturell – und auch subkulturell – durchgesetzt hat. Stimulierende und leistungssteigernde Substanzen wie Kokain, Amphetamine und Ecstasy verkörpern diesen Lifestyle besser. Dies mag ein Grund dafür sein, weshalb der Konsum solcher Substanzen in den 1990er Jahren laufend gestiegen ist. Aber auch dieser Trend kann sich längerfristig wieder ändern. Drogenkonsum ist sehr lebensstilabhängig und hängt stärker von (sub-)kulturellen und sozialen Veränderungen ab als vom Angebot an Substanzen auf dem (Schwarz-)Markt. Deshalb wäre es falsch, eine völlige Entwarnung in Bezug auf den Heroinkonsum zu geben. Es ist durchaus möglich, wenn auch kurzfristig nicht wahrscheinlich, dass der Heroinkonsum längerfristig wieder zunehmen wird.

Beim Kokain haben sich die Gruppen der Konsumierenden verändert. Kokain ist keine reine Schickeria-Droge mehr, sondern hat unter den illegalen Drogen wahrscheinlich die grösste Breitenwirkung und wird in den meisten sozialen Schichten konsumiert: von sozial desintegrierten polytoxikoman Konsumierenden auf der Gasse zusammen mit Heroin und Benzodiazepinen, andererseits aber auch als Partydroge und nach wie vor ebenfalls von sozial bestens integrierten Menschen. Von einer massiven Zunahme in den letzten Jahren kann allerdings nicht gesprochen werden, aber von einer stetigen seit Anfang der 1990er Jahre. Schätzungsweise wird der Kokainkonsum weiterhin zunehmen, wenn auch nicht explosiv.

In Bezug auf die sozial desintegrierten Kokain Konsumierenden fällt auf, dass eine relativ kleine Gruppe ausgesprochen exzessiv und problematisch Kokain konsumiert, vor allem auch in Kombination mit anderen Substanzen. Die gesundheitliche und soziale Verelendung kann bei exzes-

sivem Kokainkonsum sehr rasch voranschreiten. Diese Gruppe hat ein sehr hohes Desintegrationsrisiko und verursacht im Verhältnis zu ihrer Grösse unverhältnismässig hohe Probleme in den bestehenden Unterstützungs- und Behandlungsangeboten. Dass der Handlungsbedarf in diesem Segment gross ist und dass unbedingt eine Zunahme dieser Gruppe verhindert werden muss, zeigt ein Blick ins Ausland, z.B. nach Frankfurt oder Amsterdam: Hat sich eine Szene von sozial desintegrierten Kokain bzw. Crack Konsumierenden erst einmal etabliert, ist das Problem kaum noch im Griff zu halten, eine Eskalation kann nur mit enormem Aufwand verhindert werden. Um diese Entwicklung in Zürich frühzeitig zu verhindern, ist es dringend notwendig, dass alle bestehenden Interventionsformen – von der Sekundärprävention bis zur Behandlung – im Hinblick auf die Wirksamkeit bei dieser Gruppe von sozial desintegrierten Kokain Konsumierenden überprüft und angepasst werden. Ganz besonders wichtig sind dabei das Zusammenspiel und die Koordination der verschiedenen Angebote, insbesondere die Zusammenarbeit sozialer Institutionen mit der Psychiatrie.

Designerdrogen sind ein zentraler Bestandteil der Partyszene: Obwohl die Technokultur in Zürich bereits seit über zehn Jahren präsent ist und eine breite Schicht Jugendlicher anspricht, hat sie, abgesehen von der Street Parade und einigen Grossevents, ein verdecktes Dasein. Die meisten Technoanhängerinnen und -anhänger werden erst an den Wochenenden innerhalb ihrer geschlossenen Gesellschaft zu dem, was man vielleicht einmal pro Jahr an der Street Parade zu sehen bekommt. Die meisten PartygängerInnen sind in ihrem Privatleben in Ausbildung stehende oder berufstätige, sozial integrierte und unauffällige Mitmenschen, die zum Teil an Wochenenden ihre Ausgelassenheit ausleben. Aber nicht alle Partygängerinnen und -gänger konsumieren Drogen. Und die Szene derjenigen, die regelmässig Designerdrogen konsumieren, hat sich weitgehend stabilisiert. Verändern werden sich aber weiterhin sehr schnell – bis zu wöchentlich – die an Partys angebotenen Substanzen. Dabei bleibt die Grundsubstanz, d.h. Amphetamine, in der Regel gleich, aber die Mischungen und Labels ändern sich.

Einen explosiven Anstieg des Cannabiskonsums wird es kaum geben, denn die auffälligste Entwicklung hat bereits stattgefunden: Dass der Cannabiskonsum in der Schweiz in den letzten zehn Jahren – trotz Verbot und laufend steigendem polizeilichem Druck gegen Handel und Konsum – zugenommen hat, stellt vor allem Eltern und andere Erziehungsberechtigte, deren Aufgabe es ist, einen verbindlichen Umgang mit jugendlichen Cannabis Konsumierenden festzulegen, vor neue Probleme. Die Zunahme des Cannabiskonsums ist in erster Linie darauf zurückzuführen, dass eine erhöhte gesellschaftliche Toleranz gegenüber Cannabis festzustellen ist. Aus gesellschaftlicher Sicht ist Cannabis auf dem Weg zur Normalisierung als Genussmittel. Normalisierung bedeutet nicht Verharmlosung. Vielmehr muss bei Risikokonsum – wie bei Alkohol auch – gezielt und frühzeitig interveniert werden. Hier besteht allerdings grosser Entwicklungsbedarf, denn die Normalisierung des Cannabiskonsums hat primär in der Gesellschaft stattgefunden, viel zu wenig bei den Fachleuten in Prävention und Behandlung und noch weniger auf politischer und juristischer Ebene. In Bezug auf den Cannabiskonsum ist deshalb zu

erwarten, dass die Schere zwischen gesellschaftlicher Realität und politischen und rechtlichen Normen weiter aufgehen wird, was den pragmatischen und lösungsorientierten Umgang mit diesem Suchtmittel ebenso erschweren wird wie die Entwicklung adäquater Interventionsformen bei Cannabis-Risikokonsum.

In Bezug auf den Konsum von Alkohol und Tabak ist zu erwarten, dass er wie in den letzten Jahrzehnten – oder Jahrhunderten – weiterhin sich verändernde Konjunkturzyklen haben wird, die stärker von sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Faktoren beeinflusst werden, als sie durch politische Entscheide steuerbar wären.

5.2 Prävention

Suchtprävention betrifft praktisch alle Bereiche des privaten und gesellschaftlichen Lebens wie Familie, Freizeit, Schule und Beruf. Aus diesem Grund ist es richtig und notwendig, dass einerseits ganz unterschiedliche Institutionen und Organisationen suchtpreventive Aufgaben übernehmen, in der Ausbildung ebenso wie in der Freizeit und im Berufsleben. Andererseits braucht es auch Fachstellen, die das spezifische Fachwissen und die Methoden für die Suchtprävention entwickeln und weitergeben.

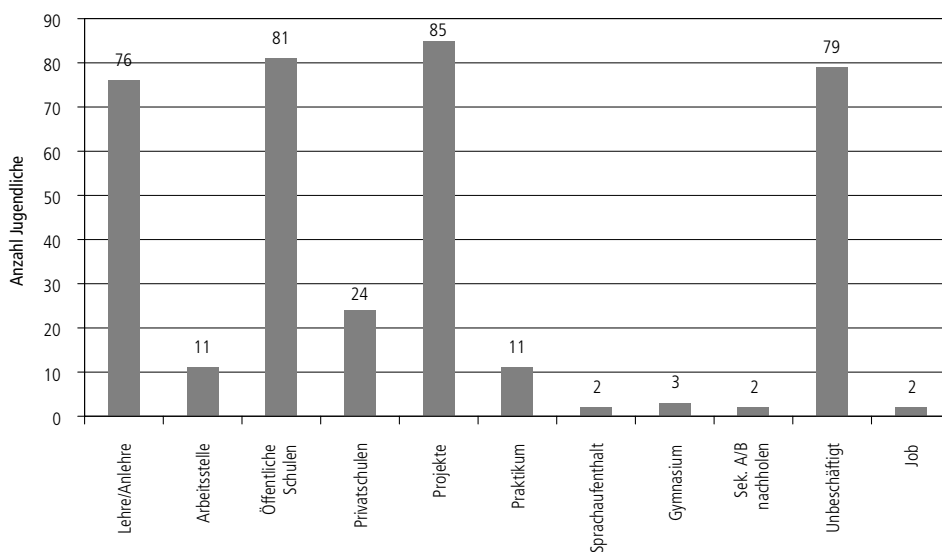
Im Kanton Zürich wurde die Suchtprävention im Laufe der 1990er Jahre systematisiert und koordiniert. Das ist zweifellos ein wichtiger Fortschritt. Trotzdem wird das aktuelle System als zu heterogen, zu dezentralisiert und zu unkoordiniert beurteilt:

Es sind sehr viele und zum Teil sehr kleine Organisationen involviert, was in der Praxis des Öfters zu Koordinationsproblemen führt. Das betrifft einerseits die Zusammenarbeit zwischen regionalen und kantonsweit tätigen Stellen, gerade in der Stadt Zürich aber auch die Koordination zwischen Schule (vor allem Volksschule) und Freizeitbereich (Soziokultur) und vor allen Dingen die Schnittstelle zwischen Primär- und Sekundärprävention.

