

Erfolgsmodell und neue Grenzen

Anpassungsbedarf des Schweizer
Suchthilfesystems und der Sozialen Arbeit
angesichts des zunehmenden Kokain- und
Crackkonsums

Autorin: Joy Jasmina Odermatt

Vertiefungsrichtung: Sozialpädagogik

Studienjahrgang: 2022-2026

Diese Arbeit wurde am 10. August 2026 an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2026

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

ABSTRACT

In einzelnen Schweizer Städten haben sich offene Crackszenen entwickelt. Auch der Kokainkonsum in Pulverform ist nicht mehr als Randphänomen zu betrachten. Vor diesem Hintergrund untersucht die Bachelorarbeit «Erfolgsmodell und neue Grenzen» von Joy Odermatt, welcher Anpassungsbedarf sich für das Schweizer Suchthilfesystem und insbesondere für die Soziale Arbeit aus dem zunehmenden Kokainkonsum ergibt.

Ausgangspunkt der Analyse sind das bio-psycho-soziale Verständnis von Sucht, die Schweizer Drogenpolitik und die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit im Suchthilfesystem. Im Rahmen einer Fachliteraturarbeit werden anhand wissenschaftlicher Fachliteratur, statistischen Daten, politischen Dokumenten und ausgewählten Medienbeiträgen aktuelle Entwicklungen des Kokainkonsums untersucht und daraus Anforderungen an das Suchthilfesystem abgeleitet.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Vier-Säulen-Politik weiterhin eine tragfähige Grundlage bildet, bestehende Angebote jedoch an veränderte Konsummuster und unterschiedliche Lebenslagen angepasst werden müssen. Beim Konsum von Kokainpulver stehen insbesondere zielgruppenspezifische Prävention, Sensibilisierung und Entstigmatisierung im Vordergrund. Im Zusammenhang mit dem Crackkonsum sind vor allem die Weiterentwicklung schadensmindernder Angebote, die Sicherung niederschwelliger Unterstützung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Bedeutung. Darüber hinaus besteht in der Suchthilfe Forschungsbedarf zur Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen, da entsprechende Nachweise für die fachliche Weiterentwicklung, die Finanzierung und Legitimation sozialarbeiterischer Angebote zentral sind.

ABSTRACT	1
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	5
TABELLENVERZEICHNIS	5
1 EINLEITUNG	6
1.1 AUSGANGSLAGE UND PROBLEMSTELLUNG	6
1.2 FORSCHUNGSFRAGE, METHODISCHES VORGEHEN UND AUFBAU DER ARBEIT	7
1.3 RELEVANZ FÜR DIE SOZIALE ARBEIT	8
2 BEGRIFFSKLÄRUNG	9
2.1 DROGEN	9
2.2 SUCHT	9
2.3 DAS BIO-PSYCHO-SOZIALE MODELL	10
2.4 SUCHT ALS SOZIALES PROBLEM	10
3 SCHWEIZER DROGENPOLITIK	12
3.1 VOM DREI- ZUM VIER-SÄULEN-MODELL	12
3.2 DAS VIER-SÄULEN-MODELL	14
3.2.1 SÄULE 1 – GESUNDHEITSFÖRDERUNG, PRÄVENTION UND FRÜHERKENNUNG	14
3.2.2 SÄULE 2 – THERAPIE UND BERATUNG	14
3.2.3 SÄULE 3 – SCHADENSMINDERUNG UND RISIKOMINIMIERUNG	15
3.2.4 SÄULE 4 – REPRESSION, REGULIERUNG UND VOLLZUG	15
3.3 DIE NATIONALE STRATEGIE SUCHT	16
3.4 GESETZLICHE GRUNDLAGE	18
4 DIE ROLLE DER SOZIALEN ARBEIT IN DER SUCHTHILFE	19
4.1 ARBEITSWEISE DER SOZIALEN ARBEIT IN DER SUCHTHILFE	19
4.2 HANDLUNGSFELDER	21
4.2.1 SUCHTPRÄVENTION	21
4.2.2 SUCHTBERATUNG	22
	2

4.2.3	SUCHTTHERAPIE	23
4.2.4	NACHSORGE	24
4.2.5	SOZIALE UND BERUFLICHE INTEGRATION	24
4.2.6	BEGLEITUNG UND BETREUUNG	25
4.2.7	HOUSING FIRST	25
4.2.8	KONTAKT- UND ANLAUFSTELLEN (K&A)	26
4.2.9	AUFSUCHENDE SOZIALE ARBEIT (GASSENARBEIT/STREETWORK)	26
4.2.10	SOZIALE ARBEIT IM NACHTLEBEN	27

5 AKTUELLE KOKAINKONSUMTRENDS IN DER SCHWEIZ **28**

5.1	ALLGEMEINES ZU KOKAIN	28
5.1.1	WIRKUNGSWEISE	28
5.1.2	PSYCHISCHE, SOZIALE UND GESUNDHEITLICHE FOLGEN	30
5.1.3	BEHANDLUNGSANSÄTZE	30
5.1.4	RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	31
5.2	ANALYSE DES AKTUELLEN KOKAINKONSUMTRENDS IN DER SCHWEIZ	32
5.2.1	BEFRAGUNGEN	32
5.2.2	KOKAIN IM ABWASSER	33
5.2.3	ZAHLEN AUS DEM SUCHTHILFESYSTEM	34
5.2.4	GESUNDHEITS- UND KRIMINALSTATISTIK	36
5.2.5	MEDIALE UND ÖFFENTLICHE WAHRNEHMUNG	36
5.2.6	ERGEBNISSE DER NATIONALEN RUNDEN TISCHE ZUM THEMA KOKAIN UND CRACK	38
5.2.7	PARLAMENTARISCHE VORSTÖSSE	40
5.3	ZIELGRUPPEN, KONSUMMUSTER UND -KONTEXT	40

6 NEUE HERAUSFORDERUNGEN UND ANPASSUNGSBEDARF FÜR DIE SOZIALE ARBEIT **44**

6.1	HERAUSFORDERUNGEN UND ANPASSUNGSBEDARF IM UMGANG MIT DEM CRACK-KONSUM	46
6.2	AKZEPTANZORIENTIERTE ANGEBOTE	49
6.3	UNTERSCHIEDLICHE KONSUMFORMEN ERFORDERN UNTERSCHIEDLICHE MASSNAHMEN ZUR PRÄVENTION	51
6.4	ARBEITSPLATZ ALS RISIKO- UND SCHUTZFAKTOR	53
6.5	ÖFFENTLICHE SENSIBILISIERUNG	54
6.6	KOORDINATION ALS GESAMTGESELLSCHAFTLICHE AUFGABE	55
6.7	FINANZIERUNGSFRAGE	57

6.8	FORSCHUNGS- UND EVALUATIONSBEDARF	59
6.9	PRÄVENTION ALS GESELLSCHAFTLICHE INVESTITION	60
<u>7</u>	<u>FAZIT</u>	<u>63</u>
<u>8</u>	<u>QUELLENVERZEICHNIS</u>	<u>67</u>
<u>9</u>	<u>VERZEICHNIS DER RECHTLICHEN GRUNDLAGEN</u>	<u>71</u>
<u>10</u>	<u>ANHANG</u>	<u>71</u>

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: WÜRFELMODELL DER EKDF (BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, O. J.)	16
ABBILDUNG 2: WEITERENTWICKLUNG DES WÜRFELMODELLS IM RAHMEN DER NATIONALEN STRATEGIE SUCHT (BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, O. J.).....	17
ABBILDUNG 3: ENTWICKLUNG DER KOKAINRÜCKSTÄNDE (BENZOYLECGONIN) IM ABWASSER AUSGEWÄHLTER STÄDTE AUS DER SCHWEIZ UND DEN NACHBARLÄNDERN (KRIZIC ET AL., 2026, S. 30).....	33
ABBILDUNG 4: INDEXIERTE ENTWICKLUNG DER BEHANDLUNGSNACHFRAGE (EINTRITTE) FÜR SUCHTPROBLEME NACH HAUPTPROBLEM, 2020–2024 (2020 = 100 %) (KRIZIC ET AL., 2026, S. 33).....	34
ABBILDUNG 5: KONSUMEPISODEN PRO SUBSTANZ IN DER K&A LAUSANNE (2018–2023, PRO QUARTAL) (KRIZIC ET AL., 2026, S. 32)	35
ABBILDUNG 6: PROZENTUALER WOCHENVERLAUF DER ABWASSERRÜCKSTÄNDE VON KOKAIN UND MDMA IM VERGLEICH (KRIZIC ET AL., 2026, S. 26)	42

TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: GEGENÜBERSTELLUNG DES KONSUMS VON CRACK UND KOKAINPULVER. QUELLE: EIGENE DARSTELLUNG AUF GRUNDLAGE VON HAASEN ET AL. (2002, S. 3), QUEDNOW & HERDENER (2018, S. 10– 13), BAG (2025, S. 2–5), MEYER (2025, S. 143–149), KRIZIC ET AL. (2025, S. 15) UND KRIZIC ET AL. (2026, S. 7–8, 22–33).	45
---	----

1 EINLEITUNG

1.1 AUSGANGSLAGE UND PROBLEMSTELLUNG

Die Schweizer Drogenpolitik reagierte auf die Heroinkrise der 1980er- und 1990er-Jahre mit einem grundlegenden Strategiewechsel. An die Stelle einer überwiegend repressiven Drogenpolitik trat die Vier-Säulen-Politik mit den Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes im Jahr 2008 wurde dieser Ansatz gesetzlich verankert und gilt bis heute als international anerkanntes Erfolgsmodell. Insbesondere die Verbindung repressiver Massnahmen mit schadensmindernden Angeboten trugen dazu bei, offene Drogenszenen aufzulösen, drogenbedingte Todesfälle zu reduzieren und die gesundheitliche sowie soziale Situation vieler Betroffener zu verbessern (Rebsamen, 2023, S. 202; Schicker & Inauen, 2021, S. 206).

Heute zeigt sich eine veränderte Ausgangslage. Der Konsum von Kokain nimmt zu, während der Konsum vieler anderer Substanzen stagniert oder rückläufig ist. In einigen Schweizer Städten haben sich offene Crack-Szenen gebildet, die den öffentlichen Raum und bereits bestehende schadensmindernde Angebote vor neue Herausforderungen stellen. Zudem ist der Konsum von Kokain in Pulverform längst nicht mehr auf den Partykontext oder bestimmte soziale Milieus beschränkt, sondern findet zunehmend auch im Berufsalltag diverser Berufsgruppen statt. Obwohl sich Kokain in Pulverform und Crack hinsichtlich Konsumform, Wirkung und den damit verbundenen sozialen Problemlagen unterscheiden, handelt es sich um dieselbe psychoaktive Substanz. Die unterschiedlichen Konsumformen führen jedoch zu unterschiedlich gelagerten Problematiken. Eine gemeinsame Betrachtung ermöglicht es, sowohl gemeinsame Entwicklungen als auch unterschiedliche Anforderungen an die Soziale Arbeit aufzuzeigen (Meyer, 2025; Quednow & Herdener, 2018; SSAM, 2024; Egli & Zobel, 2023; SRF, 2026b).

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung benötigen häufig nicht nur medizinische und psychotherapeutische Behandlung, sondern auch Unterstützung bei sozialen Problemlagen. Obwohl sich das biopsychosoziale Verständnis von Sucht etabliert hat, wird die soziale Dimension in der Suchthilfe häufig noch unzureichend berücksichtigt. Sozialarbeiterische Leistungen stehen daher unter einem besonderen Legitimations- und Finanzierungsdruck (Sommerfeld, 2016, S. 27–30). Erschwerend kommt hinzu, dass viele Personen mit einer Kokainabhängigkeit

trotz problematischem Konsum weiterhin sozial und beruflich integriert sind. Dadurch erfüllen sie häufig die Voraussetzungen für eine Finanzierung sozialarbeiterischer Unterstützungsleistungen nicht. Der Zugang zu geeigneten Unterstützungsangeboten kann dadurch erschwert werden und bei den Betroffenen zu Versorgungslücken führen. Angesichts dieser Entwicklung stellt sich die Frage, ob die Strukturen der Schweizer Suchthilfe, die wesentlich durch die Heroinkrise geprägt wurden, den aktuellen Herausforderungen des zunehmenden Kokainkonsums noch gerecht werden.

1.2 FORSCHUNGSFRAGE, METHODISCHES VORGEHEN UND AUFBAU DER ARBEIT

Die vorliegende Bachelorarbeit geht somit der folgenden Frage nach: **Welche Anpassungen sind im Schweizer Suchthilfesystem und insbesondere in der Sozialen Arbeit aufgrund des zunehmenden Kokainkonsums erforderlich?** Zur systematischen Beantwortung dieser Fragestellung werden folgende Leitfragen beantwortet:

1. Wie funktioniert die Schweizer Drogenpolitik?
2. Welche Rolle übernimmt die Soziale Arbeit im Schweizer Suchthilfesystem?
3. Wie entwickelt sich der Kokainkonsum in der Schweiz?
4. Welche Anforderungen ergeben sich daraus für das Suchthilfesystem und die Soziale Arbeit?

Ziel der Arbeit ist es, den Anpassungsbedarf im Schweizer Suchthilfesystem und insbesondere in der Sozialen Arbeit aufgrund des zunehmenden Kokainkonsums zu untersuchen. Da die Fragestellung auf eine Analyse und Einordnung bereits bestehender Kenntnisse abzielt, eignet sich zur Beantwortung eine Fachliteraturarbeit. Im Zentrum steht die systematische Aufarbeitung, Verknüpfung und kritische Einordnung fachlicher Literatur, um daraus Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit und die Weiterentwicklung des Schweizer Suchthilfesystems abzuleiten. Darüber hinaus sollen bestehende Forschungslücken aufgezeigt und weiterer Forschungsbedarf identifiziert werden. Zur Beantwortung der Fragestellung werden wissenschaftliche Fachliteratur, Publikationen von Bundesbehörden, nationale Strategiepapiere, statistische Berichte, Interviews mit Expert*innen sowie Fachbeiträge von Organisationen der Suchthilfe ausgewertet und miteinander in Beziehung gesetzt. Ergänzend werden ausgewählte

Medienbeiträge berücksichtigt, um die öffentliche und politische Wahrnehmung des zunehmenden Kokainkonsums einzuordnen.

Die Arbeit verfolgt ein deskriptiv-analytisches Vorgehen. Nach der Klärung zentraler Begriffe und theoretischer Grundlagen wird die Schweizer Drogenpolitik sowie ihre Entstehung dargestellt. Danach wird die Rolle der Sozialen Arbeit im Suchthilfesystem der Schweiz mithilfe von Erfahrungsberichten von Fachpersonen beschrieben. Anschliessend wird die aktuelle Entwicklung des Kokainkonsums anhand verschiedener Datenquellen, darunter Bevölkerungsbefragungen, Abwasseranalysen, Daten des Suchthilfesystems und Berichte des Bundesamts für Gesundheit (BAG) dargestellt. Darauf aufbauend werden die daraus resultierenden Herausforderungen sowie der Anpassungsbedarf für das Schweizer Suchthilfesystem mit besonderem Fokus auf die Soziale Arbeit analysiert und diskutiert.

1.3 RELEVANZ FÜR DIE SOZIALE ARBEIT

Aus sozialarbeiterischer Perspektive steht in der Suchthilfe nicht nur die Behandlung einer Suchterkrankung im Vordergrund, sondern die Verbesserung der Lebensqualität und der Lebensverhältnisse der Betroffenen. Ziel ist es, Menschen dabei zu unterstützen, ihren Alltag trotz Suchterkrankung möglichst selbstbestimmt zu gestalten und soziale Teilhabe zu ermöglichen (Sommerfeld, 2016, S. 28). Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zur fachlichen Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit im Schweizer Suchthilfesystem leisten. Durch die Analyse der aktuellen Kokainkonsumtrends sollen neue Herausforderungen sichtbar gemacht werden. Davon ausgehend werden bestehende Ansätze aus der Praxis diskutiert und mögliche Anpassungen aufgezeigt. Angesichts des anhaltenden Legitimations- und Finanzierungsdrucks sozialarbeiterischer Angebote gewinnt der wissenschaftliche Nachweis ihrer Wirksamkeit zunehmend an Bedeutung. Die vorliegende Arbeit soll somit auch dazu beitragen, die Rolle der Sozialen Arbeit im Suchthilfesystem sichtbarer zu machen.

