FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,
Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:
Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen
Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb
Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund
Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems
Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Rorschach
Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen
(Prof. Dr. phil. Johanna Sieper † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen)

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik, Kulturarbeit und Öko-care

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 33/2026

Die Suchtgeschichte der Schweiz erzählt anhand des Brennpunktes Zürich aus der Perspektive der Integrativen Therapie

Maxine de Ven, Schweiz *

---

* Aus der „**Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie**“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller, MSc.* mail-to: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch, EAG-Weiterbildung ‚*Integrative Psychotherapie*‘. Betreuerin/Gutachter: *Ulrike Mathias, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.*

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

2. Historischer und gesellschaftlicher Kontext der Sucht in der Schweiz

2.1 Die wichtigsten Suchtformen und deren gesellschaftliche Wahrnehmung

2.1.1 Alkohol

2.1.2 Cannabis

2.1.3 Kokain

2.1.4 Heroin

2.2 Die Entwicklung und Wahrnehmung der Sucht in der Schweiz

2.2.1 Autonomes Jugendzentrum Zürich (AJZ)

2.2.2 Offene Drogenszene Zürich

3. Suchtpolitik und -behandlung in der Schweiz

3.1 Die Entstehung von Suchtpolitik und -gesetzgebung

3.1.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen - Das Betäubungsmittelgesetz und weitere gesetzliche Bestimmungen und deren Auswirkungen mit Bedeutung für den Raum Zürich

3.1.2 Politische Debatten und gesellschaftliche Herausforderungen der Suchtpolitik

3.2 Opioid-Agonisten Therapie

3.3 Vier-Säulen-Modell

3.4 Institutionen und Netzwerke der Suchtprävention und -hilfe in Zürich

3.4.1 «Fixerstübli», Kontakt- und Anlaufstellen (K+A) und Notschlafstellen

3.4.2 Psychosoziale Hilfsangebote und Beratungsnetzwerke

3.4.3 Ambulatorien, Kliniken und Suchtfachstellen

3.4.4 Suchtpräventionsstelle

3.4.5 Informationsstellen

4. Konzepte und Standpunkte der Integrativen Therapie und ihre Relevanz für

die Suchtbehandlung und -politik

4.1 Parallelen des biopsychosozioökologischen Modells und des Menschenbildes der Integrativen Therapie in der Suchtpolitik und -behandlung

4.1.1 Wo sich das biopsychosozioökologische Modell in der Suchtpolitik widerspiegelt

4.1.2 Das Menschenbild

4.2 Die Vier Wege der Heilung und Förderung

4.3 Die Rolle der Kulturarbeit in der Suchtbehandlung

5. Aktuelle Lage in der Schweizer Drogenszene und -politik und Ausblick

6. Eigene Erfahrungen in der Behandlung von suchterkrankten Menschen

7. Fazit

8. Zusammenfassung/Summary

9. Literatur

1. Einleitung

Die offene Drogenszene am «Letten» in Zürich wurde im Februar 1995 geräumt und geschlossen. Nicht einmal ein Monat später kam ich zur Welt. Die offene Drogenszene in Zürich war mir lange kein Begriff und hatte auch keine Auswirkungen auf meinen Alltag. Dies war für die Bevölkerung während den späten 80er bis in die 90er Jahre ganz anders. Vor allem die Stadtbewohner*innen sahen das Elend am «Platzspitz» oder später am «Letten» oder endeten zum Teil auch selbst dort. Erst als meine Eltern mir von den Platzspitzzeiten berichteten und ich das Buch «Wir Kinder vom Bahnhof Zoo» gelesen habe, konnte ich mir im Ansatz eine vage Vorstellung der offenen Drogenszene verschaffen. Bis zu meiner ersten Arbeitsstelle in der Klinik hatte ich, zumindest vermeintlich, keine Berührungspunkte mit sogenannten «Süchtlern» oder ihrer Lebenswelt. Seither erfasste mich eine Neugier für die Diagnose Suchterkrankung, die Menschen, die dahinterstehen, ihre Lebensgeschichten, das Politikum, dass sich um die Handhabung von Suchtmitteln und die Behandlung von Suchterkrankten dreht sowie die gesellschaftliche Wahrnehmung und Normen von Substanzkonsum.

2. Historischer und gesellschaftlicher Kontext der Sucht in der Schweiz

Die Sucht wird in den folgenden Kapiteln aus verschiedenen Aspekten beleuchtet um ihre Formen, Hintergründe und Relevanz besser verstehen und einordnen zu können. Neben einigen substanzgebundenen Suchtformen werden auch die soziologischen Aspekte der Sucht in der Bevölkerung aufgezeigt.

2.1 Die wichtigsten Suchtformen und deren gesellschaftliche Wahrnehmung

In den folgenden Kapiteln werden verschiedene Substanzen beschrieben, die als psychoaktiv gelten. Die Weltgesundheitsorganisation definiert psychoaktive Substanzen als Substanzen, die nach der Einnahme eine Veränderung des Geistes insbesondere des Bewusstseins, der Wahrnehmung, der Stimmungslage oder im Verhalten herbeiführen. Hierbei sind legale, wie auch illegale Substanzen inkludiert (World Health Organisation, 2024).

In der folgenden Auslegung der Substanzen, wird nicht auf alle psychoaktiven Substanzen Rücksicht genommen. Es werden die gängig bekannten und für Historie dieser Arbeit relevanten Substanzen Alkohol, Cannabis, Kokain und Opioide beschrieben. Es wird bewusst darauf verzichtet auf Substanzen wie Amphetamine, Benzodiazepine und weitere Substanzen, als auch auf Verhaltenssüchte einzugehen.

2.1.1 Alkohol

Laut dem Bundesamt für Statistik Schweiz (2022) konsumieren im Jahr 2022 87% der Männer über 15 Jahren und 79% der Frauen über 15 Jahren Alkohol. Bei den Männern trinken davon 12,4% täglich, 4,4% haben einen chronisch riskanten Konsum und 18,9% trinken sich mindestens einmal im Monat einen Rausch an. Bei den Frauen sind es 4,9% täglicher Konsum, 3,4% chronisch riskanter Konsum und 10,7% episodischer Rauschkonsum.

Alkohol ist eine der ältesten psychoaktiven Substanzen. Während dem 16. Jahrhundert galt der Konsum von Alkohol hygienischer als der von kontaminiertem Wasser (*Hausmann*, 2024). Durch die Industrialisierung im 19. Jahrhundert wurde massenhaften Schnaps produziert und als günstiger Nahrungsersatz vermarktet. Es folgten Anti-Alkohol-Bewegungen, die sich aus den prekären Folgen des erhöhten Konsums in der Gesellschaft bildeten. Es entwickelten sich verschiedene Haltungen innerhalb der Anti-Alkoholszenen. Einige plädierten für eine absolute Abstinenz,

andere für einen mässigen Alkoholkonsum. Einige, oftmals jene mit religiösem Hintergrund, waren der Meinung, dass bei Alkoholismus eine Charakterschwäche vorliege, andere stützten sich auf die medizinischen und sozialen wissenschaftlichen Befunde, dass Alkoholismus eine Erkrankung sei (*Bänziger, Herzig, Koller, Savary & Zobel*, 2022, S.17).

Alkohol hat meist eine entspannende, enthemmende und berauschende Wirkung. Ein übermässiger Konsum bringt unter anderem gesundheitliche Probleme wie Lebererkrankungen, Herz-Kreislauf-Störungen und psychischen Störungen mit sich (Bundesamt für Gesundheit, 2024a).

2.1.2 Cannabis

Cannabis ist in der Schweiz, die am häufigsten konsumierte, illegale Substanz. Im Jahr 2022 gaben knapp 8 % der Schweizer*innen zwischen 15 und 64 Jahren an, Cannabis konsumiert zu haben. THC (Delta-9-Tetrahydrocannabinol) ist einer der bekanntesten Cannabinoide, die eine psychoaktive Wirkung haben (Bundesamt für Statistik, 2024a).

Wie die meisten Substanzen, hat Cannabis unterschiedliche Auswirkungen auf unterschiedliche Personen. Oftmals verstärkt es die vorherrschenden Gefühle zum Zeitpunkt des Konsums. Häufige beschriebene Wirkungen sind Entspannung, eine Veränderung des Zeitempfindens und eine reduzierte Merkfähigkeit und Konzentration. Cannabis wird oftmals in einem Gemisch mit Tabak geraucht, es kann aber auch gegessen werden (CONTACT Nightlife, o.D.a, Sucht Schweiz, o.D.a).

In den 1990er Jahren, begann die öffentliche Wahrnehmung, dass Cannabis weniger gefährlich im Vergleich zu anderen Drogen sei, zu wachsen. Dennoch blieb der Konsum illegal, und es wurden weiterhin strafrechtliche Massnahmen ergriffen. Das heutige Gesetzt in der Schweiz hat sich so weit gelockert, dass der Besitz von kleinen Mengen (unter zehn Gramm) für den Eigengebrauch nicht strafbar ist und es Pilotprojekte zu kontrollierten Abgaben wie beispielsweise «Züri Can» in der Stadt Zürich gibt (Sucht Schweiz,a.; Stadt Zürich, o.D.j).

2.1.3 Kokain

Kokain gilt, nach Cannabis, in der Schweiz als eine der am häufigsten konsumierten illegalen Drogen. Laut dem Bundesamt für Statistik (2024b) haben 6 % der Personen in der Schweiz zwischen der Altersspanne von 15 bis 64 Jahre (Stand

2022) mindestens einmal in ihrem Leben Kokain konsumiert. Im Vergleich zu den vorgängigen Jahren sind dies jeweils mehr. Frank Zobel, Direktor der Organisation Sucht Schweiz, berichtet in einem Interview gegenüber der Swissinfo (*Eugster*,2018), dass die Verfügbarkeit und Reinheit von Kokain in der Schweiz sehr hoch seien. Was unter anderem dazu geführt habe, dass Heroin als gängige illegale, «harte» Droge abgelöst wurde. Durch den erhöhten Reinheitsgrad von ca. 70-80%, ist auch das Risiko für Herz-Kreislaufstörungen deutlich gestiegen. In einer Studie des Jahres 2024, gehören Schweizer Städte, allen voran Zürich, zu den europäischen Städten mit den höchsten täglichen Durchschnittswerten von Kokainmengen im Abwasser (European Union Drugs Agency, 2025).

Die Konsumarten von Kokain reichen von nasalem, über inhalativen bis hin zum intravenösen Konsum. Die Kokainkonsument*innen scheinen sich, in der Wahrnehmung der Gesellschaft, in zwei Bereiche zu teilen: Die Partyszene, worunter auch das Unterhaltungs- und Sexgewerbe zählen, die die euphorisierende und erregende Wirkung des Kokains schätzten und die Leistungsgesellschaft, die von der Leistungs- Und Konzentrationssteigerung profitieren (Bänziger, et al., 2022, S.125; CONTACT Nightlife, o.D.b; Sucht Schweiz, o.D.c,d).

Im Kontext der aktuellen Schweizer Drogenszene sind zwei Konsumformen von Kokain besonders populär geworden: Crack und Freebase. Für Crack wird Kokain mit Natron und beim Freebasen, Kokain mit Ammoniak zusammen aufgekocht und der Rauch wird inhaliert. Beides verursacht einen intensiven kurzweiligen Rausch (Sucht Schweiz, o.D.c,d; *Wickart*, 2025).

2.1.4 Heroin

Die aus Schlafmohn gewonnenen Opiate (natürliche Opioide) werden oftmals weiterverarbeitet und zum Beispiel zu Diacetylmorphin, auch als Heroin bekannt, verarbeitet. Neben dem morphinbasierten Heroin gibt es ebenfalls Opioide, auf die im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingegangen werden, da der Fokus der damaligen offenen Drogenszene in der Schweiz vor allem auf Heroin lag (Sucht Schweiz, o.D.e).

Laut dem Bundesamt für Statistik haben 0.8% der Personen in der Schweiz zwischen der Altersspanne von 15 bis 64 Jahre (Stand 2022) mindestens einmal in ihrem Leben Heroin konsumiert. Diese Zahl scheint in den Jahren zwischen 2002 2022 relativ stabil geblieben zu sein (2024b).

Opioide, insbesondere Heroin, waren in der Schweiz in den 1990er Jahren ein zentrales Thema der Drogenpolitik. Die Schweiz zählte in zwischen 1925 und 1929 mit den Pharmaunternehmen Sandoz und Hoffmann-La Roche zu den grössten Heroinproduzent*innen der Welt (*Bänziger*, et al., 2022, S.321). Dies ist lange nicht mehr der Fall, im Jahr 2023 löste Myanmar und Afghanistan die Schweiz als Spitzenreiter der Heroinproduzent ab (*Aljazeera*, 2023). Auf die weiteren Auswirkungen in der Schweizer Drogenpolitik wird im weiteren Verlauf unter Kapitel 3. Eingegangen. Opioide wurden in medizinischem Kontext zur Linderung von Schmerzen und Husten als auch zur Substitution bei Morphinabhängigkeit eingesetzt. Neben Patient*innen mit einer Verschreibung, gab es vermehrt auch Personal aus dem Gesundheitswesen, die abhängig wurden, da sie einen einfacheren Zugang zu Opioiden hatten und in den Anfängen das Abhängigkeitspotenzial der Opioide nicht so bekannt war wie heute. Später verschob sich der Konsum von Heroin in die illegalen Szenen, aus dem sich später dann die offene Drogenszene bildete (*Bänziger*, et al., 2022, S.125 & 67 ff, *Bartholet, Dervisevic & Matjani*, 2019).

Opioide haben neben der schmerzstillenden Wirkung eine beruhigende und zugleich euphorisierende Wirkung. Bei einer zu hohen Dosierung kann es zu Atemdepressionen und einem Kreislaufkollaps kommen (Sucht Schweiz, o.D.f). Die Wirkung und das Abhängigkeitspotenzial von Heroin wurden anfänglich deutlich unterschätzt. Sobald sich die langfristigen Auswirkungen zeigten und der öffentliche Konsum in den 80er Jahren zunahm, war die öffentliche Wahrnehmung, vor allem aus den bürgerlichen Kreisen, stark von Ablehnung geprägt (Tages-Anzeiger, 2020; *Bartholet* et al., 2019).

Die Darreichungsform von Opioiden im Allgemein reicht von Tabletten, die oral eingenommen werden, Pulver, dass geraucht oder geschnupft wird bis hin zu aufgekocht und gespritzt wird. Heroin wurde zu Platzspitzzeiten meist gespritzt. Mittlerweile finden sich immer mehr Konsument*innen, welche Arzneimittel durch ärztliche Verordnung oder vom Schwarzmarkt als Tablette einnehmen. Die ärztlich verschriebenen Opioide werden in der Fachsprache auch Opioid-Agonisten genannt. Sie aktivieren teilweise ganz oder nur teilweise die Opioidrezeptoren im Gehirn (KnowDrugs, o.D.; DocCheck Flexikon, 2018).

2.2 Die Entwicklung und Wahrnehmung der Sucht in der Schweiz

Vor dem 20.Jahrhundert wurde vor allem die Alkoholsucht unter der Schweizer Bevölkerung thematisiert. Andere substanzgebundenen Süchte wurden erst

später in der Öffentlichkeit diskutiert. Mit den späten 1960er Jahre kam die Jugendrevolte, die einen Wandel in der, vor allem bürgerlichen Gesellschaft und Politik forderte. Die Bewegung resultierte aus der Entwicklung der Industrialisierung und der damit verbundenen Leistungsforderung, gebundenen Konventionen und der autoritären Formen. Der Substanzkonsum war nicht das einzige Thema der Bewegung, war aber ein wichtiger Bestanteil der Liberalisierungsideen und der gelebten Hippie-Kultur. In den 60ern wurde vorrangig Cannabis und LSD konsumiert, erst in den 70er Jahren tauchten vermehrt harte Drogen, wie Kokain und Heroin auf (*Binswanger*, 2014).
Der Opioidkonsum erreichte seinen Höhepunkt in den 80er und 90er Jahren mit der offenen Drogenszene. Bis vor der Jahrtausendwende galt Sucht als Charakterschwäche und wurde nicht medizinisch oder anderweitig behandelt (*Grob*, 1996). Erst mit dem Beginn des 20. Jahrhunderts fand ein Umdenken in der Sichtweise auf Suchterkrankte statt. Dies geschah aber vorerst nur in den Fachkreisen und nicht in der breiten Gesellschaft (*Vogt*, 2001).

2.2.1 Autonomes Jugendzentrum Zürich (AJZ)

Die Jugendrevolte forderte in den ersten Zügen Räume, die autonom von den Jungen selbst verwaltet und genutzt werden konnten. 1970 besetzten Jugendliche das leerstehende Gebäude des Lindenhofbunkers in Zürich und ernannten dies zum Autonomen Republik Bunker. Dieser anarchistische und inoffizielle Jugendtreff wurde mit zunehmendem Druck der Bevölkerung nach etwa einer Woche von der Polizei geräumt.

Zehn Jahre später wurde das Autonome Jugendzentrum (AJZ) in Zürich eröffnet. Es wurde von der Stadt Zürich, den Landeskirchen und Pro Juventute unterstützt. Das AJZ Zürich zog aufgrund seines offenen, unkontrollierten und selbstverwalteten Charakters auch Drogenabhängige an, die aus dem öffentlichen Raum verdrängt worden waren. Mangels klarer Regeln und Betreuung konnte sich der Konsum von Drogen im Zentrum ausbreiten. Nach nur zwei Jahren wurde das AJZ im Frühjahr 1982 geschlossen. Die Schliessung erfolgte, nachdem die Bürgerlichen die Mehrheit im Stadtrat gewonnen hatten. Als offizielle Grund für die Schliessung des AJZ galt die Gefahr, die durch den Drogenkonsum entstand, ob die allgemeine Idee der autonomen Jugend der bürgerlichen Parteien nicht gefiel, bleibt offen. Die Schliessung des AJZ hatte weitreichende Auswirkungen auf die städtische

Drogenszene und trug zur Entstehung der offenen Drogenszene am Platzspitz bei (*Hürlimann*, 2012; *Koller*, 2020*; Eugster*, 2018).

2.2.2 Offene Drogenszene Zürich

Mit der Schliessung des AJZ, welches auch von Drogenabhängigen genutzt wurde, verlagerte sich die Szene an verschiedene Orte in der Stadt. Hierunter die Riviera, das Bellevue und der Hirschenplatz. Ab 1986 konzentrierte sich die Szene zunehmend auf den Platzspitz der auch als "Needle Park" international Bekanntschaft erlangte.

