



Simbild der Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit: Gebrauchte Heroinspritzen. Foto: Getty Images

Was von den Pionieren der Drogenpolitik blieb

Methadon oder Therapie: Das sollte keine Frage der Ideologie mehr sein. Doch die alten Gräben sind noch da.

Liliane Minor

Der Text trug den Titel «Friedhofsgefühle». Erschienen im letzten November im «Magazin», geschrieben von André Seidenberg, Zürcher Drogenarzt und Pionier der Heroin- und Methadonabgabe. Darin finden sich zwei Sätze, die wie eine Bankrotterklärung der Schweizer Drogenpolitik klingen. Sie lauten:

«Noch gibt es keine wissenschaftlichen Beweise für den langfristigen Nutzen von Prävention und abstinenzorientierter Therapie. Rückfälle sind nach Entzugsbehandlungen fast zwangsläufig, und sie enden durch Überdosis nicht selten tödlich.»

Kurz zusammengefasst: Bei Drogensucht hilft nur Drogenabgabe. Sonst

nichts. Die zwei Sätze sorgten für einen Aufschrei bei jenen, die stationäre Therapien anbieten. Tenor: Unsere Leistung wird einmal mehr unter den Tisch gekehrt. Einmal mehr behaupten die Suchtmediziner, sie allein hätten das Drogenproblem gelöst.

Es sind alte, überwunden geglaubte Gräben, die André Seidenberg mit sei-



nem Text wieder sichtbar gemacht hat. Gräben, die bis heute einer Weiterentwicklung des Systems im Weg stehen.

Zynische Thesen

Augenschein im Ulmenhof in Ottenbach. Der Ulmenhof gehört zu den ältesten stationären Angeboten für Junkies in der Schweiz. Die Mittagszeit ist bald zu Ende. Im Essraum sitzen ein paar wenige Bewohnerinnen und Bewohner. Die meisten bleiben nur während der vorgeschriebenen Zeit zum Essen; gäbe es keine Regeln, sie schlängten ihre Mahlzeiten in Minuten hinunter und würden wieder verschwinden. «Gemütlich zusammensitzen und zu reden, ist für einen Grossteil unserer Klienten herausfordernd», sagt Stephan Germundson. «Die meisten von ihnen haben ausgeprägte psychosoziale Probleme.»

Germundson ist Geschäftsführer des Vereins Die Alternative, der unter anderem den Ulmenhof betreibt. Der Psychologe ist einer jener Fachleute, die auf Seidenbergs Text mit einer langen Replik reagiert haben. Er empfindet ihn als wenig hilfreich: «Es kann nicht sein, dass man sämtlichen Drogenkonsumenten von vornherein jede Hoffnung nimmt.» Sucht sei vielleicht nicht heilbar und gehe mit einer lebenslangen Gefährdung einher - doch man könne lernen, mit ihr umzugehen. Noch pointierter sagt es Roger. Er ist bald 47 und hat im Ulmenhof seine jahrelange Abhängigkeit überwunden. Zwei gescheiterte Therapien und mehrere Entzüge hat es gebraucht, bis er so weit war, wie viele es waren, weiss er nicht mehr. Aber was er weiss: «Der André Seidenberg hat seinen Beruf verfehlt. Ein Arzt gibt niemanden auf.»

Der Ulmenhof steht mitten im Dorf, ein Komplex aus mehreren Gebäuden, das älteste ist ein spitzgiebliches Wohnhaus, das einst als Anstalt für schwererziehbare Mädchen diente. Man nannte das beschönigend «Töchterheim». 1971 stellte der Kanton Zürich das leer stehende Haus zwanzig Idealisten zur Verfügung, die dort eine therapeutische Wohngemeinschaft für Drogenabhängige gründeten. Bald baute der Ulmenhof aus und spezialisierte

sich auf Eltern-Kind-Behandlungen. Neben dem alten Töchterheim entstand ein zweites Wohnhaus. Dahinter, vom übrigen Komplex etwas abgetrennt, steht ein kleineres Gebäude, das auf den ersten Blick als Kita erkennbar ist.

Das Prinzip «Heilung durch harte Arbeit» ist überholt.

Und dann ist da noch eine riesige Werkstatt. Sie steht seit kurzem leer. Einige Absaugrohre an der Wand erinnern daran, was sie früher war: die haus-eigene Schreinerei. Sie ist ein Überbleibsel, eine Erinnerung an die Anfangszeiten der Drogentherapie.