2 BEGRIFFSKLÄRUNG

2.1 DROGEN

Was unter Drogen verstanden wird, unterscheidet sich je nach Kontext. In der vorliegenden Arbeit wird die Definition der WHO verwendet. Demnach umfasst der Begriff alle Substanzen, die Strukturen oder Funktionen eines lebenden Organismus verändern und insbesondere die Sinnesempfindungen, Kognitionen, Stimmung oder die Gefühle beeinflussen. Dazu zählen sowohl legale (z. B. Alkohol, Kaffee, Tabak) als auch illegale (z. B. Opiate, Cannabis, Kokain, MDMA) psychoaktive Substanzen. Ob eine Droge als normal, tolerierbar, krankhaft oder kriminell gilt, ist nicht naturgegeben, sondern wird durch gesellschaftliche Wertvorstellungen, politische Entscheidungen und Machtverhältnisse bestimmt. Entsprechend ist auch die Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Drogen historisch wandelbar (Schmidt-Semisch, 2024, S. 4–5). Für Interventionen in der Suchthilfe hat sich die Einteilung in legale und illegale Substanzen sowohl theoretisch als auch praktisch als wenig zielführend erwiesen (Berthel, 2021, S. 12).

Substanzen können aus der Perspektive der Konsumierenden unterschiedliche Funktionen erfüllen, etwa als Heil-, Genuss- oder Rauschmittel. Dieselbe Substanz kann je nach Person und Konsumkontext verschiedene Bedeutungen haben. Daraus folgt, dass Eigenschaften wie «harte» oder «weiche» Drogen nicht der Substanz selbst zugeschrieben werden können. Entscheidend für das Risiko sind vielmehr die Konsumform sowie der jeweilige Kontext. Dieses Verständnis richtet den Blick nicht allein auf die Substanz, sondern auch auf die konsumierende Person und deren Lebenswelt (Schmidt-Semisch, 2024, S. 7–9). Ein wertneutraler Drogenbegriff kann neben der Substanz auch die individuellen Voraussetzungen der konsumierenden Person sowie die sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen des Konsums berücksichtigen (Schmidt-Semisch, 2024, S. 6). Schliesslich ist zu beachten, dass die Mehrheit der Menschen, die Drogen konsumieren, keine konsumbezogenen Probleme entwickeln (Schmidt-Semisch, 2024, S. 10).

2.2 SUCHT

Obwohl der Begriff Sucht im Alltag selbstverständlich verwendet wird, existiert keine einheitliche wissenschaftliche Definition. Die Begriffe Sucht, Abhängigkeit und

Substanzgebrauchsstörung werden je nach medizinischem Klassifikationssystem unterschiedlich verwendet. Während beispielsweise das DSM-5 Substanzgebrauchsstörungen nach ihrem Schweregrad einteilt, unterscheidet das ICD-11 zwischen Abhängigkeit und schädlichem Gebrauch (Schmidt-Semisch, 2024, S. 52–56).

Unabhängig von den unterschiedlichen Begriffsverwendungen gilt als charakteristisch für eine Abhängigkeit ein schwer kontrollierbarer Substanzkonsum oder ein zwanghaftes Verhalten, das trotz negativer gesundheitlicher und sozialer Folgen fortgesetzt wird. Zu den zentralen Merkmalen zählen zusätzlich starkes Verlangen, Kontrollverlust während des Konsums, Toleranzentwicklung, körperliche und psychische Entzugssymptome und die Vernachlässigung anderer Lebensbereiche (BAG, 2015, S. 13; Tielking, 2024, S. 41). Abhängigkeit kann sich körperlich, psychisch, im Verhalten und in sozialen Folgen zeigen. Entsprechend wird heute zunehmend von einem Spektrum suchtbbezogener Störungen ausgegangen, anstatt von einem klar abgegrenzten Abhängigkeitssyndrom (Schmidt-Semisch, 2024, S. 56).

2.3 DAS BIO-PSYCHO-SOZIALE MODELL

Die bio-psycho-soziale Erklärung von Sucht weist derzeit die breiteste Akzeptanz auf (Berthel, 2021, S. 11). Das von George Engel entwickelte Modell entstand als Kritik am rein biomedizinischen Krankheitsverständnis. Es geht davon aus, dass Gesundheit und Krankheit durch das Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren entstehen. Entsprechend wird Sucht als komplexes Phänomen verstanden, das nicht auf einzelne Ursachen reduziert werden kann (Tretter, 2020, S. 14). Neben biologischen und psychischen Faktoren beeinflussen auch das soziale Umfeld sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen die Entstehung und den Verlauf einer Suchterkrankung (BAG, 2015, S. 13). Dieses Verständnis verdeutlicht die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit in der Suchthilfe. So arbeiten in der Suchtversorgung unter anderem Ärzt*innen, Psycholog*innen und Fachpersonen der Sozialen Arbeit zusammen (Tretter, 2020, S. 14–15).

2.4 SUCHT ALS SOZIALES PROBLEM

Bei psychischen Erkrankungen, wie Suchterkrankungen, spielen soziale Faktoren sowohl bei der Entstehung und Aufrechterhaltung als auch bei der Wiedererlangung psychischer Gesundheit eine wichtige Rolle. Dabei sind soziale Ursachen und soziale Folgen von Sucht nicht klar

voneinander zu trennen, da die sozialen Folgen einer Suchterkrankung zugleich wieder Einfluss auf deren weiteren Verlauf nehmen können (Sommerfeld, 2016, S. 27–31). Sommerfeld verweist auf die enge Verknüpfung psychischer und sozialer Prozesse. In Anlehnung an Louis John Cozolino beschreibt er das Gehirn als soziales Organ, das sich in sozialen Prozessen entwickelt und gleichzeitig die individuelle Lebensführung in sozialen Verhältnissen prägt. Daraus folgt, dass sich die Situation eines Menschen nicht allein durch psychotherapeutische Interventionen verbessern lässt, solange belastende soziale Lebensbedingungen fortbestehen (Sommerfeld, 2016, S. 29).

Die Ottawa-Charta der WHO betont, dass Gesundheit dort geschaffen wird, wo Menschen leben, lernen, arbeiten und ihre Freizeit verbringen. Gleichzeitig setzt Gesundheit voraus, dass Menschen ihre Lebensumstände mitgestalten können und gesellschaftliche Bedingungen vorfinden, die gesundheitsförderliches Verhalten ermöglichen (WHO, 1986). Gesundheit ist somit durch die Bedingungen beeinflusst, in die Menschen geboren werden, in denen sie aufwachsen und leben. Personen mit beispielsweise einem niedrigen sozioökonomischen Status sind öfter von Suchterkrankungen betroffen. Bei nahezu allen Formen von Sucht lässt sich ein solcher Sozialgradient beobachten. Genetische Faktoren und individuelles Verhalten allein können diese ungleiche Verteilung von Sucht nicht erklären (Liel, 2020, S. 70). Dabei spielt sowohl das ökonomische als auch das soziale Kapital eine Rolle. Die soziale Kohäsion, also die Qualität und Dichte zwischenmenschlicher Beziehungen sind an der Entstehung von Suchterkrankungen ebenso beteiligt (Liel, 2020, S. 70–71). Es zeigte sich, dass Menschen, die soziale Unterstützung, Anerkennung und Einbindung in soziale Netzwerke erfahren, gesünder sind und länger leben (Liel, 2020, S. 72).

Obwohl das biopsychosoziale Modell in der Suchthilfe allgemein anerkannt ist, wird die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit in der Praxis häufig unzureichend berücksichtigt. Vielerorts fehlt eine biopsychosoziale Diagnostik unter Einbezug aller beteiligten Professionen. Zudem bestehen Unterschiede in der finanziellen Anerkennung der Leistungen verschiedener Bereiche der Suchthilfe, wobei insbesondere Leistungen der Sozialen Arbeit benachteiligt sind (Liel, 2020, S. 75). Nach Liel trägt auch die neoliberale Prägung heutiger Gesellschaften dazu bei, dass Gesundheit und Sucht zunehmend individualisiert werden. Dadurch rückt die persönliche Verantwortung für Gesundheit und Krankheit in den Vordergrund, während gesellschaftliche Ursachen und strukturelle Rahmenbedingungen von Sucht weniger Beachtung finden (Liel, 2020, S. 76).

3 SCHWEIZER DROGENPOLITIK

Auch die heutige Schweizer Drogenpolitik basiert auf dem biopsychosozialen Verständnis von Sucht. Die Nationale Strategie Sucht wurde vom BAG ausgearbeitet und dient Bund, Kantonen und Fachpersonen als Orientierungs- und Handlungsrahmen für die Planung und Umsetzung suchtbezogener Massnahmen. Sie baut auf den Vier-Säulen (Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression) auf und entwickelt sich stetig weiter (BAG, 2015, S. 13; BAG, 2024c, S. 4). Um das heutige Suchthilfesystem besser zu verstehen, wird im Folgenden dessen Entstehung erläutert.

3.1 VOM DREI- ZUM VIER-SÄULEN-MODELL

Das Vier-Säulen-Modell entstand als Reaktion auf die Heroinkrise der 1980er- und 1990er-Jahre. Bereits Ende der 1960er-Jahre nahm der Heroinkonsum in der Schweiz zu. Als Ursachen werden gesellschaftliche Veränderungen und ein zunehmendes Heroinangebot genannt (BAG, 2006, S. 12; SRF, 2026b, 09:36–10:14). Ende der 1970er-Jahre bildete sich in Zürich eine zunächst kleine offene Drogenszene, in der vor allem Heroin konsumiert wurde. Mit der Zeit wuchs die Szene auf mehrere hundert Personen an. Die Polizei versuchte sie wiederholt zu vertreiben, jedoch ohne Erfolg. Nach der Auflösung versammelten sich die Konsumierenden an einem neuen Ort wieder. Die offene Drogenszene machte die gesundheitlichen und sozialen Folgen der Heroinkrise im öffentlichen Raum sichtbar und führte dazu, dass die Stadt Zürich ihre bisherige Drogenpolitik zunehmend infrage stellte (Rebsamen, 2023, S. 194–195).

Die Drogenpolitik beruhte damals auf den drei Säulen Prävention, Therapie und Repression, wobei Präventions- und Therapieangebote nur begrenzt verfügbar waren, weshalb der Umgang mit der Drogenszene überwiegend repressiv erfolgte (Rebsamen, 2023, S. 195; BAG, 2006, S. 13). Angesichts der zunehmenden Zahl abhängiger Menschen und der Ausbreitung von HIV/Aids in der offenen Drogenszenen wurden Ende der 1980er-Jahre zusätzlich Massnahmen zur Schadensminderung eingeführt. Damit entwickelte sich schrittweise die vierte Säule der Schadensminderung (BAG, 2006, S. 13).

Um den Drogenkonsum stadtverträglicher zu gestalten, tolerierte die Stadt Zürich anfänglich den Heroinkonsum im Park «Platzspitz». Im Rahmen der Schadensminderung wurden dort verschiedene niederschwellige Angebote geschaffen. Dazu gehörten unter anderem die Abgabe

steriler Spritzen und Nadeln, Desinfektionsutensilien, Kondome, Impfkampagnen gegen Hepatitis B, medizinische Sprechstunden, Unterstützung bei der Arbeitssuche sowie die Ausgabe von Kleidung, Decken und anderer Verpflegung (Rebsamen, 2023, S. 196–197). Das umfassende Hilfsangebot führte dazu, dass der Platzspitz zunehmend Menschen mit Suchterkrankungen aus anderen Schweizer Städten und den benachbarten Ländern anzog. Die Situation verschärfte sich in der Folge, weshalb der Park 1991 geschlossen wurde (Rebsamen, 2023, S. 197–198). Um eine derartige Sogwirkung künftig zu vermeiden, können heutige Angebote nur von Personen mit Wohnsitz in der jeweiligen Stadt genutzt werden (BAG, 2024a, S. 3).

Nach der Schliessung verlagerte sich die offene Drogenszene zunächst in die umliegenden Quartiere. Polizeiliche Vertreibungen führten zu einer stetigen Verlagerung der Szene, bis sie sich schliesslich am stillgelegten Bahnhof Letten etablierte. Dort wurde sie schliesslich bis 1994 geduldet, da sich die Szene dadurch nicht mehr in den Wohnquartieren befand (Rebsamen, 2023, S. 199–200). Zur gleichen Zeit bekannte sich der Bundesrat ausdrücklich zur Vier-Säulen-Politik und bestätigte diesen Ansatz in den folgenden Jahren mehrfach. Die Ablehnung zweier Volksinitiativen in den 1990er-Jahren, die im Widerspruch zur Vier-Säulen-Politik gestanden hätten, kann als indirekte Unterstützung der Bevölkerung für diesen Ansatz verstanden werden (BAG, 2006, S. 13).

Mit zwei nationalen Massnahmenpaketen zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro I und II) wurden die vier Säulen schrittweise aufeinander abgestimmt und weiterentwickelt. Ergänzend wurde 1994 die heroingestützte Behandlung eingeführt (BAG, 2006, S. 13–14; Rebsamen, 2023, S. 199–200). Damit vollzog sich ein grundlegender Wandel der Schweizer Drogenpolitik: An die Stelle eines primär abstinenzorientierten Ansatzes trat eine umfassende Strategie, die Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression miteinander verbindet (BAG, 2015, S. 19). 2008 wurde die Vier-Säulen-Politik mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes gesetzlich verankert. Seither bildet sie die Grundlage der Schweizer Drogenpolitik und gilt als international anerkanntes Erfolgsmodell. Insbesondere schadensmindernde Angebote wie Konsumräume, Spritzentauschprogramme, Substitutionsbehandlungen und die heroingestützte Behandlung trugen wesentlich dazu bei, offene Drogenszenen zurückzudrängen, drogenbedingte Todesfälle und HIV-Infektionen zu reduzieren sowie die gesundheitliche und soziale Stabilisierung vieler Betroffener zu fördern (BAG, 2015, S. 19; Schicker & Inauen, 2021, S. 206). Gleichzeitig setzte sich die Erkenntnis durch, dass Drogenabhängigkeit nicht

ausschliesslich als strafrechtliches, sondern auch als gesundheitliches und soziales Problem verstanden werden muss (BAG, 2015, S. 19). Die Soziale Arbeit spielte bei der Entwicklung und Umsetzung niederschwelliger Angebote eine zentrale Rolle und ist bis heute massgeblich an deren Weiterentwicklung beteiligt (Gremminger, 2021, S. 18; Schicker, 2021, S. 192–194). Auf ihre Rolle im Schweizer Suchthilfesystem wird in Kapitel 4 näher eingegangen.

3.2 DAS VIER-SÄULEN-MODELL

Das Vier-Säulen-Modell verfolgt zwei übergeordnete Ziele: den Konsum psychoaktiver Substanzen zu verringern sowie die gesundheitlichen und sozialen Folgen des Konsums für die Betroffenen und die Gesellschaft zu minimieren (BAG, 2006, S. 46). Im Folgenden werden die vier Säulen und ihre Umsetzung im Schweizer Suchthilfesystem dargestellt.

3.2.1 SÄULE 1 – GESUNDHEITSFÖRDERUNG, PRÄVENTION UND FRÜHERKENNUNG

Die Säule Prävention umfasst Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Vorbeugung von Suchtproblemen. Dabei sollen die persönlichen Ressourcen der Menschen gestärkt und Risikoverhalten vermindert werden. Ziel ist es, mögliche Anzeichen von gesundheitlichen, sozialen oder suchtbbezogenen Problemen frühzeitig zu erkennen und betroffene Personen sowie ihr Umfeld durch geeignete Unterstützung zu stärken (BAG, 2015, S. 26). Menschen sollen in allen Lebensphasen dabei unterstützt werden, einen risikoarmen Umgang mit psychoaktiven Substanzen und potenziell suchtfährdenden Verhaltensweisen zu entwickeln. Zudem sollen gesellschaftliche Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass gesundheitsförderliches und risikoarmes Verhalten attraktiver und leichter umsetzbar ist. Die Gesundheitsförderung und Prävention tragen somit dazu bei, Suchterkrankungen vorzubeugen, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken und die Entstehung von Suchtproblemen langfristig zu verringern (BAG, 2015, S. 52–53).

3.2.2 SÄULE 2 – THERAPIE UND BERATUNG

Die Säule Therapie und Beratung richtet sich an Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sowie an deren Angehörige. Ziel ist es, die Betroffenen dabei zu unterstützen, ihren Konsum zu reduzieren, die Kontrolle über ihre Sucht zurückzugewinnen oder langfristig aus der Abhängigkeit auszusteigen. Im Mittelpunkt stehen die Verbesserung der Lebensqualität, die körperliche und psychische Gesundheit sowie die Förderung der sozialen und beruflichen Integration.

Dazu gehören psychosoziale und medizinische Beratungs- und Behandlungsangebote in ambulanten oder stationären Einrichtungen. Ergänzt wird das Angebot beispielsweise durch Selbsthilfegruppen, Nachsorge, substitutionsgestützte Behandlungen oder Massnahmen zur Rauchentwöhnung (BAG, 2015, S. 26).