Die Situation am Platzspitz eskalierte in den folgenden Jahren. Die Behörden versuchten, die Drogenszene durch Vertreibung unterzukriegen, was jedoch nur zu einer Verlagerung der Probleme führte. Nachdem der Platzspitz 1992 definitiv geschlossen wurde, verschoben sich die hinterbliebenen Konsument*innen in den Kreis 5, was zu Beschwerden durch die Bewohner*innen führte. Die Szene versammelte sich schlussendlich am Bahnhof Letten, der bis 1995 Bestand hielt. Diese Entwicklungen forcierten ein Umdenken in der Drogenpolitik (*Koller*, 2017; *Balsiger & Fahy*, 2017; Stadt Zürich, o.D.c).

3. Suchtpolitik und -behandlung in der Schweiz

3.1 Die Entstehung von Suchtpolitik und -gesetzgebung

Die Schweiz schrieb bereits zu Beginn des 20.Jahrhunderts die ersten Zeilen ihrer Suchtpolitik. Die ersten politischen Debatten handelten noch von Alkohol, da dieser nach dem Krieg und während der Industrialisierung populär geworden war. So wurde 1908 zum Beispiel das Absinthverbot in der gesamten Schweiz ausgesprochen. Das erste Betäubungsmittelgesetz (BetmG) wurde 1951[1] verabschiedet und trat 1952 in Kraft. In den 1960er Jahren führte der zunehmende Drogenkonsum, insbesondere in städtischen Zentren, zu einer Verschärfung der Gesetzgebung. In den Jahren darauf folgten weitere Revisionen.

Diese ersten Maßnahmen zeigten einen rein repressiven Charakter. Es wurden immer mehr Verbote ausgesprochen und zunehmend sanktioniert. Jedoch führten die Sanktionen, nicht wie gewünscht, zu einem Rückgang des Konsums. Das repressive Vorgehen führte die Menschen weiter in die Kriminalität und es fehlten Angebote, die ihnen ein Weg aus der Kriminalität und Sucht boten.

In Zürich manifestierte sich die Drogenproblematik besonders deutlich. Ab den 1980er Jahren bildeten sich eine offene Drogenszenen. Die Stadt reagierte mit Vertreibungsstrategien, die jedoch wenig erfolgreich waren und die Problematik lediglich verlagerten. Mit der Einführung der ärztlich kontrollierten Heroinabgabe, wie auch der Schaffung von Unterstützungsangeboten und Therapieplätzen bahnte sich eine langfristige Lösung für die offenen Drogenszene an (*Brassel-Moser*, 2015; SRF News, 2015; Stadt Zürich o.D.c)

3.1.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen - Das Betäubungsmittelgesetz und weitere gesetzliche Bestimmungen und deren Auswirkungen mit Bedeutung für den Raum Zürich

Das Betäubungsmittelgesetz regelt in der Schweiz den Umgang mit Drogen und psychotropen Stoffen. Der Anbau und die Herstellung von Betäubungsmitteln, wird grundsätzlich verboten, sofern keine Bewilligungen vorliegen. Als Betäubungsmittel gelten, gemäss dem Betäubungsmittelgesetz, «abhängigkeitserzeugende»

[1] Oftmals wird auch davon gesprochen, dass 1924 das erste schweizerische Betäubungsmittelgesetz erlassen wurde, was so nicht korrekt ist. 1924 erfolgte der internationale Beschluss zur Regulierung von illegalen Substanzen, was bereits Implikationen für die Handhabung von illegalen Substanzen in der Schweiz hatte und die Basis für das spätere schweizerische Betäubungsmittelgesetz bot.

Stoffe und Präparate der Wirkungstypen Morphin, Kokain oder Cannabis, sowie Stoffe und Präparate, die auf deren Grundlage hergestellt werden oder eine ähnliche Wirkung wie diese haben“ (Betäubungsmittelgesetz, 2021, Art. 2 a). Dies gilt auch für den Besitz und den Konsum von Betäubungsmitteln, wobei es hier einige Ausnahmen gibt. Ein Verstoss dieser Gesetze kann zu Bussgeldstrafen oder Freiheitsstrafen führen. Hierbei werden verschiedene Faktoren, wie beispielsweise die Gefährdung anderer oder der gewerbsmässige Handel bei der Beurteilung berücksichtigt. Für die Strafverfolgung sind jeweils die Kantone zuständig. Kommt es aber zu schwereren Vorfällen, werden diese dem Bund weitergeleitet (Betäubungsmittelgesetz, 2021).
Im Folgenden finden Sie eine chronologische Übersicht zu den wichtigsten Entscheiden, Gesetzgebungen und Vorgängen innerhalb der Schweizer, beziehungsweise der Zürcher Drogenpolitik (Bei Gesetzgebungen wird jeweils das Jahr der Verabschiedung des jeweiligen Gesetzes angegeben und nicht, wann es in Kraft getreten ist, sofern diese sich unterscheiden):

1912 Internationales Opiumabkommen: die Schweiz verpflichtete sich, gegen den Handel von Drogen, wie Opium und Kokain, vorzugehen (*Bänziger*, et al., 2022, S.320).
1921/22 Genf und Waadt waren die ersten Kantone, die ein Gesetz gegen Betäubungsmittel erliessen (*Bänziger*, et al., 2022, S.320).
1924 Internationales Abkommen zur Regulierung von illegalen Substanzen basierend auf dem Beschluss des internationalen Opiumabkommens. Ausschlaggebend für die Vereinbarung waren der wachsende Druck durch die USA und den Völkerbund (später durch die UNO abgelöst). Die Herstellung von Betäubungsmitteln war weiterhin legal, stand nun aber unter genaueren Kontrollen (Opium Conference & League of Nations, 1925).
1951 Verabschiedung des schweizerischen Betäubungsmittelgesetz (BetmG): Nach dem das internationale Abkommen von 1924, bei dem die Schweiz Mitglied war, bereits den Handel von Kokain, Opioiden und Cannabinoiden regulierte, verabschiedete die Schweiz 1951 das erste Betäubungsmittelgesetz. Dieses trat 1952 in Kraft und verbot folgende Substanzen: Kokain, Opioide, Cannabinoide und psychotrope Substanzen wie Amphetamin, unter Ausschluss medizinischer oder wissenschaftlicher Zwecke (Betäubungsmittelgesetz, 2021).

1969 Bundesgerichtsurteil: Der Konsum von Betäubungsmitteln (ohne ärztliche Verordnung) fällt unter das Strafrecht (Bänziger, et al., 2022, S 322).
1975 Revision des BetmG: Der Konsum und der Besitz von illegalen Drogen wird nun explizit strafbar (*Bänziger*, et al., 2022, S.322; Betäubungsmittelgesetz, 2021; SRF News, 2015; Stadt Zürich, o.D.c).
1985 Im Kanton Zürich wird die Abgabe von sauberen Spritzen durch den Kantonsarzt verboten. (Stadt Zürich, o.D.c).
1986/1987 Um das Risiko von vermehrten HIV-Infektionen einzudämmen, wird das Spritzenabgabeverbot durch die Gesundheitsdirektion aufgehoben. Zudem werden Methadonabgaben in Form von städtischen Methadonprogrammen erleichtert. Weitere Hilfsmassnahmen, wie die «Fixerstübli» - kontrollierte Konsumräume, Kontakt- und Anlaufstellen, Krankenzimmer für Obdachlose, Notschlafstellen, Gassenküche, Arbeitsangebot werden durch den Stadtrat zugesprochen (*Binswanger*, 2014).
1990 Eine Volksabstimmung befürwortet die weitere Unterstützung von Überlebenshilfe in der Stadt Zürich (*Binswanger*, 2014; Stadt Zürich, o.D.c).
1991 Der Stadtrat gibt Massnahmenkatalog in Auftrag, der neben den repressiven Massnahmen weitere Massnahmen im Rahmen der Prävention, Schadensminderung und Therapie inkludiert. Dieses Massnahmenpaket ist die Grundlage des Vier-Säulen-Modells. Des Weiteren will der Stadtrat die offene Drogenszene bis im kommenden Sommer nicht mehr einfach gewähren lassen. Die Projektorganisation offene Drogenszene Zürich (PODZ) wird genehmigt (*Binswanger*, 2014; Stadt Zürich, 2006).
1992 Die Abgabe von Methadon an Opioid abhängigen Menschen wird durch den Bund gutgeheissen und durch die Arbeitsgemeinschaft für einen risikoarmen Umgang mit Drogen (Arud) durchgeführt (*Binswanger*, 2014).
1994 Das Pilotprojekt «PROVE» zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln wurde gestartet. Sie hatten eine Ausnahmebewilligung des BAG, galten als wissenschaftlicher Versuch und konnten so Diacetylmorphin verschreiben ohne, dass hierfür eine gesetzliche Grundlage existierte (Arud Zentrum für Suchtmedizin, o.D.).
1996 Der Kanton Zürich legalisiert die niedrigschwellige Methadonbehandlung (Arud Zentrum für Suchtmedizin, o.D.).
1997 Die kontrollierte Heroinabgabe erhält den Routinebehandlung-Status aufgrund einer Verordnung auf Bundesratsebene (*Bänziger*, et al., 2022, S.326).
2008 Revision des BetmG: Die Viersäulenpolitik wird gesetzlich verankert und so auch die ärztliche heroingestützte Behandlung wurde explizit und dauerhaft ins

Betäubungsmittelgesetz aufgenommen (Arud Zentrum für Suchtmedizin, o.D.; *Bänziger*, et al., 2022, S.326; Bundesamt für Gesundheit, 2022).
2012 Revision des BetmG: Anstelle eines Strafbestandes wird beim Konsum oder einem Besitz von bis zu 10g Cannabis eine Ordnungsbusse von 100 Franken ausgestellt (Bänziger, et al., 2022, S.327; Betäubungsmittelgesetz, 2021).
2017 Der Besitz von bis zu 10g Cannabis wird nicht als Straftat ausgelegt entscheidet das Bundesgericht. Die Substanz darf daher Rechtswegen nicht eingezogen werden, es kann lediglich mit dem bereits genannten Bussgeld von 100 Franken geahndet werden (*Bänziger*, et al., 2022, S.327; *Rüetschi* 2023).
2020 Revision des BetmG: Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) kann Pilotprojekte zum nicht-medizinischen Cannabiskonsum bewilligen, um Daten zu erheben, die als Grundlage für die zukünftige Drogenpolitik im Hinblick auf eine mögliche Legalisierung dienen könnten (Bundesamt für Gesundheit, 2021; Betäubungsmittelgesetz, 2021; Stadt Zürich, o.D.c).
2021-2023 Das BAG erteilt die Bewilligung zur kontrollierten Abgabe von Cannabisprodukten als Pilotprojekt. Das Stadtzürcher Cannabis-Projekt «ZüriCan» setzt den Verkaufsstart im August 2023. Das Projekt sei voraussichtlich bis 2026 geplant. (Bundesamt für Gesundheit o.D.; Stadt Zürich, o.D.j; Stadt Zürich, o.D.c).

3.1.2 Politische Debatten und gesellschaftliche Herausforderungen der Suchtpolitik

Zu Beginn des 20.Jahrhunderts erhöhten die USA und der Völkerbund den Druck auf die Schweiz, Drogen beziehungsweise deren Handel, Besitz und Konsum zu kontrollieren, regulieren und sanktionieren. Die Einhaltung der internationalen Abkommen führte zum Betäubungsmittelgesetz (BetmG) 1951 und dessen Revision im Jahre 1975 und Folgenden. Die damalige Drogenpolitik innerhalb und ausserhalb der Schweiz war stark von Repression, also von Verbot, Kontrolle und Kriminalisierung geprägt. Abhängige wurden nicht als Erkrankte angesehen, sondern ihnen wurde oftmals eine Charakterschwäche vorgeworfen. Sie werden bis heute von der Allgemeinbevölkerung stigmatisiert und geächtet. 1964 führte die Weltgesundheitsorganisation den Begriff der Abhängigkeit ein, was zumindest in Fachkreisen die Anerkennung von Sucht als eine Erkrankung klar postulierte. Die medizinische Ansicht war der politischen in dieser Hinsicht voraus.

Mit der offenen Drogenszene am Platzspitz und Bahnhof Letten wuchs der Druck durch die Bevölkerung, eine Lösung für die zunehmenden Drogentoten, Kriminalität, Verwahrlosung des öffentlichen Raums und die steigenden HIV-Infektionen zu finden. Die HIV-Epidemie beschleunigte die politische Einsicht, dass die bisherige repressive Drogenpolitik nicht ausreichend war und die Notwendigkeit für Schadensminderung bestand. So konnte 1991 das Massnahmenpaket der Vier Säulen Prinzip gestartet werden. Diese Massnahmen beinhalteten Spritzenabgaben, medizinische Versorgung, Hygieneversorgung und Informationsangebote zu Ausstiegsmöglichkeiten (*Bänziger,* et al., 2022, S.162 ff). Bis es aber zur gesetzlichen Verankerung gekommen ist, gab es viele Diskussionen mit Haltungen von humanitären Ansätzen bis Nulltoleranz-Politik (das Vier-Säulen-Modell und dessen Etablierung wird im Kapitel 3.3 vertieft).

Eine der Diskussionen, die intensiv geführt wurde, drehte sich um die ärztlich verordnete Heroinabgabe und die andere um die Unterbringung der Konsument*innen des Platzspitzes. In der Talkshow «Der Club» des Schweizer Radio und Fernsehen (1989) äusserten sich verschiedene Parteien zu den Themen. Eine kurze Erklärung der Standpunkte gibt einen Einblick in die verschiedenen Lager der damaligen Drogenpolitik. Frau Lieberherr, Vorsteherin des Sozialamtes Zürich, wie auch Herr Dr. Seidenberg, «Drogenfachmann» und später Mitbegründer der Arud, vertraten eine liberale Haltung, welche sich für die gesetzliche Freigabe einer ärztlich kontrollierten Heroinabgabe und eine Erweiterung des freiwilligen Unterstützungsangebots für Abhängige aussprach. Sie argumentierten, dass durch die Abgabe die Beschaffungskriminalität als auch der Betrieb des illegalen Drogenhandels sinken würde, dass die Abgabe eine erhöhte medizinische Beaufsichtigung ermöglicht und den Konsum weniger gefährlich gestalte. Eine Abgabe solle eine Möglichkeit für Abgängige schaffen, einen geregelten Alltag zu führen und wieder arbeitsfähig zu sein. Sie waren auch der Meinung, dass eine absolute Abstinenzvorgabe weitere Probleme mit sich bringe und nicht nachhaltig sei.

In der Opposition, Herr Brenner der Schweizerischen Volkspartei. Er vertrat die Haltung, dass eine Abgabe von Heroin eine Kapitulation gegenüber dem Drogenproblem sei. Dass eine Schliessung des Platzspitzes notwendig sei und die Behandlung in Kliniken oder weiteren geschlossenen Institutionen erfolgen müsse. Von einer Abstinenz als Ziel sei nicht abzusehen. Die weiteren konservativen Lager sprachen sich ebenfalls für eine Schliessung des Platzspitzes aus. Was aber danach folgen

würde, wo die Leute hingehen würden, dafür bestand noch keine Lösung. Eine Platzierung in den psychiatrischen Kliniken, Spitälern und Gefängnissen schien aufgrund der Kapazitäten nicht ausreichend und die Liberalen hinterfragten, was nach der Therapie oder der Auflösung des Fürsorgerischen Freiheitsentzugs (FFE, heute Fürsorgerische Unterbringung FU) geschehen würde (SRF Schweizer Radio und Fernsehen, 1989).

Mit der voreiligen Schliessung des Platzspitzes 1992 und den unzureichenden Ausweichmassnahmen bestätigten sich die Bedenken der Liberalen. Das Problem der offenen Drogenszene konnte mit Vertreibung nicht gelöst werden. Die Konsument*innen des Platzspitzes verteilten sich auf die umliegenden Wohngebiete. Vor allem der Kreis 5 war stark betroffen. Viele Konsument*innen und Drogenhändler*innen hielten sich nun im Zürcher Stadtraum auf, dealten und konsumierten auf offener Strasse, inmitten der Lebensräume der Anwohner*innen. Dies führte zu Unmut in der Bevölkerung und zu schlechter Presse. Einige der Abhängigen liefen sogar in andere Kantone über, z.B. in den Kanton Luzern, welcher sich kurz darauf bei Zürich beschwerte (*Bänziger* et al., 2022, S.162/164/170; *Binswanger*, 2014).

Unter dem wachsenden Druck der Bevölkerung gewährte die Stadt eine neue offene Drogenszene am ehemaligen Bahnhof Letten. Die Szene am Letten sei um einiges härter, gefährlicher und krimineller gewesen als der Platzspitz, berichten ehemalige Besucher*innen. Mit den zunehmenden Gewaltdelikten, die teilweise auch im Tod endeten, dem Druck der Anwohner*innen die schon zur Selbstjustiz griffen und den mittlerweile internationalen medialen Berichten, sah sich die Stadt gezwungen, die Situation am Letten nachhaltig zu lösen (*Bartholet* et al., 2019).

Zum Gelingen der Schliessung des Letten ohne eine weitere Eskalation, trug die ärztlich verschriebene und kontrollierte Heroinabgabe einen beachtlichen Teil bei. Aber auch diese setzte sich nicht einfach durch, sondern unterging mehrere Debatten, bis sie zu Stande kam. Das Volk lehnte die Initiative vor dem Aufkommen der offenen Drogenszene jeweils klar ab, zeigte sich über den Lauf der Zeit und aufgrund der Notlage auf dem Platzspitz und an anderen Brennpunkten offen für die kontrollierte Heroinabgabe (*Bänziger*, et al., 2022, S.163).

Mit der Einführung der Methadonprogramme tat sich eine weitere Diskussion auf. Die Regulierung der standardmässigen Handhabung der Heroinabgabe sorgte für weitere politische Aufruhr. Vertreter*innen der bisherigen Praktik zogen einen kalten Entzug vor, bei dem die Substanzeinnahme von heute auf morgen abgesetzt

wurde und keine Substitutionsmittel verabreicht wurden. Die Methadonabgabe ermöglichte eine schrittweise Reduktion der Substanz mittels Medikationsverschreibung. Die Mediziner*innen und Forscher*innen, die einen kalten Entzug als Leitlinie vorzogen, meinten nur das Aushalten der vollen Entzugserscheinungen seien «Leistungsandächtig», eine Reduktion der Entzugssymptome wurde nicht als eine Unterstützung und Reduktion der Gefährdungsaspekte angesehen. Eine schrittweise Reduktion des Medikamentes ist heute die gängige Handhabung bei dem Ziel einer Reduktion der Medikationsmenge aber auch bei der gänzlichen Abstinenz (*Bänziger*, et al., 2022, S.141).