Bei Letzterer wurde im Jahr 2002 von einer interdepartementalen Arbeitsgruppe in Bezug auf den Cannabiskonsum der dringendste Optimierungsbedarf identifiziert (vgl. Feller und Rohr, 2003). In der aktuellen Situation ist es so, dass die Jugendanwaltschaft die einzige Stelle ist, welche die Sekundärprävention und Früherfassung von Jugendlichen mit einem Cannabis-Risikokonsum systematisch betreibt und koordiniert, während auf der Seite der pädagogischen und sozialen Dienste die Zuständigkeiten nicht geregelt sind. Das ist paradox, denn einerseits fordern gerade die Präventionsfachleute (in Übereinstimmung mit dem Stadtrat der Stadt Zürich) die Strafbefreiung des Cannabiskonsums, andererseits überlassen sie die Früherfassung und Sekundärprävention mehrheitlich der Justiz, die nach einer Strafbefreiung gerade nicht mehr zuständig sein wird. Aus diesem Grund hat die Drogendelegation des Stadtrates beschlossen, dass die Aufgaben und Zuständigkeiten für Früherfassung und Jugendschutz geklärt werden sollen. Den entsprechenden Auftrag hat sie der Suchtpräventionsstelle erteilt (Drogendelegation, 2003).

Eine alarmierende Entwicklung, die auch ein erhöhtes Suchtrisiko mit sich bringt, aber sozial und wirtschaftlich weit über die Suchtmittelproblematik hinausgeht, ist die steigende berufliche Perspektivlosigkeit Jugendlicher. In der Stadt Zürich fanden von den Schulabgängerinnen und Schulabgängern des Jahres 2003 164 keine Lehr- oder Arbeitsstelle, 85 konnten in ein Qualifizierungs- oder Beschäftigungsprojekt eintreten, 79 sind nach wie vor unbeschäftigt. Je länger die Perspektivlosigkeit dieser Jugendlichen dauert, umso höher werden ihre sozialen und gesundheitlichen Risiken – auch das Suchtrisiko. Das erfordert dringend die Entwicklung geeigneter sekundärpräventiver und integrierender Massnahmen.

WAS MACHEN JUGENDLICHE SEIT DEM SCHULABSCHLUSS IM JULI 2003?



QUELLE: LAUFBAHNZENTRUM DER STADT ZÜRICH, BEFRAGUNG VON SCHULABGÄNGERINNE UND SCHULABGÄNGERN IN DER STADT ZÜRICH OHNE ANSCHLUSSLÖSUNG IM SOMMER 2003

Weitere Probleme bestehen in Bezug auf die Wirkung der Suchtprävention, auf ihre Umsetzung in der Volksschule oder auch in Bezug auf die Versorgung im Bereich der Sekundärprävention:

Wirksamkeit: Generell fehlen empirische Daten über die Wirkung der Suchtprävention weitgehend. Einzelne Programme werden seit kurzem evaluiert. Tatsächlich sind aber noch keine empirischen Daten vorhanden, die eine evidenzgestützte Steuerung der Suchtpräventionstätigkeit in der Stadt Zürich erlauben würden.

Zielgruppenerreichung und Chancengleichheit: Flächendeckende, nicht zielgruppenspezifische Suchtpräventionsmassnahmen – also vor allem die Primärprävention – erreichen erfahrungsgemäss Personen, die bereits eine gewisse Sensibilität und ein Interesse für das Thema aufbringen und die auch über die kulturellen Voraussetzungen und das Bildungsniveau für das Verständnis der vermittelten Botschaften verfügen. Diejenigen, die es am nötigsten hätten,

werden umso weniger erreicht, je allgemeiner und unspezifischer ein Suchtpräventionsprogramm ist. Insofern hat die typische Primärprävention, wie sie in den 1990er Jahren aufgebaut worden ist und die vor allem auf nichtzielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit setzt, die geringste Chancengleichheit.

Koordination von Primär- und Sekundärprävention: In der Stadt Zürich ist die Sekundärprävention dezentralisierter und wird auch weniger koordiniert als die Primärprävention. Für Letztere gibt es mit der Suchtpräventionsstelle eine klar definierte Zuständigkeit, was bei der Sekundärprävention fehlt.

Suchtprävention in der (Volks-)Schule: Das sinkende Einstiegsalter bei Alkohol-, Nikotin- und Cannabiskonsum erfordert gerade in der Volksschule eine systematische und frühzeitige Prävention von Suchtverhalten und Suchtmittelkonsum. Trotzdem ist die Suchtprävention in der Volksschule noch sehr unverbindlich und hängt primär vom Engagement der einzelnen Lehrerinnen und Lehrer ab (vgl. Kommission für Drogenfragen des Kantons Zürich, 2002, 29 f.). Diese für den Kanton formulierte These des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin trifft für die Stadt Zürich tendenziell auch zu, allerdings wurden hier bereits seit längerem Massnahmen zur Stärkung der Primärprävention in der Schule eingeleitet (insbesondere die Projekte «Gsundi Schuel», Elternabende via Schule und Kindergarten, Suchtprävention durch theaterpädagogische Projektwochen).

Versorgungslücken in der Sekundärprävention: Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich ist praktisch ausschliesslich in der Primärprävention tätig. In der Sekundärprävention, insbesondere für Jugendliche mit schlechten Bildungs-, Ausbildungs- und Arbeitsmarktchancen, gibt es erstens eher zu wenig Programme, zweitens sind sie auf unterschiedliche Trägerschaften verteilt, und drittens fehlt eine systematische Steuerung und Koordination.

Handlungsbedarf

Den dringendsten Handlungsbedarf in der Suchtprävention sieht der Stadtrat:

- in der Klärung von Auftrag und Zuständigkeit für die Früherfassung suchtgefährdeter Personen und für den Jugendschutz. Der Auftrag, bis Ende 2004 ein entsprechendes Konzept zu erarbeiten, ist der Suchtpräventionsstelle erteilt worden.
- in der Stärkung der Sekundärprävention. Gerade vor dem Hintergrund der steigenden Jugendarbeitslosigkeit, die ein gravierendes Risiko – auch und längst nicht nur – im Hinblick auf eine Suchtentwicklung der Betroffenen bedeutet, muss die bisherige Fokussierung auf die Primärprävention auf kommunaler Ebene aufgegeben werden. Während sich Bund und Kanton durchaus auf primärpräventive Kampagnen konzentrieren können, sollten die Kommunen ihre Tätigkeit der wechselnden Problemlage anpassen. Die Drogendelegation empfiehlt deshalb, die städtische Tätigkeit in der Primärprävention auf Schule und Familie zu konzentrieren und im Übrigen den fachlichen Fokus und die vorhandenen Mittel in die Sekundärprävention zu verlagern.

5.3 Repression

Wird die drogen- und suchtpolitische Säule der Repression in der Regel auf den ersten Blick auf die Tätigkeit der Polizei reduziert, zeigt der zweite Blick, dass sehr viele Akteurinnen und Akteure in diesem Feld tätig sind und dass der repressive Auftrag nur erfolgreich umgesetzt werden kann, wenn vernetzt und koordiniert zusammengearbeitet wird. Dies betrifft insbesondere Polizei, Justiz und Strafvollzug, aber auch Polizei und Sozialarbeit. Besonders die Arbeit von Polizei und niederschwelliger Drogenhilfe (Kontakt- und Anlaufstellen, Streetwork) sind stärker voneinander abhängig, als die involvierten Fachleute zuweilen wahrhaben wollen. Gerade auf kommunaler Ebene sind die Folgen am unmittelbarsten spürbar, wenn die Zusammenarbeit nicht funktioniert. Das hat die offene Drogenszene schmerzhaft – und hoffentlich zum letzten Mal – vor Augen geführt.

Nach Inkrafttreten der neuen Organisation von Stadt- und Kantonspolizei unter dem Titel Urban Kapo gab es im Jahr 2002 ernsthafte Vollzugsprobleme – auch, aber längst nicht nur im Drogenbereich. Mittlerweile hat sich die Koordination und Zusammenarbeit der beiden auf dem Platz Zürich tätigen Polizeiorgane neu eingespielt. Dazu beigetragen haben der Einbezug der Kantonspolizei in Drogendelegation und Drogenstab der Stadt Zürich, regelmässig stattfindende Lagebeurteilungen auf strategischer Ebene und die aktive Koordination der operativ Tätigen sowie die praktizierte Zuständigkeit der Stadtpolizei Zürich bei der Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität als typisch urbane Kriminalitätsform in der Stadt Zürich. Nach wie vor dringlich sind Vollzugsprobleme bei der Justiz, sowohl in Bezug auf das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) als auch in Bezug auf das Ausländergesetz (ANAG), aber auch die Weiterentwicklung bürgernaher repressiver Instrumente sowie der Vollzug vormundschaftlicher Massnahmen:

Bürgernahes Verständnis von Sicherheit: Letztlich kann das Zusammenleben in einer Grossstadt nicht alleine mit Gesetzen und Strafnormen geregelt werden. Die Polizei hat einen zweifachen Auftrag: Repression und Unterstützung. Dieses doppelte Verständnis und die enge Vernetzung mit zahlreichen anderen Dienstabteilungen sowie die konsequente Ausrichtung auf den Bürgernutzen sind grösstmögliche Garantien für Lebensqualität und Sicherheit in einem umfassenden, nicht einengenden Sinn. Die Lebensqualität in einer Stadt hängt von einem umfassenden Sicherheitsverständnis ab, das auch die sozialen und strukturellen Rahmenbedingungen von Sicherheit mit einbezieht. Die Stadt Zürich hat dazu mit sip züri im Jahr 2002 ein Instrument geschaffen, das mittlerweile auf grosse Aufmerksamkeit im In- und Ausland stösst und dessen Funktion auch von der Polizei sehr geschätzt wird. Ausserdem verbessert die Stadt Zürich mit gezielten Stadtentwicklungsprogrammen die strukturellen Voraussetzungen für die Lebensqualität und Sicherheit in einzelnen Quartieren.