3.2.3 SÄULE 3 – SCHADENSMINDERUNG UND RISIKOMINIMIERUNG

Die Säule Schadensminderung und Risikominimierung verfolgt das Ziel, die gesundheitlichen und sozialen Folgen von Suchtverhalten möglichst gering zu halten. Manche Personen können vorübergehend oder dauerhaft ihren Substanzkonsum nicht beenden. Das Konzept der Schadensminderung versucht den Gesundheitszustand der Betroffenen so weit wie möglich zu stabilisieren, ihre soziale Integration zu erhalten, so dass eine spätere Reintegration erleichtert werden kann. Überlebenshilfe ist Teil der Schadensminderung. Allerdings stehen auch der Erhalt der Lebensqualität sowie die Möglichkeit, trotz bestehendem Risiko- oder Suchtverhalten ein möglichst selbstbestimmtes Leben zu führen im Zentrum. Gleichzeitig soll die Schadensminderung den Zugang zu Therapie- und Entzugsangeboten erleichtern. Auch für die Gesellschaft werden Risiken reduziert, beispielsweise durch die Verringerung von Unfällen im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen oder durch die Eindämmung übertragbarer Krankheiten (BAG, 2015, S. 27).

3.2.4 SÄULE 4 – REPRESSION, REGULIERUNG UND VOLLZUG

Die Säule Repression, Regulierung und Vollzug dient dem Schutz der Bevölkerung. Bei legalen Substanzen und Verhaltensweisen umfasst sie staatliche Massnahmen, welche die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Attraktivität einschränken, beispielsweise durch Altersgrenzen, Werbebeschränkungen oder begrenzte Verkaufszeiten. Der Vollzug setzt dabei die geltenden gesetzlichen Bestimmungen um. Im Bereich der illegalen Substanzen stehen die Verhinderung des Handels und die Reduktion von Angebot und Nachfrage im Vordergrund. Durch eine tragfähige Zusammenarbeit zwischen Polizei und Suchthilfeeinrichtungen wird darauf geachtet, negative Folgen der Strafverfolgung für Konsumierende zu vermeiden.

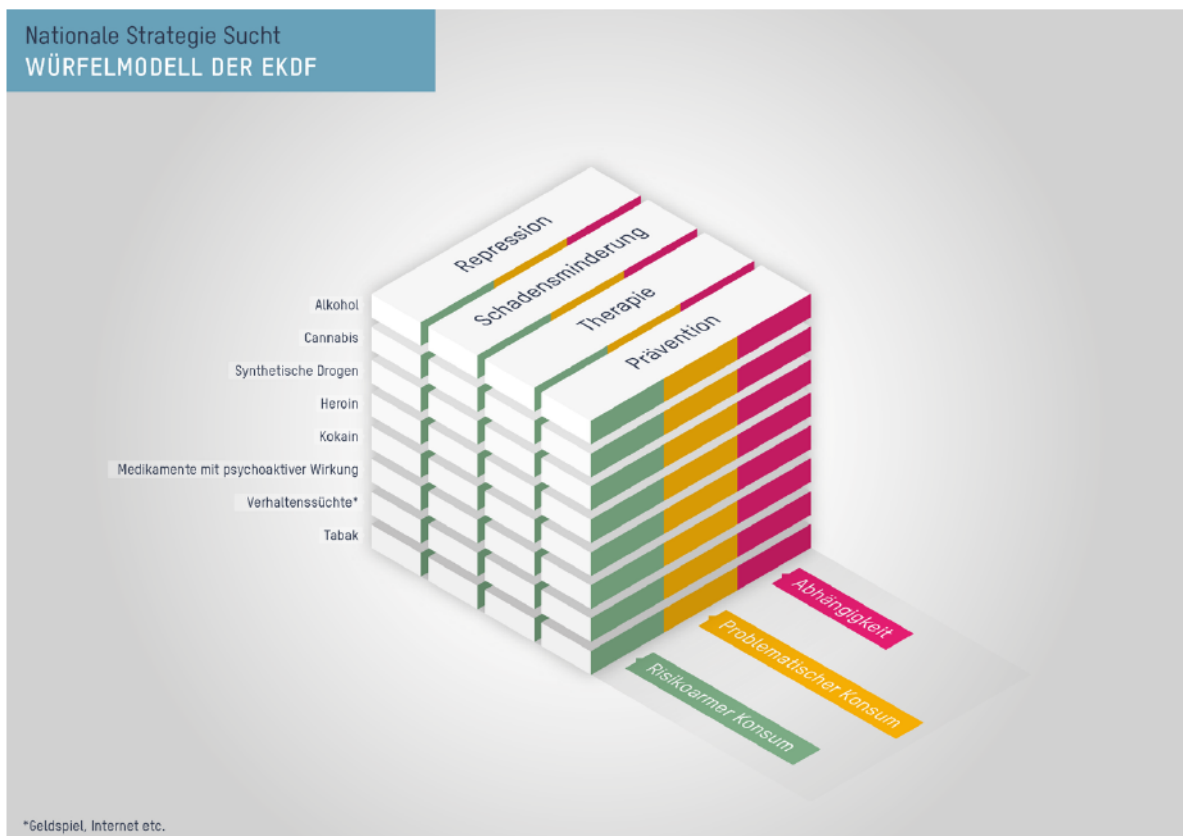


Abbildung 1: Würfelmodell der EKDF (Bundesamt für Gesundheit, o. J.)

Im Rahmen des dritten Massnahmenpakets (MaPaDro III) wurde, wie in Abbildung 1 dargestellt, das Vier-Säulen-Modell zum Würfelmodell weiterentwickelt. Dieses berücksichtigt neben den vier Säulen auch unterschiedliche Substanzen und Konsummuster und ermöglicht dadurch eine differenziertere Betrachtung von Suchtproblemen (BAG, 2006, S. 30–32, 47). Konsum- und Verhaltensweisen werden, wie in Kapitel 2.2 erläutert, als Spektrum betrachtet. Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) unterscheidet dabei zwischen risikoarmem Verhalten, Risikoverhalten bzw. problematischem Konsum und Abhängigkeit (BAG, 2015, S. 11–12). Risikoarmes Verhalten umfasst Konsum- oder Verhaltensweisen ohne schädliche Folgen für die betroffene Person oder ihr Umfeld. Risikoverhalten beschreibt dagegen Konsum- oder Verhaltensweisen mit potenziell gesundheitlichen, psychischen oder sozialen Folgen und wird weiter in exzessives, chronisches und situationsunangepasstes Verhalten unterteilt (BAG, 2015, S. 12).

3.3 DIE NATIONALE STRATEGIE SUCHT

Die Nationale Strategie Sucht wurde im Rahmen der gesundheitspolitischen Agenda «Gesundheit2020» entwickelt und bildet einen übergeordneten Handlungsrahmen für die Schweizer

Suchtpolitik. Sie knüpft an die Erfahrungen der Vier-Säulen-Politik aus den drei Massnahmenpakete (MaPaDro I-III) an und verfolgt das Ziel, die Suchthilfe weiterzuentwickeln, Versorgungslücken zu schliessen sowie die Qualität und Wirksamkeit bestehender Angebote langfristig zu sichern (BAG, 2015, S. 4).

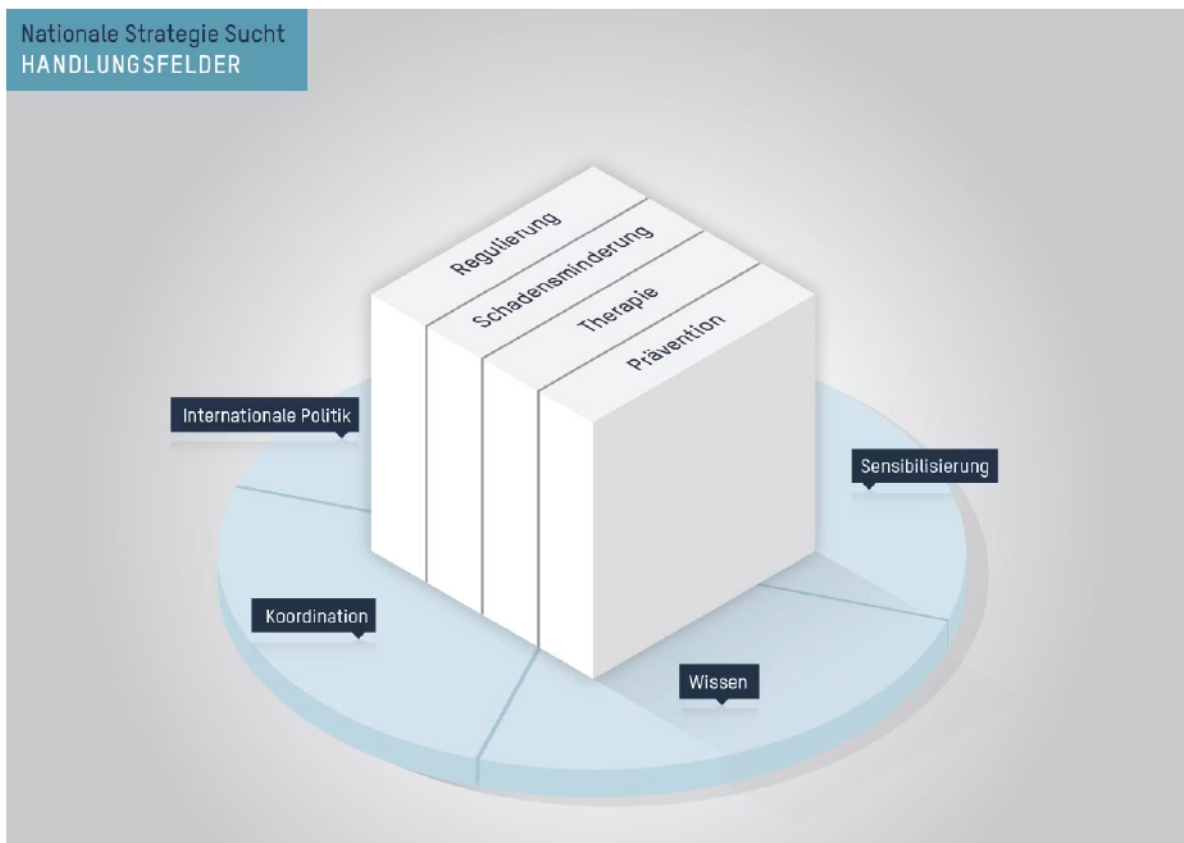


Abbildung 2: Weiterentwicklung des Würfelmodells im Rahmen der Nationalen Strategie Sucht (Bundesamt für Gesundheit, o. J.)

Die Umsetzung erfolgt in acht Handlungsfeldern. Neben den vier bereits beschriebenen themenorientierten Bereichen (Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression) umfasst die Strategie vier steuerungsorientierte Handlungsfelder. Diese beinhalten die Bereiche Koordination und Kooperation, Wissen, Sensibilisierung sowie eine internationale Suchtpolitik. Wie in Abbildung 2 dargestellt, übernehmen sie als Querschnittsaufgaben übergeordnete Steuerungs- und Koordinationsfunktionen (BAG, 2015, S. 5). Sie stärken die Zusammenarbeit, fördern die evidenzbasierte Weiterentwicklung der Suchthilfe, unterstützen den Wissenstransfer und die Sensibilisierung von Bevölkerung und Fachpersonen sowie den internationalen Erfahrungsaustausch (BAG, 2015, S. 60–67).

3.4 GESETZLICHE GRUNDLAGE

Die rechtliche Grundlage des Schweizer Suchthilfesystems bildet das Betäubungsmittelgesetz (BetmG) vom 3. Oktober 1951, SR 812.121. Es verankert die Vier-Säulen-Politik und schafft die gesetzlichen Grundlagen für Prävention, Therapie, Schadensminderung sowie die strafrechtliche Regulierung des Umgangs mit Betäubungsmitteln (Art. 1a, Art. 3b–3h und Art. 19 ff. BetmG). Ergänzend verankert Art. 118 der Bundesverfassung (BV) vom 18. April 1999, SR 101, den Schutz der Gesundheit. Die Finanzierung medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen erfolgt über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10, während die konkrete Ausgestaltung und Finanzierung vieler Suchthilfeangebote in der Verantwortung der Kantone und Gemeinden liegt (BAG, 2015, S. 16–17).

4 DIE ROLLE DER SOZIALEN ARBEIT IN DER SUCHTHILFE

Vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Erklärungsansatzes zeigt sich, dass Suchterkrankungen eng mit sozialen Problemlagen wie Armut, Wohnungslosigkeit, gesellschaftlicher Exklusion und Stigmatisierung verknüpft sind. Entsprechend kommt der Sozialen Arbeit im Suchthilfesystem eine zentrale Rolle zu. Ihre Bedeutung wird jedoch häufig unterschätzt, da Suchterkrankung nach wie vor hauptsächlich als medizinisch-psychiatrisches Problem verstanden wird (Gremminger, 2021, S. 17; Tielking, 2024, S. 158). Im Folgenden werden daher die Rolle der Sozialen Arbeit und ihre Arbeitsweisen im Suchthilfesystem näher erläutert.

4.1 ARBEITSWEISE DER SOZIALEN ARBEIT IN DER SUCHTHILFE

Die Soziale Arbeit setzt sich auf individueller, gesellschaftlicher und politischer Ebene für menschenwürdige Rahmenbedingungen im Umgang mit Suchterkrankungen ein (Gremminger, 2021, S. 20). Ihr Handeln orientiert sich dabei am Kodex der Sozialen Arbeit. Da suchtpolitische Massnahmen stets im Spannungsfeld zwischen individueller Freiheit und gesellschaftlicher Verantwortung stehen, erfordert professionelles Handeln eine kontinuierliche Reflexion und eine sachliche, wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung (Tielking, 2024, S. 56). Mit dem Paradigmenwechsel von einer rein abstinenzorientierten hin zu einer akzeptanzorientierten Suchthilfe, entstehen heute neue Konzepte, wie kontrollierter Konsum, Zieloffenheit und Selbstbefähigung (Berthel, 2021, S. 12; Tielking, 2024, S. 158). Im Mittelpunkt steht die Förderung der Selbstbestimmung. Neben einer akzeptierenden Haltung sind Freiwilligkeit sowie eine tragfähige Beziehung zentral für erfolgreiche Unterstützungsprozesse in der Suchthilfe (Arbogast, 2021, S. 186). Fachkräfte der Sozialen Arbeit orientieren sich dafür unter anderem an den folgenden Ansätzen:

- **Der Empowerment-Ansatz** verfolgt das Ziel Menschen darin zu unterstützen, ihre soziale Lebenswelt selbstbestimmt zu gestalten und ihre Handlungsfähigkeit zu stärken. Bereits vorhandene persönliche und soziale Ressourcen und Fähigkeiten sollen erkannt und gefördert werden. Durch Empowerment kann Ohnmacht überwunden, Selbstbewusstsein gestärkt und gesellschaftliche Teilhabe gefördert werden. So können Betroffene langfristig wieder die Verantwortung für die eigenen Lebensgestaltung übernehmen (Tielking, 2024, S. 98–99).

- **Die Motivierende Gesprächsführung** ist eine bewährte Methode in der Suchthilfe, welche die Motivation und das Verantwortungsbewusstsein für die eigene Lebensbewältigung fördert (Berthel, 2021, S. 12). Durch einen kooperativen Gesprächsstil soll die Veränderungsbereitschaft und die Motivation der Betroffenen gestärkt werden (Schicker, 2021, S. 199). Der Fokus soll nicht auf der Sucht als Defizit liegen. Vielmehr soll durch eine empathische Gesprächsführung Vertrauen in die Beziehung und die eigenen Fähigkeiten hergestellt werden (Arbogast, 2021, S. 186).
- **Case Management** ist ein Handlungskonzept zur strukturierten Unterstützung von Klient*innen. Fachkräfte der Sozialen Arbeit helfen beispielsweise bei administrativen Aufgaben oder erleichtert den Zugang zu passenden Unterstützungsangeboten. Durch die aktive Beteiligung der Betroffenen soll deren Selbstwirksamkeit gestärkt werden (Bingler & Engler, 2021, S. 117–118). Während in der stationären Therapie die Aufarbeitung der Suchtgeschichte im Vordergrund steht, gewinnt in der Nachsorge die Unterstützung bei lebenspraktischen Herausforderungen an Bedeutung (Bingler & Engler, 2021, S. 119). Da Abhängigkeit als Bewältigungsstrategie für belastende Lebenssituationen verstanden werden kann (Tielking, 2024, S. 158), sollen an Stelle der Sucht alternative Problemlösungsstrategien entwickelt werden. Gemeinsam mit den Betroffenen werden formelle und informelle Ressourcen erschlossen, die bei der Umsetzung neuer Strategien helfen (Bingler & Engler, 2021, S. 118).
- **Interprofessionelle Zusammenarbeit** ist in der Suchthilfe wichtig, da Suchterkrankungen verschiedene Lebensbereiche betreffen und häufig mit komplexen Problemlagen einhergehen (Berthel, 2021, S. 13). Aus einer systemischen Perspektive muss dementsprechend nicht nur die betroffene Person, sondern auch das soziale Umfeld miteinbezogen werden (Gremminger, 2021, S. 17). Fachpersonen der Sozialen Arbeit begleiten Betroffene und Mitbetroffene einer Substanzgebrauchsstörung und fördern die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Professionen und Institutionen (Gremminger, 2021, S. 20).
- **Angehörigenarbeit** ist ein wichtiger Bestandteil der Suchthilfe. Wird Sucht als soziales Problem verstanden, müssen auch das Leid der Angehörigen und ihren Einfluss auf den Verlauf der Suchterkrankung in der Suchtbehandlung berücksichtigt werden (Sommerfeld, 2016, S. 28).