Die heutigen Diskussionen in der Drogenpolitik beziehen sich oft auf die Legalisierung vom Konsum und Handel von Substanzen. In der Schweiz steht aktuell die Legalisierung von Cannabis, mit Pilotprojekten wie der Studie «Züri Can» im Fokus. «Es sollen Vor- und Nachteile unterschiedlicher Bezugsstellen und Produkte untereinander und im Vergleich zur derzeitigen Schwarzmarktsituation untersucht werden. Die Studien sollen der Förderung der öffentlichen Gesundheit, der Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und der Unterstützung des Jugendschutzes dienen.» (Stadt Zürich, o.D.j). Ein Argument für die Legalisierung des Cannabiskonsums ist, dass Konsument*innen nicht mehr automatisch mit Illegalität in Berührung kommen, wodurch die Hemmschwelle für weitere illegale Aktivitäten, etwa den Handel mit Drogen, höher bleibt. Dagegen spricht, dass die Beschaffung der Substanz gegebenenfalls einfacher zugänglich ist und damit attraktiver wird. (*Bänziger*, et al., 2022, S.136). Es wird sich zeigen, welche weitere Änderungen in der Gesetzgebung noch vorgenommen werden oder nicht. Die Studie soll im Jahr 2026 ausgewertet werden.

3.2 Opioid-Agonisten Therapie

Die Abgabe von verschiedenen Opioiden wurde in den 80er Jahren und darüber hinaus in Zürich heiss debattiert. Mit der standardisierten Abgabe von Opioiden veränderten sich die Behandlungsmöglichkeiten von Suchterkrankten, vor allem den schwer Abhängigen.

Zur Wiederholung: Unter Opioiden werden sämtliche natürliche Opiate als auch die synthetisch oder halbsynthetisch hergestellten Stoffe verstanden (DocCheck Flexikon, 2018).

Bei der Opioid-Agonisten Therapie (OAT) kommen verschiedene Opioide zum Einsatz, die an den Opioidrezeptoren im Gehirn ansetzten und diese aktivieren.

Stoffe wie Heroin, Morphin, Methadon und Fentanyl sind sogenannte Vollagonisten oder reine Agonisten und aktivieren die Rezeptoren vollständig, wohingegen Buprenorphin ein Teilagonist, auch Partialagonist genannt, ist, der die Rezeptoren nur zu einem Teil aktiviert. Der einzige Agonist, der bei ärztlicher Verschreibung auch nasal oder intravenös appliziert, also gespritzt werden kann ist Heroin. Die restlichen Agonisten werden meist oral, als Tabletten, Kapseln oder Trinklösung eingenommen. Opioid-Antagonisten wie Naltrexon oder Naloxon kommen beispielsweise bei einer Überdosierung zum Zug (Arud Zentrum für Suchtmedizin, 2024; DocCheck Flexikon, 2018; Infodrog, o.D.).

Für eine Behandlung mit Heroin, im Vergleich zu den Behandlungen mit anderen Opiat-Agonisten, bestehen meist striktere Aufnahmekriterien. Die Ambulatorien Crossline und Lifeline geben beispielsweise folgende Kriterien vor:
«Für die Aufnahme in das Diaphinprogramm (Heroinabgabe) gelten zusätzlich folgende Kriterien:

- Der/Die Patient*in hat zwei oder mehr Behandlungsversuche mit einer anderen anerkannten ambulanten oder stationären Methode abgebrochen und erfolglos absolviert;
- ist seit zwei Jahren heroinabhängig;
- hat körperliche, psychische oder soziale Defizite, die auf den Drogenkonsum zurückzuführen sind
- und ist mindestens 18 Jahre alt.» (Stadt Zürich, o.D.a, Abschnitt *Aufnahmekriterien und Ablauf)*

3.3 Vier-Säulen-Modell

Die Konservative sprach sich gegen die Einführung der vierten Säule «Schadensminderung» aus. Die Integration der vierten Säule verursache zu hohe Kosten, verwandle den Staat zum Dealer, Verschlimmere die Drogenszene und schaffe Anreize zum Konsumieren. Die Argumente der liberalen Seite basierten auf ethischen Grundlagen sowie dem Ziel der Kriminalität entgegen wirken zu wollen (durch die legalen ärztlichen Abgaben) und die bereits erwiesene Erfolge, wie bei der Beseitigung der offenen Drogenszene und Reduktion von HIV-Ansteckungen durch Angebote wie Anlauf und Kontaktstellen (*Bänziger*, et al., 2022, S.184, 264 ff).

Aufgrund der Erfahrungen in Zürich und anderen Städten entwickelte der Bund 1991 die sogenannte Vier-Säulen-Politik, die Prävention, Therapie,

Schadensminderung (Spritzentausch, Kontakt- und Anlaufstellen, Heroin- und Methadonabgaben) und Repression umfasst. Diese Strategie wurde, nachdem das Projekt ca. 2003 auf der Kippe stand, wegen eines Rechtsrutsches im Parlament, 2008 im Betäubungsmittelgesetz verankert und bildet seither die Grundlage der schweizerischen Drogenpolitik (Bundesamt für Gesundheit, 2024a; *Bänziger* et al., 2022, S162; *Gisler*, 2015; SRF News, 2015; Stadt Zürich, o.D.c)

Die Säule «Prävention» zielt darauf ab, Menschen dabei zu unterstützen, einen verantwortungsvollen und risikoarmen Umgang mit Suchtmitteln zu pflegen oder diesen gänzlich zu vermeiden. Es wird versucht gesundheitsförderliche Verhalten zu erleichtern und attraktiv zu gestalten, sodass Ressourcen geschaffen oder gefördert werden, welche die Gefahr eines Suchtverhaltens reduzieren. Zudem werden Verfahren zur frühzeitigen Erkennung und Intervention bei Suchtrisiken gestärkt, um negative Entwicklungen früh zu verhindern.

Die Säule «Therapie» beinhaltet die psychosoziale und medizinische Beratung und Behandlung von Personen mit Suchtproblemen sowie deren Angehörigen. Ziel ist es, Betroffene so zu unterstützen, dass sie abstinent werden und bleiben können oder dass sie ihren Konsum reduzieren oder stabilisieren und somit eine verbesserte Lebensqualität erlangen können. Hierzu zählen auch Selbsthilfegruppen, Freiwilligenhilfe und substitutionsgestützte Behandlungen. Dabei werden individuelle Bedürfnisse und Ziele der Betroffenen berücksichtigt und in die Behandlungen integriert.

Die Säule «Schadensminderung» zielt darauf ab, das Risiko für Konsumierende zu reduzieren und ihnen den Erhalt der Lebensqualität ermöglichen. Dies heisst gegebenenfalls auch Überlebenshilfe zu bewerkstelligen. Hier kommen niedrigschwellige Hilfsangeboten, welche die negativen Folgen von Suchtverhalten reduzieren sollen zum Zuge. Es wird versucht Unfällen, Gewalt, Überdosierungen und vorzeitigen Todesfällen entgegenzuwirken. Somit wird auch angestrebt, die Schäden und Risiken für die restliche Bevölkerung möglichst zu reduzieren.

Die Säule «Repression» beschäftigt sich mit der gesetzlichen Regulierung und deren Umsetzung. Die Umsetzung und Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben erfolgt durch die Bekämpfung illegaler und krimineller Handlungen. Es werden die Auswirkungen der bestehenden rechtlichen Grundlagen auf die Gesundheit geprüft und weiterentwickelt.

Die Nationale Strategie Sucht wird in acht Themenbereiche unterteilt, wovon vier die oben genannten Säulen darstellen. Die weiteren vier Themenfelder beziehen

sich auf die Steuerung und Koordination der Gesamtstrategie: Koordination und Kooperation, Wissen, Sensibilisierung und Informationen sowie internationale Politik. Die «Koordination und Kooperation» kümmert sich um die Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure und Organisationen im suchtpolitischen Umfeld. Der Themenbereich «Wissen» fördert sich auf die Erzeugung und Verbreitung von Wissen rund um das Thema Sucht sowie auf die Förderung von Aus- und Weiterbildungen für Fachpersonen. Ziel von «Sensibilisierung und Informationen» ist es, das Bewusstsein für Suchtrisiken und Präventionsmöglichkeiten zu steigern und Informationen einfach zugänglich zu machen. Die «internationale Politik» widmet sich dem Austausch von Erfahrungen und Wissen auf internationaler Ebene und vertritt die Interessen der Schweiz. 2006 ergänzte die Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF) das Vier-Säulen-Modell um drei Dimensionen, welche die Intensität beschreiben: risikoarm, problembehaftet, abhängig. Das neue Modell ist für alle Suchtformen gültig und begrenzt sich nicht nur auf illegale Substanzen, sondern auch Verhaltenssüchte und legalisierte Substanzen (Bundesamt für Gesundheit, 2022; Bundesamt für Gesundheit, 2024b; Stadt Zürich, 2006).

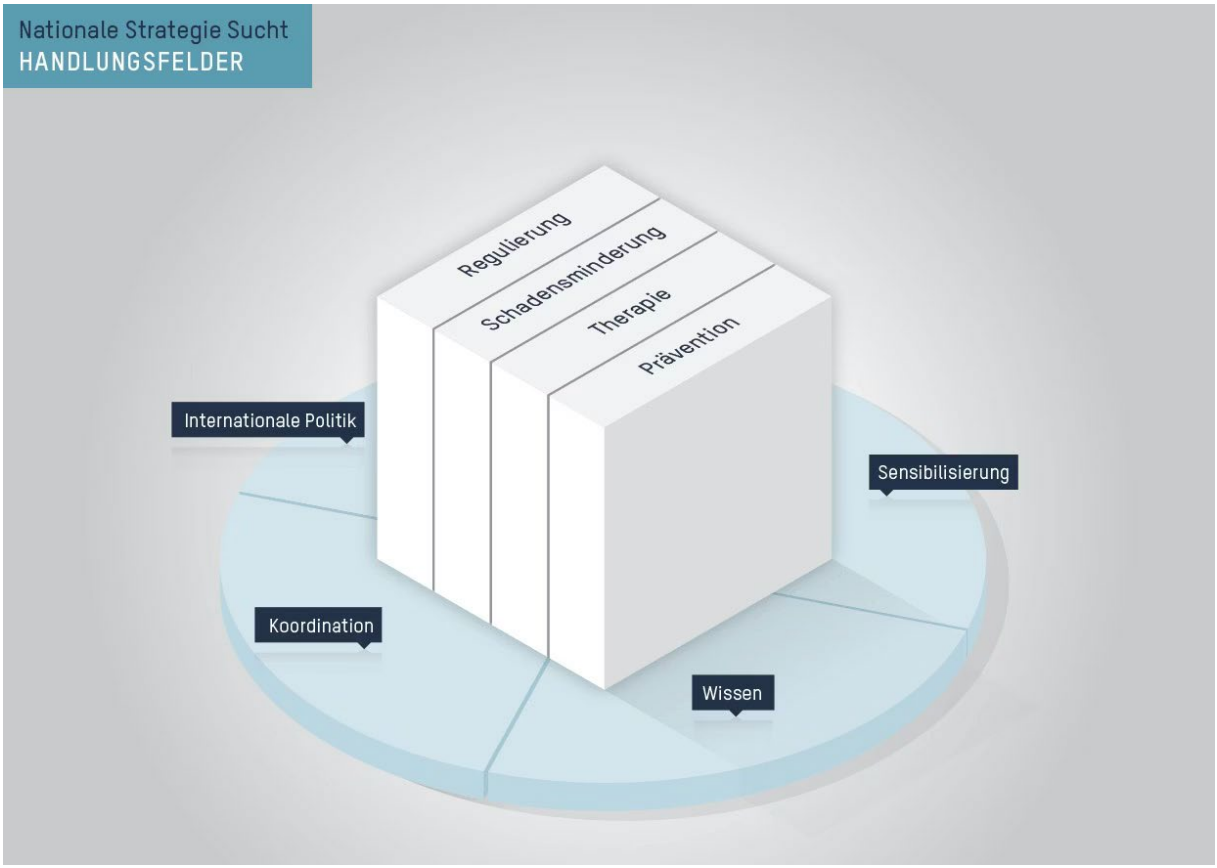

Abbildung 1. Würfelmodell des Vier-Säulen-Modell erweitert um die Themenbereiche der Steuerung und Koordination, Bundesamt für Gesundheit (2024b).

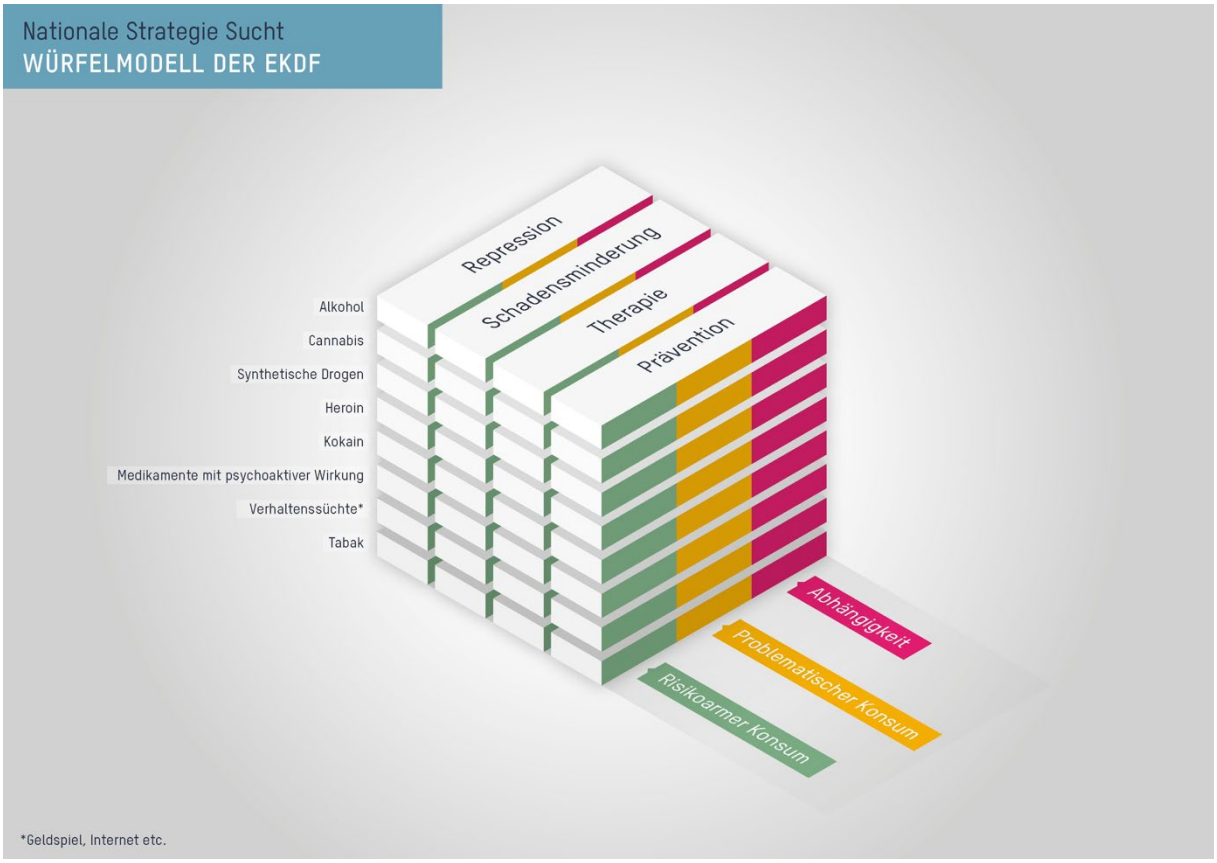

Abbildung 2. Würfelmodell des Vier-Säulen-Modell erweitert um die Dimension der Intensität, Bundesamt für Gesundheit (2022).

3.4 Institutionen und Netzwerke der Suchtprävention und -hilfe in Zürich

Mit der Einführung des Vier-Säulen-Modells, vor allem der Ergänzung der vierten Säule Schadensminderung, entstanden in den Jahren der offenen Drogenszene und danach Institutionen, die es bis heute noch gibt und wertvolle Arbeit leisten.

3.4.1 «Fixerstübli», Kontakt- und Anlaufstellen (K+A) und Notschlafstellen

Das Sozialdepartment der Stadt Zürich stellte mobile Konsumräume in Bussen, sogenannte «Fixerstübli», zur Verfügung und betrieb diese. Sie ermöglichten einen kontrollierten Konsum mit sauberen Spritzen und reduzierten dadurch Risiken wie Infektionen und Überdosierungen. Gleichzeitig mussten Konsument*innen ihre Substanzen nicht mehr versteckt und unter Angst vor polizeilichen Konsequenzen in unsicheren Umgebungen einnehmen. Später folgten Kontakt- und Anlaufstellen (K+A) sowie Notschlafstellen. Diese niedrigschwellige Überlebenshilfe dienten als erste soziale Anlaufstellen für Konsumierende. Die Klient*innen erhielten Zugang zu

medizinischer Grundversorgung, Beratung rundum das Thema Suchterkrankung, günstige oder kostenfreie Mahlzeiten, Waschmöglichkeiten, Körperhygieneprodukten und -fazilitäten sowie sauberem Konsumierbesteck. In den heutigen K+A befinden sich jeweils auch Konsumräume. Diese Angebote der Stadt bestehen bis heute (Sozialdepartement Stadt Zürich, 2015; Stadt Zürich, 2008; Stadt Zürich, o.D.d).