Vormundschaftliche Massnahmen: Der Vollzug einer Fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE) gemäss Zivilgesetzbuch (ZBG) ist in der aktuellen Praxis in der Regel nicht mehr möglich. Einerseits weil die Gefahr eines Missbrauchs offenbar so hoch bewertet wird, dass das Instru-

ment gar nicht mehr zur Anwendung kommt, andererseits weil auch geeignete Institutionen zum Vollzug einer solchen Massnahme fehlen.

Verurteilungen wegen Betäubungsmittelhandels gemäss BetmG: Beim Vergleich mit Strafurteilen in anderen Kantonen fällt auf, dass das Strafmass im Kanton Zürich häufig tiefer ausfällt. Damit fällt ein Teil der generalpräventiven Wirkung von Strafurteilen im Kanton Zürich weg, ist es doch attraktiver, einer illegalen Tätigkeit in einem Kanton nachzugehen, in dem bei einer allfälligen Verurteilung die Strafe mutmasslich tiefer ausfallen wird. Im Rahmen des Vier-Säulen-Prinzips ist eine glaubwürdige Repression auf adäquate Strafen unter Ausnutzung des entsprechenden Strafrahmens angewiesen.

Vollzug ausländerrechtlicher Urteile: Bei Ausländerinnen und Ausländern, die über keine gültigen Papiere verfügen, ist eine Ausschaffungshaft faktisch nicht vollziehbar. Das trifft besonders häufig für gemäss BetmG verurteilte Ausländerinnen und Ausländer zu, was dazu führt, dass wegen der Vollzugsprobleme bei der Ausschaffung auch die Durchsetzung des BetmG behindert wird.

Wegweisungsartikel: In der Stadt Zürich gibt es keine Rechtsgrundlage, die es erlaubt, bestimmten Personen – analog zum so genannten Wegweisungsartikel im Polizeigesetz des Kantons Bern – während eines bezeichneten Zeitraums (3 bis 6 Monate) den Aufenthalt innerhalb eines definierten Sektors der Stadt («Rayon») zu verbieten («Rayonverbot»).

Handlungsbedarf

Den dringendsten Handlungsbedarf in der Repression sieht der Stadtrat:

- in der Weiterentwicklung bürgernaher Instrumente und Programme zur Verbesserung der Sicherheit.
- in der Überprüfung der vormundschaftsrechtlichen Praxis.
- in der Ausschöpfung des gesetzlichen Rahmens bei Verurteilungen wegen Betäubungsmittelhandels.
- in der Lösung bestehender Vollzugsprobleme bei der Wegweisung bzw. Ausschaffung delinquirender Ausländerinnen und Ausländer.
- in der Prüfung eines Wegweisungsartikels: Die Vorsteherin des Polizeidepartements hat bei der kantonalen Justizdirektion im Oktober 2002 die Schaffung einer entsprechenden kantonalen Rechtsgrundlage beantragt. Aufgrund der negativen Antwort der Justizdirektion wird der Stadtrat dem Gemeinderat im Laufe des Jahres 2004 eine Revision der Allgemeinen Polizeiverordnung vorlegen, die eine entsprechende Rechtsgrundlage auf kommunaler Ebene schaffen soll.

5.4 Schadenminderung und Überlebenshilfe

Ohne die Einrichtungen der Schadenminderung und Überlebenshilfe hätte die offene Szene am Letten nicht erfolgreich geräumt werden können. Vielmehr wäre ohne geeignete niederschwellige Einrichtungen dasselbe geschehen wie drei Jahre zuvor nach der Platzspitzschliessung: eine weitere Verlagerung von einem Ort innerhalb der Stadt an einen anderen.

Historisch betrachtet hat die Schadenminderung und Überlebenshilfe wesentlich zur Überwindung der offenen Szenen beigetragen. Das ist zehn Jahre später zugleich ihr grösstes Problem: Fachlich und methodisch ist sie – und übrigens auch die Säule Therapie – immer noch zu stark auf das Überwinden offener Szenen ausgerichtet. Wenn es heute möglich ist, als Drogen Konsumierende alt zu werden, ist das gut, denn früher wäre dieselbe Person mit hoher Wahrscheinlichkeit jung gestorben. Doch kann es das Ziel staatlicher Unterstützung sein, jemandem über zehn oder mehr Jahre «lediglich» überleben zu helfen? Das muss unbedingt auch weiterhin getan werden, aber die soziale Unterstützung muss darüber hinausgehen. Die Überlebenshilfe wird vom Ziel zum Mittel. Ausserdem müssen auch andere Zielgruppen und andere Konsumformen fokussiert werden, da sich diese laufend ändern.

Dies erfordert methodische Veränderungen, die in den letzten Jahren ansatzweise erfolgt sind: mit der Verlagerung der aufsuchenden Jugendberatung Streetwork von der Strasse in die Partydrogenszene zum Beispiel. Oder mit dem Treffpunkt t-alk, in dem die methodischen Akzente stark auf die Selbstorganisation (mit den Methoden des Empowerments) der Klientinnen und Klienten gelegt werden.

Zum methodischen Handlungsbedarf hinzu kommt ein finanzieller: Das Sparprogramm des Regierungsrates des Kantons Zürich («Sanierungsprogramm 04») kürzt den Staatsbeitrag an die Schadenminderung und Überlebenshilfe in der Stadt Zürich um 3,1 Millionen (ca. 50% des bisherigen Beitrags). Dieser Minderertrag muss gemäss Auftrag des Stadtrates per 1. Januar 2005 kompensiert werden.

Handlungsbedarf

Den dringendsten Handlungsbedarf in der Schadenminderung und Überlebenshilfe sieht der Stadtrat:

- in der inhaltlichen Neuausrichtung der Überlebenshilfe und Schadenminderung auf das Ziel der sozialen Integration und in der Verbesserung der Fallsteuerung und -koordination (z.B. durch Case Management).
- in der Überprüfung und Restrukturierung des Angebots in Bezug auf eine Reduktion der Kosten und auf die zu erwartende Bedarfsentwicklung mit innovativen Ansätzen.
- in der Kompensation der Mindereinnahmen aufgrund des Sanierungsprogrammes 04 des Regierungsrates per 1. Januar 2005.

5.5 Therapie

Damit Suchtmittelabhängige eine auf ihre Ressourcen und Störungen abgestimmte Behandlung erhalten, bedarf es einer differenzierten Angebotspalette, in der die Betreuung und Behandlung der Betroffenen in verschiedenen Settings möglich ist. Die optimale Versorgungsstruktur setzt sich zusammen aus aufeinander abgestimmten ambulanten, teilstationären und stationären Beratungs- und Behandlungseinrichtungen.

In der Stadt Zürich deckt eine Vielzahl an privaten, kantonalen und auch städtischen Institutionen wichtige Grundbedürfnisse von Suchtmittelabhängigen ab. Und die zur Verfügung gestellten sozialen und medizinischen Angebote sind in den letzten zehn Jahren weiterentwickelt worden. Dass heute trotzdem Lücken im Angebot bestehen, hat damit zu tun, dass die vorhandenen Angebote zu sehr auf die Bedürfnisse der sozial desintegrierten Heroin Konsumierenden ausgerichtet sind. Der Konsum von Heroin hat sich aber im vergangenen Jahrzehnt stabilisiert, er scheint sogar eher rückläufig zu sein. Im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklung sind andere Substanzen wie z.B. Kokain oder Designerdrogen in den Vordergrund gerückt. Beim Kokain haben sich die Gruppe der Konsumierenden und die Konsumform verändert. Zugenommen hat der Konsum von Kokain als Freizeitkonsum unter sozial integrierten Bevölkerungsgruppen und als riskanter Beikonsum in Form von Freebase bei desintegrierten Heroin Konsumierenden. Für diese heterogene Zielgruppe fehlen adäquate Interventions- und Behandlungsformen.

Angebotslücken bestehen heute vor allem auch in Bezug auf die Früherfassung von sozial integrierten Drogen Konsumierenden, die ihre Situation verbessern möchten. Für diese Zielgruppe existieren in der Stadt Zürich nicht genügend medizinische und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten.