4.2 HANDLUNGSFELDER

Im Folgenden werden zentrale Handlungsfelder der Sozialen Arbeit innerhalb des Schweizer Suchthilfesystems dargestellt. Obwohl die Soziale Arbeit einen wesentlichen Beitrag in der Suchthilfe leistet, fehlt bis heute ein wissenschaftlich evidenter Nachweis ihrer Nützlichkeit sowie eine gemeinsame Fachsprache. Viele sozialarbeiterische Tätigkeiten beruhen nach wie vor auf implizitem Praxiswissen (Krebs et al., 2021, S. 26–27). Die folgende Darstellung orientiert sich daher am Sammelband «Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandsaufnahme aus der Praxis» von Krebs et al. (2021), in dem Fachpersonen der Sozialen Arbeit ihre Handlungsfelder in der Schweizer Suchthilfe beschreiben.

4.2.1 SUCHTPRÄVENTION

Ziel der Suchtprävention ist es, entsprechend der ersten Säule, gesundheitliche, soziale und ökonomische Folgen von problematischem Konsumverhalten möglichst früh zu verhindern oder zu reduzieren. Dazu dienen Massnahmen, wie das Bereitstellen fundierter Informationen, die Erfassung gesellschaftlicher Risikofaktoren oder die Ausgestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (Buchli, 2021, S. 44–45; Tielking, 2024, S. 55–57). Die Soziale Arbeit verfolgt dementsprechend auf der einen Seite **Verhältnisprävention**, indem sie versucht strukturelle Rahmenbedingungen gesundheitsförderlich zu gestalten. Prävention wird so als gesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe verstanden. Auf der anderen Seite gibt es auch die **Verhaltensprävention**, welche versucht das individuelle Verhalten gesundheitsförderlich zu beeinflussen (Buchli, 2021, S. 45–46, 52; Tielking, 2024, S. 57).

Massnahmen können entlang der Zielgruppen in universelle, selektive und indizierte Prävention unterschieden werden. Die **universelle Prävention** richtet sich an eine breite Zielgruppe, die unterschiedliche Schutz- und Risikofaktoren besitzen, beispielsweise durch eine Kampagne (Buchli, 2021, S. 42). **Selektive Prävention** richtet sich an eine Zielgruppe mit empirisch belegtem erhöhtem Risiko für eine bestimmte Krankheit. Beispielsweise sind Kinder aus bereits suchtbelasteten Elternhäusern selbst anfälliger eine Suchterkrankung zu entwickeln. Bei der **indizierten Prävention** wird eine Zielgruppe angesprochen, die bereits ein gewisses Problemverhalten zeigen, jedoch noch nicht alle Diagnosekriterien erfüllen. Die selektive und indizierte Prävention ermöglicht es, tatsächlich die betroffene Zielgruppe zu erreichen. Zugleich erhöhen sie das Stigmatisierungsrisiko, da sich Angebote gezielt an bestimmte Personengruppen

richten (Buchli, 2021, S. 43). Indem die Soziale Arbeit den Menschen am Rand der Gesellschaft eine Stimme gibt und gesellschaftliche Tabus schrittweise abbaut, kann sie solchen Stigmatisierungstendenzen auch entgegenwirken (Rihs, 2021, S. 58).

Eine konkrete Herangehensweise der Prävention stellt beispielsweise der **Lebensverlaufsansatz** dar. Dieser geht davon aus, dass Übergänge im Leben (wie der Schuleintritt, der Berufsbeginn oder die Pensionierung) Risikofaktoren darstellen, die die Entwicklung von problematischem Konsumverhalten begünstigen. Präventionsangebote sollten deswegen an diesen Übergangsphasen ansetzen (Tielking, 2024, S. 100–101). Wird ein problematischer Substanzgebrauch oder ein beginnendes Suchtverhalten frühzeitig erkannt, müssen Betroffene an die passenden Unterstützungsangebote vermittelt werden. Dafür ist es wichtig die Lebenswelten der Betroffenen zu kennen und präventive Massnahmen daran anzupassen (Buchli, 2021, S. 44–45).

Daher ist die Zusammenarbeit mit **Multiplikator*innen** wichtig. Sie übernehmen eine Art Übersetzungsfunktion, indem sie das Wissen und die Massnahmen zielgruppengerecht vermitteln und an die jeweiligen Settings und Lebensformen anpassen. Im Fokus steht die Stärkung von Schutzfaktoren und das Vermindern von Risikofaktoren. Zu solchen Multiplikator*innen gehören beispielsweise Eltern, Lehrpersonen, Schulsozialarbeiter*innen, Sozialpädagogen*innen, Jugendarbeiter*innen oder Sporttrainer*innen (Buchli, 2021, S. 40–45).

4.2.2 SUCHTBERATUNG

Suchtberatung ist ein methodisch fundierter sozialer Interaktionsprozess mit dem Ziel, Menschen zur selbstständigen Bewältigung ihrer Probleme zu befähigen und ihre gesellschaftliche Teilhabe zu fördern. Im Mittelpunkt stehen die Anliegen, Ressourcen und der individuelle Hilfebedarf der ratsuchenden Person. Zu den zentralen Aufgaben gehören der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung, soziale Diagnostik, die problemzentrierte Beratung sowie die Begleitung von Klärungs-, Stabilisierungs- und Wiedereingliederungsprozessen. Ergänzend umfasst die Suchtberatung die Beratung von Angehörigen, die Vermittlung an weiterführende Angebote sowie Kooperations- und Netzwerkarbeit (Tielking, 2024, S. 71). Die Beratung kann in unterschiedlichen Settings erfolgen, beispielsweise in Suchtberatungsstellen, in K&A oder im Rahmen der aufsuchenden Sozialen Arbeit (aSA) (Tielking, 2024, S. 72).

Da Suchterkrankungen häufig mehrere Lebensbereiche betreffen, werden gemeinsam mit der ratsuchenden Person individuelle Ziele festgelegt. Diese können beispielsweise eine Konsumreduktion, die Entwicklung von Rückfallpräventionsstrategien oder die Bewältigung sozialer und persönlicher Problemlagen umfassen. Dabei bestimmt die ratsuchende Person, welche Themen im Mittelpunkt der Beratung stehen (Rihs, 2021, S. 59). Nach Möglichkeit begleitet dieselbe Fachperson den gesamten Beratungsprozess, um eine tragfähige professionelle Beziehung aufzubauen. Da Suchterkrankungen häufig auch das soziale Umfeld betreffen, richten sich die Beratungsangebote ebenfalls an Angehörige (Rihs, 2021, S. 63–65).

4.2.3 SUCHTTHERAPIE

Hausärzt*innen sind für viele Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung die erste Anlaufstelle, welche eine geeignete Therapieform empfehlen (Tielking, 2024, S. 78). Die Behandlung orientiert sich häufig an einem Phasenmodell, das eine Kontakt- und Motivationsphase, die Entgiftung, die Entwöhnungsbehandlung sowie die Nachsorge und Rehabilitation umfasst. Die Einbeziehung von Angehörigen wird dabei grundsätzlich empfohlen, sofern die betroffene Person damit einverstanden ist (Tielking, 2024, S. 79–80). Das Phasenmodell dient jedoch lediglich als Orientierung. Die konkrete Behandlung richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen und der Veränderungsbereitschaft der betroffenen Person (Kaufmann, 2021, S. 77).

In der Kontakt- und Motivationsphase schaffen Fachpersonen der Sozialen Arbeit Zugang zu Hilfsangeboten und unterstützen Veränderungsprozesse. Während der stationären Behandlung ist der Sozialdienst in den meisten Suchtkliniken Teil des interprofessionellen Behandlungsteams. Ein Schwerpunkt der Sozialen Arbeit bildet dabei die soziale Diagnostik. Ziel ist es, die Lebenssituation der Patient*innen ganzheitlich zu erfassen und soziale Belastungen sowie vorhandene Ressourcen zu erkennen. Dazu gehören insbesondere die Bereiche Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur, soziales Umfeld, finanzielle und administrative Angelegenheiten (Kaufmann, 2021, S. 77–82; König-Hauri, 2021, S. 90). Fachpersonen der Sozialen Arbeit vermitteln die Klientel an weiterführende Angebote, organisiert Übergänge in ambulante Hilfen und stärkt ihre Selbsthilfekompetenzen (Kaufmann, 2021, S. 83; König-Hauri, 2021, S. 90–92).

4.2.4 NACHSORGE

Die Nachsorge schliesst in der Regel an eine stationäre Behandlung oder Rehabilitation an und dient der langfristigen Stabilisierung des Behandlungserfolgs. Ziel ist die Unterstützung bei der Krisenbewältigung, der Rückfallprävention sowie der langfristigen sozialen und beruflichen Integration (Tielking, 2024, S. 85). Die Nachsorge wird meist durch ambulante Suchthilfestellen angeboten und umfasst Einzel- oder Gruppengespräche. Strategien, die während der Behandlung entwickelt wurden, sollen in den Alltag übertragen, Veränderungsprozessen begleitet und das soziale Umfeld, sowie Selbsthilfegruppen miteinbezogen werden (Tielking, 2024, S. 85).

Aus sozialarbeiterischer Sicht ist die Weiterbegleitung nach dem Austritt aus einer Klinik wichtig, um Rückfälle zu verhindern. Viele Betroffene benötigen weiterhin Unterstützung bei administrativen Angelegenheiten, im Umgang mit Behörden oder während Krisensituationen (König-Hauri, 2021, S. 95–96).

4.2.5 SOZIALE UND BERUFLICHE INTEGRATION

Soziale und berufliche Integration und damit eine stabilere Tagesstruktur stellen wichtige Schutzfaktoren im Umgang mit Suchterkrankungen dar (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 131). Am Beispiel des Treffpunkts «Azzurro» in Bern wird dieses Handlungsfeld dargestellt. Das suchtmittelfreie Restaurant steht allen Menschen unabhängig von Geschlecht, Herkunft oder Religion offen und leistet so einen Beitrag zur sozialen Integration sowie zur Stabilisierung der psychosozialen Gesundheit von suchtgefährdeten, suchterkrankten oder sozial desintegrierten Personen. Durch die offene Ausrichtung werden unterschiedliche Bevölkerungsgruppen zusammengeführt und damit auch Segregation und Stigmatisierung entgegengewirkt (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 127–128). Das «Azzurro» bietet an mehreren Tagen pro Woche niederschwellige Unterstützungsangebote wie preisgünstige Verpflegung, Wasch- und Duscmöglichkeiten, niederschwellige Beratung sowie begleitete berufliche Integrationsplätze an. Zudem stehen Räumlichkeiten für Selbsthilfegruppen oder Freizeitangebote zur Verfügung. Dadurch leistet der Treffpunkt einen Beitrag zur Sekundärprävention, Nachsorge und Reintegration (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 128–130).

4.2.6 BEGLEITUNG UND BETREUUNG

Begleitung und Betreuung zielen darauf ab, suchtbetroffenen Menschen einen verlässlichen Bezugspunkt zu bieten, an den sie sich ohne bürokratische Hürden wenden können. Die Inanspruchnahme erfolgt meist freiwillig und orientiert sich am individuellen Unterstützungsbedarf (Tielking, 2024, S. 88). Ziel ist die Verbesserung der Lebenssituation und die Verringerung gesundheitlicher und sozialer Schäden. Abstinenz ist dabei nicht unbedingt eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme solcher Angebote (Tielking, 2024, S. 88–89). Suchtbegleitete Angebote werden vorwiegend von chronisch mehrfach beeinträchtigten und abhängigkeitskranken Menschen genutzt. Sie befinden sich oft in komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen und benötigen unterschiedliche Betreuungsangebote (Tielking, 2024, S. 90–92).

Ein weiteres wichtiges Angebot stellt das betreute Wohnen dar. Es schliesst häufig an eine stationäre Therapie an und unterstützt Betroffene dabei, in einem abstinenter und begleiteten Umfeld ihre Lebenskompetenzen weiterzuentwickeln und ein möglichst selbstständiges Leben zu führen. Das betreute Wohnen bietet einen sicheren Rahmen, um den Ausstieg aus der Suchterkrankung zu stabilisieren und die im stationären Setting erarbeiteten Veränderungen im Alltag zu implementieren (Bingler & Engler, 2021, S. 113–114, 117). Ergänzend leisten Selbsthilfegruppen einen wichtigen Beitrag zur langfristigen Stabilisierung und fördern einen suchtmittelfreien Lebensstil (Tielking, 2024, S. 94).

4.2.7 HOUSING FIRST

Wohnungslosigkeit und Suchterkrankungen stehen vielfach in engem Zusammenhang und werden durch soziale Ausgrenzung, belastende Lebensbedingungen sowie einen erschwerten Zugang zu Hilfesystemen begünstigt (Tielking, 2024, S. 90–92). Das Housing-First-Konzept verfolgt das Ziel, wohnungslosen Menschen möglichst rasch und ohne vorgängige Bedingungen eine eigene Wohnung zu vermitteln. Dadurch sollen Obdachlosigkeit reduziert sowie die Gesundheit, Lebensqualität und soziale Stabilität der Betroffenen verbessert werden. Auch administrative und finanzielle Probleme können durch eine stabile Wohnsituation besser bewältigt werden. Ergänzende Betreuungsangebote können sich zudem positiv auf das Suchtverhalten auswirken (BAG, 2025, S. 3–5).

4.2.8 KONTAKT- UND ANLAUFSTELLEN (K&A)

Das weltweit erste «Fixerstübli» wurde 1986 durch die Stiftung Contact in der Stadt Bern eröffnet. Die Idee hinter dem ersten Konsumraum bestand darin, drogenabhängigen Menschen ein würdiges Überleben zu ermöglichen (SRF, 2026e). Daraus entwickelten sich die heutigen K&A, welche erwachsenen substanzkonsumierenden Personen einen niederschweligen Zugang zu schadensmindernden Angeboten, sozialarbeiterischer Beratung und medizinischer Versorgung ermöglichen (Schicker, 2021, S. 193). Nicht alle K&A verfügen über Drogenkonsumräume. Wo solche bestehen, können selbst mitgebrachte psychoaktive Substanzen unter hygienischen Bedingungen und medizinischer Aufsicht konsumiert werden. Dadurch sollen Infektionskrankheiten und Todesfälle durch Überdosierungen reduziert sowie die gesundheitliche Situation der Betroffenen verbessert werden. Gleichzeitig entlasten K&A den öffentlichen Raum (Schicker, 2021, S. 193–194; Meyer, 2025, S. 143). Daneben hat die Klientel in den K&A die Möglichkeit sich zu duschen, neu einzukleiden, eine Mahlzeit zu sich zu nehmen oder Kontakte zu knüpfen (Schicker, 2021, S. 197). Die gesetzlich verankerte Vier-Säulen-Politik der Schweiz verpflichtet Kantone, entsprechende Angebote der Schadensminderung bereitzustellen (Schicker, 2021, S. 194).

4.2.9 AUFSUCHENDE SOZIALE ARBEIT (GASSENARBEIT/STREETWORK)

Die Aufsuchende Soziale Arbeit (aSA), auch Gassenarbeit oder Streetwork genannt, ist professionelles sozialarbeiterisches Handeln im öffentlichen oder halböffentlichen Raum (Arbogast, 2021, S. 175–176). Sie richtet sich an Menschen, deren Lebensmittelpunkt der öffentliche Raum ist und die bestehende Hilfsangebote mit einer Komm-Struktur nicht oder nur unzureichend nutzen. Die aSA verfolgt deshalb eine Geh-Struktur, bei der nicht die Klient*innen die Hilfe aufsuchen, sondern die Fachpersonen aktiv auf sie zugehen (Arbogast, 2021, S. 181). Durch regelmässige Präsenz im Lebensraum der Zielgruppe kann die aSA Vertrauen aufbauen, Brücken zu bestehenden Unterstützungsangeboten schaffen und neue Konsumtrends frühzeitig erkennen. Da die aSA in den Lebensraum der Zielgruppe tritt, gelten grundsätzlich deren Regeln und Codes. Gleichzeitig bewegt sich aSA im Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen im öffentlichen Raum und muss die Bedürfnisse der Zielgruppe, der Anwohnenden sowie den gesellschaftlichen Auftrag miteinander vereinbaren (Arbogast, 2021, S. 182–190).