Eine weitere Institution, die der Überlebenshilfe dient und in Zürich bekannt ist, ist die Pfarrer Sieber Stiftung. In den 80er Jahren begann sie Notschlafstellen und warmes Essen anzubieten. Zudem sind die Mitarbeiter*innen der Stiftung auf den Strassen unterwegs und unterstützen Menschen in Not, wo sie können. Heute ist die Stiftung unter dem Namen «Sozialwerke Pfarrer Sieber» aktiv. Im Jahr 2000 etablierte die Stadt Zürich ebenfalls ein aufsuchendes Hilfsangebot: die SIP Zürich (SIP - Sicherheit, Intervention, Prävention). Die Sozialarbeiter*innen der SIP Zürich sind auf den Strassen Zürichs unterwegs und bieten ambulante Sozialhilfe an und betreiben Konfliktvermittlung (Sozialwerk Pfarrer Sieber, o. D.b; Stadt Zürich, o.D.f)

3.4.2 Psychosoziale Hilfsangebote und Beratungsnetzwerke

Das Hilfsangebote «Speak-Out» wurde 1971 von engagierten Zürcher Jugendlichen gegründet, als Teil der Jugendbewegung, es diente als Jugendberatungsstelle. Aus dem Verein entwickelte sich die Gassenküche, die mit Hilfe von Freiwilligen kostenlose Mahlzeiten für Menschen in Notlagen anbot. Eng verknüpft mit dem «Speak-Out» entstanden auch sogenannte «Drop-ins» Beratungsstellen ohne Voranmeldung sowie Notschlafstellen (*Weibel*, 2021).

Das Projekt ZIPP Aids (Zürcher Interventions-Pilot Projekt gegen Aids) startete Anfang 1988 als Teil der HIV-Präventionsarbeit, aufgrund der offenen Drogenszene am Platzspitz. Das Projekt wurde vom Roten Kreuz, dem Universitätsspital, der psychiatrischen Universitätsklinik und der Stadt Zürich unterstützt. Sie klärten über Infektionskrankheiten auf, verteilten saubere Konsummaterialien wie Spritzen, boten medizinische Hilfe und Hepatitisimpfungen an (*Bänziger* et al., 2022, S.162; *Binswanger*, 2014; *Seidenberg*, 2020).

Das t-alk, ist ein Treffpunkt vorrangig für alkoholabhängige Personen. Es ist ein Ort, an dem sie konsumieren können, Gesellschaft geniessen können, wo sie die Möglichkeit haben, sich wieder im Arbeitsleben zu integrieren, beispielsweise in der Küche, das günstige Mahlzeiten anbietet. Des Weiteren gibt es Hygienefazilitäten

und es wird Unterstützung bei administrativen Angelegenheiten angeboten (Stadt Zürich,o.D.h).

Bekannte Selbsthilfegruppen sind unter anderem die NA – Narcotics Anonymous und die AA – Anonyme Alkoholiker. Der Ursprung beider Gruppen gründet in den USA. Die AA wurden in den 30er Jahren und die NA in den 50er Jahren gegründet. In der Schweiz kamen die AA in den 60ern an und die NA in den späten 80er Jahren an. Die Gruppe organisiert regelmässige unverbindliche Treffen, die keine formale Mitgliedschaft verlangt. Die Treffen ermöglichen einen Austausch mit Menschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben und eine Abstinenz wünschen. Die Selbsthilfegruppen basieren auf dem Zwölf-Schritte-Programm, um den Heilungsweg von Abhängigkeit und Selbstzerstörung hin zu einem suchtfreien, verantwortungsvollen und erfüllten Leben beschreiten zu können. Die Gruppen haben das klare Ziel der Abstinenz (Anonyme Alkoholiker Schweiz, o.D.; Narcotics Anonymous, o.D.).

3.4.3 Ambulatorien, Kliniken und Suchtfachstellen

Mittlerweile gibt es in Zürich verschiedene Angebote, zur psychiatrisch-psychologisch beziehungsweise sozialarbeiterischen Begleitung für Personen mit einer Suchterkrankung. Hier möchte ich Bezug auf einige wichtige Institutionen nehmen, im Wissen, dass nicht die Gesamtheit der Zürcher Institutionen abgedeckt wird.

Die Ambulatorien Crossline und Lifeline starteten in den frühen 90er Jahren im Rahmen der Vier-Säulen-Drogenpolitik und werden von der Stadt Zürich betrieben. Sie bieten medizinische und psychiatrische Behandlungen an sowie Beratung bei sozialen Fragen und führen Opioid-Agonisten-Therapien durch. Sie sind spezialisiert auf Klient*innen mit Suchterkrankungen (*Bänziger* et al., 2022, S.174; Stadt Zürich, o. D.a).

Weitere Ambulatorien in der Stadt, die ähnliche Angebote wie das Crossline und Lifeline haben, sind von der zur Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und befinden sich an der Selnaustrasse im Stadtzentrum (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, o.D.).

Der Verein Arud (Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen) hat in der Geschichte der ambulanten Suchtbehandlung in Zürich einen speziellen Status. Das Suchtmedizinische Zentrum wurde 1991 gegründet von Fachpersonen im Bereich Sucht, unter anderem von André Seidenberg. Diese setzten sich für die niederschwellige Abgabe von Methadon zur Linderung der elenden Zustände am

Platzspitz und später am Letten ein. Die Arud verfolgt das Ziel, die Lebensqualität ihrer Klientel zu verbessern ohne Anspruch auf ein absolutes Abstinenzversprechen, was mitunter der vierten Säule Schadensminderung entspricht. Das Angebot der Arud erstreckt sich von OAT, über Heroingestützter Behandlung und psychologisch beziehungsweise psychiatrische Behandlungen, bis hin zu medizinischer Begleitung bei HIV und Hepatitis sowie anderen Erkrankungen und sie bietet ebenfalls Unterstützung im Rahmen der sozialen Arbeit an. In der Arud sind nicht nur suchterkrankte Personen mit Opioidabhängigkeiten willkommen, sondern mit jeglichen anderen Substanzen. Heute ist die Arud mit über 130 Mitarbeitenden eine wichtige Schweizer Institution der Suchtmedizin und Forschung (Arud, o.D.).

Das bereits erwähnte Sozialwerk Pfarrer Sieber schuf 1989 eine sozialmedizinische Krankenstation, aus welchem das Fachspital Sune-Egge wurde. Das Spital richtet sich an sozial benachteiligte Erwachsene mit körperlichen und psychischen Erkrankungen. Die Versorgung richtet sich primär an sozial benachteiligte Personen mit Suchterkrankungen. Sie bieten stationäre, als auch ambulante Behandlungen mit medizinischer und psychiatrischer Versorgung an (Sozialwerk Pfarrer Sieber, o. D.a).

Ebenfalls in den Anfängen der neuen Suchtmedizin wurde die Suchtfachklinik der Stadt Zürich, ehemals «Suchtbehandlung Frankental», 1983 gegründet. In der Versorgungskrise der 80er Jahre schuf die Stadt neue Plätze für begleitete Entzüge und im Anschluss Entwöhnungstherapien (Stadt Zürich, o. D.j).

Die Suchtfachstellen bieten niederschwellige Angebote für Beratung, Therapie und Prävention an und decken somit drei der vier Säulen aus dem Vier-Säulen-Modell ab (Repression wird nicht abgedeckt). Der Verein Suchtfachstelle Zürich existiert seit 1912 (Suchtfachstelle, o.D.).

3.4.4 Suchtpräventionsstelle

Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich nahm 1985 ihre Tätigkeit auf, mit dem Fokus auf Aufklärung, Prävention und Frühintervention. Sie widmet sich somit gänzlich der Säule Prävention. Sie entstand als Folge der Schliessung des AJZ 1982 und vermittelt Fachwissen an Schulen oder vermittelt die passende Beratungsstelle. Sie gehören noch heute zu den Sozial- und Gesundheitsangeboten der Stadt Zürich (*Bänziger* et al., 2022, S.161; *Binswanger,* 2014; Stadt Zürich o.D.g).

3.4.5 Informationsstellen

Informationsstellen haben den Zweck, Konsumierende, Interessierte und Fachpersonen über Substanzen, deren Wirkung und einen risikoarmen Konsum zu informieren. Das Drogeninformationszentrum (DIZ) der Stadt Zürich gibt es seit 2006. Die Anfänge lagen im Jahr 2001, bei der sogenannten Streetwork, die mit der Webseite saferparty.ch, welche nun vom DIZ betrieben wird, Informationen zu getesteten Drogen online publiziert und versucht so den Konsum von Substanzen risikoarmer zu gestalten. Das DIZ und weitere Informationszentren arbeiten vor Ort und aufsuchend in der Partyszene. «Drug-Checking», also das Testen von Substanzen, wird an mehreren Tagen in der Woche anonym und kostenlos angeboten im DIZ. Dies erlaubt es, die Zusammensetzung der Drogen einzusehen und so das Risiko, basierend auf dem Reinheitsgrad der Substanz, besser einschätzen zu können (*Fassbind*, 2016; HelloZurich, o. D.; Stadt Zürich o.D.b; Stadt Zürich, o. D.e*)*

In Ergänzung zur städtischen Plattform saferparty.ch gibt es den Verein «eve&rave».

Die Nightlife-Peer-Initiative, ist unabhängig und wird als Non-Profit-Organisation geführt. Im Vergleich zu saferparty.ch und dem DIZ bietet «eve&rave» Beratung durch Peers, Austausch in Foren mit Konsumerfahrungen und Aufklärungsangebote an. Der Verein wurde ursprünglich in Berlin gegründet und hat sich später in der Schweiz etabliert (eve&rave Schweiz, o. D.).

4. Konzepte und Standpunkte der Integrativen Therapie und ihre Relevanz für die Suchtbehandlung und -politik

Die Integrative Therapie (IT) zählt sich zu den Humantherapien, ist methodenübergreifend, multimedial und theoretisch fundiert. (*Petzold*, 2003a). Ihre Ansätze fundieren mitunter in der Anthropologie und der Philosophie, wo auch der Ursprung für das biopsychosozioökologische Modell liegt. Dieses ist ein wichtiger Bestandteil für die Erfassung des Menschen aus Sicht der IT. Der Mensch wird ganzheitlich erfasst und in den Kontext und das Kontinuum seines Lebens eingebettet. (*Petzold* 2002a; *Petzold & Orth* 2011). Die *Integrative Therapie* sieht nicht nur die Heilung (Reduktion von Belastungen) und die Gesundung (Ressourcenförderung) als Hauptbestandteil ihrer Aufgabe, sondern integriert ebenfalls das Engagement in der Kulturarbeit, der Förderung der Gesellschaft und des gemeinsamen Lebens als Kollektiv (*Petzold, Orth & Sieper*, 2013a).

Auf diesem Hintergrund hat die IT auch Ende der 1960er Jahre in Paris (*Petzold* 1974b) und Anfang der 1970er Jahre in den deutschprachigen Ländern Modelle und Konzepte der Drogentherapie (*Petzold* 1971c) und Suchtkrankenbehandlung (ders. 1971b) entwickelt, die hier kurz dargestellt seien.

Sucht und Abhängigkeit werden in der IT nicht als isoliertes Verhaltensmuster verstanden, sondern als ein dysfunktionaler Bewältigungsversuch in einem Kontext mit wenig Unterstützung. Begünstigt wird diese Entwicklung durch zunehmende Belastungen und Schädigungen über die Lebensspanne hinweg, bei gleichzeitigem Fehlen schützender Faktoren, im Sinne von *chains of adverse events* (Kette aversiver Ereignisse) (*Petzold* et al., 2006). Die Erkrankung betrifft den ganzen Menschen in und mit seinem Kontext, sodass eine mehrperspektivische, multidimensionale Betrachtungsweise erforderlich ist, die Probleme und Komorbiditäten ebenso erfasst wie Ressourcen und Potentiale (*Petzold* et al., 2004a/2006).

Die frühen konzeptuellen Arbeiten *Petzolds* (1974b) zur Drogentherapie zeichnen sich durch eine gesellschaftskritische und ökologische Perspektive aus. Drogenabhängigkeit wird nicht im klassischen Suchtdreieck aus Person, Substanz (Droge) und Umwelt (Gesellschaft) gesehen, sondern in einem erweiterten ätiologischen Viereck, das die Umwelt im kontextuellen Sinne zwischen Mikroumwelt/Lebenslage und Makroumwelt/Gesellschaftssystem unterscheidet und die biographische und gesellschaftshistorische Kontinuumsdimension einschliesst. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Drogentherapie grundsätzlich nicht apolitisch sein kann und in der Praxis immer von den verschiedenen drogenpolitischen Positionen beeinflusst wird. Die

durch Beschaffungskriminalität und Prostitution entstehenden Schäden sind oft gravierender und volkswirtschaftlich relevanter als der Drogenkonsum selbst, weshalb Diskussionen über Entkriminalisierung und akzeptierende Drogenarbeit dringend geführt werden müssen (*Petzold & Hentschel*, 1991/2021). Drogentherapie kann und darf nicht apolitisch sein. Petzold postuliert mehrere Erkenntnisse zur damals bestehenden Drogentherapie:

- Massnahmen, die nur auf den Entzug oder die Entgiftung abzielen, sind nicht nachhaltig und führen zu keinem langfristigen Erfolg.
- Eine rein ambulante Therapie bei Personen mit intravenösem Konsum kann im Sinne der Abstinenz und Rehabilitation nicht erfolgreich sein.
- Rein stationäre Aufenthalte alleine, haben keine grossen Erfolgschancen.
- Basierend auf Erfahrung in der Arbeit mit Drogenabhängigen ist ein konfrontativer und konsequenter Therapiestil zielführender als sogenannte «weiche» Stile.
- Auch eine Beratungsstelle allein kann nicht funktionieren, es benötigt therapeutische Anschlusslösungen.
- Therapieprogramme brauchen Nachsorgeeinrichtungen, dies können beispielsweise Wohneinrichtungen sein.
- Überregionale Koordination von Angeboten erweisen sich als effizient
- Qualifizierte Supervision ist unabdingbar.

Anhand dieser Erkenntnisse formten sich erste Konzepte der Drogenarbeit. So zum Beispiel die Therapiekette. Diese sieht vor, dass zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen kooperiert wird zur Optimierung der Behandlung und schützenden Inselerfahrung als positiver Zwischenstation in belasteten Suchtkarrieren möglich werden. Im Vierstufenmodell wird diese Therapiekette mit einer Kontaktstufe eingeleitet. Niederschwellige Angebote ermöglichen die Kontaktaufnahme mit institutionellen Einrichtungen meist noch in der Szene. Die nächste Stufe, die Eingangsstufe bezeichnet den Eintritt in das System. Meist geschieht die in Beratungsstellen, Krankenhäusern oder Psychiatrien oder dem Gefängnis. Sie ermöglicht durch Motivationsarbeit und z.T. körperlicher Entgiftung den Übergang in die Behandlungsstufe. Diese findet nach Petzold meist in Wohngemeinschaften statt, selten auch in psychiatrischen Einrichtungen. Die letzte Stufe, die Reintegrationsstufe sieht eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft mit entsprechender Unterstützung vor (*Petzold*,

1974b). Die Therapiekette bildet dabei nicht nur ein organisatorisches Modell, sondern ist konzeptuell eng verknüpft mit dem Verständnis von Suchterkrankungen als Langzeitverläufen, die einer kontinuierlichen Begleitung bedürfen.

Ein weiteres zentrales Konzept der IT ist die Karrierebegleitung als intermittierende Langzeitstrategie (*Petzold & Hentschel*, 1991/2021). Da Suchterkrankungen durch wiederholte Konsumereignisse und Diskontinuitäten geprägte sind, ist Therapie als langfristige Gesamtmassnahme zu verstehen. Die Kontinuität und Haltung von Bezugstherapeut*innen sind wichtiger als technische Behandlungsvielfalt (*Petzold* et al., 2006). Die Therapiekette (das Vierstufenmodell) gibt den organisatorischen Rahmen vor (Petzold, 1974b). Praxiserfahrungen belegen, dass Zugang zu Ressourcen, unterstützenden Netzwerken und Krisenhilfe entscheidende Faktoren sind, durch die sich Negativkarrieren in Verläufe mit positiven Eigenschaften umwandeln können (*Petzold & Hentschel*, 1991/2021). Das Prinzip des *Keeping Contact* (Kontakt halten) erweist sich hierbei als grundlegend wichtig.

Dieser strukturelle und zeitliche Rahmen der Karrierebegleitung bedingt, welche therapeutischen Ansätze und Haltungen sich in der Praxis als wirksam erwiesen haben. Aus Sicht der IT ist die Wirksamkeit einer Suchtherapie nicht basierend auf der Wahl der richtigen Methode, sondern wichtiger ist, dass es ein Gesamtprogramm gibt, dass aufeinander abgestimmt ist (*Petzold* et al., 2006). Ansätze, die nur auf methodischen Überlegungen basieren, haben sich in der Praxis nicht bewährt. Hingegen scheinen erlebnisorientierte und integrative Verfahren wie die IT, mit zusätzlichen Massnahmepaketen wie Familien-/Netzwerktherapie, dem Einsatz von kreativen Medien, als auch Körper- und Bewegungstherapie (*Petzold* et al., 2006). Manualisierte Standardisierungen werden abgelehnt und individuell angepasste Vorgehensweisen werden bevorzugt. Die therapeutische Grundhaltung gründet in einem Konzept der Intersubjektivität und der Anerkennung von Würde, Souveränität und Selbstwirksamkeit der Klient*innen als kokreatives Gegenüber. Die Integrative Therapie hebt dies als wichtigen Punkt hervor, da aufgrund der gesellschaftlichen Stigmatisierung und repressiver Handlungstendenzen gegenüber Suchterkrankten das Selbstwirksamkeitserleben systematisch untergraben wird (*Petzold* et al., 2004a/2006). Das Hauptziel der Suchtbehandlung sieht die IT in der Entwicklung eines gesundheitsbewussten Lebensstils sowie der Gewinnung von Sinn und einem eigenen Weg *(Petzold & Orth*, 2004b/2009).

Konkret umfasst die Behandlung den Aufbau stabiler und unterstützender Beziehungen, die Aufarbeitung biographischer Belastungen und Traumata sowie die Wiederherstellung von Regulationskompetenz, also der Fähigkeit, Emotionen, Gedanken und zwischenmenschliche Prozesse angemessen zu steuern. Ergänzend dazu stehen die Aktivierung persönlicher Ressourcen und die Entwicklung positiver Zukunftsperspektiven im Mittelpunkt (*Petzold* et al., 2006).