Blenden wir zurück in die späten 1960er-Jahre. Hippies propagierten eine Neuprogrammierung des Gehirns mittels psychedelischer Drogen, und Tausende probierten das aus. Doch der Preis war hoch: Statt in neuen Bewusstseinssphären landete eine rasch wachsende Zahl von Konsumenten in Sucht und Elend. Die Gesellschaft reagierte überfordert. Es gab keine etablierten Therapien, keine Erfahrungen, keine wissenschaftlichen Erkenntnisse. Weder Medizin noch Psychiatrie noch Erziehungsheime hatten Interesse an den Junkies.

Die ersten Therapieeinrichtungen bauten auf nichts als ihren Idealismus. Und das hehre Ziel der Abstinenz. Helfen sollten dabei produktive Arbeit, etwa in Werkstätten oder in der Landwirtschaft, strenge Regeln im Alltag und das Wohnen in einer familienähnlichen Gemeinschaft. Die Institutionen, die damals entstanden, hatten aus heutiger Sicht etwas Sektenhaftes an sich. Eric Vuille, Gründer der im Solothurner Jura gelegenen Therapiegemeinschaft Chratten, beschreibt das in einem Aufsatz so: «Wer sich im Chratten therapie-



ren liess, fühlte sich als Mitglied einer eingeschworenen Gemeinschaft. Um dazugehören, mussten sich die Klienten zu einem vage umschriebenen Weltbild bekennen: Wir sind anders, vielleicht sogar besser als der Rest der Welt.» Zwei bis drei Jahre dauerte eine Therapie. Eintreten durfte nur, wer einen körperlichen Entzug hinter sich hatte. Wer sich nicht an die Regeln hielt, wurde hart bestraft oder hinausgeworfen.

Dennoch hatten die Institutionen Zulauf. Es gab ja nichts anderes für Süchtige, die Behörden wiesen den Therapieeinrichtungen die Klienten praktisch im Dutzend zu - die Kosten trugen sie ohne grosse Diskussionen. Zeitweise sammelte man die Abhängigen regelrecht in der Szene ein und verteilte sie nach einem Zwangsentzug auf die Institutionen. Bis Anfang der 1990er-Jahre entstanden Dutzende Therapiestationen, die alle ähnlich funktionierten. Manchen halfen die Behandlungen, vielen nicht. Derweil wuchs die Zahl der Süchtigen dramatisch. Bis in Zürich das entstand, was sich tief ins kollektive Gedächtnis eingegraben hat: der Platzspitz, die grösste offene Drogenszene, die je irgendwo existierte. Die Zahl der Drogentoten stieg in nie da gewesene Höhen. Und dann kam Aids. Die Stadt schloss den Platzspitz - worauf die Szene an den Letten zog, wo das Elend noch grösser war.

Tödliche Therapie?

In jenen Jahren traten die Mediziner auf den Plan. Leute wie André Seidenberg. Sie brachten einen wissenschaftlichen Blick mit. Den Medizinerinnen fiel schnell auf, dass gerade jene Konsumenten ein hohes Risiko hatten, an den Drogen zu sterben, die eine cleane Phase in einer Therapie hinter sich hatten. Ihr Körper vertrug nach der Abstinenz nicht mehr so viel Stoff wie zuvor. Die Folge: tödliche Überdosierungen. Und weil sich auch belegen liess, dass neun von zehn Abhängigen während oder nach einer Therapie rückfällig wurden, lag der zugespitzte Schluss nahe: Therapie tötet.

Die Ärzte begannen Sucht als chronische Krankheit zu begreifen, der sie mit geeigneten Medikamenten begegnen konnten, sprich: mit der Droge selbst oder einem Ersatzprodukt. Es ist das grosse Verdienst von Medizinerinnen wie Seidenberg, dass sie sich gegen alle Widerstände für die Methadonabgabe einsetzten - denn das Konzept hatte einen durchschlagenden Erfolg. Sterblichkeit und Kriminalität sanken rasch massiv. 1996 wurde die Methadonbehandlung im Kanton Zürich legalisiert.

Zu haben war dieser Erfolg nur um den Preis einer klaren und dezidierten Abgrenzung gegenüber jenen, die am Anspruch auf Abstinenz festhielten. Das richtete sich gegen konservative politische Kräfte, aber natürlich auch gegen die stationären, abstinenzorientierten Therapien. Die Stationären hatten den Statistiken der Ärzte wenig entgegenzusetzen. Zwar ist es wissenschaftlich belegt, dass stationäre Therapien die Lebensqualität und das Konsumverhalten der Betroffenen verbessern können. Doch die Studien wurden damals kaum beachtet. Auf der Seite der Stationären standen «nur» Sozialarbeiter und Psychologen, die ihre Kompetenz und ihre Erfahrung zu bieten hatten - und diese Erfahrung zeigte ihnen, dass doch etliche Konsumenten nach einer Therapie mit den Drogen abschliessen. Susanne Schaaf, Forschungsleiterin am Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, sagt es so: «Es gab eine grundsätzliche Diskrepanz bezüglich des Status. Viele Mediziner nahmen die Sozialarbeiter und Psychologen mit ihrer Kompetenz und Erfahrung nicht ernst.» Und das, sagt Schaaf, sei teilweise bis heute spürbar.