Der Fokus liegt auf folgenden drei Problemfeldern:

Integrierte Suchtberatung: In der Stadt Zürich fehlen polyvalente Beratungsstellen für Suchtprobleme. Das bestehende Beratungsangebot ist meist unterteilt in Fachstellen für illegale Suchtmittelprobleme und solche für legale Suchtmittelprobleme. Es ist fraglich, ob eine Grenzlinie nach Substanzen zukünftig noch Sinn macht. Viele Betroffene und Angehörige (z.B. Eltern) wissen häufig nicht, an welche Stelle sie sich bei Suchtproblemen wenden sollen, insbesondere im Zusammenhang mit Cannabis.

Behandlung von Doppeldiagnosepatientinnen und -patienten: Es bestehen Schnittstellen zwischen der institutionellen Psychiatrie und dem gemeindenahen Gesundheits- und Sozialwesen, die nicht oder für die Stadt Zürich nicht zufrieden stellend geregelt sind. Diese Situation könnte sich durch den Leistungsabbau in der Psychiatrie im Kanton Zürich noch zusätzlich verschärfen. Menschen mit ausgeprägten psychischen Auffälligkeiten und Suchtproblemen sollten niederschwellig sozialpsychiatrische, sozialmedizinische und sozialarbeiterische Hilfe erhalten.

Hier ist einerseits zu überlegen, ob spezialisierte Ambulatorien oder Tagesstätten entstehen könnten (unter Umständen durch Neuausrichtung bestehender Institutionen). Andererseits muss die Zusammenarbeit und Koordination zwischen (kantonaler) Psychiatrie und städtischen medizinischen und sozialen Einrichtungen dringend verbessert werden (eine verbindliche Regelung der Zusammenarbeit besteht seit kurzem zwischen der Psychiatrischen Universitätsklinik und der Wohn- und Obdachlosenhilfe der Stadt Zürich).

Behandlung von Kokain Konsumierenden: Für sozial integrierte Kokain Konsumierende könnte mit polyvalenten Suchtberatungsstellen eine wichtige Angebotslücke geschlossen werden. Bei der Gruppe der sozial desintegrierten und chronisch Kokain Konsumierenden liegt der Handlungsbedarf nicht in einem einzigen Angebot, vielmehr müssen alle bestehenden Interventionsformen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit bei dieser Gruppe überprüft werden. Auch mögliche Substitutionsbehandlungen (z.B. mit Ritalin) müssten diskutiert werden – längst nicht als einziges, aber als wichtiges Thema in diesem Zusammenhang.

Handlungsbedarf

Den dringendsten Handlungsbedarf sieht der Stadtrat:

- in der Konzeptualisierung polyvalenter Suchtberatungsstellen. Diese sollen einen fließenden Übergang zu therapeutischen Behandlungssettings ermöglichen und damit die Lücke zwischen Beratung und Therapie füllen.
- in der Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Psychiatrie.
- in der Entwicklung einer differenzierten Behandlungspalette für Kokain Konsumierende. Im Vordergrund steht hier das Wissen um die heute erfolgreichen Interventionsmethoden. Dies geschieht in der Regel am besten über Weiterbildung. Zudem sollen neue Modelle im Umgang mit desintegrierten Polytoxikomanen, die zusätzlich Kokain konsumieren, und Interventionsformen bei desintegrierten und integrierten Mono-Kokain-Konsumierenden angeboten werden. Daneben sollten die in der USA anerkannten Interventionsmethoden (kognitive Trainingsprogramme, Belohnungssysteme usw.) eingesetzt und auf ihre Tauglichkeit in der Schweiz untersucht werden.

5.6 Steuerung, Koordination und Organisation

Das Delegationssystem des Stadtrates hat sich für die Steuerung der kommunalen Drogen- und Suchtpolitik bewährt. Mit der stadträtlichen Delegation für Drogen- und Suchtpolitik einerseits und dem aus der Verwaltung zusammengesetzten Drogenstab verfügt die Stadtregierung über zweckmässige und flexible Entscheidungs- und Koordinationsstrukturen.

Etwas weniger effektiv verlief in den letzten Jahren die Einbindung der operativen Linienvorgesetzten: Bei der Räumung der offenen Szene am Letten bestand ein hochkomplexes System, das die Informations- und Entscheidungswege in allen beteiligten Departementen (inklusive Hoch- und Tiefbau) bis in die vorderste operative Ebene garantierte. In den Jahren nach der

erfolgreichen Lettenräumung wurde dieses System zu Recht aus Gründen der Verhältnismässigkeit aufgehoben. Hinzu kamen in den letzten zehn Jahren personelle Wechsel in für die Drogen- und Suchtpolitik relevanten Funktionen in allen Departementen und auf allen Ebenen. Dadurch entstand eine zunehmende Distanz zwischen der strategischen Ebene des Drogenstabs und den operativen Linienfunktionen, die in der Regel nicht nur in die Umsetzung der Drogen- und Suchtpolitik involviert sind, sondern auch in andere Strategien (z.B. die Stadtpolizei oder das Gesundheitswesen). Aus diesem Grund müssen die Informations- und Entscheidungswege zwischen Drogenstab und Linienverantwortlichen überprüft werden.

Ein weiteres Problem für die strategische Steuerung sind unbefriedigende Führungsinformationen. Es gibt in der Stadt Zürich momentan kein zweckmässiges Suchtmonitoringsystem, das die relevanten Kenndaten aus allen vier Bereichen Prävention, Repression, Schadenminderung und Therapie bündelt und als Grundlage für die regelmässige Lagebeurteilung und Massnahmenplanung dienen könnte.

Die Steuerung und Koordination der kommunalen Drogen- und Suchtpolitik mit den übergeordneten staatlichen Ebenen, mit Kanton und Bund, ist für die Stadt Zürich häufig eine einseitige Angelegenheit. Die Stadt tritt meistens als – hartnäckige und unangenehme – Bittstellerin auf und wird in der Regel auf die föderalistischen Strukturen und die formaljuristischen Zuständigkeiten und Abläufe verwiesen. Oft ergeben sich auch Interessenkonflikte aufgrund der unterschiedlichen Betroffenheit. Ein anderes Problem für die Stadt Zürich sind die Kostenverlagerungen auf die jeweils untere staatliche Ebene. Dabei geht es neben den finanziellen Folgen für die Kommunen vor allem auch um die Art und Weise der Zusammenarbeit und der Kommunikation: Sowohl bei der Schliessung der kantonalen Drogenrehabilitationsklinik Sonnenbühl als auch bei den Kürzungen in der Dezentralen Drogenhilfe wurden die Gemeinden von den zuständigen kantonalen Stellen nicht involviert, z.B. in die Frage des Vollzugs, sondern vor fertige Tatsachen gestellt.

Angebotssteuerung

Über die Angebotssteuerung entscheiden im Bereich Drogen und Sucht teilweise die einzelnen Departemente, teilweise die städtischen Dienstabteilungen, zum Teil aber auch die stadträtliche Delegation für Drogen- und Suchtpolitik. Die strategische Ebene ist immer dann in Angebotsplanung und -steuerung involviert, wenn die Entscheidungskompetenzen bei Gemeinderat oder Gemeinde liegen (z.B. definitive Einführung der heroingestützten Behandlung) oder wenn in einzelnen Departementen Massnahmen geplant werden, die starke Implikationen auf andere betroffene Bereiche haben (z.B. sip züri).

Da die Drogen- und Suchtpolitik eine ausgesprochene Querschnittsaufgabe ist, die von unterschiedlichen Trägerschaften umgesetzt wird und für die je nach Bereich völlig unterschiedliche Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten gelten, hat die Stadt Zürich lediglich beschränkte Mög-

lichkeiten, die Versorgung zu steuern. Das gilt insbesondere für die Bereiche, für die der Kanton zuständig ist, z.B. die medizinische Behandlung, aber auch die Prävention und die Justiz (z.B. Strafvollzug). Ein Blick auf die Angebotsstruktur in den Bereichen Prävention, Schadenminderung und Therapie bestätigt dies: In allen drei Feldern sind sowohl städtische als auch kantonale und private Trägerschaften tätig.