Diese Behandlungsinhalte setzen eine spezifische Haltung gegenüber dem Klientel voraus, die sich auch in der Frage der Abstinenzorientierung widerspiegelt. Die IT sieht nicht vor, dass abstinenzorientierte Arbeit gegeben sein muss, um einen akzeptierenden Arbeitshaltung mit dem Klientel eingehen zu können (Siehe Postulate *Petzold* weiter oben im selben Kapitel) (*Petzold & Hentschel*, 1991/2021). Niedrigschwellige Einrichtungen mit akzeptierender Haltung bilden die Basis. Die IT verfolgt diesen Ansatz bereits in den frühen Praxismodellen der Drogenarbeit (*Petzold*, 1974b). Diese niederschwellige Arbeit wird ergänzt durch Substitutionsprogramme (unter anderem Opiat-agonistentherapien – OAT) und ein breites Angebot drogenfreier Programme. Medikamentengabe allein wird dabei als nicht ausreichend erachtet (siehe ebenfalls Postulate *Petzold*) (*Petzold* et al., 2004a/2006).

Schließlich bemängelt *Petzold* (1994/2006) erhebliche Forschungsdefizite im deutschsprachigen Raum und fordert eine evidenzbasierte Forschung im Feld, da Studien an klinisch nicht repräsentativen Stichproben nicht ausreichende generalisierbar für das heterogene Klientel der Drogentherapie ist. Gefordert werden longitudinale Entwicklungsstudien, Karrierebegleitforschung sowie ein transversaler Ansatz, der Theorie, Praxis und Forschung kontinuierlich reflexiv verschränkt (*Petzold & Orth,* 2004b).

4.1 Parallelen des biopsychosozioökologischen Modells und des Menschenbildes der Integrativen Therapie in der Suchtpolitik und -behandlung

Das biopsychosozioökologische Modell, als auch das Menschenbild der Integrativen Therapie basieren auf der anthropologischen Grundformel, die wie folgt formuliert wird: «Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und biophysikalischen Umfeld, d.h. er steht in Kontext und Kontinuum in der lebenslangen Entwicklung einer souveränen und schöpferischen Persönlichkeit» (*Petzold* 2003e, S. 19). Die Formel beschreibt somit den Menschen als Leibsubjekt mit mehreren Dimensionen (*Petzold*, 2006k/2011c, S.78).

Die Dimension „Körper“ beschriebt die organismisch-materiellen, also die physiologischen, biologischen und biochemischen Vorgänge des Organismus „Mensch“. Die Dimension der „Seele“ umfasst die Psyche mit der Gesamtheit an Gefühlen, Motiven, Wünschen, Willensimpulsen und kreativen Empfindungen. Der „Geist“ erfasst jegliche kognitive und mentale Prozesse. Sie beruhen auf der Neurophysiologie, gehen aber über das körperliche hinaus. Der Leib beziehungsweise das Leibsubjekt (= Körper-Seele-Geist-Wesen) ist das gesamte Zusammenspiel von körperlichen, emotionalen, volitionalen, kognitiven und sozialen Vorgängen (*Petzold & Sieper* 2012a; *Petzold*, 2003a, S. 1065f.). Sie bilden den Menschen aus einer materialistischen-monistischen Sicht ab (*Petzold* 2002j; 2009c). Der Kontext und das Kontinuum, in das der Mensch eingebettet ist, mit seinen sozialen und ökologischen Aspekten, erfasst die Lebenswelt des Menschen.

4.1.1 Wo sich das biopsychosozioökologische Modell in der Suchtpolitik widerspiegelt

Heutzutage ist das biopsychosoziale Modell in der Psychologie als auch in der Medizin, ein weit bekanntes Modell, das versucht die Umstände und Ursachen von Krankheiten und Symptomen zu erklären (*Engel*, 1977). Die Integrative Therapie erweitert dieses Modell um die Dimension der Ökologie, welches auch Aspekte der Kultur beinhaltet (*Petzold*, 1965/1972i/1985b; *Petzold & Sieper*, 2012a, S. 70f).

Die biologische Dimension des Modells legt nahe, dass körperliche Aspekte der betroffenen Person in ein Erklärungsmodell miteinbezogen werden. Dies bedingt in der Behandlung, dass auch Somatotherapie zum Zuge kommt und Elemente, wie Bewegungs- und Sporttherapie oder -beratungen integriert werden (*Petzold* 1988n3/2019; 2004h). In der Politik werden entsprechende Therapien nicht explizit benannt. Eine Therapie, die aber auf somatoformer Ebene durchaus relevant ist, die Methadonbehandlung. Eine medikamentöse Behandlung mit Methadon kann suchterkrankten Personen ermöglichen, sich physisch und somit auch psychisch besser zu fühlen und schafft meist eine Stressreduktion, da der Beschaffungsstress der Droge drastisch abnimmt. So können sich Heroinsuchterkrankte wieder Zeit für körperliche Betätigungen, als auch eine Integration in die Gesellschaft nehmen. Unter anderem wird so auch die Überlebenschance verbessert, da die Betroffenen sauberen Stoff und richtige Mengen erhalten. Überdosierungen werden seltener und

eine kontrollierte Therapie hat zur Folge, dass Menschen eine stabile Dosis einnehmen und risikoreiches Verhalten vermindert wird.

Auf der biologischen, beziehungsweise biochemischen Ebene ermöglicht das biopsychosozioökologische Modell ein vertieftes Verständnis für das Suchtverlangen, auch „Craving“ genannt. Mit dem Konsumieren findet eine erhöhte Ausschüttung von Dopamin und anderen Endorphinen statt. Diese agieren als Belohnungssignal und drängen zur Wiederholung (*Deeg* 2020).

Die psychologische Dimension des Modells legt den Fokus auf die innerpsychischen Vorgänge, die zum Verständnis der Lebenswelt des Menschen beitragen. Das Seelische erforderte nach *Petzold* und *Sieper* (2012a) psychotherapeutische Ansätze, die sich mit den Emotionen, Motivationen und dem Willen beschäftigt. Dies kann mit verschiedenen Medien stattfinden. Die Therapie stellt im Vier-Säulen-Modell, auch wenn etwas weniger spezifisch, ein Grundpfeiler dar. Im Diskurs zur Behandlung von Drogensüchtigen wird die Psychotherapie wenig diskutiert, vielmehr wird hier, wie bereits im vorherigen Abschnitt beschrieben, die medizinische Therapie diskutiert. In der Gesellschaft und der Politik wird darüber diskutiert, ob die Sucht eine Erkrankung ist, und somit einer (Psycho-)Therapeutische Behandlung bedarf, oder ob das Abhängigkeitsverhalten selbstverschuldet ist und somit nicht durch die Bürgerschaft finanziell getragen werden soll.

Die verschiedenen Dimensionen greifen ineinander und beeinflussen sich gegenseitig. So führt die wiederholte Befriedigung des «Cravings» auf biochemischer Ebene (Ausschüttung von Endorphinen) dazu, dass das Suchtverhalten konditioniert wird und Motivationssysteme direkt beeinflusst. Neben der körperlichen Abhängigkeit bestehet auch eine Abhängigkeit (*Deeg*, 2020).

Die Menschenwürde ist integraler Bestandteil und fördert das Wohlergehen der menschlichen Psyche. Die Säule der Schadenminderung spielt eine wesentliche Rolle zur Erhaltung der Würde. Sie ermöglicht Menschen mit Suchterkrankungen sich am gesellschaftlichen Leben zu beteiligen und einen Ausschluss aus der Gesellschaft zu verhindern, indem nicht nur die absolute Abstinenz das Ticket zur «normalen» Welt ist. Denn dieses Ziel ist für viele Menschen mit Suchterkrankungen eine grosse Hürde (*Binswanger,* 2014; *Petzold* 2003d; Stadt Zürich, 2006).

Die soziale Dimension des Modells beschreibt den Einfluss auf ein Individuum durch die Einbettung in soziale Konstrukte. Die Interventionen, welche die Integrative Therapie hier hervorhebt, sind beispielsweise die Netzwerk- und Familientherapie (*Petzold* 2010g; 1985e/2004a/2019; *Hass & Petzold* 1999). Die Netzwerkarbeit findet beispielsweise in Kontexten der Kontakt- und Anlaufstellen statt. In der Schweizer Drogenpolitik hat die (Re-)Integration von Suchterkrankten Menschen in die Gesellschaft einen wesentlichen Stellenwert.

In der Integrativen Therapie wird Wert auf Ko-Respondenz und auf weitere Konstrukte der Gegenseitigkeit, wie die wechselseitige empathische Haltung, gelegt. In den politischen Diskussionen wurden die Ansicht der verschiedenen Parteien, der Behandler*innen, der Betroffenen und der Bürger*innen beleuchtet, jedoch nicht immer gleich berücksichtigt. Der Ausschnitt aus «der Club» (SRF Schweizer Radio und Fernsehen, 1989) zeigt die Perspektive der Behandler*innen, der Liberalen und der Konservativen, als auch die Eltern von einer betroffenen Person. Dies scheint auch in den Diskussionen um die politischen Entschiede so zu laufen, die Betroffenen sind nicht in der Lage oder werden zu wenig in die Diskussion miteinbezogen (*Petzold* 2005r/2010).

Die Suchtbehandlung und -politik erfordert eine umfassende Adressierung der biologischen Faktoren, der Psyche, des sozialen Umfeldes und auch der Ökologie. *Petzold H.* (2010m) unterstreicht die Notwendigkeit, über die Arbeit in psychotherapeutische Dyaden hinauszuschreiten und auf sozialarbeiterischer und medizinischer Eben sowie auf Netzwerkarbeit und weitere Therapierichtungen (Natur-, Bewegungs-, Musiktherapie, …) zu erweitern. Vor allem in der Suchtbehandlung sei dies unabdingbar. Die Zürcher Drogenthematik und -problematik wird ebenfalls aus verschiedenen Perspektiven (medizinisch oder juristisch, sondern sozial, psychologisch und gesundheitspolitisch) betrachtet und diskutiert. Die IT als auch die Zürcher beziehungsweise Schweizer Drogenpolitik verstehen den Menschen in seinem Lebenskontext und versuchen integrierte Lösungen zu schaffen.

Die erweiterte Version des biopsychosozialen Modells sieht auch ökologische Perspektiven und Interventionen vor. Unter der ökologischen Perspektive versteht sich die Erfassung des Lebenskontext der Menschen. Mitunter ist beispielsweise die Gestaltung des Stadtbildes, die Bildung von Normen und Werten als auch die Förderung Kultur innerhalb einer Gemeinschaft gemeint (*Petzold & Orth* 1998b;

Petzold & Sieper, 2012a). In der Suchtdebatte Zürichs zeigt sich die ökologische Dimension stark in politisch und gesellschaftlich geführten Diskussionen, die den Umgang mit den Abhängigen und dem offenen Konsum bestimmt. Die ethisch-moralische Abwägung zwischen dem Schutz der Allgemeinbevölkerung und der Vertreibung der offenen Drogenszene mittels Repression, war stets Mittelpunkt der öffentlichen Gespräche und führte zu stark polarisierenden Meinungen.

Die Präventionsarbeit mit ihrer wichtigen Aufgabe der Aufklärung ist ein zentraler Bestandteil der ökologischen Interventionen. Auch die strengen Regulierungen und repressiven Massnahmen sind Teil des Ausdrucks von Werten und Normen in der Bevölkerung und/oder in der Politik, diese Normen- und Wertkonstrukte sind Teil des ökologischen Kosmos, in dem sich die Abhängigen, als auch alle anderen Parteien befinden.

Im Rahmen der Integrativen Therapie hat die ökologische Kontextualität einen hohen Standwert in der Drogenarbeit. Verschiedenste Interventionen finden nicht nur in dyadischen Therapiegesprächen statt, sondern sind auch in der Drogenszene, in Wohngemeinschaften und im Arbeitskontext der Individuen von Bedeutung (*Petzold* 2005r/2010; *Petzold* 2010m).

4.1.2 Das Menschenbild

Die Integrative Therapie (IT) setzt auf eine partnerschaftliche, wechselseitig empathische Grundhaltung, welche die Lebensbedingungen der Betroffenen ernst nimmt. Sie sieht kein Machtgefälle vor, sondern findet auf Augenhöhe statt. Es ist eine kooperative Partnerschaft. Die Integrative Therapie nimmt eine ganzheitlich-entwicklungsorientierte Perspektive ein, wie dies auch in der anthropologischen Formel und im biopsychosozioökologischen Modell beschrieben wird. In der anthropologischen Grundformel wird auch die schöpferische Grunddisposition des Menschen erfasst. Auch in der Sucht zeigt sich diese: Menschen kreativ in der Beschaffung der Substanzen, eine Schaffenskraft entsteht aus dem Suchtdruck (*Petzold* 2005r/2010; *Petzold*, 2010m). Die IT beschränkt sich auch nicht auf die individuellen dyadischen Therapieansätze, sondern sieht sich ebenfalls in der Stärkung von sozialen, kulturellen und ökologischen Ressourcen.

Unter Hominität versteht sich die Menschennatur, auf individueller und kollektiver Basis. Es wird vorausgesetzt, dass Menschen das Potenzial zur Destruktivität, beziehungsweise Inhumanität, als auch zur Dignität, beziehungsweise Humanität in

sich tragen. Der Mensch ist Teil der Natur und Kultur und beeinflusst diese wiederum auch durch die andauernde Entwicklung durch Selbstüberschreitung. Das Verfolgen einer humanitären Behandlung von Menschen ist Aufgabe der Integrativen Therapie und erfordert eine andauernde Auseinandersetzung mit der Kultivierung dessen (*Petzold* 2003a; *Petzold*, 2003e; *Petzold* 2005r/2010; *Petzold & Sieper*, 2012a, S. 69f.).

Das Menschenbild der IT deckt sich in vielen Bereichen mit den Ansätzen des Vier-Säulen-Models der Schweizer Drogenpolitik. Die Präventionsstrategien betonen eine frühe Förderung und soziales Lernen. Sie anerkennen die soziale Natur des Menschen und die entwicklungsbasierten Ansätze der IT, die einen lebenslangen Prozess beschreiben und eine frühzeitige Aufklärung notwendig machen und sinnstiftend sind. Offensichtlich finden sich Ansätze der psychotherapeutischen Dyaden und Polyaden, wie beispielsweise die Traumabewältigung und Suchtarbeit in der Säule der Therapie wieder. Die Prävention und so auch die Therapie fördern Eigenverantwortung, fördern schöpferische Gestaltungskraft und setzen auf die Stärkung der Ressourcen. Die Schadensminderung spiegelt die ethische Grundhaltung wider, dass jedem Menschen Würde (Dignität), Teilhaben am sozialen Geschehen und die Begegnung auf Augenhöhe zusteht. Die Lebenswelt der betroffenen Person wird anerkannt und nicht verurteilt. In Anbetracht des zerstörerischen Potenzials der Menschen können auch Regulierungen sinnvoll sein, vor allem, wenn diese den Schutz anderer und zum Teil auch die Würde der Betroffenen gewährleisten können. Sofern die Repression nicht als Instrument zur Erniedrigung und Stigmatisierung suchterkrankter Menschen erfolgt, kann diese einen hilfreichen Rahmen bieten. Die IT und die Schweizer Drogenpolitik legen Wert darauf, den Menschen nicht als Objekt, als Spielball einer Behandlung oder politischen Debatte zu sehen, sondern ihn als schöpferischen Mitgestalter miteinzubeziehen, zu fördern und zu stärken (Bundesamt für Gesundheit, 2022; Bundesamt für Gesundheit, 2024b; *Petzold*, 2003e).

4.2 Die Vier Wege der Heilung und Förderung

Die ‘vier Wege der Heilung und Förderungen’ stammen aus den anthropologischen Grundlagen, welche unter anderem im Menschenbild der Integrativen Therapie, als auch dem biopsychosozioökologischen Modell beschrieben werden. Um die vier Wege nachvollziehen zu können, muss die Konzeptionalisierung von Krankheit und Gesundheit in der IT erläutert werden. In der IT wird nicht nur mit einem Krankheitsmodell gearbeitet, wie dies meist üblich ist in den Gesundheitsdisziplinen, sondern sie beschreibt auch die gesundheitsfördernde Salutogenese, welche über die reine Heilung, also Behebung von Problemen hinausgeht (*Petzold*, 2003a, S.54; *Petzold* 1965/1972i/1985b).

In der folgenden Abbildung aus *Petzold, Sieper* & *Orth* 2005, Seite 52, zeigt die Vier Wege der Heilung und Förderung. Sie beschreiben therapeutische Interventionen und ihre theoretischen Konzeptualisierungen die eben nicht nur die Reduktion von Symptomen zum Zweck hat, sondern auch die Individuen in Lebenskompetenzen, Selbstbestimmung und sozialer Partizipation fördern und stärken.