4.2.10 SOZIALE ARBEIT IM NACHTLEBEN

Da auf Abschreckung ausgerichtete Präventionsangebote die Partyszene kaum erreichten, entstanden in den 1980er-Jahren in den Niederlanden erste aufsuchende und akzeptanzorientierte Nightlife-Präventionsangebote. Diese wurden von Partygänger*innen im Sinne eines Peer-to-Peer-Ansatzes entwickelt und ermöglichten einen niederschweligen Zugang zu einer bis dahin schwer erreichbaren Zielgruppe. In der Schweiz entstanden entsprechende Angebote in den 1990er-Jahren (Büchli, 2021, S. 209).

Die Angebote sind bis heute niederschwellig, kostenlos und anonym. Mit dem Ziel, einen möglichst risikoarmen Umgang mit psychoaktiven Substanzen zu fördern, verbinden die Angebote Prävention mit Schadensminderung (Büchli, 2021, S. 211). Im Zentrum stehen Kurzberatungen, Risikosensibilisierung und Safer-Use-Informationen. Eine wichtige Rolle spielt dabei das Drug Checking, bei dem die Analyse von Substanzen mit einem persönlichen Beratungsangebot kombiniert wird. Dadurch können unerwartete Wirkstoffe oder Streckmittel erkannt sowie gesundheitliche Risiken reduziert werden (Büchli, 2021, S. 218–219). Ergänzend werden digitale Kommunikationskanäle genutzt und an Festivals psychosoziale Beratungen für überdosierte oder belastete Personen angeboten. Neben der individuellen Beratung umfasst die Nightlife-Prävention auch strukturelle Präventionsmassnahmen. Dazu gehören runde Tische, an denen aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen des Nachtlebens gemeinsam mit beteiligten Akteur*innen diskutiert werden (Büchli, 2021, S. 221).

5 AKTUELLE KOKAINKONSUMTRENDS IN DER SCHWEIZ

Ob der Konsum einer Substanz gesellschaftlich als Problem wahrgenommen wird, hängt nicht allein von der tatsächlichen Verbreitung ab, sondern auch von der gesellschaftlichen Bewertung einer bestimmten Substanz. Relevant sind unter anderem die Prävalenz, gesundheitliche Folgen, statistische und öffentliche Sichtbarkeit sowie die wahrgenommene Herausforderung im Umgang mit dem Konsum dieser Substanz (Haasen et al., 2002, S. 2). Im vorliegenden Kapitel werden solche Aspekte mit Bezug auf Kokain analysiert. Zuerst werden allgemeine Informationen zu den pharmakologischen Eigenschaften von Kokain sowie deren rechtlichen Rahmenbedingungen beschrieben.

5.1 ALLGEMEINES ZU KOKAIN

Kokain ist das Alkaloid der in Südamerika beheimateten Kokapflanze. Bei der Herstellung werden die getrockneten Kokablätter in einer alkalischen Lösung eingeweicht. Aus der entstehenden Kokapaste wird durch Zugabe von Säuren Kokainhydrochlorid (kurz: Kokain) gewonnen. Dieses meist weisse Pulver wird umgangssprachlich unter anderem als «Koks» oder «Schnee» bezeichnet. Kokain gehört zu den Stimulanzien und besitzt lokalbetäubende Eigenschaften (Tielking, 2024, S. 30). Die Substanz weist ein hohes Abhängigkeitspotenzial auf (Tielking, 2024, S. 46), wobei in der Clubszene teilweise auch ein risikoarmer Konsum beschrieben wird (Tielking, 2024, S. 23).

Crack ist keine eigenständige Substanz, sondern eine Aufbereitungsform von Kokain. Durch das Aufkochen von Kokainhydrochlorid mit Natriumhydrogencarbonat entsteht Crack, das in speziellen Pfeifen geraucht wird. Die freie Kokainbase («Freebase») wird mit Ammoniakwasser hergestellt und kann auf Aluminiumfolie verdampft und inhaliert werden (Haasen et al., 2002, S. 3; Quednow & Herdener, 2018, S. 6). Da beide Konsumformen pharmakologisch weitgehend identisch wirken (Meyer, 2025, S. 143), wird im Folgenden vereinfachend nur der Begriff Crack verwendet.

5.1.1 WIRKUNGSWEISE

Kokain ist eine stark stimulierende Substanz und erhöht kurzfristig die Aktivität bestimmter Botenstoffe im Gehirn. Die effektive Wirkung von Kokain ist dosisabhängig. In niedrigen bis mittleren Dosen führt Kokain zu Euphorie, gesteigertem Antrieb, erhöhter Wachheit und

Aufmerksamkeit sowie zu einem gesteigerten Selbstvertrauen. Hunger und Schlafbedürfnis werden unterdrückt. Bereits bei niedrigen Dosen können auch Nebenwirkungen wie Angst, Reizbarkeit oder aggressives Verhalten auftreten. Bei höheren Dosen nehmen die unerwünschten Wirkungen zu. Es kann unter anderem zu starker innerer Unruhe, eingeschränktem Urteilsvermögen, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Panikattacken, Paranoia und Halluzinationen kommen (Quednow & Herdener, 2018, S. 11–12).

Nach Abklingen der stimulierenden Wirkung tritt häufig ein sogenannter «Crash» auf, der durch Erschöpfung, depressive Verstimmung, Ängste, Konzentrationsstörungen und ein starkes Verlangen nach erneutem Konsum gekennzeichnet ist. Im Gegensatz zu anderen Substanzen, wie Heroin, tritt nach dem Konsum kaum ein Sättigungsgefühl ein. Gleichzeitig versuchen viele Konsumierende den belastenden «Crash» nach Abklingen der Wirkung durch erneuten Konsum zu vermeiden, wodurch sich ein Kreislauf aus wiederholtem Konsum entwickeln kann (Quednow & Herdener, 2018, S. 12–13). Zudem kommt es durch den regelmässigen Konsum zu einer erhöhten Erregungsschwelle bestimmter neuronaler Rezeptoren. Langfristig führt das zu einer Dysregulation verschiedener Systeme im Gehirn. Das kann unter anderem auch erklären, weshalb viele Personen nach einem Entzug unter Depressionen leiden (Haasen et. al., 2002, S. 3).

Der Wirkungsunterschied zwischen Crack und Kokainpulver kommt durch die unterschiedlichen Konsumform zustande. Beim Rauchen tritt die Wirkung schneller und intensiver ein als beim nasalen Konsum. Geraucht tritt die Wirkung nach 5 bis 10 Sekunden ein und fällt nach 5 bis 10 Minuten rapide ab. Beim nasalen Konsum kommt die Wirkung etwas verzögert und hält ungefähr 30 bis 60 Minuten an (Haasen et. al., 2002, S. 3). Aufgrund des kurzen «Highs» leiden kokain- und insbesondere crackkonsumierende Personen unter ständiger Unruhe und entwickeln einen starken Konsumfokus. Betroffene konsumieren dann teilweise bis zur völligen Erschöpfung und blenden alle anderen Bedürfnisse aus (Meyer, 2025, S. 149). Die wissenschaftlich beschriebenen Wirkmechanismen spiegeln sich auch in Schilderungen von Betroffenen wider. In einem Dokumentarfilm vom SRF beschreibt eine Person den raschen Übergang von der Euphorie zum starken Konsumverlangen folgendermassen: «In dem Moment, wo die Wirkung des Kokains abzuflachen beginnt, kommt die Gier, mehr zu nehmen. Das Nachlassen des «Highs» ist so unschön, dass man einfach nachlegen will» (SRF, 2025, 11:49–12:08).

5.1.2 PSYCHISCHE, SOZIALE UND GESUNDHEITLICHE FOLGEN

Der chronische Konsum von Kokain kann zu körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden führen und das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung erhöhen. Schätzungen zufolge entwickeln rund 15 bis 20 % der Kokainkonsumierenden im Laufe ihres Lebens eine Kokainabhängigkeit. Im Vergleich zu Alkohol entwickelt sich diese also häufiger. Charakteristisch für eine Kokainabhängigkeit sind ein starkes «Craving» (ein sehr starkes Verlangen nach der Substanz), Kontrollverlust über den Konsum sowie teilweise exzessive Konsumphasen (Binge-Konsum) (Quednow & Herdener, 2018, S. 12–13).

Frank Zobel, stellvertretender Direktor von Sucht Schweiz und Experte im Bereich Drogenpolitik, erklärt die Gefahr von Kokain folgendermassen: «Die Droge sei gefährlich, weil sie erlaubt Sachen zu machen, die man sonst nicht machen könnte. Also beispielsweise kann jemand mit Kokain länger arbeiten, kreativer arbeiten oder sozial lustiger sein. Gleichzeitig ist es eine sehr toxische Substanz. Sie wirkt sich schädlich auf den Kreislauf, das Herz und auch auf die Psyche aus. Konsumierende erleben zwar einen positiven Effekt, gleichzeitig zeigt die Substanz auch eine schädliche Wirkung» (SRF, 2026b, 12:11–13:01).

Zu den häufigsten psychischen Folgen zählen depressive, Angst- und Schlafstörungen, paranoide Symptome, kokaininduzierte Psychosen sowie Suizidalität. Darüber hinaus können kognitive Beeinträchtigungen, Aggressivität und soziale Probleme auftreten (Quednow & Herdener, 2018, S. 10). Körperlich erhöht Kokain das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt oder plötzlichen Herztod. Zudem können neurologische Komplikationen wie Krampfanfälle oder Schlaganfälle auftreten. Bei inhalativem Konsum treten oft zusätzlich Schädigungen der Atemwege auf. Der nasale Konsum kann die Nasenschleimhaut angreifen. Die gesundheitlichen Folgen nehmen in der Regel mit der Konsumhäufigkeit und -dauer zu und können die Lebensqualität sowie die soziale Teilhabe der Betroffenen erheblich beeinträchtigen (Quednow & Herdener, 2018, S. 11).

5.1.3 BEHANDLUNGSANSÄTZE

Ein erfolgreicher Ausstieg aus dem Kokainkonsum benötigt neben der Reduktion oder dem Verzicht des Konsums auch Veränderungen der Lebensbedingungen, des sozialen Umfelds oder der Arbeitsbedingungen. Die Entwicklung alternativer Bewältigungsstrategien wird als

zentral für einen langfristigen Ausstieg beschrieben (SRF, 2026b, 13:01–14:13). Als wirksam gelten vor allem nicht-pharmakologische Behandlungsansätze. Dazu gehören unter anderem stationäre und ambulante Therapieangebote, Housing-First-Modelle, Case Management sowie die Einbeziehung von Peers (BAG, 2025, S. 3).

Demgegenüber konnten sich pharmakologische Behandlungsansätze bisher nicht etablieren. Substitutionsansätze wurden untersucht, jedoch bislang ohne überzeugende Evidenz. Wenn Medikamente eingesetzt werden, dann primär symptomorientiert, jedoch liegen keine überzeugenden Nachweise für eine nachhaltige Wirksamkeit vor (Quednow & Herdener, 2018, S. 27–29). Als mögliche zukünftige Ansätze werden eine kontrollierte kokaingestützte Behandlung bei Schwerstabhängigen sowie sicherere Konsumformen, beispielsweise mittels eines sogenannten Crack-Pens, diskutiert (BAG, 2025, S. 3–4; Sucht Schweiz, 2026, S. 4). Unter der Leitung von Daniele Zullino soll am Universitätsspital Genf erstmals eine kokaingestützte Behandlung erprobt werden. Das Vorhaben wird jedoch kontrovers diskutiert (SRF, 2026d). Da bislang keine zugelassene medikamentöse Therapie der Kokainabhängigkeit existiert, stehen individualisierte psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen sowie schadensmindernde Ansätze im Vordergrund.

5.1.4 RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Kokain unterliegt in der Schweiz dem BetmG. Herstellung, Einfuhr, Verarbeitung, Handel, Erwerb und Besitz sind grundsätzlich verboten und strafbar. Auch der Konsum stellt eine Widerhandlung gegen das BetmG dar und wird strafrechtlich verfolgt. Der Handel mit Kokain wird deutlich strenger sanktioniert als der Konsum, insbesondere bei grösseren Mengen, organisiertem Handel oder der Weitergabe an Minderjährige (Art. 19a–c; Art. 2, Abs. 1 BetmG; Sucht Schweiz, o. J.). Im Rahmen der gesetzlich verankerten Vier-Säulen-Politik (Art. 1a BetmG) erhalten Personen mit suchtbedingten Störungen Zugang zu schadensmindernden Angeboten (Art. 3 BetmG), wie K&A. Damit verbindet die Schweizer Drogenpolitik strafrechtliche Bestimmungen mit gesundheits- und sozialpolitischen Massnahmen (BAG, 2015, S. 27; Sucht Schweiz, o. J.). Der politische Umgang mit Kokain ist somit durch ein Spannungsfeld zwischen Repression und Gesundheitsförderung geprägt. Einerseits wird Kokainkonsum strafrechtlich sanktioniert, andererseits wird eine Suchterkrankung als behandlungsbedürftiges gesundheitliches und soziales Problem verstanden.

5.2 ANALYSE DES AKTUELLEN KOKAINKONSUMTRENDS IN DER SCHWEIZ

Illegale Drogen sind heute über das Internet einfacher und schneller verfügbar als früher, was sich auch im Suchthilfesystem bemerkbar macht (BAG, 2024a, S. 4). Zusätzlich weist Kokain einen steigenden Reinheitsgrad, eine anhaltend hohe Verfügbarkeit auf bei gleichzeitig stabilen oder sogar sinkenden Preisen (Krizic et al., 2026, S. 5, 7;). Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden die aktuelle Entwicklung des Kokainkonsums in der Schweiz abgebildet. Die Darstellung stützt sich grösstenteils auf einen im Auftrag von Sucht Schweiz jüngst publizierten Bericht von Krizic, Sculco und Zobel. Sie führen verschiedene epidemiologische Datenquellen, Literaturrecherchen und Expert*innen-Interviews zusammen, um ein differenziertes Bild der aktuellen Situation zu zeichnen und Perspektiven für die Suchthilfe aufzuzeigen (Krizic et al., 2026).

5.2.1 BEFRAGUNGEN

Gemäss der Schweizerischen Gesundheitsbehörde (SGB) gaben 2022 bei einer telefonischen Befragung 1,0% der 15- bis 64-Jährigen an, in den letzten 12 Monaten Kokain konsumiert zu haben. Dies entspricht hochgerechnet auf die Schweizer Bevölkerung knapp 60'000 Personen. Die Angaben unterschätzen den tatsächlichen Konsum vermutlich, da die SGB nur Personen mit stabilen Wohnverhältnissen und telefonischer Erreichbarkeit erfasste. Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung oder marginalisierte Gruppen sind dadurch unterrepräsentiert. Weiter zu beachten ist der Bias der sozialen Erwünschtheit: Da Kokainkonsum nach wie vor gesellschaftlich stigmatisiert ist, könnte es sein, dass die Umfrage nicht wahrheitsgemäss beantwortet wurde (Krizic et. al., 2026, S. 22). Befragungen, die sich direkt an substanzkonsumierende Personen richten, deuten auf eine höhere Verbreitung des Kokainkonsums hin. Im European Web Survey on Drugs (EWSD) gaben 22,7 % der Befragten an, in den letzten zwölf Monaten Kokain konsumiert zu haben. Daten, die im Rahmen eines Drug-Checkings erhoben wurden, zeigen mit 47 % einen noch höheren Anteil. Beide Befragungen sind jedoch wieder nicht repräsentativ für die Schweizer Bevölkerung, da sie auf Selbstselektion beruhen und sich nur an bestimmte Personengruppen richten (Krizic et. al., 2026, S. 24–25).

Anhand der dargestellten Umfragen lässt sich festhalten, dass mindestens 50'000 Menschen in der Schweiz Kokain konsumieren und die tatsächliche Prävalenz vermutlich höher liegt. Dafür sprechen auch aktuelle Abwasseranalysen (Krizic et al., 2026, S. 23, 25).