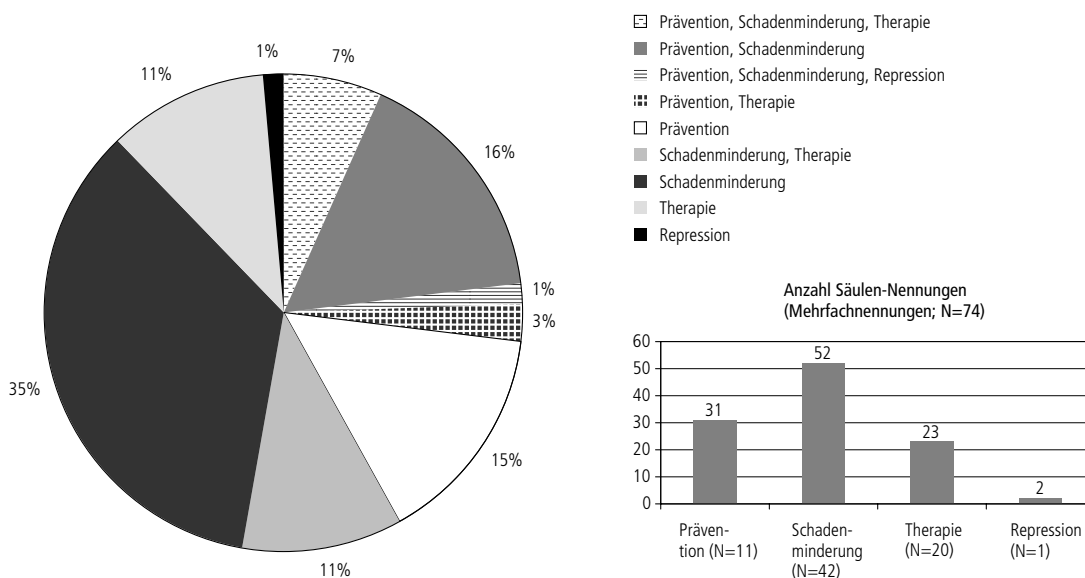
IN DIE UMSETZUNG DER DROGEN- UND SUCHTPOLITIK IN DER STADT ZÜRICH INVOLVIERTE INSTITUTIONEN UND ORGANISATIONEN

	Prävention	Repression	Schadenminderung Überlebenshilfe	Therapie
Schul- und Sportdepartement	– Suchtpräventionsstelle			
Polizeidepartement	– Stadtpolizei	– Stadtpolizei		
Sozialdepartement	– Ambulante Drogenhilfe – Ergänzender Arbeitsmarkt (Berufsbildung und Integration) – Soziokultur	– sip züri – Vormundschaftliche Massnahmen	– sip züri – Ambulante Drogenhilfe – Psychiatrisch-Psychologischer Dienst – Wohn- und Obdachlosenhilfe – Ergänzender Arbeitsmarkt (soziale Integration) – t-alk – Sozialhilfe	– Heroingestützte Behandlung – Wohn- und Obdachlosenhilfe
Gesundheits- und Umweltdepartement	– Aids-Prävention	– Vermittlungs- und Rückführungszentrum	– Spritzenversorgung – Krankenzimmer für Obdachlose – Stadtärztlicher Dienst	– Frankental – Krankenzimmer für Obdachlose – Stadtärztlicher Dienst
Kanton	– Universität: Institut für Sozial- und Präventivmedizin	– Direktion für Soziales und Sicherheit: Kantonspolizei – Direktion der Justiz und des Innern: Staatsanwaltschaft, Amt für Justizvollzug – Obergericht	– Gesundheitsdirektion: Psychiatrische Universitätsklinik – Direktion für Soziales und Sicherheit: Sozialamt	– Gesundheitsdirektion: Psychiatrische Universitätsklinik – Direktion für Soziales und Sicherheit: Sozialamt – Direktion der Justiz und des Innern: Amt für Justizvollzug
Private Trägerschaften	– Verschiedene spezialisierte Suchtpräventionsstellen		– Gemeinschaft ARCHE – Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD Zürich) – Sozialwerke Pfarrer Sieber – Zürcher Sozialprojekte – Zürcher Stadtmission – Christehüsli – Privat praktizierende Ärztinnen und Ärzte	– Gemeinschaft ARCHE – DIE ALTERNATIVE – Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD Zürich) – Start Again – Sozialwerke Pfarrer Sieber – Privat praktizierende Ärztinnen und Ärzte

Im Vergleich mit anderen staatlichen Handlungsfeldern werden die Massnahmen und die Zuständigkeiten zwischen den verschiedenen staatlichen Ebenen, vor allem zwischen Bund und Kanton, in der Drogenpolitik weniger klar voneinander abgegrenzt. Auch dies ist vor allem mit den offenen Drogenszenen der 1980er und 1990er Jahre zu erklären, als der Problemdruck so gross war, dass sowohl Bund und Kanton tätig werden mussten (Serdült, 1999). Dies blieb in einzelnen Bereichen bis heute so, z.B. in der Repression, wo sowohl Stadt- als auch Kantonspolizei auf Stadtgebiet in die Bekämpfung der Betäubungsmittelkriminalität involviert sind. Aber zum Beispiel auch bei der medizinischen – somatischen und psychiatrischen – Versorgung. So hat die Stadt Zürich nach wie vor einen eigenen Psychiatrisch-Psychologischen Dienst. Hinzu kommt, dass die Vorreiter- und Pionierrolle bei der Entwicklung der Suchtbehandlung von den Ursprüngen in den 1970er bis Anfang der 1990er Jahre eher private Organisationen innehatten, nicht staatliche. Aus diesen Gründen ist die Versorgungsstruktur ausgesprochen heterogen segmentiert.

Zuordnung der in der Stadt Zürich tätigen Betriebe zu den drogenpolitischen Säulen (ohne Polizei und Justiz)

ANGEBOTSERHEBUNG STADT ZÜRICH 2003: ZUORDNUNG DER EINZELNEN BETRIEBE ZU DEN DROGENPOLITISCHEN SÄULEN (N=74)



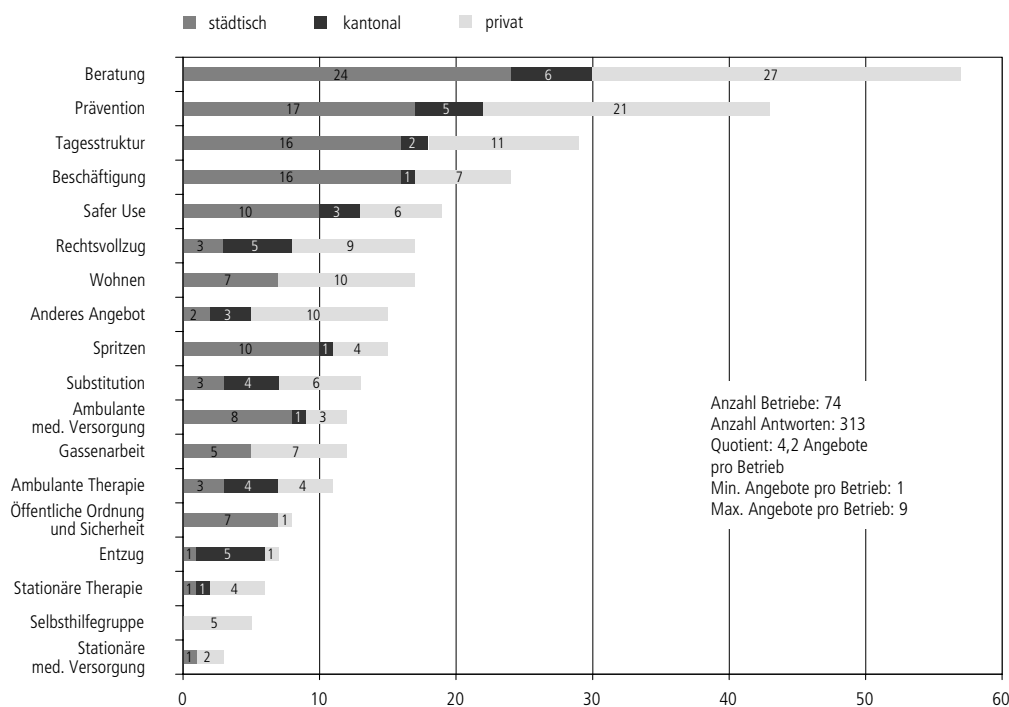
QUELLE: SOZIALDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH, 2003

Auf der Ebene der einzelnen Leistungen zeigt sich, dass in der Versorgungsstruktur der Stadt Zürich sehr viele Anbieter dieselben oder ähnliche Leistungen erbringen: Beratung, Prävention, Tagesstruktur und Beschäftigung werden am meisten angeboten. Diese Angebote richten sich

zum Teil an verschiedene Zielgruppen, was aufgrund ihrer unterschiedlichen Situation und Bedürfnisse durchaus Sinn machen kann, z.B. bei der Tagesstruktur. Andererseits ist es zum Beispiel in der Prävention fraglich, ob es sinnvoll ist, sehr viele und sehr kleine zielgruppenspezifische Angebote zu führen, die sich methodisch letztlich alle im selben Feld bewegen. In der Beratung wiederum ist höchst unklar, was im konkreten Fall darunter verstanden wird. In dieser Beziehung besteht zweifellos der grösste Bedarf nach einer Überprüfung der Versorgungsstruktur.