Abb.: Die „Vier WEGE der Heilung und Förderung“ (*aus Petzold, Orth, Sieper* 2005)

	Erster WEG	Zweiter WEG	Dritter WEG	Vierter WEG
Ziele	**Bewusstseinsarbeit ► Einsicht, Sinnfindung, kognitive Regulation:** *„Sich selbst verstehen, die Menschen, die Welt, das Leben verstehen lernen“*	**Nach-/Neusozialisation ► Grundvertrauen, Selbstwert, emotionale Regulation:** *„Zugehörig sein, beziehungsfähig werden, Liebe spüren und geben, sich zum Freund werden“*	**Erlebnis-/Ressourcen-aktivierung ► Persönlichkeitsgestaltung, Lebensstiländerung:** *„Neugierde auf sich selbst, sich selbst zum Projekt machen, sich in Beziehungen entfalten.“*	**Exzentrizitäts-‚Solidaritätsförderung ► Metaperspektive, Solidarität, Souveränität:** *„Nicht alleine gehen, füreinander einstehen, gemeinsam Zukunft gewinnen“*
Inhalte	Lebenskontext/kontinuums-analyse, Problem-, Ressourcen-, Potential-, Lebensziel-analysen, Biographie- u. Identitätsarbeit, Zukunftsplanung, Sinn- u. Wertefragen, Neubewertungen (appraisal), Änderung von kognitiven Stilen und des Lebensstils durch *korrigierende kognitive Einsicht*	Stärkung von Grundvertrauen u. Selbstwert, Restitution beschädigter Persönlichkeits-strukturen, des emotionalen Spektrums, der empathischen Kompetenz, der Beziehungs-fähigkeit, Neuwertungen (valu-ation), Änderung emotionaler Stile durch *korrigierende emotionale Erfahrungen*	Erschliessung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen/Potentiale, Kreativtätsförderung, Netz-werk-Enrichment, Aktivierung Hemmung dysfunktionalen Verhaltens, Lebensstil-änderung durch *alternative kognitive/emotionale Erfah-rungen u.Performanzen.*	Exzentrische, mehr- u. metaperspektivische Be-trachtung von Lebenslage, Entfremdungsproblemen, Lebens-/Zukunftsplanung, Netzwerkentwicklung, Wertefragen, Identitätsar-beit, Lebensstiländerung durch *gemeinsame kognitive/emotionale Erfah-rungen u.Performanzen*
Metho	Narrative Praxis, Bezie-hungsarbeit, Sinngespräch, tiefenhermeneutisches Verstehen u. Durcharbeiten, Metareflexion, cognitive modelling, Problemberatung	Emotionale Differenzierungs-arbeit im Beziehungsprozess, Regressionsmethoden, bottom-up/ top-down emoting, Hemmung durch Alternativemoting, Netz-Werk-/Konvoiarbeit	Kreativ-, Sport-, Bewe-gungstherapie, Rollenspiel, positives Emoting, Freizeit-aktivierung, Performanz-training, Netzwerkpflege, Natur- u. ästhetische Erfah-rungen, kreative Medien, Hausaufgaben, Tagebuch	Netzwerk- u. Projektarbeit, Gruppentherapie, Case Management, assertives Training, Kontrolltraining, Sozialberatung, Empower-ment Trainig, Exchange Learning, Co-Counseling, Selbsthilfe, Bildungsarbeit
Modali	**III.** konfliktzentriert/störungs-spezifisch, einsichtsorien- tiert, ggf. **VI.** medikamen-tengestützt	**III.** konflikt-/störungsspezifisch, **II.** erlebniszentriert/emotions-orientiert, ggf. **V.** netzwerk- u. **VI.** medikamentengestützt	**II.** erlebnis- u. **I.** übungs-zentriert, **V.** netzwerkorien-tiert, **IV.** supportiv, ggf. **VI.** medikamentengestützt	**V.** netzwerkorientiert, **IV.** supportiv, **II.** erlebnis- u. **I.** übungszentriert, ggf. **VI.** medikamentengestützt

Die Synergie der „Vier WEGE“ schafft „vielfältigen Sinn“
Das optimale Zusammenspiel der „Modalitäten“ schafft vielfältige

Heilungs- und Entwicklungschancen

Abbildung 3. Die vier Wege der Heilung und Förderung aus *Petzold, Sieper* & Orth, 2005, S.52

In der Bewusstseinsarbeit werden beispielsweise Einsichten gewonnen, was der Sinn und Zweck von Konsum ist, denn dieser besteht immer. Konsument*innen haben die Möglichkeit ihre Lebensgeschichte und so auch ihre Konsumgeschichte besser zu verstehen und einordnen zu können. Dies schafft neue Kapazitäten und Möglichkeiten für alternative Regulationsstrategien. Meist geschieht dies im Austausch mit Anderen, ob innerhalb einer Therapie oder einem Austausch in Kontakt- und Anlaufzentren. Für viele suchterkrankten Menschen war, vor der Einführung der heutigen Drogenpolitik, ihr Leben durch den Konsum oder dem Erlangen der Abstinenz bestimmt. Beide Lebensinhalte sind oft mit viel Anstrengung verbunden, kosten viel Zeit und Energie. Die Schadensminderung öffnete neue Türen und schaffte neue Möglichkeiten der Lebensgestaltung. Ein kontrollierter Konsum oder Konsum im

Rahmen von Schadensminderung, gegebenenfalls unterstützt durch eine Methadonabgabe, ermöglicht es Abhängigen, sich beispielsweise in sozialen Gefügen, in einer Arbeitswelt oder kreativen Bereichen wieder Sinn zu finden.

Die Neusozialisation ist in der Suchtarbeit ein essenzieller Bestandteil der Gesundung. Eine Reintegration in ein soziales Umfeld, dass nicht nur aus oberflächlichen Konsum-Bekanntschaften besteht, ist wichtiger Bestandteil um als Teil einer Gesellschaft agieren zu können. Wenn Suchterkrankte in Kreisen verkehren, in denen Emotionen nicht nur mittels Konsums reguliert werden, zeigen sich neue Lernfelder und neue Handlungsmöglichkeiten. Es erschliessen sich soziale Welten, sogenannte «social worlds», in denen nicht der Konsum Hauptsache ist (*Petzold*, 1998h, S.120 ff).

Die Erlebnis- und Ressourcenaktivierung ist ein wichtiger Bestandteil für den Ausstieg aus dem Suchtverhalten und Einstieg in eine erfolgreiche Lebensgestaltung. Ressourcen und Potentiale werden durch Lebensstilveränderungen erschlossen und erweitert. Im Umkehrschluss schaffen Ressourcen und neue Kompetenzen die Möglichkeit den Lebensstil zu verändern. Dies ist notwendig, um einen kontrollierten Konsum oder eine Abstinenz zu erreichen. Wenn gleich dies nicht das Ziel jeder Person mit einer Substanzabhängigkeit ist, sind Erlebnis- und Ressourcenaktivierung wichtig für die Persönlichkeitsentwicklung, die für uns Menschen unabdinglich ist.

Die Einnahme einer Metaperspektive, also einer Perspektive ausserhalb der eigenen aktuellen Situation, schafft Reflexionsfähigkeit. So kann die eigene Situation in Kontext und Kontinuum eingebettet werden und auch mit Situationen anderer abgeglichen werden. Solidarität kann entstehen und Menschen mit Suchterkrankungen können wieder einen Platz in der Gemeinschaft finden. Die meisten Suchterkrankten sind von Stigmatisierung betroffen und erleben es als hilfreich zu sehen, dass es auch andere gibt, die mit einer Suchterkrankung kämpfen und sie nicht allein sind mit der Thematik. Zudem ist die Solidarisierung durch nicht Betroffene ebenfalls wichtig. Sie schafft eine Brücke zwischen den Welten der Konsumierenden und nicht Konsumierenden. Dieses Argument wurde auch in der Diskussion um die Platzierung von Suchterkrankten relevant. Suchterkrankte Menschen sollten nicht einfach in eine geschlossene Klinik abgeschafft werden, sofern nicht nötig, sondern bestmöglich (re-)integriert werden, sodass sie von der Gemeinschaft unterstützt werden und einen Beitrag an die Gesellschaft zurückgeben können (*Petzold, Orth* 2004b/2009; *Petzold, Orth & Sieper*, 2005).

4.3 Die Rolle der Kulturarbeit in der Suchtbehandlung

Die Integrative Therapie (IT) sieht den Auftrag von Therapeut*innen nicht «nur» darin dyadische Psychotherapie und Netzwerkarbeit zu leisten, sondern benennt die Kulturarbeit als wichtige Aufgabe. Kulturarbeit in der IT bedeutet «die Erarbeitung ethischer und ästhetischer Basiskonzepte bis zu konkreter Planung und Umsetzung kulturentwickelnder Praxisprojekte.“ (*Petzold, Orth & Sieper*, 2013a, S.2) In der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Normen, Rollenbildern, Werten, der Bildung von einer gesellschaftlichen Identität sowie der Förderung kultureller Teilhabe, drängen sich die Themen der Drogenpolitik ebenfalls auf. Wer sind wir als Schweizer Volk und wie gehen wir mit Menschen um, die an einer Abhängigkeit leiden? Welche Massnahmen ergreifen wir, um ihnen Unterstützung, die Möglichkeit für eine Integration in soziale Gemeinschaften und den Erhalt ihrer Würde zu ermöglichen? Und wo ziehen wir eine Grenze um die Anwohner*innen zu schützen, die sich nicht sicher fühlen, weil die offene Drogenszene die Überhand über ihr Quartier übernommen hat? Die Kulturarbeit beschäftigt sich mit ebensolchen und weiteren sozialen und politischen (*Petzold*, 2003e; *Petzold, Orth & Sieper,* 2013a).

Als kulturschaffende Wesen nutzt der Mensch kreative Medien, wie die Kunst, die Literatur, das Theater, die Musik und verarbeitet so auch gesellschaftliche Themen. So zum Beispiel auch der autobiografische Roman «Platzspitzbaby» der 2013 von *Michelle Halbheer* veröffentlicht wurde und 2020 in die Schweizer Kinos kam. Das Buch erzählt von der Tochter einer Drogenabhängigen, die auf dem Zürcher Platzspitz verkehrte. Die Handlung des Buches und des Filmes zeigt die Geschichte eines Individuums, dass aber Wellen in der kollektiven Gesellschaft schlägt. In der Kulturarbeit werden ethisch-moralische Wertevorstellungen geschaffen und diskutiert. Sie bietet vielfältige Ausdrucksmöglichkeiten und niedrigschwellige Zugänge zur Verarbeitung von Suchtproblemen. Es wird Kultur geschaffen, es ist Gestaltungsraum und politische Gestaltungsaufgabe (*Petzold* 2003e). Die Herausforderung liegt in der institutionellen Verankerung von kulturarbeiterischen Methoden, weshalb man sie häufig in Form von politischen Diskussionen, kreativen Medien und gesellschaftlichen Normen wiederfindet.

5. Aktuelle Lage in der Schweizer Drogenszene und -politik und Ausblick

In der Schweiz bildete sich in den vergangenen Jahren zunehmend eine neue offene Drogenszene. Das Ausmass gleicht nicht dem des damaligen Platzspitz oder Letten, aber dennoch konsumieren immer mehr Menschen öffentlich Crack, beispielsweise im Park der Bäckeranlage in Zürich. Die Verlegung einer Kontakt- und Anlaufstelle im Jahr 2023 führte zum Konsum in öffentlichen Räumen. Stand 2025 zählt die Szene an der Bäckeranlage bis zu 400 Personen. Seit dem Jahr 2021, sei die Zahl der Crack- und Freebasekonsumenti*innen in der Stadt Zürich um rund ein Viertel gestiegen (*Wickart*, 2005).

Die Kontakt- und Anlaufstellen der Stadt Zürich sind nur für in Zürich wohnenden Abhängigen zugänglich. Da viele der Konsument*innen in der Bäckeranlage nicht in Zürich wohnhaft sind, hat die Stadt im Oktober 2025 den Treff für Alkoholabhängige, den «t-alk» für Konsum und Triage für Auswärtige zur Verfügung gestellt. Es bietet einen Raum, an dem Menschen konsumieren können und es wird versucht, sie an ihre Wohngemeinden zurück zu vermitteln. Neben den Kontakt- und Anlaufstellen, die hauptsächlich in der Schadenminderung angegliedert sind gibt es repressive Massnahmen, wie regelmässige Polizeikontrollen (*Buholzer*, 2025*; Graf*, 2025).

Aktuelle Debatten in der Drogenpolitik gleichen inhaltlich, wenn auch nicht in der Intensität, denen der 80er und 90er Jahre. Anwohner*innen der umliegenden Quartiere fordern Massnahmen gegen den offenen Drogenkonsum und Politiker*innen versuchen einen Mittelweg zu finden.
Auch in anderen Schweizer Städten wie Genf, Basel oder Brugg im Kanton Aargau oder Chur gibt es zunehmende Crackkonsument*innen in öffentlichen Räumen. Vermutet wird, dass die einfachere Beschaffung, die tieferen Preise und der höhere Reinheitsgrad zu einem vermehrten Kokainkonsum führt (*Wickart*, 2025).

Im Vergleich zur Bekämpfung der damaligen offenen Drogenszene, bei der hauptsächlich der Konsum von Heroin im Vordergrund stand, zeigen sich heute neue Herausforderungen aufgrund der Substanz Kokain und deren Wirkung. Das High vom aktuell beliebten Crack und Freebase ist sehr kurzlebig und hält maximal einige Minuten an. Dies führt zu einer permanenten Suche nach dem nächsten Hit. Die Konsument*innen sind unruhig, schnell reizbar und reagieren teils auch aggressiv. Sie vernachlässigen aufgrund des andauernden Beschaffungsstresses Grundbedürfnisse wie Schlafen, Essen und Trinken, was weiter zu Unausgeglichenheiten beiträgt. Eine Hürde im Umgang mit der Crack-Szene ist die fehlende

Substitutionsmöglichkeit. Es gibt aktuell keine adäquaten kontrollierbaren Substanzen, die den körperlichen Drang nach Kokain befriedigen können, ohne «zu high» zu machen. Es wird aber bereits diskutiert, ob eine kontrollierte Abgabe von Kokain eine Möglichkeit wäre. Dies würde aber durch die hohe Konsumfrequenz von Crack und Freebase erschwert werden. Was eine kontrollierte Abgabe jedoch sicherstellen könnte, wäre die Sicherstellung von sauberem Konsumbesteck und Substanzen, sicheren Konsumorten, was auch die betroffenen Quartiere entlasten würde, eine Reduktion des Beschaffungsstresses und der Beschaffungskriminalität, wie auch die vereinfachte Zugänglichkeit zu Sozialarbeiter*innen (*Frauchiger & Sarasin*, 2025).

Neben der Ausbreitung von Crack und Freebase wir auch das Aufkommen von Fentanyl in der Schweiz thematisiert. Es gibt unterschiedliche Ansichten von Expert*innen und zu geringe gesicherte Datenlagen, über die aktuellen Angaben von Fentanyl in der Schweiz. Leiter der Arud, *Philip Bruggmann* sieht die Gefahr vor allem darin, dass Fentanyl, dass deutlich potenter ist, herkömmlichen Opioiden beigemischt wird und somit zu Überdosierungen führen kann. Die Fachpersonen scheinen sich zumindest einig zu sein, dass die Prävention, Kontrolle und Therapie zur Vorbeugung einer Fentanylverbreitung in der Schweiz unerlässlich sind. Verschiedene Massnahmen werden hierbei in Erwägung gezogen. Die Stadt Zürich stellt Beginn des Jahres 2025 mehrere Dosen Naloxon, welches als Notfallmedikament bei einer Überdosierung zum Einsatz kommt, bereit. Ebenfalls soll eine Gesetzesänderung absichern, dass es zwar rezeptfrei erhältlich ist, aber nur durch medizinisches Personal abgegeben werden darf. Für das medizinische Fachpersonal sind Schulungen im Umgang mit Fentanyl-Konsument*innen vorgesehen. Auch wäre die regelmässige Kontrolle von Heroin, dass auf dem Schwarzmarkt erworben wird sinnvoll. Dies würde das Vorkommen, beziehungsweise auch einen Anstieg an beigemisten Fentanyl frühzeitig erkennen (*Boss & Gamp*, 2024; *Büchi & Moser*, 2025).

Auch in der aktuellen Debatte um die Handhabung der Schweizer Suchtpolitik kann das Vier-Säulen-Modell standhalten. Die Gewichtung der jeweiligen Säulen, als auch deren Wechselwirkungen sind in der Ausarbeitung neuer Massnahmen grundlegend und sie verschieben sich, je nach Bedingungen beziehungsweise nach den unterschiedlichen Bedürfnissen der Bevölkerung.

6. Eigene Erfahrungen in der Behandlung von suchterkrankten Menschen

Während meiner Arbeit auf einer psychiatrischen Station für Suchterkrankungen durfte ich Erfahrungen mit Menschen sammeln, die einen Ausstieg oder zumindest eine Veränderung ihres Konsumverhaltens anstrebten. Unter anderem waren auch Menschen bei uns in Behandlung, welche damals auf dem Platzspitz waren und die ganze offene Drogenszene hautnah mitbekommen haben. Ich fand diese Begegnungen stets als sehr eindrücklich, da es wenig Vergleichbares gibt. Die meisten unserer Klient*innen, welche die Platzspitzzeiten noch miterlebt hatten und heute noch am Leben sind, waren dank eines Methadonprogramms stabil was die Opioide anbelangte. Sie verstrickten sich in anderen Substanzen, meist Alkohol oder Kokain. Auch wenn der Behandlungsschwerpunkt meist auf einer anderen Substanz lag, gaben die Klient*innen an, durch die Methadonprogramm sehr entlastet gewesen zu sein und diese als Schadensminderung ihren Dienst taten, denn einige von ihnen wären ansonsten nicht mehr am Leben. Auch die Niederschwelligkeit der Angebote, wie der Kontakt- und Anlaufstellen beispielsweise wurde ebenfalls von vielen geschätzt.

Eine Form der Schadensminderung, die in der Klinik zum Einsatz kam, war die Erfassung individueller Ziele, was den Konsum betraf. Es war nicht vorbestimmt, dass sie im Anschluss an den Aufenthalt eine Abstinenz erreichen mussten, sondern es konnte auch ein kontrollierter oder reduzierter Konsum angestrebt werden. Auch mit der Unterstützung von Medikamenten zur Entlastung während der Entzugsphase, wurde in dieser Hinsicht, schadensmindernd gearbeitet.

Aus der therapeutischen Sicht empfand ich das humanistische Menschenbild der IT als wertvoll. Die Anerkennung der eigenen Hominität und damit auch Potenzial zu (Selbst-)Destruktivität macht Suchterkrankungen nachvollziehbarer, auch ohne selbst an einer erkrankt zu sein. Es zeigt, dass wir alle fehlbar sind und es nicht ein Zeichen einer spezifischen Charakterschwäche ist, dass manche Menschen einer Sucht verfallen und andere nicht, wir als Gesellschaft sind ebenso Mitverursacher*innen gewisser Schicksale. Auch die neugierige offene und möglichste wertfreie Haltung war in Bezug auf Konsumereignisse von Klient*innen hilfreich. Gemeinsam wurde versucht zu verstehen, wie es dazu gekommen ist, entsprechend dem 1. Weg der Heilung und Förderung – Bewusstseinsarbeit. Ein Konsumereignis galt nicht per se als Rückfall oder Rückschritt, sondern wurde als Regression im Sinne der

Progression gesehen, danach versteht man mehr und ist im Entwicklungsprozess einen Schritt vorangekommen.

Auch in den geleiteten Gruppen kam Bewusstseinsarbeit zum Zuge. Durch die Vermittlung psychoedukativer Elemente erlangten Klient*innen ein besseres Verständnis über sich selbst. Zudem wurde auch gleich der 4. Weg der Heilung und Förderung genutzt durch die Solidaritätserfahrung. Viele der Klient*innen, vor allem auch solche, die zum ersten Mal in der Klinik waren, konnten erfahren, dass es anderen Menschen genauso ging wie ihnen, dass andere Verständnis für ihre Situation zeigten.