5.2.2 KOKAIN IM ABWASSER

Die Ergebnisse einer europaweiten Abwasserstudie aus dem Jahr 2021 weisen auf einen zunehmenden Konsum verschiedener illegaler Substanzen hin. Besonders deutlich ist der Trend beim Kokainkonsum, der sich in ganz Europa zunehmend verbreitet (Krizic et al., 2026, S. 25–27; Tielking, 2024, S. 142). Analysen des Abwassers mehrerer Schweizer Städte zeigen, dass der Kokainkonsum in der Schweiz seit 2012 zugenommen hat. Zur Erfassung wird die tägliche Normfracht verwendet. Sie beschreibt die Menge an Kokainrückständen (in Form von Benzoylecgonin), die innerhalb von 24 Stunden pro angeschlossene Einwohner*innen in der Abwasserreinigungsanlage gemessen wird. Dadurch lassen sich Städte und Zeiträume vergleichen, ohne jedoch Rückschlüsse auf die tatsächlich konsumierte Menge pro Person zuzulassen (Sucht Schweiz, o. J.).

Eine Auswertung der Abwasserdaten aus dem Jahr 2024 zeigt, dass Schweizer Städte im europäischen Vergleich die höchsten Benzoylecgonin-Werte aufweisen (Krizic et al., 2026, S. 23). Zehn der dreizehn untersuchten Schweizer Städte gehören zu den europäischen Top 30, wobei Zürich die höchsten Werte verzeichnet (Krizic et al., 2026, S. 23, 30). Auch kleinere Städte wie Chur weisen höhere Messwerte auf als die meisten europäischen Grossstädte (Krizic et al., 2026, S. 23). Die folgende *Abbildung 3* veranschaulicht diese Entwicklung.

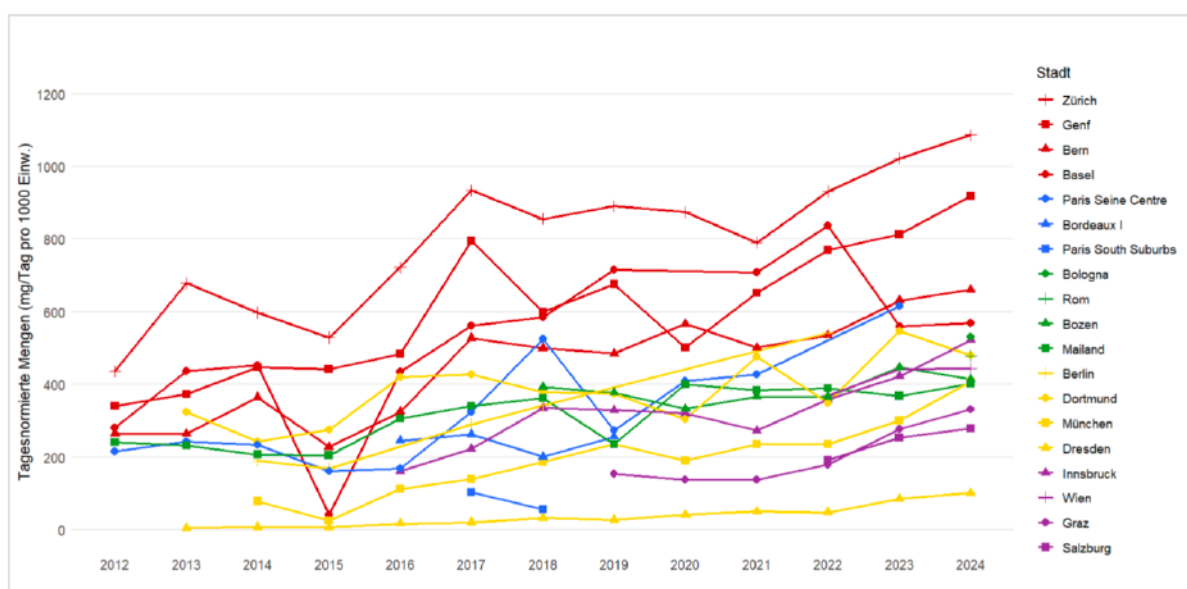


Abbildung 3: Entwicklung der Kokainrückstände (Benzoylecgonin) im Abwasser ausgewählter Städte aus der Schweiz und den Nachbarländern (Krizic et al., 2026, S. 30).

Die steigenden Benzoyllecgonin-Werte können durch den höheren Reinheitsgrad von Kokain erklärt werden. Es gilt jedoch auch zu beachten, dass beim Rauchen von Crack geringere Benzoyllecgoninrückstände anfallen und daher der Crackkonsum nur eingeschränkt im Abwasser sichtbar ist. Das muss bei der Interpretation der Abwasserdaten berücksichtigt werden, insbesondere weil in der Schweiz eine Zunahme des Crackkonsums im öffentlichen Raum zu beobachten ist (Krizic et al., 2026, S. 30–31).

Insgesamt zeigen die Abwasseranalysen einen steigenden Kokainkonsum in ganz Europa, wobei mehrere Schweizer Städte zu den Spitzenreitern gehören. Die tatsächlichen Konsummuster können jedoch nicht abgelesen werden. Es könnte sich zum Beispiel um wenige konsumierende Personen handeln, die grosse Mengen Kokain konsumieren oder um sehr viele Personen mit moderatem Konsumverhalten.

5.2.3 ZAHLEN AUS DEM SUCHTHILFESYSTEM

In Abbildung 4 wird die Entwicklung der Behandlungseintritte zwischen 2020 und 2024 dargestellt. Sie zeigt, dass unter den vier häufigsten Substanzproblemen Kokain die einzige Substanz mit einem anhaltenden Aufwärtstrend ist (Krizic et al., 2026, S. 32).

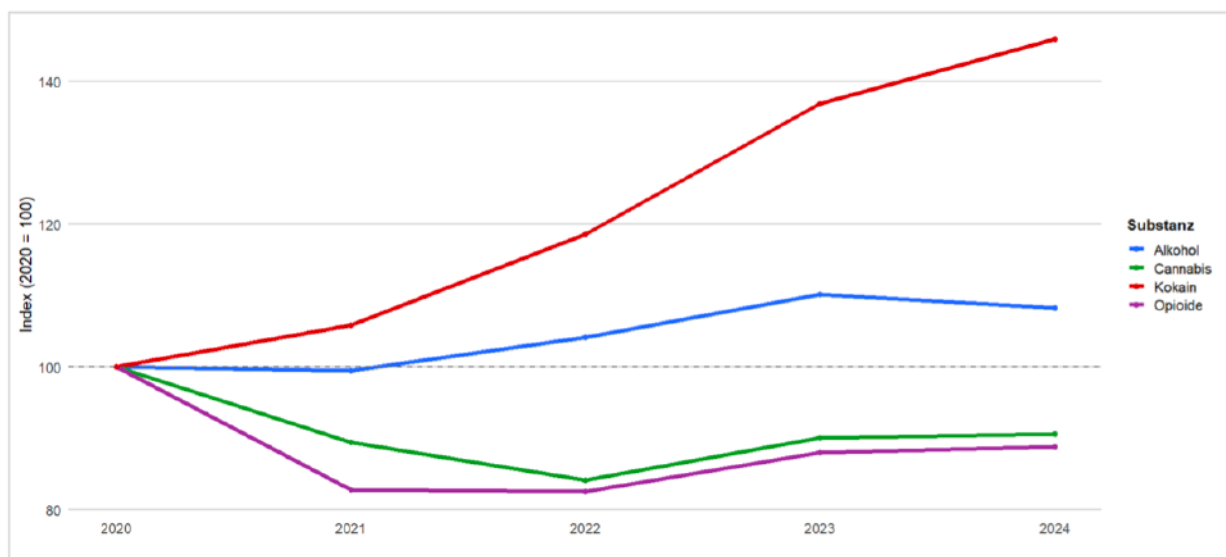


Abbildung 4: Indexierte Entwicklung der Behandlungsnachfrage (Eintritte) für Suchtprobleme nach Hauptproblem, 2020–2024 (2020 = 100 %) (Krizic et al., 2026, S. 33)

Basierend auf Institutionsbefragungen von act-info befanden sich im Jahr 2025 schätzungsweise 18'000 bis 19'000 Personen wegen problematischem Kokainkonsum in einer Suchtbehandlung. Davon gaben 4000 Personen Kokain als Hauptproblem an. Da niedergelassene

Ärzt*innen, die für viele Betroffene eine erste Anlaufstelle darstellen, in dieser Schätzung nicht berücksichtigt sind, ist von einer Mindestzahl auszugehen (Krizic et al., 2026, S. 25).

Auch die stationären Suchteinrichtung «Stadtlärm» in Basel weist auf eine Verschiebung im Suchthilfesystem hin. Heroin verliert als primäre Behandlungsproblematik an Bedeutung, während Kokain und andere Substanzen zunehmend im Mittelpunkt stehen. Heute wird Heroin in der Basler Einrichtung meist nur noch im Rahmen einer Polytoxikomanie thematisiert, während Kokain zunehmend die Behandlungsrealität prägt (Bingler & Engler, 2021, S. 124).

Auch Daten der K&A verschiedener Schweizer Städte weisen auf einen zunehmenden Kokainkonsum hin, insbesondere in Form von Crack. Während Crack in der Deutschschweiz bereits seit längerem verbreitet ist, hat die Konsumform in den letzten Jahren auch in der Welschschweiz deutlich an Bedeutung gewonnen. *Abbildung 5* zeigt beispielhaft die Entwicklung der Konsumepisoden in den K&A von Lausanne, wo Crack innerhalb weniger Jahre zur dominierenden Substanz wurde (Krizic et al., 2026, S. 32).

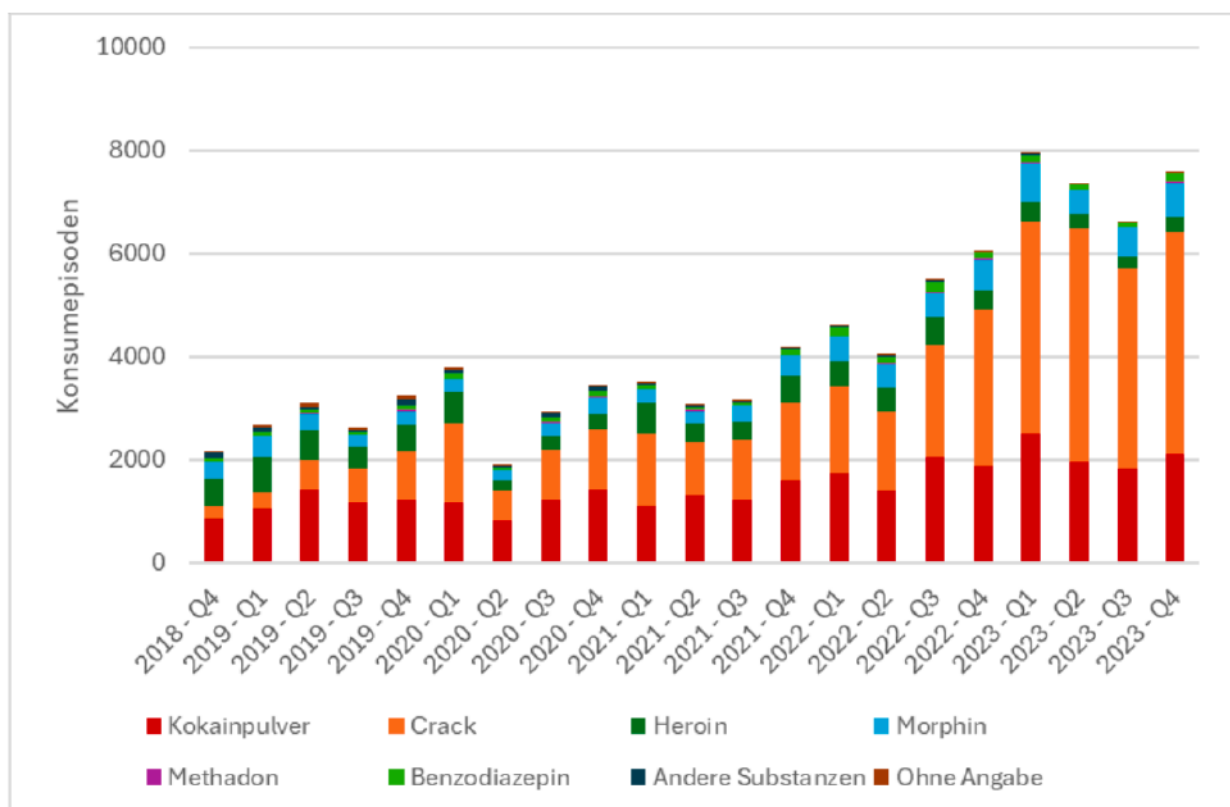


Abbildung 5: Konsumepisoden pro Substanz in der K&A Lausanne (2018–2023, pro Quartal) (Krizic et al., 2026, S. 32)

Ein ähnlicher Trend zeigt sich in Zürich. Bereits in den 2000er-Jahren wurden in den Drogenkonsumräumen Konsumplätze für den Konsum von Crack geschaffen (Meyer, 2025, S. 143).

Nach der coronabedingten Schliessung und Wiedereröffnung der Konsumräume stieg die Zahl der monatlichen Konsumvorgänge um rund 25 % auf etwa 30'000; gleichzeitig wurden rund 200 zusätzliche Nutzende registriert. Dieser Anstieg war nahezu ausschliesslich auf Crack zurückzuführen und könnte laut Meyer mit der gestiegenen Verfügbarkeit von Kokain zusammenhängen (Meyer, 2025, S. 144).

Die Daten aus dem Suchthilfesystem bestätigen somit einen ansteigenden Trend des Kokainkonsums und zeigen zudem eine wachsende Bedeutung des Crackkonsums.

5.2.4 GESUNDHEITS- UND KRIMINALSTATISTIK

Gesundheitsstatistiken weisen ebenfalls auf eine zunehmende Kokainproblematik hin. Zwischen 2012 und 2024 stieg die Zahl der Spitalaufenthalte mit einer kokainbezogenen Haupt- oder Nebendiagnose von 0,4 auf 1,2 Fälle pro 1'000 Einwohner*innen. Besonders deutlich nahm die Zahl der Hospitalisierungen aufgrund kokainbedingter Abhängigkeit zu (Krizic et al., 2026, S. 33).

Kriminalstatistik deuten auf eine zunehmende Verbreitung von Kokain hin. Nach einem Rückgang der Verzeigungen wegen Kokainkonsums in den 2000er-Jahren ist seit 2015 ein deutlicher Anstieg zu beobachten. Die Aussagekraft der Kriminalstatistik ist jedoch eingeschränkt, da sie unter anderem vom Anzeigeverhalten und den polizeilichen Ressourcen abhängt (Krizic et al., 2026, S. 34).

5.2.5 MEDIALE UND ÖFFENTLICHE WAHRNEHMUNG

Die Medienberichterstattung deutet darauf hin, dass der Kokainkonsum zunehmend als gesellschaftliches Thema wahrgenommen wird und macht sichtbar, welche Aspekte der Problematik aktuell öffentlich diskutiert werden. Gleichzeitig geben die Beiträge Einblick in die Einschätzungen von Fachpersonen aus Wissenschaft und Suchthilfe, die in den Medien zu Wort kommen.

Exemplarisch verdeutlicht dies ein Radiobeitrag vom 5. Juni 2026. Darin wird der Anstieg des Kokainkonsums anhand verschiedener Datenquellen thematisiert. Zobel erklärt, dass Kokain nicht mehr hauptsächlich im Partykontext konsumiert wird, sondern zunehmend auch im

Berufsalltag, insbesondere in Branchen mit hoher Arbeitsbelastung wie dem Baugewerbe und der Gastronomie. Der Kokainkonsum sei auch kein Randphänomen mehr (SRF, 2026b).

Auch Mitarbeitende der Suchthilfe beschreiben einen Wandel. Bubi Rufener, Leiter der K&A Bern, berichtet, dass heute deutlich häufiger Substanzen geraucht als früher injiziert werden (SRF, 2026e, 03:07–03:20). Robert Hämmig, der seit fast 40 Jahren in der Suchthilfe tätig ist, erklärt in der Sendung *Morgengast* gegenüber SRF, dass sich die Situation suchtbetroffener Menschen verändert: Kokain habe deutlich an Bedeutung gewonnen und dank Angeboten wie den K&A könnten viele Betroffene heute trotz Suchterkrankung ein weitgehend normales Leben führen. Dadurch seien suchtbetroffene Menschen im öffentlichen Raum weniger sichtbar. Gleichzeitig kritisiert Hämmig, dass die Wirkung der K&A in der Schweiz bisher unzureichend wissenschaftlich untersucht wurden (SRF, 2026f, 02:20–02:40).