Übersicht über die im Rahmen der vier drogenpolitischen Säulen in der Stadt Zürich erbrachten Leistungen

ANGEBOTSERHEBUNG STADT ZÜRICH 2003: ANZAHL NENNUNGEN NACH ANGEBOTSKATEGORIE



QUELLE: SOZIALDEPARTEMENT DER STADT ZÜRICH, 2003

Fallsteuerung

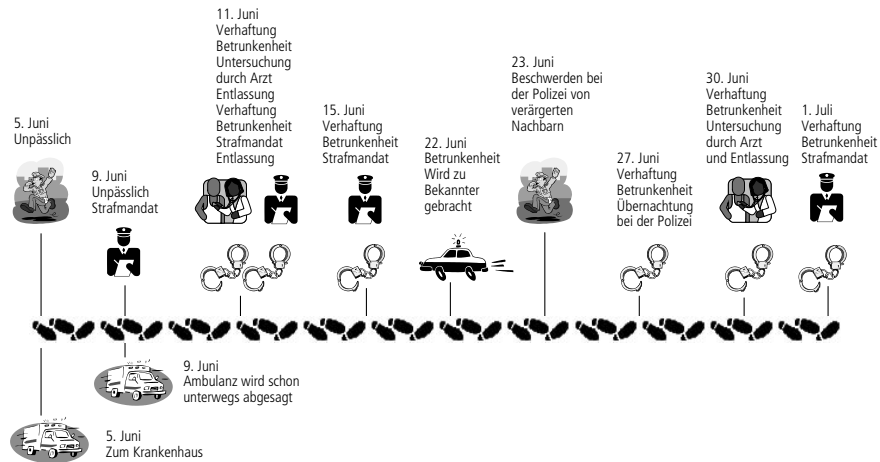
In den Säulen Schadenminderung und Therapie und zum Teil auch in der Sekundärprävention und in der Repression sind Fallsteuerung und -koordination optimierungsbedürftig. Das Problem ist, dass dieselben Personen häufig mehrere soziale und medizinische Leistungen beziehen, gleichzeitig in polizeiliche oder justizielle Verfahren involviert sind, ohne dass eine zweckmässige Koordination bestünde. Resultat sind Doppelspurigkeiten vor allem in der sozialen und

medizinischen Versorgung. Ausserdem ist die «Behandlungserfahrung» der Klientinnen und Klienten gross: Bei Eintritt in eine methadon- oder heroingestützte Behandlung haben die Patientinnen und Patienten in der Regel bereits drei bis sechs Entzüge und abstinenzorientierte Therapieversuche hinter sich. Offensichtlich besteht bei der Wahl bzw. bei der Vermittlung der geeigneten Behandlung durch die zuständigen Fachleute ein Problem hinsichtlich Effektivität und Effizienz.

Im historischen Rückblick können die mangelnde Koordination und die kaum bestehende Regelung der Schnittstellen zwischen den vier Säulen als Schwachstellen der in den 1990er Jahren entwickelten Politik beurteilt werden: Es wurden zwar wichtige und notwendige Instrumente geschaffen, die nach wie vor auch im internationalen Vergleich als innovativ bezeichnet werden dürfen. Die konkrete Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen wurde aber nur mangelhaft geregelt. Insofern ist das Bild der vier statisch nebeneinander stehenden Säulen zutreffend. Die Entwicklung müsste nun – bildhaft gesprochen – in die Richtung von vier ineinander greifenden Zahnrädern weitergehen.

Die Stadt Utrecht in den Niederlanden ist bei einer Untersuchung des drogen- und suchtpolitischen Status quo im Jahr 1999 zu einem ähnlichen Resultat gekommen: Vor allem chronische Suchtmittelabhängige und sozial stark desintegrierte Personen generieren teilweise sehr viele medizinische, soziale und polizeiliche Interventionen, ohne dass die Situation wesentlich verändert werden kann. Die Stadtpolizei Utrecht hat am konkreten Fall eines Alkoholikers anschaulich aufgezeigt, wie viele Polizei- und Notarzteinsätze innerhalb eines Jahres stattfanden, ohne dass die geringste Entwicklung stattgefunden hätte (vgl. Grafik unten). Anlässlich eines Informationsaustausches zwischen Zürich und Utrecht im letzten Jahr wurden diese Probleme und mögliche Lösungsansätze diskutiert. Der Lösungsansatz in Utrecht war die Einführung eines Case Managements, das alle beteiligten Dienste – Polizei, Justiz, Medizin, Psychiatrie und Sozialarbeit – sehr eng miteinander vernetzt.

EIN FALLBEISPIEL AUS DER STADT UTRECHT (NL): KUMULIERUNG MEDIZINISCHER UND POLIZEILICHER INTERVENTIONEN OHNE ERSICHTLICHES RESULTAT



QUELLE: STADTPOLIZEI UTRECHT (NL), 2003

Handlungsbedarf

Den dringendsten Handlungsbedarf hinsichtlich Steuerung und Koordination sieht der Stadtrat:

- im Aufbau eines aussagekräftigen Suchtmonitoringsystems, das Auskunft gibt über die wichtigsten epidemiologischen Trends, über die Entwicklung der Bedarfslage und über die Wirkung der bisherigen Massnahmen
- im Aufbau eines Systems für die interdisziplinäre Fallsteuerung und -koordination (Case Management), insbesondere in den Bereichen Therapie und Schadenminderung (unter Umständen aber auch mit dem partiellen Einbezug von Polizei und Justiz)
- in der Überprüfung der Versorgungsstruktur in den Bereichen Prävention, Schadenminderung und Therapie
- in der Überprüfung der vorhandenen Entscheidungs- und Kommunikationswege im Hinblick auf eine bessere Einbindung der operativen Linie in Planung und Umsetzung der städtischen Drogen- und Suchtpolitik
- in der Überprüfung der Zusammenarbeit mit Kanton und Bund

Für alle fünf Massnahmenbereiche hat die Delegation für Drogen- und Suchtpolitik dem Drogenstab entsprechende Umsetzungsprojekte übertragen. In Bezug auf die übergeordneten Ebenen Bund und Kanton hat der Stadtrat am 31. März 2004 bereits beschlossen, dass die Stadt Zürich ihre drogenpolitischen Leistungen gegenüber Bund und Kanton in Zukunft auf das für die Stadt absolut notwendige Minimum beschränkt wird. Dies insbesondere als Reaktion auf die stattfindende Verlagerung von Kosten und Leistungen auf die Kommunen. Aus diesem Grund wurde die Stelle des Beauftragten für Drogen- und Suchtfragen per Ende April 2004 abgeschafft.

6 Strategie 2004–2010

Auf Antrag der Delegation für Drogen- und Suchtpolitik hat der Stadtrat am 30. Juni 2004 die strategischen Grundsätze für die Jahre 2004 bis 2010 formuliert. Sie ersetzen die drogenpolitischen Grundsätze vom 11. November 1998:

Präambel

Drogenkonsum und Sucht, so haben Jahrzehnte leidvoller Erfahrungen gelehrt, können weder mit einseitiger Repression noch mit unkontrolliertem Gewährenlassen erfolgreich behandelt werden – Suchtmittelabhängigkeit ist ein komplexes Phänomen, das sich einfachen Lösungen verweigert. Diese Erkenntnis bildete den Ausgangspunkt für den drogenpolitischen Kurswechsel, den die Stadt Zürich Anfang der 1990er Jahre vollzog: Sie verabschiedete sich von der Doktrin der suchtfreien Gesellschaft und postulierte eine pragmatische Drogenpolitik, die sich an den Bedürfnissen sowohl der Allgemeinheit als auch der Menschen, die Suchtmittel konsumieren, orientiert. Die Stadt Zürich entwickelte eine neue Strategie, die sich auf die vier Säulen Prävention, Repression, Schadenminderung und Therapie stützt; die Umsetzung wurde 1995 mit der erfolgreichen Räumung der offenen Drogenszene im Letten eingeleitet. Heute ist die Vier-Säulen-Strategie ein erprobtes, breit abgestütztes Instrument. Die Stadt Zürich wird auch in Zukunft an dieser Strategie festhalten.

Leitlinien

Hauptziel Stadtverträglichkeit

Sucht ist eine Konstante in der Geschichte der Menschheit; sie findet sich in allen Kulturen und Zivilisationen. Urbane Zentren waren seit je ganz besonders mit dem Phänomen des Genuss- und Suchtmittelkonsums konfrontiert – die Stadt als Sündenpfuhl ist sprichwörtlich. Doch weder Verbote noch polizeiliche Verfolgung vermochten der städtischen Gesellschaft Alkohol und Drogen auszutreiben. Verbote erwiesen sich sogar immer wieder als kontraproduktiv, sie führten zur Ausbreitung von Schwarzmärkten, bewirkten eine Zunahme der Kriminalität und verschärften das Leid der Abhängigen. Hauptziel der Zürcher Sucht- und Drogenpolitik ist die Stadtverträglichkeit, nicht die Abstinenz: Alle Einwohnerinnen und Einwohner sollen sich sicher fühlen und menschenwürdig leben können. Im Brennpunkt stehen deshalb Probleme, die aus dem Konsum von Genuss- und Suchtmitteln erwachsen, nicht der Konsum an sich.

Sicherheit garantieren

Sicherheit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Lebensqualität. Die Stadt Zürich bekämpft deshalb vehement Bedrohungen ihrer Einwohnerinnen und Einwohner und Störungen der öffentlichen Ordnung. Verfolgt werden störende Verhaltensweisen – von wem diese auch

immer ausgehen. Im Vordergrund stehen der organisierte Handel und die damit verbundene Kriminalität.

Integrieren statt ausgrenzen

Hohes Ziel der städtischen Drogenpolitik ist die soziale Integration von Menschen, die Suchtmittel konsumieren, und zwar unabhängig, ob sie fähig oder willens sind, abstinent zu leben. Den Betroffenen steht ein breites, lösungsorientiertes Hilfsangebot offen, das von der niederschweligen Beratung bis hin zur abstinentenzgestützten Behandlung reicht. Als Gegenleistung verlangt die Stadt Zürich, dass sich die Klientinnen und Klienten nachweislich um die Verbesserung ihrer Situation bemühen.

