

«Eine schnelle Lösung für die Crack-Krise wird es nicht geben»

Der Suchtexperte Philip Bruggmann sieht Parallelen zur Drogenmisere in den neunziger Jahren, wie er im Gespräch mit Nina Belz sagt. Das gibt ihm Zuversicht

Herr Bruggmann, den dritten Sommer in Folge spitzt sich die Crack-Problematik in Zürich derart zu, dass sich die Stadt gezwungen sieht, an vier Brennpunkten Massnahmen zu ergreifen. Überrascht Sie das?

Nein, im Sommer gibt es mehr Leute, die im öffentlichen Raum konsumieren. Manche kommen dafür extra in die Stadt, man kann auch einfacher draussen übernachten. Und ich schätze, dass es inzwischen mehr Konsumenten gibt.

Merken Sie in der Arud, dem grössten suchtmedizinischen Ambulatorium der Schweiz, etwas davon?

Nicht in dem Masse, wie man das vielleicht erwarten würde. Wir sehen die Zunahme des Crack-Konsums bei unseren langjährigen Patientinnen und Patienten. Sie geraten durch Crack und weil sie wieder mehr auf der Gasse sind, in einen Abwärtsstrudel mit gesundheitlichen Problemen. Aber wir sehen relativ wenige Leute, die wegen Crack neu zu uns in Behandlung kommen.

Woran liegt das?

Das ist schwierig zu sagen. Konsumierende, die sich neu in der Szene bewegen, kennen die Angebote noch nicht – und finden den Weg in die Arud noch nicht. Vermutlich fehlt es auch an Aufklärung, vor allem bei den Jüngeren. Ausschlaggebend ist aber auch, dass es keine spezifische Therapie gibt, wie wir das bei den Opiaten haben.

Was können Sie jemandem anbieten, der von Crack wegkommen will?

Man kann mit Stimulanzien arbeiten, mit Amphetaminpräparaten zum Beispiel. In den Studien zeigen sie zwar mässige Wirksamkeit, aber bei einzelnen Personen kann es helfen. Weiter geht es darum, die psychischen Erkrankungen zu behandeln, die oft in Zusammenhang mit einem Abhängigkeitsleiden auftreten: ADHS, Angst- oder Panikstörungen zum Beispiel.

Und was ist mit einem Mittel, das auf die Wirkung von Crack wirkt?

Man wird nie ein Medikament finden, das die Situation bei einer Crack-abhängigen Person so stabilisiert wie Methadon, Heroin oder Morphin bei einer Opioidabhängigkeit. Es sind zwei völlig unterschiedliche Substanzklassen mit komplett anderer Wirkungsweise: Bei Opioiden wird bei einer gewissen Dosis eine Sättigung erreicht, bei Crack-Kokain meist nicht. Die Wirkmechanismen im Hirn und die Ursachen des wiederholten Konsums unterscheiden sich grundlegend. Das ständige Verlangen nach dem nächsten Kick ist bei dem aufputschenden Crack unvergleichlich stark.

Wenn Sie von «neuen» Konsumenten sprechen: Ist Crack eine Einstiegsdroge? Kaum. Crack ist Kokain, das mit Backpulver verarbeitet und geraucht wird. Wenn jemand mit Kokain anfängt, dann schnupft er. Ein Teil der Konsumierenden braucht irgendwann einen schnellen, intensiveren Kick, dann geht es zu Crack. Auch für Menschen mit multiplen Abhängigkeiten bedeutet Crack einen Zusatzkick. Gerauchtes Kokain ist in der Drogenszene schon lange präsent, als Freebase. Aber weil Crack so günstig und einfach erhältlich ist, ist die Hürde, es einfach einmal auszuprobieren, heute tief – und das Abhängigkeitsrisiko hoch.

Welche Möglichkeiten sehen Sie in der Zukunft?

Eine ärztliche Kokainverschreibung hat das Potenzial, eine gewisse Stabilisierung der Konsumierenden zu bewirken, so dass sie zum Beispiel regelmässiger schlafen und essen. Das sind vor allem psychosoziale Effekte, ein kontrollierter



«Im Sommer gibt es mehr Leute, die im öffentlichen Raum konsumieren», sagt Philip Bruggmann.

DOMINIC NAHR / NZZ

Konsum zur Schadensminderung. Man wird nicht verhindern können, dass die Menschen immer wieder das Verlangen nach dem Kick haben, den Crack gibt. Das muss über Psychotherapie behandelt werden, also indem man die auslösenden Faktoren therapeutisch angeht. Am besten hat sich die Arbeit mit Belohnungen bewährt.

Zum Beispiel?