Der SRF-Radiobeitrag «Kokainkonsum nimmt zu - auch im Job» greift den funktionalen Kokainkonsum im Arbeitskontext auf. Demnach passt Kokain aufgrund einer zunehmend leistungsorientierten Gesellschaft heute so gut in die Zeit wie nie zuvor. Ute Wetzler von der Stiftung Suchthilfe Region Basel erklärt diese Entwicklung mit dem steigenden gesellschaftlichen Leistungsdruck, einem schnelleren und reizintensiveren Alltag sowie dem erleichterten Zugang zu Kokain. In diesem Kontext könne Kokain dazu dienen, beruflichen und privaten Anforderungen besser gerecht zu werden (SRF, 2026b, 09:00–09:36; 10:38–11:30). Thilo Beck, Psychiater und Suchtmediziner, sieht den Hauptgrund für die wieder präsenten offenen Drogenszenen in einer neuen Kokainwelle, welche den illegalen Drogenmarkt überschwemmt. Kokain in Form von Kügelchen werde für fünf Franken verkauft und seien überall erhältlich. Deswegen brauche es unbedingt neue niederschwellige Angebote (SRF, 2026g). Die politische Relevanz des Themas zeigt sich auch in der Berichterstattung über das geplante Pilotprojekt in Genf zur kontrollierten Abgabe von Kokain an schwerstabhängige crackkonsumierende Personen (SRF, 2026c).

Insgesamt lässt sich aus der zunehmenden Medienberichterstattung schliessen, dass der steigende Kokainkonsum in der Schweiz an gesellschaftlicher Relevanz gewonnen hat. Die Beiträge greifen wiederkehrende Themen wie veränderte Konsummuster, neue Herausforderungen für die Suchthilfe sowie politische Handlungsansätze auf. Damit ergänzen sie die wissenschaftlichen Erkenntnisse um die Perspektive der öffentlichen Debatte.

5.2.6 ERGEBNISSE DER NATIONALEN RUNDEN TISCHE ZUM THEMA KOKAIN UND CRACK

Als Reaktion auf die Bildung offener Crackszene in mehreren Schweizer Städten organisierte das BAG einen Nationalen Runden Tisch. Es brachte Vertreter*innen von Bund, Kantonen, Städten sowie Fachorganisationen zusammen, um aktuelle Entwicklungen zu analysieren, Erfahrungen auszutauschen und gemeinsame Handlungsoptionen zu diskutieren (BAG, 2024b, S. 2).

Am ersten Nationalen Runden Tisch im November 2023 berichteten zahlreiche Schweizer Städte über eine Zunahme des Crackkonsums. Genf verzeichnete als erste Schweizer Stadt einen markanten Anstieg nach der Covid-19-Pandemie. Die zunehmende Verfügbarkeit konsumfertiger Crack-Steine führte dazu, dass vermehrt im öffentlichen Raum konsumiert wurde. Die vorübergehende Schliessung einer K&A verstärkte diese Entwicklung zusätzlich und begünstigte die Ausweitung der offenen Drogenszene (BAG, 2024a, S. 2). Zürich berichtete, dass nach der Wiedereröffnung der coronabedingt vorübergehend geschlossenen K&A die offene Drogenszene rasch wieder kleiner wurde (BAG, 2024a, S. 3). In Basel werden die Angebote der Suchthilfe zwar unverändert genutzt, jedoch zeichnet sich eine zunehmende Prekarisierung der Konsumierenden mit steigender Obdachlosigkeit ab. Die Petition «Unser Quartier ist dealerfrei» weist auf eine wachsende Unzufriedenheit in der Bevölkerung hin (BAG, 2024a, S. 3). Die Entwicklungen zeigten sich somit sowohl in Grossstädten als auch in kleineren Städten, wie Chur. Schweizweit wurde von offenen Drogenszenen, einer zunehmenden Obdachlosigkeit, Betteln, Beschaffungskriminalität, Littering sowie einer wachsenden Verunsicherung der Bevölkerung berichtet. Gleichzeitig nahmen auch die Nutzungszahlen der K&A deutlich zu (BAG, 2024a, S. 2–4).

Im Bericht des zweiten Nationalen Runden Tisches wurde festgehalten, dass sich die Situation in vielen Städten weiter verschlechterte und der offene Crackkonsum den öffentlichen Raum weiter belastete. Im Kanton Waadt wurde aufgrund der Entstehung kleinerer offener Drogenszenen sogar eine gesundheitliche Notsituation ausgerufen. Vermehrt wurde von Gewalt sowie risikoreiche Konsumpraktiken, wie die Mehrfachverwendung von Konsummaterial, berichtet (BAG, 2024b, S. 4–8). Die Situation in Brugg ist insofern interessant, da sie Einblick in die Entwicklung einer **Kleinstadt** gibt. Dort entstand innerhalb weniger Jahre eine sichtbare Crackszene. Gleichzeitig zeigte sich ein Mangel an schadensmindernden Angeboten im Kanton

Aargau und somit auch in der Stadt Brugg. Im Juni 2023 hat die Arbeitsgruppe «Sicherheit am Bahnhof» die am Bahnhof Brugg entstehende offene Crackszene vertrieben. In der Folge verteilten sich die konsumierenden Personen über das ganze Stadtgebiet. Eine anschliessende Bedarfsanalyse durch Infodrog zeigte, dass sich viele Betroffene einen Konsumraum wünschten (BAG, 2024b, S. 5; Infodrog, 2024). Zahlreiche Städte berichteten jedoch auch von der Umsetzung erster Massnahmen und Angebote. Einerseits erweiterte Basel repressive Massnahmen durch verstärkte Polizeipräsenz. Andererseits baute Basel auch schadensmindernde Angebote aus, indem sie die aSA erweiterte, zusätzliche inhalative Konsumplätze zur Verfügung stellte und die Öffnungszeiten der Notschlafstellen verlängerte (BAG, 2024b, S. 5–6). Auch Zürich passte seine Angebote an. Durch längere Öffnungszeiten der K&A, einen zusätzlichen Ruheraum sowie den Ausbau der aSA konnte der öffentliche Raum in Zürich entlastet werden. Ergänzend wurden präventive Massnahmen im Quartier umgesetzt (BAG, 2024b, S. 6–7). Genf verstärkte ebenfalls die aSA und baute die Notschlafangebote aus. Gleichzeitig wurden der Ausbau der Konsumräume sowie zusätzliche Housing-First-Plätze geplant (BAG, 2024b, S. 8).

Im Mittelpunkt des dritten Nationalen Runden Tisch vom 20. Mai 2025 standen neue Behandlungsansätze für Stimulanzien bezogene Abhängigkeiten, darunter sowohl pharmakologische Forschungsprojekte als auch nicht-medikamentöse Ansätze. Letztere betonen insbesondere die Stabilisierung der Lebensverhältnisse, um Betroffenen den Zugang zu weiterführenden therapeutischen Angeboten zu erleichtern. Zudem wurde das Housing-First-Projekt im Kanton Graubünden thematisiert (BAG, 2025, S. 2–5). Abschliessend betonte die ehemalige Bundesrätin Ruth Dreifuss, dass sich die Vier-Säulen-Politik weiterhin bewährt habe, jedoch an die veränderten Konsummuster angepasst werden müsse. Der zunehmende Konsum von Stimulanzien erfordere neue Antworten und eine enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen politischen Ebenen und Fachdisziplinen (BAG, 2025, S. 12).

Zusammenfassend bestätigen die drei Nationalen Runden Tische den wahrgenommenen Anstieg des Kokainkonsums, insbesondere in Form von Crack. Sie unterstreichen die damit verbundenen Herausforderungen und verdeutlichen, dass sich diese Problematik längst nicht mehr auf einzelne Grossstädte beschränkt. Die Berichte des BAG dokumentieren den interdisziplinären Austausch zwischen Fachpersonen sowie Vertreter*innen von Städten, Kantonen und Bund über den Umgang mit der Kokainproblematik, und dass erste Massnahmen bereits positive Wirkung zeigen.

5.2.7 PARLAMENTARISCHE VORSTÖSSE

Auch auf parlamentarischer Ebene hat die zunehmende Kokainproblematik in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Mit der Motion 23.4229 «Drogenprävention an der Volksschule und an weiterführenden Schulen» forderte Verena Herzog (SVP) im September 2023 eine schweizweit einheitliche Drogenprävention an Schulen (Schweizer Parlament, 2023). Mit der Interpellation 24.4221 «Für eine kohärente Drogenpolitik. Welche Massnahmen können ergriffen werden, um den Drogenhandel in unseren Städten zu unterbinden?» verlangte Léonore Porchet (SP) im September 2024 Auskunft über den Umgang mit der zunehmenden Crack- und Kokainproblematik (Schweizer Parlament, 2024). Im Jahr 2025 wurden zwei weitere Motionen der SVP eingereicht. Mit der Motion 25.3306 «Drogen. Die Zeit ist reif für konkrete Prävention!» forderte Yvan Pahud den Ausbau der Drogenprävention durch nationale Sensibilisierungskampagnen. Mit der Motion 25.3651 «Verheerende Wirkung der Drogen in der Schweiz. Neue Vier-Säulen-Politik» verlangte Nicolas Kolly eine stärkere Ausrichtung der Drogenpolitik auf Prävention und Repression sowie strengere Strafen für organisierte Drogenkriminalität (Schweizer Parlament, 2025a; Schweizer Parlament, 2025b).

Der Bundesrat lehnte alle beschriebenen Motionen ab und hielt fest, dass sich die Vier-Säulen-Politik bewährt hat und die bestehenden Präventions- und Strafbestimmungen ausreichend sind. Ebenso verwies er auf die Nationalen Runden Tische und die Zusammenarbeit mit Städten, Kantonen und Fachorganisationen (Schweizer Parlament, 2023; Schweizer Parlament, 2024; Schweizer Parlament, 2025a; Schweizer Parlament, 2025b).

5.3 ZIELGRUPPEN, KONSUMMUSTER UND -KONTEXT

Soziodemographische Analysen zeigen, dass der Kokainkonsum nicht mehr nur auf marginalisierte Gruppen beschränkt ist. Dabei konsumieren Männer deutlich öfter als Frauen. Junge Erwachsene zwischen 18 und 34 Jahren sind besonders betroffen. Der Erstkonsum liegt oft im frühen Erwachsenenalter. Die meisten verfügen über eine Berufsausbildung oder einen tertiären Bildungsabschluss und sind erwerbstätig. Kokain ist somit sowohl bei Menschen in prekären Lebenslagen als auch bei Menschen in sozial integrierten Milieus verbreitet (Krizic et al., 2026, S. 7; Sucht Schweiz, o. J.).

Die meisten Personen, die Kokain ausschliesslich nasal in Pulverform konsumieren, verfügen über stabile Wohnverhältnisse und eigene finanzielle Mittel (Krizic, et al. 2025, S. 15). In bestimmten beruflichen Milieus, wie in der Gastronomie, Lebensmittelzubereitung, Bau- und Baunebengewerbe ist Kokain besonders verbreitet. Dabei zeigt sich oft ein Arbeitskontext, in dem ein hoher Leistungsdruck, hoher Männeranteil, lange und unregelmässige Arbeitszeiten und eine arbeitsbezogene Unsicherheit herrscht. In der Gastronomie sind die langen Schichten, Nachtarbeit, hohe soziale Dynamiken und die unmittelbare Nähe zum Ausgangskontext als begünstigende Faktoren beschrieben. Im Baugewerbe spielen die hohe körperliche Belastung, der Leistungsdruck, bestehende Gruppennormen und projektbezogene Arbeitsbedingungen eine Rolle. Dabei wird in allen Bereichen der Konsum von Kokain funktional eingesetzt, zur Steigerung der Wachheit, Durchhaltefähigkeit oder Selbstsicherheit (Krizic et. al., 2026, S. 8). Der Konsum am Arbeitsplatz fällt häufig kaum auf. Die Substanz benötigt wenig Platz und hinterlässt im Gegensatz zu Alkohol keinen auffälligen Geruch. Konsumierende bleiben dadurch oft zunächst leistungsfähig, sodass das Problem häufig erst erkannt wird, wenn bereits gesundheitliche oder finanzielle Folgen eingetreten sind (SRF, 2026b, 07:14–07:57).

Die Konsummuster bei Kokainpulver sind sehr unterschiedlich. Ein Teil konsumiert gelegentlich im Freizeitkontext. Ein anderer Teil konsumiert regelmässig und teils sehr intensiv. Der Anteil der intensivkonsumierenden Personen ist zwar kleiner, konsumiert wahrscheinlich jedoch einen überproportional grossen Anteil der Gesamtmenge des schweizweit konsumierten Kokains. Damit trägt diese Konsumgruppe ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche, psychische und soziale Folgeschäden. Der Übergang von gelegentlichem zu regelmässigem Konsum erfolgt dabei meist schleichend (Krizic et. al., 2026, S. 7)

Abwasseranalysen weisen darauf hin, dass Kokain nicht nur am Wochenende, sondern auch unter der Woche konsumiert wird. Im Gegensatz zu MDMA steigen die Rückstände am Wochenende nur leicht an. Aus den Abwasserdaten lassen sich jedoch keine direkten Rückschlüsse auf individuelle Konsummuster ziehen. Sowohl ein regelmässiger Konsum vieler Personen als auch ein sehr intensiver Konsum einer kleineren Gruppe könnten das Muster in Abbildung 6 erklären (Krizic et al., 2026, S. 25–26).

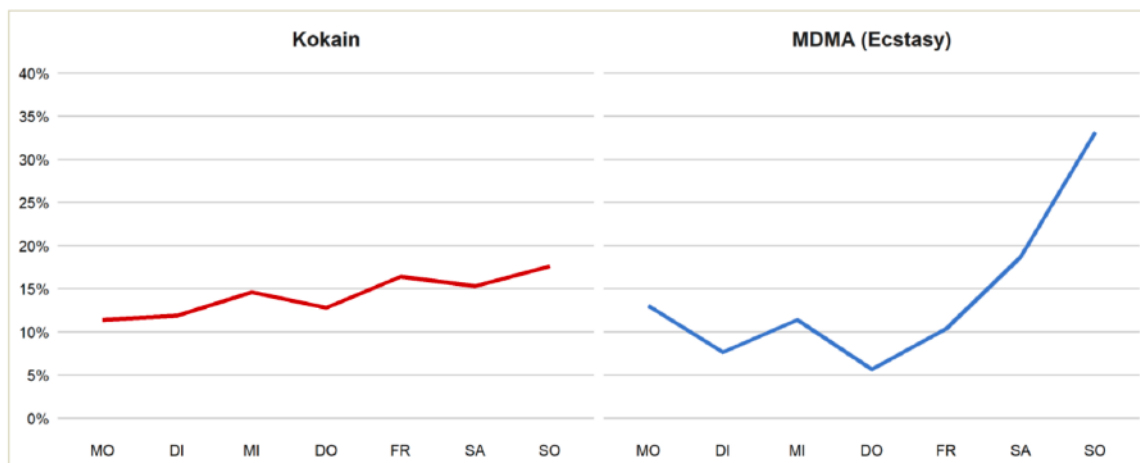


Abbildung 6: Prozentualer Wochenverlauf der Abwasserrückstände von Kokain und MDMA im Vergleich (Krizic et al., 2026, S. 26)

Daten von act-info zeigen, dass ein grosser Teil der Personen, die aufgrund ihres Kokainkonsums eine Behandlung aufsuchen, regelmässig und rund ein Viertel täglich konsumiert. Daneben befinden sich auch gelegentlich konsumierende Personen in Behandlung (Krizic et al., 2026, S. 27–28).

Beim Kokainkonsum in Form von gerauchtem Crack offenbart sich ein anderes Bild. Bei besagter Zielgruppe konsumieren über 40 % täglich (Krizic et al., 2026, S. 27–28). Eine Studie aus dem Jahr 2025 von Sucht Schweiz zeigt, dass Personen, die aufgrund von Crack als Hauptproblem eine Suchtbehandlung beginnen, häufiger von prekären sozialen und finanziellen Lebensbedingungen betroffen sind. Viele leben von Sozialhilfe oder Fürsorgeleistungen, während nur ein kleiner Teil erwerbstätig ist (Krizic et al., 2025, S. 15). Epidemiologische und klinische Erkenntnisse sprechen gegen die Annahme, dass Crackkonsum die Hauptursache sozialer Desintegration darstellt. Vielmehr greifen vor allem bereits sozial marginalisierte Menschen mit Wohnungsunsicherheit, psychischen oder körperlichen Belastungen zu dieser kostengünstigen und schnell wirkenden Konsumform. Der Crackkonsum verstärkt dabei bestehende Problemlagen, indem er soziale Isolation, gesundheitliche Beeinträchtigungen und den Ausschluss von Unterstützungsangeboten zusätzlich verschärfen kann. Dadurch entsteht ein sich selbst verstärkender Kreislauf, in dem Crack als kurzfristige Bewältigungsstrategie genutzt wird (BAG, 2025, S. 2).