Verantwortungsgefühl stärken

Die Suchtprävention zielt primär auf eine Stärkung des Verantwortungsbewusstseins im Umgang mit Sucht- und Genussmitteln. Sie fordert keinen vollständigen Verzicht, sie ist aber bestrebt, Risikokonsum und Suchtentwicklungen zu verhindern. Personen oder Bevölkerungsgruppen, die einer erhöhten Suchtgefährdung ausgesetzt sind, werden frühzeitig erkannt und gezielt unterstützt. Die Stadt Zürich weiss, dass zwischen Suchtbildung einerseits und Freizeitgestaltung, Familienleben, Ausbildung, Erwerbsarbeit andererseits ein enger Zusammenhang besteht. Der Stadtrat koordiniert deshalb seine Drogen- und Suchtpolitik insbesondere mit der Familien-, Kinder- und Jugendpolitik, der Bildungs- und Wirtschaftspolitik sowie der Stadtentwicklungs- und der Sicherheitspolitik.

Bedürfnisse der Stadt im Zentrum

Die Stadt Zürich ist sich bewusst, dass sie beim Vollzug drogenpolitischer Massnahmen im Spannungsfeld der eidgenössischen und kantonalen Politik steht. Sie setzt sich für ihre spezifisch urbanen Bedürfnisse ein und unterstützt alle gesetzlichen Liberalisierungsbestrebungen, die ermöglichen, den Umgang mit Drogen- und Suchtproblemen im Sinne der Stadtverträglichkeit zu regulieren.

Steuerung und Koordination

Die Vier-Säulen-Strategie mit ihrer Forderung nach departementübergreifenden Massnahmen stellt hohe Anforderungen an die Exekutive. Der Stadtrat erwartet von allen beteiligten städtischen Diensten, dass sie seine Strategie loyal und gewissenhaft umsetzen und sowohl in der Planung als auch beim Vollzug suchtpolitischer Massnahmen gemeinsam und koordiniert handeln.

Delegation für Drogen- und Suchtpolitik des Stadtrates

Der Stadtrat bildet einen Steuerungsausschuss – die stadträtliche Delegation für Drogen- und Suchtpolitik –, dem die Vorstehenden des Sozialdepartements, des Polizeidepartements sowie des Gesundheits- und Umweltdepartements angehören. Die Delegation nimmt regelmässige

Lagebeurteilungen vor, analysiert epidemiologische Entwicklungen, evaluiert Wirkungen drogenpolitischer Massnahmen und ortet neue Bedarfslagen. Dazu stehen ihr valide Daten zur Verfügung, die systematisch erhoben und ausgewertet werden. Die Delegation präsentiert ihre Erkenntnisse regelmässig dem Stadtrat, überwacht die Umsetzung der stadträtlichen Entscheide, sorgt für die interdepartementale Koordination und kommuniziert dem Gemeinderat sowie der Öffentlichkeit die Resultate der Lagebeurteilung.

Drogenstab und Linienvorgesetzte

Die Realisierung der strategischen Entscheide ist Aufgabe der beteiligten Departemente. Die Leitung übernimmt der interdepartementale Stab für Drogen- und Suchtpolitik, die Verantwortung für die Umsetzung beschlossener Massnahmen liegt bei den zuständigen Linienvorgesetzten. Der Stab setzt sich zusammen aus den Vertreterinnen und Vertretern des Sozialdepartements, Polizeidepartements, Gesundheits- und Umweltdepartements sowie des Schul- und Sportdepartements. Er ist für die Führungsinformationen verantwortlich, steuert die Umsetzung innerhalb der Departemente und bestimmt die Gremien, die für die interdepartementale Koordination notwendig sind.

Zusammenarbeit

Die städtische Drogenpolitik kann nur von Erfolg gekrönt sein, wenn sie umsichtig geplant und wirkungsvoll umgesetzt wird. Eine wohl koordinierte Zusammenarbeit mit Bund und Kanton, privaten Organisationen und der Bevölkerung ist unabdingbar. Bei der Planung drogenpolitischer Massnahmen zieht die Stadt Zürich Vertreterinnen und Vertreter insbesondere des Kantons bei. In die Lagebeurteilung werden auch private Organisationen einbezogen und mit Leistungsvereinbarungen eingebunden. Die Quartierbevölkerung findet in regelmässigen Forumsveranstaltungen Gehör für ihre Anliegen und kann sich in Vernehmlassungen zu einzelnen Projekten äussern. Der Einbezug basiert auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit: Der Stadtrat erwartet von den Quartiervertreterinnen und -vertretern, dass sie Probleme gemeinsam mit der Stadt angehen, in der Zusammenarbeit Toleranz üben und die gemeinsam erarbeiteten Problemlösungen mit verantworten.

7 Anhang

7.1 Rechtsgrundlagen

	Stadt ZH	Kanton ZH	Bund
Alle vier Säulen	<ul style="list-style-type: none"> – Strategie Drogen- und Suchtpolitik 2004–2010 		<ul style="list-style-type: none"> – Betäubungsmittelgesetz (BetmG)
Prävention	<ul style="list-style-type: none"> – GRB zur Drogenprävention (Nr. 1960 vom 25. April 1984) 	<ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich – Gastgewerbegesetz (GGG) des Kantons Zürich – Kantonale Verordnung über die Volksschule und die Vorschulstufe – Suchtpräventionskonzept des Kantons Zürich, ISPMZ 1991 – Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich: Aufgaben, Koordination, Finanzierung, ISPMZ 1994 – Konzept für kantonsweit tätige Fachstellen für Suchtprävention, ISPMZ 1999 	
Repression	<ul style="list-style-type: none"> – Allgemeine Polizeiverordnung (APV) der Stadt Zürich 	<ul style="list-style-type: none"> – Strafprozessordnung des Kantons Zürich 	<ul style="list-style-type: none"> – Betäubungsmittelgesetz (BetmG) – Strafgesetzbuch (StGB) – Zivilgesetzbuch (ZGB)
Schadenminderung und Überlebenshilfe	<ul style="list-style-type: none"> – Gemeindeordnung der Stadt Zürich – Verschiedene kredit-schaffende Stadt- und Gemeinderatsbeschlüsse – Diverse Tarifverträge 	<ul style="list-style-type: none"> – Sozialhilfegesetz des Kantons Zürich – Krankenversicherungsgesetz des Kantons Zürich 	<ul style="list-style-type: none"> – Betäubungsmittelgesetz (BetmG)
Therapie	<ul style="list-style-type: none"> – Gemeindeordnung der Stadt Zürich – Verschiedene kredit-schaffende Stadt- und Gemeinderatsbeschlüsse – Diverse Tarifverträge 	<ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich – Spitalliste des Kantons Zürich 	<ul style="list-style-type: none"> – Krankenversicherungsgesetz (KVG) – Invalidenversicherungsgesetz (IVG) – Betäubungsmittelgesetz (BetmG) – Eidg. Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin vom 8. März 1999