Das Ende der Abstinenz

Doch es ging nicht nur um Ideologie, Deutungshoheit und Status. Es ging und geht bis heute auch um Geld. Kaum etablierte sich die ambulante Methadon- und Drogenabgabe, verloren die langwierigen und teuren stationären Therapien massiv an Attraktivität - sowohl bei den Klienten als auch bei den Behörden. Fast die Hälfte der einst etwa achtzig Institutionen ging ein. Wer sein Konzept nicht anpasste, verschwand. Und Anpassung, das hiess für viele eine Abkehr

vom Dogma der Abstinenz.

Zurück zum Ulmenhof. Er ist längst nicht mehr die therapeutische Kommune von damals. Wer heute hier eintritt, muss nicht mehr drogenfrei sein. Zwei Drittel der Klienten sind, wie es in der Fachsprache heisst, substituiert. Statt der Gassendroge erhalten sie ein Medikament vom Arzt. Die meisten Bewohner sind arbeitslos, viele haben keine abgeschlossene Schulbildung, die meisten sind psychisch angeschlagen. Die Sucht ist nur eine Baustelle in ihrem Leben, und manchmal nicht einmal die schlimmste.

«Unsere Klienten sind heute in einem schlechteren Zustand als jene vor zwanzig Jahren», sagt Stephan Germundson. Nicht unbedingt körperlich, aber was die Ressourcen angeht. Der typische Klient in den 1970er- bis 1990er-Jahren war relativ gebildet, er konsumierte, um ein neues Lebensmodell auszuprobieren. Der typische Klient heute versucht, mithilfe der Drogen sein Scheitern zu übertünchen oder psychische Probleme zu lindern.

Der Traum von der Drogenfreiheit und einem bürgerlichen Leben aber ist bei den heutigen Klienten ausgeprägter als vor zwanzig Jahren, sagt Germundson: «Eine gute Loge, eine gute Beziehung und ein guter Job, das ist es, was sie wollen.» Doch realistisch ist das in den wenigsten Fällen. Deshalb versuche man in der Therapie, den Betroffenen zu helfen, ihre Sucht und ihren Traum, so gut es geht, in Einklang zu bringen. Jeder Klient hat einen eigenen Wochenplan; die Therapie ist kein fixes, rigides Programm, das jeder durchlaufen muss, sondern auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt. Themen sind nicht die Sucht, sondern auch Gesundheit, Arbeit, Bildung und Freizeitgestaltung. Kurz gesagt: alles, was es für ein selbstbestimmtes Leben braucht. Arbeitstraining hat zwar noch eine gewisse Berechtigung, aber das Prinzip «Heilung durch körperliche Arbeit» ist überholt. «Dass unsere Klienten süchtig eintreten und geheilt wieder austreten, das ist ein sehr rückständiges Bild», sagt Germundson. «Ziel ist es, den Ausstieg aus einem hochgradig suchtbestimmten Leben zu schaffen. Sie sollen lernen, selbst zu ent-



scheiden, wie sie ihr Leben führen - und ob, wie und welche psychoaktiven Substanzen sie konsumieren.»

Die Frage ist: Hat der Mensch das Recht, sich selbst zu schädigen?

Ist das nicht genau das, was André Seidenberg und seine Mitstreiter damals forderten, als sie 1991 die Arbeitsgemeinschaft für einen risikoarmen Umgang mit Drogen, kurz Arud, gründeten? Fusst die Methadon- und Heroinabgabe nicht auch darauf?

Neben- statt miteinander

André Seidenberg will zu seinem Text keine Fragen mehr beantworten. Er habe dem, was er geschrieben habe, nichts beizufügen. Man solle sich an Thilo Beck wenden.