In den Therapiezielen wurden nicht nur Ziele erfasst, die das Konsumverhalten betrafen, sondern Klient*innen wurden auch aufgefordert andere Lebensziele, die sie gerne während dem Aufenthalt verfolgen wollten, anzugeben. Dies schaffte Raum für die Identitätsentwicklung ausserhalb der Konsumenten*innen-Identität. Die Klient*innen sahen und wurden auch von uns nicht nur als Süchtige gesehen, sondern als ganzheitlicher Mensch mit Gefühlen und Bedürfnissen abseits der Abhängigkeit. Für viele schien dies ein wichtiger Teil zu sein, der sie in der Erreichung ihrer Konsumziele unterstützte. Sie waren Teil einer Gemeinschaft, die Sport macht, bäckt, Probleme mit dem Ausfüllen der Steuererklärung hat, die abends gemeinsam isst, sich kreativ betätigt, Spässe macht und so weiter. In der Welt einer süchtigen Person, die Gefühle wie Scham und Schuld zu genüge kennt, ist das Erleben von Würde und Inklusion meist sehr heilsam. Im Konzept des biopsychosozioökologischen Modells werden solche Erfahrungen in der sozialen Ebene eingeordnet. Eine weitere Intervention, die auf der sozialen Ebene eingeordnet wird, ist die Veranstaltung eines Angehörigenabends. Einmal im Monat fand ein Austausch unter Betroffenen und Angehörigen statt, der durch das Klinikpersonal geleitet wurde. Durch die Einbindung des sozialen Umfeldes konnten weitere Räume für Solidarität und Ressourcen geschaffen werden. Die Klient*innen berichteten mir im Anschluss oftmals, dass es sie viel Überwindung gekostet habe sich so zu exponieren, aber die meisten über den offenen Austausch erleichtert und froh waren. Sie schätzten in einem geschützten Rahmen über schwierige Themen wie Konsumereignisse, gegenseitige Erwartungen und Befürchtungen zu sprechen.

Der multidimensionale Ansatz des biopsychosozioökologischen Modells erwies sich in der Erfassung eines Erklärungsmodells für das Entstehen und die Aufrechterhaltung einer Suchterkrankung als hilfreich. Es erfasst die Komplexität der

Lebenswelt von suchterkrankten Menschen. Auch alle vier Säulen boten hilfreiche Ansätze in der Arbeit mit dem Thema Sucht. Präventive Massnahmen finden nicht nur bei jungen Menschen oder Menschen, die noch nicht suchterkrankt sind statt, sondern auch bei langjährigen Konsument*innen. Wir klärten über mögliche Suchtverlagerungen auf. Das bedeutet, dass der Konsum einer Substanz eingestellt wird sich aber ein neues, kompensatorisches Suchtverhalten entwickelt (dies kann von Substanzkonsum bis hin zu exzessivem Sport reichen).

In den Therapiesitzungen lernte ich die Wichtigkeit einer Ausgewogenheit zwischen Schadensminderung, welche oft mit Toleranz der Gesellschaft einhergeht, und mit Repression, welche klare Grenzen und Regeln setzt. Um nicht Gefahr zu laufen, eine Machtposition auszuspielen, in der wir als Klinik meist waren, nutzten wir ein simples Konzept, welches zwischen der Motivation und der Kompetenz von Klient*innen unterschied. Wenn beispielsweise ein Klient oder eine Klientin aufgrund ihrer Kompetenzen Mühe hatte, rechtzeitig an Terminen zu erscheinen, zeigte dies meist ein Defizit an, welches in Einzelsitzungen vertieft und bearbeitet wurde. Zeigte hingegen jemand keine Motivation und scherte sich nicht darum pünktlich in den Gruppen zu erscheinen, so wurde bei vermehrten Vorkommen über mögliche Konsequenzen gesprochen. Es galten auch klare Stationsregeln, wobei keine Unterscheidungen gemacht wurden, beispielsweise bei Gewaltanwendungen oder -drohungen wurde ein direkter Austritt veranlasst (repressive Massnahme).

Ich empfinde Dankbarkeit für die Einblicke in die Leben der Betroffenen, die mir gewährt wurden. Ich empfinde auch eine gewisse Ehrfurcht vor der enormen Leistung sich für eine Konsumverhaltensänderung zu entschieden und in eine Klinik zu gehen. Während dieser Zeit begegnete ich auch Menschen, die Unvorstellbares erlebt hatten und einen wahnsinnigen Lebenswillen zeigten. Ich empfinde meine Arbeit als Therapeutin in Einzelsitzung, aber auch das, was ich in einer Gesellschaft verändern kann, als wichtige Arbeit. Ich habe oft gehört, dass Leute entweder gerne mit suchterkrankten Menschen arbeiten oder gar nicht. Bei mir scheint wohl das erste der Fall zu sein. Ich habe mich auch immer gerne für die Perspektive der Suchterkrankten eingesetzt, besonders wenn Stigma behaftete Ansichten auftreten. Die Aufklärung über die möglichen Hintergründe ist genauso Teil meines Jobs, wie auch mit einem Klienten oder einer Klientin alternative Handelsstrategien als Konsum zu eruieren.

7. Fazit

Diese Arbeit hat gezeigt, dass sich die Suchtgeschichte der Schweiz, exemplarisch am Brennpunkt Zürich, als ein komplexer sozialer, politischer und therapeutischer Lernprozess verstehen lässt. Insbesondere die offenen Drogenszenen der 1980er- und 1990er-Jahre machten deutlich, dass rein repressive oder individualisierende Ansätze der Suchtthematik nicht gerecht werden. Die Entwicklung der Schweizer Suchtpolitik, insbesondere das Vier-Säulen-Modell und die Etablierung der Opioid-Agonisten-Therapie, zeigten einen Paradigmenwechsel, der ebenfalls Parallelen zum Menschenbild und zu den Grundannahmen der Integrativen Therapie aufweist, welche Sucht nicht isoliert als Krankheit, sondern als komplexes Zusammenspiel von biopsychosozioökologischen Faktoren sieht. Die Zürcher Institutionen und Netzwerke zeigen, dass integrierte, vernetzte und niederschwellige Angebote essenziell sind, um suchterkrankte Menschen nachhaltig zu erreichen. Aus integrativ-therapeutischer Perspektive wird deutlich, dass Heilung und Förderung mehrdimensional sind und neben medizinischen und psychotherapeutischen Interventionen auch soziale Einbettung, kulturelle Teilhabe und Sinnfindung erfordern. Abschliessend lässt sich festhalten, dass die Schweizer Suchtpolitik, trotz aktueller Herausforderungen, ein international beachtetes Beispiel für eine menschenwürdige, pragmatische und integrative Herangehensweise darstellt, deren Weiterentwicklung weiterhin eine enge Zusammenarbeit von Therapie, Politik und Gesellschaft verlangt.

8. Zusammenfassung/Summary

Zusammenfassung: Die Suchtgeschichte der Schweiz erzählt anhand des Brennpunktes Zürich aus der Perspektive der Integrativen Therapie

Diese Graduierungsarbeit beleuchtet die Suchtgeschichte der Schweiz anhand des Brennpunktes Zürich und beschreibt deren Entwicklung im historischen, gesellschaftlichen und politischen Kontext. Im Fokus stehen zentrale substanzgebundene Suchterkrankungen, die Entstehung der offenen Drogenszenen sowie der Wandel der öffentlichen Wahrnehmung und Suchtpolitik. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Schweizer Drogenpolitik mit dem Vier-Säulen-Modell, der Opioid-Agonisten-Therapie und den vielfältigen institutionellen Hilfsangeboten in Zürich. Diese Entwicklungen werden aus der Perspektive der *Integrativen Therapie* reflektiert, insbesondere im Hinblick auf das biopsychosozioökologische Modell und das ganzheitliche, humanistisch geprägte Menschenbild, die 'vier Wege der Heilung und Förderung' und die Bedeutung von Kulturarbeit. Ergänzt wird die theoretische Auseinandersetzung durch eigene Praxiserfahrungen in der Behandlung von suchterkrankten Menschen.

Schlüsselwörter: Sucht/Abhängigkeit, Schweizer Suchtpolitik, Vier-Säulen-Modell, Integrative Therapie, Menschenbild, biopsychosozioökologische Modell, vier Wege der Heilung und Förderung

Summary: The history of addiction in Switzerland told by the urban focus Zürich from the perspective of Integrative Therapy

This paper examines the history of addiction in Switzerland based on the city of Zurich. It describes the development of addiction within historical, social, and political contexts. The paper focuses on most common substance-based addictions, the emergence of open drug scenes, and the changing public perception of addiction over time. A main theme is the Swiss drug policy, especially the four-pillar model, opioid agonist therapy, and the wide range of institutional support services available in Zurich. These developments are critically reflected upon from the perspective of Integrative Therapy, with emphasis on the biopsychosocioeconomical model, the underlying view of the human being, the four paths of healing and growth, and the role of cultural work in addiction treatment. The theoretical discussion is complemented by personal practical experiences in the treatment of people with substance use disorders.

Keywords: Addiction, Swiss drug politics, four-pillar model, Integrative Therapy, views of the human being, biopsychosocioeconomical model, the four paths of healing and growth

9. Literatur

Aljazeera (2023). *Myanmar overtakes Afghanistan as world's top opium producer: UN.* Abgerufen am 19.05.2025 von https://www.aljazeera.com/news/2023/12/12/myanmar-now-worlds-top-opium-producer-surpassing-afghanistan-un

Anonyme Alkoholiker Schweiz (o.D.*). Willkommen bei den Anonymen Alkoholikern (AA) Schweiz*. Abgerufen am 06.08.2025 von https://www.anonyme-alkoholiker.ch/

Arud Zentrum für Suchtmedizin (2024). *Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) Pocketguide*. PDF zugegriffen am 08.08.2025 auf Arud https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://a-rud.ch/assets/docs/Webshop/Broschueren_und_Flyer/oat_pocket_guide_2024.pdf&ved=2ahUKEwjFjbiB3PqOAxWeQ6QEHTYmHHcQFnoECDAQAQ&usg=AOvVaw1CmH5ugkgQDZHWBp8aN1u0

Arud Zentrum für Suchtmedizin (o.D.). *Geschichte*. Abgerufen am 07.07.2025 von https://a-rud.ch/uber-uns/unternehmen/geschichte

Balsiger, C. & Fahy, J. (2017). *Vor 25 Jahren räumte Zürich die offene Drogenszene*. SWI swissinfo.ch. Abgerufen am 06.06.2025 von https://www.swissinfo.ch/ger/leben-und-altern/needle-park-am-platzspitz_vor-25-jahren-raeumte-zuerich-die-offene-drogenszene/42934678

Bartholet, S., Dervisevic, E., & Matjani, S. (2019). *Die offene Drogenszene in der Schweiz: Platzspitz, Letten, Bienehüsli und Schellenacker*. Sozialgeschichte.ch. Abgerufen am 19.05.2025 von https://www.sozialgeschichte.ch/themen/offene-drogenszene-2/

Bänziger, P.-P., Herzig, M., Koller, C., Savary, J.-F., & Zobel, F. (2022). Die Schweiz auf Drogen: Szenen, Politik und Suchthilfe, 1965–2022. Chronos.

Betäubungsmittelgesetz, SR 812.121 (2021). Abgerufen am 07.07.2025 von https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/812.121/20210201/de

Beti, L. (2024). *«Die Verfügbarkeit von Kokain in der Schweiz ist beispiellos»*. SWI swissinfo.ch. Abgerufen am 02.06.2025 von https://www.swissinfo.ch/ger/leben-und-altern/die-verf%C3%BCgbarkeit-von-kokain-in-der-schweiz-ist-beispiellos/73650712

Binswanger, M. (2014). «*The Needle Trauma»*. Tagesanzeiger. Abgerufen am 02.06.2025 von https://www.tagesanzeiger.ch/extern/storytelling/platzspitz/ , nicht mehr auffindbar (Stand 2026). Abgerufen am 01.02.2026 von https://web.archive.org/web/20140517114423/http://files.newsnetz.ch/extern/storytelling/platzspitz/

Boss, C., & Gamp, R. (2024). *Chefarzt warnt vor Fentanyl-Krise in der Schweiz*. Tages-Anzeiger.Abgerufen am 26.12.2025 https://www.tagesanzeiger.ch/chefarzt-warnt-vor-fentanyl-krise-in-der-schweiz-464140997083

Brassel-Moser, R. (2015). *Drogen*. In Historisches Lexikon der Schweiz. Abgerufen am 25.06.2025 von https://hls-dhs-dss.ch/articles/016557/2015-05-26/

Büchi, J., & Moser, A. (2025). «Fentanyl ist längst da»: Silvia Eyer war heroinsüchtig, heute will sie als Politikerin aufrütteln. *Tages-Anzeiger.* Abgerufen am 23.12.2025 von https://www.tagesanzeiger.ch/fentanyl-droge-ist-laengst-in-der-schweiz-warnt-silvia-eyer-491710358133

Buholzer, M. (2025). *Wachsende Drogenszene Zürich – so will die Stadt Zürich das Drogenproblem in den Griff bekommen*. SRF Schweizer Radio und Fernsehen. Abgerufen am 26. Dezember 2025, von https://www.srf.ch/news/schweiz/wachsende-drogenszene-zuerich-so-will-die-stadt-zuerich-das-drogenproblem-in-den-griff-bekommen forum-substitutionspraxis.de

Bundesamt für Gesundheit (2022). *Vier-Säulen-Politik*. In *BAG Drogenpolitik*. Abgerufen am 07.07.2025 von https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/drogenpolitik/vier-saeulen-politik.html

Bundesamt für Gesundheit (2024a). *Alkohol*. Abgerufen am 01.05.2025 von https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/alkohol.html

Bundesamt für Gesundheit (2024b). *Nationale Strategie Sucht* [PDF]. Schweizerische Eidgenossenschaft. Abgerufen am 22.07.2025 von https://www.bag.admin.ch/de/nationale-strategie-sucht

Bundesamt für Statistik (2022). *Alkohol*. Eidgenössisches Departement des Innern. Abgerufen am 02.06.2025 von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/alkohol.html

Bundesamt für Statistik (2024a). *Cannabiskonsum*. Abgerufen am 05.05.2025 von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb/ergebnisse-publikationen.assetdetail.30305704.html

Bundesamt für Statistik (2024b). *Illegale Drogen.* Abgerufen am 05.05.2025 von https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/determinanten/illegale-drogen.html

CONTACT Nightlife (o. D.a). *Cannabis*. Abgerufen am 26.12.2025 von https://www.raveits-afe.ch/?contact_substanz=cannabis

CONTACT Nightlife (o. D.b). *Kokain*. Abgerufen am 26.12.2025 von https://www.raveits-afe.ch/?contact_substanz=kokain

Deeg, J. (2020). *Das Gehirn - Die Wechselwirkung von Dopamin und Endorphinen treibt uns an und macht uns glücklich. Kein Wunder, dass diese Stoffe auch beim Kontrollverlust beteiligt sind.* Abgerufen am 15.12.2025 von https://www.dasgehirn.info/krankheiten/sucht/dopamin-und-endorphin-stoffe-die-suechtig-machen

DocCheck Flexikon (2018). *Opioid*. In DocCheck Flexikon. Abgerufen am 08.08.2025 von https://flexikon.doccheck.com/de/Opioid

Engel, G.L. (1977). The need for a new model: a challenge for biomedicine. Science 196, S.129-137.

Eugster, D. (2018). «Als die Schweizer Jugend ihren eigenen Staat gründete». SWI swissinfo.ch. Abgerufen am 06.06.2025 von https://www.swissinfo.ch/ger/gesellschaft/autonome-jugendzentren_als-die-schweizer-jugend-ihren-eigenen-staat-gruendete/44210044

European Union Drugs Agency (2025). Abgerufen am 19.06.2025 von https://www.euda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en

eve&rave Schweiz (o. D.). Geschichte. Abgerufen am 20.08.2025 von https://www.eve-rave.ch/geschichte/

Fassbind, T (2016). Lernhilfen, die Bauchweh verursachen. Tagesanzeiger. Abgerufen am 20.08.2025 von https://www.tagesanzeiger.ch/lernhilfen-die-bauchweh-verursachen-123026243226

Frauchiger, A.L., & Sarasin, D. (2025). Drogenszene in Zürich: Crack-Hotspot in einem Quartier im Kreis *4.* Tages-Anzeiger. Abgerufen am 26.12.2025 von https://www.tagesanzeiger.ch/drogenszene-in-zuerich-crack-hotstpot-in-einem-quartier-im-kreis-4-673335958426

Gisler, S. (2015). Die offene Drogenszene in Zürich löste ein Umdenken aus. Limmattaler Zeitung. Abgerufen am 08.08.2025 von https://www.limmattalerzeitung.ch/limmattal/zuerich/die-offene-drogenszene-in-zurich-loste-ein-umdenken-aus-ld.1684695

Graf, N. (2025). Stadt Zürich schafft neue Anlaufstelle für auswärtige Süchtige. tsri.ch. Abgerufen am 26.12.2025 von https://tsri.ch/a/stadt-zuerich-schafft-neue-anlaufstelle-fuer-auswaertige-suechtige

Grob, A. (1996). Alkohol und Gesellschaft im 19. Jahrhundert: Die schweizerische Alkoholfrage im Spannungsfeld von Politik, Wissenschaft und öffentlicher Meinung. Chronos.

Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, H.G., Märtens, M. (1999a) (Hrsg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272. https://www.fpi-publikation.de/polyloge/22-2011-hass-w-petzold-h-g-1999-die-bedeutung-der-forschung-soziale-netzwerke/

Halbheer, M. (2013). Platzspitzbaby: Meine Mutter, ihre Drogen und ich. Wörterseh Verlag.

Hausmann, I. (2024). *Die berauschende Geschichte des Homo alcoholicus*. Schweizerisches Nationalmuseum. Abgerufen am 12.08.2025 von https://blog.nationalmuseum.ch/2024/08/die-berauschende-geschichte-des-homo-alcoholicus/

HelloZurich (o. D.). *Wie 20 Jahre Drug Checking das Zürcher Nachtleben sicherer machten*. Abgerufen am 20.08.2025 von https://www.hellozurich.ch/de/aktuell/nachtleben-drug-checking.html

Hürlimann, M. (2012). Zürich brennt: Die Jugendunruhen der 1980er Jahre und das AJZ. Zürich: Chronos Verlag.