7.2 Bibliografie

Stadt Zürich

- Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD Zürich): Veränderungen an neu eintretenden Patienten von 1992–2002. Eine geschlechtsspezifische Analyse der Trends, Zürich 2004 (unveröffentlicht).
- Drogendelegation des Stadtrates von Zürich: Verhinderung einer offenen Drogenszene. Standortbestimmung und Schwachstellenanalyse. Bericht des Drogenstabs an die Drogendelegation des Stadtrates, Zürich 1996 (unveröffentlicht).
- Drogendelegation des Stadtrates von Zürich: Die Drogenpolitik der Stadt Zürich, Zürich 2001.
- Drogendelegation des Stadtrates von Zürich: Revision des Betäubungsmittelgesetzes. Massnahmenplan für die Vollzugspraxis in der Stadt Zürich, Zürich 2003 (Bericht, unveröffentlicht).
- Fachstelle für Stadtentwicklung der Stadt Zürich: Einwohnerinnen- und Einwohnerbefragung, Zürich 1999, 2001 und 2003.
- Feller, A.; Rohr, U.: Revision des Betäubungsmittelgesetzes: Mögliche Massnahmen für die Vollzugspraxis des revidierten Gesetzes in der Stadt Zürich. In: *abhängigkeiten*, Nr. 3, 2003, S. 5–12.
- Grichting, E.; Schulte, B.: Vergleich verschiedener Stichproben anhand der Daten aus der Drogenszenestudie Zürich 2000. Übersichtstabellen zuhanden der Kommission für Drogenfragen des Kantons Zürich, ISF, Zürich 2001 (unveröffentlicht).
- Güttinger, F.: Effektevaluation des Projekts «Gsundi Schuel» der Stadt Zürich, Basiserhebung. In: Achermann, E., et al.: *Gesunde Schule konkret. Eine Struktur für gesundheitsfördernde Schulen.* Erfahrungsbericht, Zürich 2004.
- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hg.): *Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich*, Zürich 2002.
- Institut für Suchtforschung (Hg.): *Jahresauswertung act-info-FOS, stationäre Therapie Frankental, Die Klientele 2003*, Zürich 2004.
- Kantons- und Stadtpolizei Zürich: *Entwicklung der Drogenkriminalität im Kanton Zürich 1998*, Zürich 1999.
- Kantonspolizei Zürich: *Entwicklung der Drogenkriminalität im Kanton Zürich 2002*, Zürich 2003.
- Kantonspolizei Zürich: *Entwicklung der Drogenkriminalität im Kanton Zürich 2003*, Zürich 2004.
- Laufbahnzentrum der Stadt Zürich: *Befragung von Schulabgängerinnen und Schulabgängern in der Stadt Zürich ohne Anschlusslösung im Sommer 2003*, Zürich 2003.
- Maurer, E.: *Die Drogenproblematik in Zürich aus polizeilicher und politischer Sicht*, Referat vom 26. September 2001.
- Meili, D., et al.: *Heroin- und Kokainkonsum der Zokl1-PatientInnen beim Eintritt, 1992–2000.* Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD Zürich), Zürich 2001.
- Nordt, C., et al.: *Gründe für die Beendigung von Methadonbehandlungen. Zeitliche Veränderungen und Unterschiede zwischen spezialisierten Institutionen und Privatpraxen.* In: *Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich*, Nr. 11, Zürich 2004.
- Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (Hg.): *Psychische Störungen der Klienten verschiedener niederschwelliger Einrichtungen im Raum Zürich mit einem speziellen Fokus auf gewalttätige/psychotische Auffälligkeiten aus der Sichtweise der Mitarbeiter*, Zürich 2004.
- Serdült, U.: *Politikkonvergenz am Beispiel von drogenpolitischen Massnahmen in der Stadt und im Kanton Zürich.* In: *abhängigkeiten*, Nr. 2, 1999, S. 29–40.
- Sozialdepartement der Stadt Zürich: *Zehn Jahre Ambulante Drogenhilfe 1988–1998*, Zürich 1999.
- Stadtpolizei Zürich: *Die Auflösung der offenen Drogenszene in Zürich*, Zürich 1996 (unveröffentlicht).
- Stohler, R., et al.: *Führt die Ausweitung von Methadonbehandlungen zu kürzeren Behandlungen?* In: *Forschungsgruppe Substanzstörungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich*, Nr.10, Zürich, Juli 2003.

Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich: Jahresbericht 2003, Zürich 2004.
Waldvogel, R.: Kontrollierter Drogenkonsum reduziert Risiken. Erfahrungen mit Gassenzimmern im Rahmen von Kontakt- und Anlaufstellen, Referat, Zürich 1995 (unveröffentlicht).

Allgemein

- Achermann, E., et al.: Gesunde Schule konkret. Eine Struktur für gesundheitsfördernde Schulen. Erfahrungsbericht, Zürich 2004.
- Bonfadelli, H.; Hänsl, B.: Evaluation der Präventionskampagne «Sucht beginnt im Alltag. Prävention auch», Bericht des Instituts für Publizistikwissenschaft und Medienforschung der Universität Zürich (unveröffentlicht), zitiert nach: Kommission für Drogenfragen des Kantons Zürich 2002, S. 33 f.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG): Designerdrogen (Entwurf, unveröffentlicht), Bern 2004.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG): Grundlagen für eine neue Suchtpolitik des Bundes. Materialien und Entscheidungshilfen für die Entwicklung des Massnahmenpakets Sucht 2005–2009 (Entwurf, unveröffentlicht), Bern 2003.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG): Bericht über die heroingestützte Behandlung 2002, Bern 2003.
- Bundesamt für Polizei: Bericht Innere Sicherheit der Schweiz 2002, Bern 2003.
- Bundesamt für Polizei: Schweizerische Betäubungsmittelstatistik 1992–2002, Bern 2003.
- Bundesamt für Statistik: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Standardtabellen Schweiz, CD-ROM, Neuenburg 2004.
- Dobler-Mikola, A., et al.: Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie. Eine empirische Analyse zu Therapieerfolg, Ressourcen, Barrieren und Attributionen, Zürich 2000.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): Annual Report on the State of the Drug Problem in the European Union 2003, Lissabon, 2004.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA): European Report on Drug Consumption Rooms, Lissabon 2004.
- Fahrenkrug, H., et al.: Cannabis in der Schweiz: Eine Droge auf der Schwelle zum legalen Rauschmittel. In: abhängigkeiten, Lausanne 2001.
- Gasser, K.: Kriminalpolitik oder City-Pflege? Bedeutungsstrukturen polizeilicher Strategien im öffentlichen Raum der Stadt Bern. Neue Berner Beiträge zur Soziologie, Bd. 3, Bern 2003.
- Gmel, G.; Maag, V.: Zunahme des Konsums illegaler Drogen in der Schweiz? Vergleiche der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992/93 und 1997. In: abhängigkeiten, Lausanne 1999, S. 67 f.
- Gmel, G.: Veränderungen im Alkoholkonsum zwischen 1992 und 1997 – sozialepidemiologische Analyse der ersten beiden Schweizerischen Gesundheitsbefragungen. In: abhängigkeiten, Lausanne 1999.
- Grichting, E.; Uchtenhagen, A., et al.: Stellenwert und Klientele stationärer abstinenzorientierter Therapien für Drogenabhängige in der Schweiz (Abschlussbericht der KOFOS zu den «Basisdokumentationen» 1997–2000), Zürich 2002.
- Güttlinger, F., et al.: Die Lebenssituation von Drogenabhängigen der heroingestützten Behandlung in der Schweiz – eine Sechs-Jahres-Katamnese. In: Sucht, Nr. 48 (5), S. 370–378.
- Hasler, P.: Drogentherapie in der Schweiz. In: SuchtMagazin, Nummer 6, Basel 2003.
- Killias, M., et al.: Schlussbericht zu den Auswirkungen der Verschreibung von Betäubungsmitteln auf die Delinquenz von Drogenabhängigen, Lausanne 2002.
- Kommission für Drogenfragen des Kantons Zürich: Lagebericht 2002 über den Suchtmittelbereich, Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 2003.
- Ladberg, M.; Schmid, M.; Vogt, I.: Crack in der Frankfurter Drogenszene, Ergebnisse einer Befragung in einem Frankfurter Konsumraum. In: abhängigkeiten 3, Lausanne 2003, S. 49–62.
- Longchamp, C. et al.: Pragmatismus statt Polarisierung. Die Entwicklung von Einstellungen und Verhaltensweisen zur Drogenproblematik der Schweiz in den 1990er Jahren – mit einer Analyse der Volksabstimmung über «Jugend ohne Drogen», Muri 1998.
- Maffli, E., et al.: Medikamentenmissbrauch in der Schweiz. Aktuelle Daten – Orientierung für die Praxis, Lausanne 1999.

- Macleod, J.: Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. In: *The Lancet*, 363; S. 1579, London 2004.
- Meier, C.: Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung, Zürich 2004.
- Meili, D.: Jenseits des Abstinenzparadigmas – Ziele in der Suchttherapie. In: *Suchttherapie* 5, S. 2–9, Stuttgart 2004.
- Moggi, F.: Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht, Bern 2002.
- Müller, H., et al.: Mögliche Behandlungsansätze in der stationären Drogentherapie bei PatientInnen mit Doppeldiagnose. In: *SuchtMagazin*, Nummer 6, Basel 2003.
- Narring, F., et al.: Santé et styles de vie des adolescents âgés de 16 à 20 ans en Suisse (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent study on health 2002, Lausanne 2003.
- Schaaf, S.; Uchtenhagen, A.: Berufliche Rehabilitation und Arbeitsintegration von Drogenabhängigen in der Schweiz – Angebote, Situationsbeurteilung, Empfehlungen. ISF, Zürich 2000.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA): Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen 2003, CD-ROM, Lausanne 2003.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA): Phänomen Cannabis: Konsum, Einstellungen und Politik, Lausanne 2001.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA): *Drogeninfo Cannabis*.
- Schmid, H., et al.: Trends im Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz, Lausanne 2003.
- Stohler, R.: Störungen durch Kokain und Opiate. In: *Therapeutische Umschau*, Band 60, Heft 6, Bern 2003.
- Stohler, R.: Gesundheitliche Risiken des Cannabiskonsums (Referat, unveröffentlicht), Lausanne 2003.
- Tossmann, P., et al.: The Use of Drugs within the Techno Party Scene in European Metropolitan Cities. In: *European Addiction Research* 7, 2001, S. 2–23.
- Vollenweider, F., et al.: Halluzinogene, Amphetamine und Entactogene. In: *Therapeutische Umschau*, Band 60, Heft 6, Bern 2003.
- Vuille, J.-C.: Schulklima und Gesundheit der Schüler und Schülerinnen, Bern 2001.
- Zaric, G. S., et al.: HIV Transmission and the Cost Effectiveness of Methadone Maintenance. In: *Am J Public Health*, 2000. 90: 1100–1111.
- Zobel, F.; Dubois-Arber, F.: Kurzgutachten zu Rolle und Nutzen von Anlaufstellen mit Konsumraum (ASTK) in Bezug auf die Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz. Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Lausanne 2004.