Da geht es um Materielles wie Gutscheine für Essen oder Geld bei Verzicht auf Konsum. In der Schweiz ist das nicht verbreitet, aber Studien zeigen, dass dieser Ansatz die höchsten Erfolgsraten hat. Wir arbeiten in der Arud vor allem mit verhaltenstherapeutischen Massnahmen: die Menschen dazu zu bringen, wieder an anderen Dingen Freude zu finden, oder ihnen Wege zu zeigen, wie sie mit triggernden Situationen umgehen können. Das sind aber langwierige Prozesse, die Monate oder Jahre dauern, in denen man immer wieder gefährdet sein kann.

Genf hat kürzlich die kontrollierte Kokainabgabe gestartet. Dort können Crack-Konsumenten im geschützten Rahmen Kokain rauchen. Was halten Sie davon?

Es ist dringend nötig, dass man schaut, welche Effekte man damit erreichen kann. Es wird vorerst eine kleine Gruppe sein, die in die Studie eingeschlossen werden kann. Aber es muss sich etwas bewegen. Wir brauchen auf der therapeutischen Ebene mehr Instrumente, vor allem solche, die unmittelbar wirken. Und das erreichen wir nur über wissenschaftlich evaluierte Ansätze.

Bei der Kokainabgabe konsumieren die Süchtigen aber genau gleich weiter. Welche Wirkung versprechen Sie sich konkret?

Den Haupteffekt verspreche ich mir von der Schaffung von Strukturen im Leben der Betroffenen. Bei der Abgabe kommt es zu Interaktionen mit einem Betreuungsteam, vielleicht kann man die Leute motivieren, an therapeutischen Gesprächen teilzunehmen. Und vielleicht lassen sich sehr elementare Dinge wieder einfädeln: dass diese Menschen wieder regelmässiger schlafen und essen. Das sind nämlich mitunter Gründe dafür, dass Crack-Konsu-



Philip Bruggmann
Internist und Mitglied
der Geschäftsleitung
bei Arud

«Ich glaube, wir werden es schaffen, den Betroffenen so zu helfen, dass der Konsum wieder aus dem öffentlichen Raum verschwindet.»

Experte für Suchterkrankungen

nbe. · Philip Bruggmann arbeitet seit 23 Jahren im Arud-Zentrum für Suchtmedizin und ist Mitglied der Geschäftsleitung. Als Internist hat der 55-Jährige sich unter anderem auf Abhängigkeits-erkrankungen spezialisiert. Die Arud wurde 1991 von privaten Akteuren – vorwiegend Ärztinnen und Ärzten – als Antwort auf den rein repressiven Umgang mit der offenen Drogenszene in Zürich gegründet. Ihr Ziel war, mit medizinischen Massnahmen der Verelendung der Konsumentinnen und Konsumenten entgegenzuwirken. Die kontrollierte Heroinabgabe wurde hier massgeblich entwickelt. Daraus ist die grösste derartige Einrichtung in der Schweiz entstanden. Die Arud ist heute ein interdisziplinäres medizinisches Zentrum für jegliche Form von Suchtproblemen. Derzeit werden dort rund 5500 Patientinnen und Patienten ambulant betreut. Wie Bruggmann betont, stammen sie aus allen Gesellschaftsschichten. Alkoholabhängigkeit macht derzeit zahlenmässig die meisten Neueintritte aus.

menten im öffentlichen Raum aggressiv auffallen. Zudem nimmt die kontrollierte Abgabe den Substanzen die Gefahr: Sie enthalten keine Streckmittel und sind damit weniger schädlich.

Ein Weg zum Ausstieg ist das nicht.

Nein, ich erwarte in erster Linie schadensmindernde Effekte. Gelingen weitere therapeutische Schritte, kann auch eine Konsumreduktion oder längerfristig eine Abstinenz daraus resultieren. Dies darf aber nicht als unmittelbarer Effekt erwartet werden. Eine Einschränkung wird wohl sein, dass die Abgabe von Kokain, das nur kurz wirksam ist, nicht rund um die Uhr erfolgen kann.

André Seidenberg, einer der Pioniere der kontrollierten Opioidabgabe, bezeichnet das Genfer Experiment als «eine Art Menschenversuch». Was antworten Sie ihm?

Ich nehme André Seidenbergs Bedenken ernst; er hat in der Schweizer Drogenpolitik Verdienste, die ich ihm sehr hoch anrechne. Aber der Begriff trifft nicht zu: Die Genfer Studie ist bewilligt, ethisch geprüft, ärztlich begleitet und wird ausgewertet. Ein Menschenversuch ohne Kontrolle findet dort statt, wo Menschen heute Crack aus unbekannten Quellen rauchen. Was mich stört, ist nicht die Kritik, sondern der Weg: Eine Anzeige gegen Fachkollegen ersetzt keine wissenschaftliche Auseinandersetzung – sie verhindert sie.