Infodrog (o.D.). Opioidagonistentherapie OAT. Präventionslexikon. Abgerufen am 08.08.2025 von https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/opioidagonistentherapie.html

Know-Drugs (o. D.). Opioide (Schmerzmittel). Abgerufen am 28.06.2025 von https://de.know-drugs.ch/substanzen/opioide-schmerzmittel/20

Koller, C. (2017). Vor 25 Jahren: Die Schliessung des «Needle Park». Sozialarchiv. Abgerufen am 19.05.2025 von https://www.sozialarchiv.ch/2017/10/27/vor-25-jahren-die-schliessung-des-needle-park/

Koller, C. (2020). Vor 40 Jahren: Züri brännt. Schweizerisches Sozialarchiv. Abgerufen am 05.05.2025 von https://www.sozialarchiv.ch/2020/03/01/vor-40-jahren-zueri-braennt/

Narcotics Anonymous Switzerland (o.D.). NA Schweiz: Informationen & Meetings. Abgerufen am 06.08.2025 von https://www.na-schweiz.ch/

Opium Conference & League of Nations (1925). Records of the second Opium Conference, Geneva, November 17th, 1924-February 19th, *1925*, Abgerufen am 07.07.2025 von http://nla.gov.au/nla.obj-38620299

Petzold, H. G. (1965/1972i/1985b): Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse. In *POLYLOGE*. https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-1965-1972i-1985b-geragogie-nouvelle-approche-de-leducation-pour-la-vieillesse/

Petzold, H. G. (1971b): Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 3, 268-281.

Petzold, H. G. (1971c): Möglichkeiten der Psychotherapie bei drogenabhängigen Jugendlichen. In: *G. Birdwood*, Willige Opfer, Rosenheimer Verlag, Rosenheim. S. 212-245.

Petzold, H.G. (1974b): Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen, Paderborn: Junfermann/Hoheneck, S. 133-222; 4. Aufl. Fachbuchhandlung für Psychologie, D. Klotz, Frankfurt 2003.

Petzold, H. G. (1985e/2004a/2019). Die Rolle der Gruppe in der therapeutischen Arbeit mit alten Menschen– Konzepte zu einer „Integrativen Intervention“. IN POLYLOGE

12/2019. https://www.fpi-publikation.de/supervision/12-2019-petzold-h-g-1985e-2004a-2019-die-rolle-der-gruppe-in-der-therapeutischen-arbeit/

Petzold, H. G. (1988n3/2019). Integrative Bewegungs- und Leibtherapie: Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie (Bd. 1,2: Klinische Leib- und Bewegungspsychotherapie) [E-Book]. *S. 193ff. FPI-Publikation*. https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-1988n3-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-ein-ganzheitlicher-weg-leibbezogener-psychotherapie-band-12/

Petzold, H. G. (1994h/2006). Therapieforschung und die Praxis der Suchtkrankenarbeit-programmatische Überlegungen. *Drogalohol,* 3, 144-158.

Petzold, H. G. (1998h). Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung (Bd. 1–2). *FPI-Publikationen*. https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-1998h-identitaet-und-genderfragen-in-psychotherapie-soziotherapie-und-gesundheitsfoerderung-bd-1-und-2/

Petzold, H. G. (2002a). Integrative Therapie in Kontext und Kontinuum – Beginn einer „Dritten Welle" der Entwicklung. In *POLYLOGE 11/2002*. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-2002a-integrative-therapie-kontext-kontinuum-beginn-einer-dritten-welle-polyloge-11-2002.pdf

Petzold, H. G. (2002j). Der «informierte Leib» - «embodied and embedded» - Leibgedächtnis und performative Synchronisation. In H. G. Petzold (Hrsg.) (2003a), *Integrative Therapie, Band 3: Klinische Praxeologie* (S. 1051–1092). Paderborn: Junfermann. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_Petzold-InformierterLeib-Polyloge-07-2002.pdf

Petzold, H.G. (2003a): *Integrative Therapie*. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.

Petzold, H. G. (2003d). Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde – ein „Polylog" klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie. *Integrative Therapie - Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration.* Aus Heft 2003, 1 Themenschwerpunkt: Unrecht, Gerechtigkeit, Menschenwürde. Seite 27 – 64, 1, 27–64. https://www.fpi-publikation.de/integrative-therapie/2003-1-petzold-h-g-2003d-unrecht-und-gerechtigkeit-schuld-und-schuldfaehigkeit-menschenwuerde-ein-polylog-klinischer-philosophie-zu-vernachlaessigten-themen-in-der-psychotherapie/

Petzold, H.G. (2003e): Menschenbild und Praxeologie. Updating 2006k als: Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie" in einer „transversalen Moderne" - Menschenbild und Praxeologie. In *POLYLOGE 02/2011*. https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u/

Petzold, H. G. (2004h/2023). Der „informierte Leib im Polylog" – Ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie, Soziotherapie und Supervision. In *POLYLOGE 11/2023*. https://www.fpi-publikation.de/polyloge/11-

2023-petzold-h-g-2004h-2023-der-informierte-leib-im-polylog-ein-integratives-leibkonzept-fuer-die-nonverbale-verbale-kommunikation-in-der-psychotherapie-soziotherapie-und-s/

Petzold, H.G. (2005r/2010). Entwicklungen in der Integrativen Therapie als „biopsychosoziales“ Modell und „Arbeit am Menschlichen“. Überlegungen zu Hintergründen und proaktiven Perspektiven. Integrative Therapie 40 Jahre in „transversaler Suche“ auf dem Wege. In *POLYLOGE* 04/2010.http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2010-petzold-h-g-2005r.html

Petzold, H. G. (2006k/2011c). Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ in einer „transversalen Moderne“ - Menschenbild und Praxeologie. In *POLYLOGE 02/2011.* https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2011-petzold-h-g-2006k-update2011-integrative-therapie-anthropologie-menschenbild-u/

Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin 1* (Graz) 20-33. http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2009c-koerper-seele-geist-welt-verhaeltnisse-der-informierte-leib-das-psychoph.html

Petzold, H. G. (2010g). Integrativ-systemische Arbeit mit Familien: Integrativ-systemische Entwicklungs- und Netzwerktherapie. In *POLYLOGE.* https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2010g-hrsg-integrativ-systemische-arbeit-mit-familien-integrativ/

Petzold, H.G. (2010m). Komplexe Suchttherapie – Integrative und entwicklungspsychobiologische Modelle…8 Lectures, Vortrag an den Studientagen ‚Komplexe Suchtarbeit‘, Graz, Caritas Steyermark, Okt. 2010. In *POLYLOGE* https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-g-2010m-komplexe-suchttherapie-integrative-und-entwicklungspsychobiologische-modelle/
Als Audiodatei auf Dropbox https://www.dropbox.com/sh/vc3dvxwotqviijy/AAA8GbocjyxZ1sEHtjkGp7b6a?dl=0

Petzold, H.G. & Hentschel, U. (1991/2021). Niederschwellige und karrierebegleitende Drogenarbeit als Element einer Gesamtstrategi der Drogenhilfe. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 1,* 11-19. https://www.fpi-publikation.de/polyloge/14-2021-petzold-h-g-hentschel-u-1991-2021-niedrigschwellige-und-karrierebegleitende-drogenarbeit-als/

Petzold H.G. & Orth I. (1998b/2014). Wege zum „Inneren Ort persönlicher Souveränität“ – „Fundierte Kollegialität“ in Beratung, Coaching, Supervison und Therapie. In *POLYLOGE* 18/2014. https://www.fpi-publikation.de/polyloge/18-2014-petzold-h-g-orth-i-1998-2014-wege-zum-inneren-ort-persoenlicher-souveraenitaet/

Petzold, H.G., & Orth, I. (2004b/2009). „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ – „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens: Perspektiven integrativer Kulturarbeit – Hommage an Kant. In *POLYLOGE*, 09/2009. https://www.fpi-publikation.de/polyloge/09-2009-orth-i-petzold-h-g-2004b-unterwegs-zum-selbst-und-zur-weltbuergergesellschaft/

Petzold, H. G. & Orth, I. (2011). „Genderintegrität“ – ein neues Leitparadigma für Supervision und Coaching in vielfältigen Kontexten. In *POLYLOGE 04/2014*. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=supervision_petzold-orth-2011-genderintegritaet-neues-leitparadigma-ko-reflexiver-beitrag-supervision-04-2014.pdf

Petzold, H. G., Orth, I., & Sieper, J. (2013a). Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013. In POLYLOGE 24/2013. https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge_petzold-orth-sieper-2013a-manifest-der-integrativen-kulturarbeit-2013-polyloge-24-2013.pdf

Petzold, H.G. Schay, P., & Ebert, W. (2004a: Integrative Suchttherapie (2 Bde., 2 Aufl.20006). Opladen: Leske + Budrich. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2006.

Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W. (2006): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold, H. G. & Sieper, J. (2012a). “Leiblichkeit“ als “Informierter Leib“ embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In H. G. Petzold (Hrsg.), *Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen*. Krammer. https://www.fpi-publikation.de/polyloge/21-2012-petzold-h-g-sieper-j-2012aleiblichkeit-als-informierter-leib-embodied-and/

Petzold, H.G., Sieper, J., Orth, I. (2005/2006): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* – 02/2005; http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2005-petzold-h-g-sieper-j-orth-i-erkenntniskritische-entwicklungspsychologische.html und in: *Petzold, H.G., Schay, P., Scheiblich, W.* (2006): Integrative Suchttherapie. Bd. II. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 627 – 765.

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (o. D.). Abhängigkeitserkrankungen und Dualdiagnosen. Abgerufen am 08.08.2025 von Psychiatrische Universitätsklinik Zürich: https://www.pukzh.ch/unsere-angebote/erwachsenenpsychiatrie/behandlungsschwerpunkte/abhaengigkeitserkrankungen-und-dualdiagnosen/

Rüetschi, M. (2023). Leiturteil des Bundesgerichts: Cannabis bis 10 Gramm Eigenkonsum – keine Beschlagnahmung möglich. SRF News. Abgerufen am 07.07.2025 von https://www.srf.ch/news/schweiz/leiturteil-des-bundesgerichts-cannabis-bis-10-gramm-eigenkonsum-keine-beschlagnahmung-moeglich

Seidenberg, A. (2020) ZIPP-Aids: Das Zürcher Interventions-Pilot-Projekt gegen Aids. Abgerufen am 04.08.2025 vonhttps://seidenberg.ch/2020/zipp-aids-das-zuercher-interventions-pilot-projekt-gegen-aids/

Sozialdepartement Stadt Zürich (Hrsg.). (2015). 25 Jahre Drogenhilfe. Sonderausgabe des SD-Magazins des Sozialdepartements in Zusammenarbeit mit dem Gesundheits- und Umweltdepartement. Stadt Zürich.

Sozialwerk Pfarrer Sieber (o. D.a). *Fachspital für Abhängigkeitserkrankungen und Sozialmedizin*. Abgerufen am 20.08.2025 von https://www.swsieber.ch/was-wir-tun/betreuen/fachspital/

Sozialwerk Pfarrer Sieber (o. D.b). *Sozialwerk Pfarrer Sieber – für Menschen in Not.* Abgerufen am 04.08.2025 von https://www.swsieber.ch/sitemap/

SRF News (2015). International – Chronologie der Schweizer Drogenpolitik. Abgerufen am 07.07.2025 von https://www.srf.ch/news/international/international-chronologie-der-schweizer-drogenpolitik

SRF Schweizer Radio und Fernsehen (1989). Drogenhölle Platzspitz – Ist Heroin vom Staat die Lösung? [Video]. SRF Play – Der Club. Abgerufen am 22.07.2025 von https://www.srf.ch/play/tv/club/video/drogenhoelle-platzspitz-ist-heroin-vom-staat-die-loesung?urn=urn:srf:video:875ba6ac-cf6f-4a23-902b-4c5f49740318

Stadt Zürich (2006). Die Drogenpolitik der Schweiz: Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006–2011 [PDF]. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern. Abgerufen am 07.07.2025 von https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/web/de/politik-verwaltung/politik-recht/strategie-und-politikfelder/drogenpolitik/mapadro-4-bag.pdf

Stadt Zürich (2008). «Ein Ort, wo man sein kann» – Edition Sozialpraxis Nr. 3 (Kontakt- und Anlaufstellen). Abgerufen am 26.07.2025 von https://www.stadt-zuerich.ch/misc/de/mitteilungsarchiv/medienmitteilungen/2008/09/080923d.html

Stadt Zürich (o. D.a). Ambulatorien Crossline und Lifeline. Abgerufen am 08.08.2025 von Stadt Zürich, Gesundheits- und Umweltdepartement: Ambulatorien Crossline und Lifeline https://www.stadt-zuerich.ch/de/gesundheit/sucht-und-drogen/medizinische-angebote-fuer-suchtkranke/ambulatorien-crossline-lifeline.html#ueber_uns

Stadt Zürich (o. D.b). Drogeninformationszentrum (DIZ). In *Gesundheits- und Umweltdirektion*. Abgerufen am 20. 08.2025 von https://www.stadt-zuerich.ch/de/gesundheit/sucht-und-drogen/beratung-unterstuetzung-fuer-suchtkranke/diz.html

Stadt Zürich (o.D.c). Geschichte der Drogenpolitik. In Politik und Verwaltung – Drogenpolitik & Suchtpolitik. Abgerufen am 07.07.2025 von https://www.stadt-zuerich.ch/de/politik-und-verwaltung/politik-und-recht/strategie-politikfelder/drogenpolitik-suchtpolitik/geschichte-drogenpolitik.html

Stadt Zürich (o.D.d). Kontakt- und Anlaufstellen. Abgerufen am 26.07.2025 von https://www.stadt-zuerich.ch/de/lebenslagen/unterstuetzung-und-beratung/persoenliche-beratung/treffpunkte-drogenkonsumraeume/kontakt-anlaufstellen.html#angebot

Stadt Zürich (o. D.e). Saferparty.ch. In Gesundheits- und Umweltdirektion. Abgerufen am 20. 08.2025 von https://www.saferparty.ch/

Stadt Zürich (o.D.f). sip züri. Abgerufen am 04.08.2025 von https://www.stadt-zuerich.ch/de/stadtleben/zusammenleben/oeffentlicher-raum/sip.html#unterstuetzung_undvernetzunginsozialennotsituationen

Stadt Zürich (o. D.g). Suchtprävention. In Gesundheits- und Umweltdirektion. Abgerufen am 20.08.2025 von https://www.stadt-zuerich.ch/de/gesundheit/foerderung-und-praevention/suchtpraevention.html

Stadt Zürich (o.D.h). Treffpunkt t-alk. Abgerufen am 06.08.2025 von https://www.stadt-zuerich.ch/de/lebenslagen/unterstuetzung-und-beratung/persoenliche-beratung/treffpunkte-drogenkonsumraeume/treffpunkte/t-alk.html#angebot

Stadt Zürich (o. D.i). Über uns Suchtfachklinik. In Gesundheits- und Umweltdirektion. Abgerufen am 20.08.2025 von https://www.stadt-zuerich.ch/de/gesundheit/sucht-und-drogen/medizinische-angebote-fuer-suchtkranke/suchtfachklinik-zuerich/ueber-uns.html

Stadt Zürich (o.D.j). Züri Can – Cannabis mit Verantwortung. Abgerufen am 07.07.2025 von https://www.zurican.uzh.ch/de/Aktuellerstand.html

Sucht Schweiz (o.D.a). Cannabis – Wirkung und Risiken – Sucht Schweiz. Abgerufen am 05.05.2025 von https://www.suchtschweiz.ch/zahlen-und-fakten/cannabis/cannabis-wirkung-risiken/

Sucht Schweiz (o.D.b). *Cannabis.* In *Zahlen und Fakten - rechtliche Grundlagen*. Abgerufen am 05.05.2025 von https://www.suchtschweiz.ch/zahlen-und-fakten/cannabis/cannabis-rechtliche-grundlagen/

Sucht Schweiz (o.D.c). Kokain – Konsum – Sucht Schweiz. Abgerufen am 02.06.2025 von https://www.suchtschweiz.ch/zahlen-und-fakten/kokain/kokain-konsum/

Sucht Schweiz (o.D.d). Kokain – Wirkung und Risiken – Sucht Schweiz. Abgerufen am 02.06.2025 von https://www.suchtschweiz.ch/zahlen-und-fakten/kokain/kokain-wirkung-risiken/

Sucht Schweiz (o.D.e). Opioide – Sucht Schweiz. Abgerufen am 28.06.2025 von https://www.suchtschweiz.ch/zahlen-und-fakten/opioide/

Sucht Schweiz (o.D.f). Opioide – Wirkung und Risiken - Sucht Schweiz. Abgerufen am 28.06.2025 von https://www.suchtschweiz.ch/zahlen-und-fakten/opioide/opioide-wirkung-risiken/

Suchtfachstelle Zürich (o. D.). Verein. Abgerufen am 07.09.2025, von https://www.suchtfachstelle.zuerich/ueber-uns/organisation/verein

Vogt, M. (2001). *Sucht und Gesellschaft: Eine sozialhistorische Analyse der Drogenproblematik in der Schweiz*. Seismo Verlag.

Weibel, S. (2021). 50 Jahre Speak-Out: Die Vereinsgeschichte. Speak-Out Zürich. PDF zugegriffen am 04.08.2025 auf der Website Speak-Out Zürich https://www.speakout-zueri.ch/blog

Wickart, L. (2025). Drogenkonsum - Wie Crack die Schweiz erobert. SRF Schweizer Radio und Fernsehen. Abgerufen am 26.12.2025, von https://www.srf.ch/radio-srf-1/drogenkonsum-wie-crack-die-schweiz-erobert

World Health Organisation (2024). Psychoactive drugss. In *WHO – Health topics.* Abgerufen am 03.04.2025 von https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Würfelmodell des Vier-Säulen-Modell erweitert um die Themenbereiche der Steuerung und Koordination, aus Bundesamt für Gesundheit. (2024b). *Nationale Strategie Sucht* [PDF]. Schweizerische Eidgenossenschaft. Abgerufen am 22.07.2025 von https://www.bag.admin.ch/de/nationale-strategie-sucht

Abbildung 2. Würfelmodell des Vier-Säulen-Modell erweitert um die Dimension der Intensität, aus Bundesamt für Gesundheit. (2022). *Vier-Säulen-Politik*. In *BAG Drogenpolitik*. Abgerufen am 07.07.2025 von https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/drogenpolitik/vier-saeulen-politik.html

Abbildung 3. Die vier Wege der Heilung und Förderung, aus *Petzold, H. G., Sieper, J., & Orth, I.* (2005), S.52. Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“: Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung, Supervision und Therapie – Theorie, Methodik, Forschung. IN *POLYLOGE 02/2005*. https://www.fpi-publikation.de/polyloge/02-2005-petzold-h-g-sieper-j-orth-i-erkenntniskritische-entwicklungspsychologische/