Die Arud existiert bis heute, sie betreibt unter anderem das Zentrum für Suchtmedizin in Zürich. Beck ist Chefarzt des Zentrums, in dem 2000 Suchtkranke Medikamente und ambulante Behandlungen erhalten. Seidenbergs Thesen hält er für «ein altes Thema von damals». Die ambulante Suchtmedizin und die stationären Angebote sind aus seiner Sicht keine Konkurrenz, sondern eine Ergänzung. Oder: sollten es sein. Denn die Gräben von damals, sie sind noch nicht zugeschüttet. 22 Jahre ist es her, dass die Zürcher Stimmbürger Ja sagten zur Methadonabgabe. 12 Jahre später bekannte sich das Schweizervolk mit fast 70 Prozent Ja zur Heroinabgabe. Doch was anfangs als Einstieg zum Ausstieg gedacht war, das ist für Tausende Konsumenten zu einem Lebensmodell geworden: Sie erhalten seit Jahren Stoff vom Arzt, ohne dass sich an ihrer Situation etwas ändern würde, ohne dass sie je den Versuch eines Ausstiegs unternehmen würden. Manchmal sind es gar die Ärzte, die davon abraten - André Seidenberg etwa hält einen Methadonabbau für einen ärztlichen Kunstfehler.

Das hat auch damit zu tun, dass die

ambulante Drogenhilfe und die stationären Therapien nach wie vor vielerorts nebeneinander her statt zusammenarbeiten. «Es müssten fließende Übergänge zwischen ambulanten und möglichst flexiblen stationären Angeboten möglich sein», sagt Thilo Beck - eine Forderung, der sich Stephan Germundson anschliesst. Die Arud und der Verein Die Alternative wollen das ändern: Sie haben auf den Sommer hin eine enge Kooperation beschlossen. Das hat Pioniercharakter. Die alten Ideologien blockieren auch eine Anpassung und Weiterentwicklung der Drogenpolitik. «Wir sind im Denken in den späten 1990er-Jahren stehen geblieben», sagt Thilo Beck. «Den pragmatischen Ansatz, den Menschen dort zu helfen, wo sie stehen, entwickeln wir nicht mehr weiter.» So gibt der Staat beispielsweise nur Opiatabhängigen Ersatzpräparate oder gar die Droge selbst; eine Abgabe von Rauschmitteln wie Alkohol, Cannabis oder Kokain gibt es bis heute nicht. Stephan Germundson findet das zumindest diskutabel: «Von jeher betäuben und berauschen sich Menschen», sagt er, «deshalb ist es zentral, ihnen Konsum- und Rauschkompetenz zu vermitteln. Die Fähigkeit zur Abstinenz ist natürlich eine Facette davon.»

Doch die politische Tendenz geht in eine andere Richtung. Das zeigt sich auch daran, dass sich die öffentliche Hand immer mehr aus der Finanzierung von Drogenangeboten zurückzieht. In vielen Kantonen bewilligen Gemeinden aus Kostengründen nur noch äusserst zurückhaltend stationäre Therapien - selbst wenn die Indikation klar ist. Die Institutionen aber verlieren sich im Versuch, ihre eigene finanzielle Basis zu erhalten, statt eine gemeinsame Position zu formulieren.

Letztlich, sagt Thilo Beck, müsse die Politik die Frage beantworten: «Hat der Mensch das Recht, sich zu schädigen? Und kann man ihn dafür finanziell belangen - selbst wenn die Ursache für die Selbstschädigung in Umständen zu suchen ist, die der Mensch nicht beeinflussen kann, etwa einer psychischen Krankheit?» Die Antwort gibt Beck selbst: «Ich finde das in höchstem Mass

zynisch.»

Roger hat den Ulmenhof inzwischen verlassen. Er ist dankbar für die Chance und die Zeit, die er dort erhalten hat. «Das darf man doch nicht einfach kaputtmachen», findet er. Auch er hat jahrelang ein Ersatzpräparat erhalten, und das sei gut so gewesen: «Aber irgendwann macht es Klick, und du willst nur noch aussteigen. Genau dann braucht es unbedingt stationäre Therapien. Ambulant funktioniert das bei einem wie mir nicht: zu wenig Kontrolle.» Dann lächelt er. Er hat ein gutes Gefühl für seine Zukunft: «Ich habe das mit der Sucht endgültig gesehen.»

In Zahlen

24 500

Menschen sind **in Behandlung**, weil sie an einer Drogensucht erkrankt sind. Hauptproblem sind nach wie vor Opiode, spricht Heroin. 17 000 Betroffene erhalten ein Ersatzmedikament, knapp 1400 bekommen Heroin.

715

Personen absolvierten im Jahr 2014 eine **stationäre Therapie** wegen Drogenabhängigkeit. 556 liessen sich wegen Alkoholsucht stationär behandeln.

50%

der Klienten in stationären Therapien haben neben der Sucht **eine psychische Störung** - Tendenz steigend. Am häufigsten tritt Sucht gemeinsam mit einer Angststörung auf. Nicht immer ist klar, ob die Störung die Sucht auslöst oder umgekehrt.



Unvorstellbares Elend: Junkies am Bahnhof Letten im August 1994. Foto: Pascal Le Segretain (Getty Images)