Zürich hat in den neunziger Jahren das Problem der offenen Drogenszene in den Griff bekommen, indem das Vier-Säulen-Modell entwickelt wurde. Sehen Sie Parallelen zur Situation heute?

Einige. Man kannte schon in den siebziger, achtziger Jahren Methadon als mögliches Substitut für Heroin, aber die rechtliche Grundlage für die Verschreibung gab es noch nicht. Diese Situation war mitunter ein Grund für die Gründung der Arud: Damals haben sich Ärzte und Ärztinnen zusammengetan, um Rechtssicherheit für eine kontrollierte Abgabe zu bekommen. Bei der Einführung der Heroinverschreibung Anfang der neunziger Jahre fing man – wie heute – mit ganz kleinen Gruppen von Konsumierenden an, unter wissen-

schaftlicher Begleitung. Es hat Jahre gedauert, bis die Programme der heroingestützten Behandlung standen. Und wie heute bewegte sich erst etwas, als Druck aus der Bevölkerung kam.

Warum hat man es so weit kommen lassen?

Der Drogenkonsum war während fast dreier Jahrzehnte aus dem öffentlichen Raum verschwunden. Jetzt ist er wieder da, und er stört. Der Druck hilft, dass sich Dinge bewegen: zum Beispiel mit dieser Kokainabgabe in Genf oder auch dem Ausbau der Kontakt- und Anlaufstellen, wie es die Stadt Zürich nun vorsieht. Man muss nun wieder wissenschaftlich begleitet herausfinden, was am besten funktioniert.

Es gibt auch Leute, die sagen, es entstehe gerade ein neuer Platzspitz.

Das ist polemisch. Das Ausmass der Szene und des Elends ist nicht vergleichbar. Natürlich ist immer die Angst da, dass dies nur der Anfang ist und noch schlimmer wird. Aber ich glaube, wir sind heute an einem anderen Punkt als in den neunziger Jahren. Es gibt ein solides Angebot an schadensmindernden Massnahmen, deren Wirksamkeit man kennt. Und man kennt Crack-Kokain als Droge. Es geht nun auch um die Dezentralisierung.

Sie meinen damit, die Sogwirkung Zürichs zu verringern?

Ja, man hat die schadensmindernden Angebote bislang den grossen Städten überlassen, aber das funktioniert offensichtlich nicht mehr. Es gibt ja inzwischen auch Szenen in vielen mittleren und kleineren Städten. Mindestens mittelgrosse Städte brauchen eigene Konsumräume und eigene suchtmedizinische Angebote.

Gab es denn dezentrale Angebote in den neunziger Jahren?

Nein. Als ich vor 23 Jahren in der Arud anfang, gab es noch diese Rückführungszentren. Man hat die Leute inhaftiert und in ihre Wohngemeinde zurückgebracht. Aber sie waren zum Teil am selben Tag wieder in Zürich. Das Thema ist schon lange da, nun nimmt der Druck zu. St. Gallen ist jetzt dabei, einen Konsumraum aufzubauen. In Chur, wo man seit Jahren mit einer offenen Drogenszene kämpft, ist der politische Widerstand erst jüngst gebrochen.

Crack ist ein europaweites Problem. Kennen Sie ein Land, von dem die Schweiz lernen kann?

Mir ist nichts bekannt. Der Versuch, den Genf jetzt wagt, wäre in Deutschland oder Frankreich undenkbar. Ich glaube, wir haben gute politische Voraussetzungen, um wieder innovativ zu sein – das müssen wir dringend werden. Wir haben uns zu lange auf Ruhm und Ehre nach der Bewältigung der Heroinkrise in den neunziger Jahren ausgeruht.

Die Krise ist bewältigt, aber sind die Süchtigen von damals clean?

Ein kompletter Ausstieg ist selten. Viele Leute, die auf dem Platzspitz oder am Letten heroinabhängig wurden und noch leben, sind bei uns oder in anderen Zentren in Behandlung. Etliche von ihnen haben sich Schritt für Schritt vom Konsum entfernt und den Wiedereinstieg ins berufliche Leben geschafft. Das muss unser Ziel sein für die gegenwärtige Krise mit Kokain.

Sind Sie zuversichtlich, dass die Schweiz die Crack-Krise in den Griff bekommt?

Ja, ich glaube, wir werden es schaffen, den Betroffenen so zu helfen, dass der Konsum wieder aus dem öffentlichen Raum verschwindet. Aber es wird Zeit brauchen, eine schnelle Lösung der Crack-Krise gibt es nicht.