Charakteristisch für Personen mit einer Crack-Problematik ist ein verbreiteter Mehrfachkonsum verschiedener Substanzen. Obwohl häufig mehrere Suchtprobleme gleichzeitig bestehen, wird Crack dabei meist als Hauptproblem wahrgenommen. Dies stellt das Suchthilfesystem vor besondere Herausforderungen, da es kaum geeignete Behandlungsangebote für eine Crack-Abhängigkeit gibt. Studien zeigen ausserdem, dass Personen beim erstmaligen Eintritt in eine Behandlung häufig bessere Lebensumstände aufweisen als Personen mit wiederholten Behandlungseintritten. Dies deutet darauf hin, dass eine Crack-Problematik langfristig mit einer Verschlechterung der sozialen Situation verbunden ist und unterstreicht die Bedeutung frühzeitiger und intensiver Unterstützung (Krizic et al., 2025, S. 15).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich das Suchthilfesystem aktuell mit zwei unterschiedlichen Formen von problematischem Kokainkonsum konfrontiert sieht. Einerseits handelt es sich um Personen, die Kokain in Pulverform nasal konsumieren. Diese Konsumform ist zunehmend auch im beruflichen Kontext verbreitet, wobei sich eine Abhängigkeit häufig schleichend und lange unbemerkt entwickelt. Betroffene sind meist noch langezeit sozial und beruflich integriert. Andererseits gibt es eine Zielgruppe, die Crack inhalativ konsumiert. Diese weisen oftmals bereits vor Beginn des Crackkonsums erhebliche gesundheitliche und soziale Belastungen auf, welche sich im Verlauf der Abhängigkeit zusätzlich verstärken können. Durch den starken Konsumfokus vernachlässigen Betroffene jegliche Grundbedürfnisse und soziale Kontakte, wodurch sie innerhalb kurzer Zeit in prekäre Lebensverhältnisse bis in existenzielle Notlagen geraten. Obwohl sich der Konsum von Crack und Kokainpulver in vielerlei Hinsicht unterscheiden, beruhen beide auf derselben psychoaktiven Substanz und bilden die beiden derzeit wichtigsten Erscheinungsformen des problematischen Kokainkonsums. Eine gemeinsame Betrachtung im folgenden Kapitel ermöglicht es, sowohl gemeinsame als auch konsumspezifische Anforderungen an die Weiterentwicklung der Suchthilfe herauszuarbeiten.

6 NEUE HERAUSFORDERUNGEN UND ANPASSUNGSBEDARF FÜR DIE SOZIALE ARBEIT

Auch wenn der Bundesrat an der bestehenden Vier-Säulen-Politik festhält, wirft die aktuelle Entwicklung des Kokainkonsums die Frage auf, wie die bestehenden Angebote den veränderten Herausforderungen gerecht werden können. Die folgenden neun Unterkapitel bauen auf den vorangehenden Analysen auf und untersuchen zentrale Handlungs- und Anpassungsbedarfe.

Da die offenen Cracksszenen unmittelbar sichtbar sind und rasche, pragmatische Lösungen erfordern, werden die damit verbundenen Herausforderungen und insbesondere konkrete schadensmindernde Massnahmen im ersten Unterkapitel gesondert behandelt. Die Zunahme des nasalen Konsums von Kokainpulver verläuft dagegen deutlich weniger sichtbar und ist bislang mit weniger offensichtlichen sozialen und gesundheitlichen Folgen verbunden. Vor diesem Hintergrund stehen in den nachfolgenden Kapiteln weniger konkrete operative Massnahmen als vielmehr grundsätzliche Fragen der Prävention, der professionellen Haltung sowie der strukturellen Weiterentwicklung des Suchthilfesystems im Vordergrund. Entsprechend werden akzeptanzorientierte Ansätze kritisch erörtert, differenzierte Präventionsstrategien dargelegt sowie der Arbeitsplatz als Risiko- und Schutzfaktor, die öffentliche Sensibilisierung, die Koordination der Suchthilfe, Fragen der Finanzierung sowie der Forschungs- und Evaluationsbedarf diskutiert. Abschliessend wird dargelegt, weshalb Prävention als langfristige gesellschaftliche Investition verstanden werden kann. Dabei wird auch der Crackkonsum wiederholt aufgegriffen, insbesondere im Hinblick auf präventive Fragestellungen und Möglichkeiten eines langfristigen Ausstiegs.

Mit der Nationalen Strategie Sucht wurden die Grenzen zwischen den einzelnen Säulen bewusst geöffnet, da sich die Handlungsfelder gegenseitig beeinflussen und nur im Zusammenspiel wirksam sind. Entsprechend sind die folgenden Herausforderungen und Massnahmen nicht eindeutig zuordnungsbar. Die Diskussion wird daher zwischen den verschiedenen Themenbereichen oszillieren. Die anschliessende *Tabelle 1* verschafft einen Überblick über die beiden Konsumformen.

Tabelle 1: Gegenüberstellung des Konsums von Crack und Kokainpulver. Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Haasen et al. (2002, S. 3), Quednow & Herdener (2018, S. 10–13), BAG (2025, S. 2–5), Meyer (2025, S. 143–149), Krizic et al. (2025, S. 15) und Krizic et al. (2026, S. 7–8, 22–33).

	Crack/Freebase inhalativ konsumieren	Kokainpulver nasal konsumieren
Herausforderungen	• Finanzielle Probleme • Gesundheitliche Schäden • Soziale Isolation • Starker Konsumfokus • Bildung offener Drogenszenen: Vandalismus, Littering, Beschaffungskriminalität • Verstärkung bestehender Probleme • Stigmatisierung	• Geringe Sichtbarkeit • Gesundheitliche Langzeitschäden • Hohes Abhängigkeitspotential • Abhängigkeit erfolgt schleichend • Normalisierung des Konsums • Stigmatisierung
Zielgruppe	• sozial marginalisierte Menschen mit Wohnungsunsicherheit, psychischen oder körperlichen Belastungen • oft bereits suchterkrankt	• bestimmte Berufsgruppen, die besonderer Belastung (lange und unregelmässige Schicht, körperliche Anstrengung, Nähe zum Partymilieu) ausgesetzt sind: Gastronomie, Bau, Kunst- und Kulturschaffende • Partymilieu
Prävention	• sozial marginalisierte Menschen frühzeitig unterstützen: Housing First-Ansatz, Begleitung und Betreuung • Multiplikator*innen durch (ehemals) Betroffene • Kontaktstellen (Arzt oder Sozialdienst) nutzen	• Multiplikator*innen aus den Branchen als Übersetzer*innen und Türöffner • Selektive Prävention: Bspw. Aufklärung in Ausbildungsbetrieben • Verhältnisprävention: bspw. Arbeitsbedingungen anpassen
Entstigmatisierung	• Gesellschaftliches Bewusstsein bezüglich Sucht und dem Leidensdruck der Betroffenen schaffen	• Kokainkonsum muss entstigmatisiert werden, damit Betriebe sich gegenüber Präventionsangeboten öffnen
Therapie	• (erzwungene) Pausen zwischen Konsumeinheiten vermindern starken Konsumfokus und können Raum/Zeit eröffnen sich mit Therapiemöglichkeiten auseinander zusetzen • Auseinandersetzung mit Thema "Scheitern" • Arbeitsintegration • Kokain-Abgabe	• Drug-Checking oder Prävention im Betrieb können als Türöffner dienen
Schadensminderung	• Konsumräume, die auf Crack-Konsum ausgelegt sind (Inhalationsplätze, Ruheräume etc.) • saubere Konsumutensilien • Konsumabfälle beseitigen durch täglich anwesende Strassenteams	• Drug-Checking • Frühzeitige Intervention finanziell ermöglichen

6.1 HERAUSFORDERUNGEN UND ANPASSUNGSBEDARF IM UMGANG MIT DEM CRACK-KONSUM

Aus den gewonnenen Erkenntnissen lassen sich sechs zentrale Herausforderungen des Crack-Konsums ableiten. Im Folgenden werden diese dargestellt und diskutiert, welche Massnahmen zur Bewältigung der aktuellen Crackproblematik geeignet sein könnten.

Eine erste zentrale Herausforderung besteht in **(1) der sehr kurzen Wirkungsdauer von Crack und dem daraus entstehenden starken Konsumfokus**. Sobald die Wirkung abklingt, zeigen sich bei Konsumierenden häufig Gereiztheit und erhöhte Erregungszustände. Dieser Effekt verstärkt sich unter Stress und wenn Rückzugsräume fehlen. Entsprechend kommt es durch die Zunahme des Crackkonsums in K&A vermehrt zu aggressivem Verhalten und Auseinandersetzungen. In Zürich werden deswegen vermehrt Ruheräume in K&A bereitgestellt (Meyer, 2025, S. 143). Auch Arbeits- und Freizeitangebote können Reize gegen den Konsumfokus setzen und dem teilweise beobachteten fehlenden Sättigungsgefühl entgegenwirken (Meyer, 2025, S. 149).

In diesem Zusammenhang sehen sich Fachpersonen der Suchthilfe mit einer zweiten Herausforderung konfrontiert: **(2) der Sicherstellung grundlegender und überlebensnotwendiger Bedürfnisse**. Neben den gesundheitlichen Folgen durch den Crackkonsum trägt auch die unzureichende Befriedigung grundlegender Bedürfnisse wesentlich zur Verschlechterung des körperlichen und psychischen Zustands der Betroffenen bei. Deswegen wird in Zürcher K&A zwischen zwei Konsumeinheiten eine 30-minütige Pause erzwungen. Während dieser Pause können sich Konsument*innen um andere Bedürfnisse kümmern und bestehende Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Zusätzlich kann dadurch auch der starke Konsumfokus kurzzeitig unterbrochen werden (Meyer, 2025, S. 149). Die niederschwellige Bereitstellung von Mahlzeiten, Getränken, Ruheräume sowie grundlegenden pflegerischen Angeboten kann dazu beitragen den gesundheitlichen Zustand der Betroffenen zu stabilisieren (Infodrog, 2024, S. 36).

Die K&A und die aSA übernehmen dabei eine zentrale Rolle (BAG, 2024a, S. 4). Eine kontinuierliche und verlässliche Präsenz sowie eine akzeptierende Haltung fördern den Aufbau einer Vertrauensbeziehung und tragen dazu bei, dass Betroffene Unterstützungsangebote

überhaupt in Anspruch nehmen. Die Nähe zur Lebenswelt crackkonsumierender Personen erleichtert den Zugang zu dieser Zielgruppe und ermöglicht es, frühzeitig auf gesundheitliche und soziale Problemlagen zu reagieren.

Als dritte Herausforderung zeigt sich, dass **(3) viele K&A an ihre Kapazitätsgrenzen stossen**. Zahlreiche Konsumräume sind nicht oder nur ungenügend auf den Konsum von Crack ausgerichtet (Meyer, 2025, S. 145-146). K&A mit Konsumräumen erweisen sich grundsätzlich als geeignete Strategie, müssen jedoch an die veränderten Bedürfnisse angepasst werden. Bestehende Massnahmen wie die Abgabe von sauberem Konsummaterial, Drug Checking und sozialarbeiterische Beratungsangebote sollen unbedingt beibehalten werden. Zusätzlich erweist es sich als sinnvoll Konsumräume mit geeigneten Abzügen für den inhalativen Konsum sowie Ruheräume weiter auszubauen (BAG, 2024a, S. 5).

Viertens ist eine **(4) zunehmende Obdachlosigkeit** unter crackkonsumierenden Personen zu beobachten. Zusätzlich werden Betroffene durch bestehende Hilfsangebote nur unzureichend erreicht. Der Housing-First-Ansatz kann dabei einen wichtigen Beitrag leisten, indem Wohnraum bedingungslos zur Verfügung gestellt wird. Ergänzend ist auch der Ausbau von Notschlafstellen erforderlich (Infodrog, 2024, S. 36). Die Umsetzung entsprechender Angebote ist jedoch mit verschiedenen Herausforderungen verbunden. Dazu zählen der Mangel an bezahlbarem Wohnraum, die Gefahr einer Verlagerung der Drogenszene in Wohnungen sowie Konflikte mit der Nachbarschaft oder Vermietenden. Um diesen Problemen entgegenzuwirken, können Housing-First-Angebote nicht immer vollständig bedingungslos ausgestaltet werden. Dementsprechend sieht das Housing-First-Angebot im Kanton Graubünden verpflichtende Betreuungsbesuche als Teilnahmebedingung vor. Werden diese nicht wahrgenommen, erfolgt ein Ausschluss aus dem Programm. Das erschwert für einige der Betroffenen den Zugang zu solchen Angeboten (BAG, 2025, S. 5-6). Dennoch zeigen verschiedene Erfahrungen mit dem Housing-First-Ansatz grundsätzlich eine positive Wirkung auf die psychosoziale Stabilisierung crackkonsumierender Personen (Gemeinderat der Stadt Bern, 2025, S. 2; BAG, 2025, S. 3-5). Professionelle der Sozialen Arbeit sind gefordert, den Ausbau entsprechender Angebote fachlich zu begründen und sich auf sozialpolitischer Ebene für deren Umsetzung stark zu machen. Gleichzeitig müsste die Politik oder wohlthätige Geldgeber die notwendigen finanziellen und strukturellen Voraussetzungen für den Ausbau dieser Angebote schaffen.

Alle bisher diskutierten Herausforderungen begünstigen zusammen eine fünfte Herausforderung: **(5) die Entstehung offener Drogenszenen.** Die Erfahrungen der offenen Heroinszene am Platzspitz oder Letten zeigten, dass sich offene Szenen nur durch repressive Verdrängungsmassnahmen kaum auflösen, sondern lediglich räumlich verlagern. Die jüngsten Erfahrungen aus Brugg bestätigen die Grenzen einer ausschliesslichen Vertreibungspolitik. Auch die offene Crackszene am Bahnhof Brugg verteilte sich nach ihrer Auflösung wieder in die umliegenden Quartiere (BAG, 2024b, S. 5; Infodrog, 2024). Gleichzeitig verdeutlichen Erfahrungen aus Chur, dass auch die Einrichtung eines Konsumraums als Massnahme nicht unbedingt ausreicht. Trotz des neuen Angebots blieb die offene Drogenszene bestehen, und auch die Beschaffungskriminalität stellte weiterhin eine Herausforderung dar. Nach Schliessung des Konsumraums kehrten viele Konsumierende in den öffentlichen Raum zurück. Dies unterstreicht die Bedeutung bedarfsgerechter Öffnungszeiten, wie sie beispielsweise in Zürich umgesetzt werden (Meyer, 2025; BAG, 2024a, S. 5).

Die bisherigen Erfahrungen sprechen dafür, schadensmindernde Angebote mit Massnahmen zur Gestaltung des öffentlichen Raums zu verbinden (BAG, 2024b, S. 7). Um stark vom Crackkonsum geprägte Orte wieder für die Allgemeinbevölkerung nutzbar zu machen, können Lehrpersonen, Mitarbeitende von Kitas und weitere Berufsgruppen im Umgang mit crackkonsumierenden Menschen geschult werden. Ergänzend tragen kulturelle Angebote und öffentliche Veranstaltungen dazu bei, diese Orte wieder vielfältiger zu nutzen. Auch die polizeiliche Präsenz kann die Entstehung offener Drogenszenen verhindern. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine enge Zusammenarbeit zwischen Polizei und den Fachstellen der Suchthilfe (BAG, 2024a, S. 5).

Eine sechste Herausforderung besteht in **(6) den begrenzten Behandlungsmöglichkeiten einer Crackabhängigkeit.** Spezifische Medikamente für den Entzug stehen bislang nicht zur Verfügung, weshalb die Behandlung in erster Linie symptomorientiert erfolgt. Erschwerend kommt hinzu, dass die ausgeprägten Entzugssymptome mit einem starken «Craving» einhergehen, was das Rückfallrisiko erhöht und die Behandlung zusätzlich erschwert. Vor allem für schwer erreichbare Personen sind zusätzlich schadensmindernde Ansätze wie aSA oder K&A und sozialarbeiterische Unterstützung durch Case Management oder Housing-First-Ansätze zentral, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen (BAG, 2024a, S. 5; Strate, 2023, S. 39; Cafilisch, 2023, S. 31). Der zunehmende Fachkräftemangel im Suchthilfesystem stellt in diesem

Zusammenhang eine zusätzliche Herausforderung dar. Der Kanton Bern beurteilt ausserdem die Zugangsbarrieren zu K&A, die aus der Sorge vor einer Sogwirkung bestehen, als unbefriedigend. Anstatt den Zugang einzuschränken, wird empfohlen, schadensmindernde Angebote schweizweit flächendeckend bereitzustellen (BAG, 2024a, S. 3). Die begrenzten therapeutischen Möglichkeiten und die hohe Rückfallgefährdung verdeutlichen den Bedarf an weiterer Forschung zur Entwicklung wirksamer Behandlungsansätze für eine Crackabhängigkeit. Ausserdem braucht es die politische Bereitschaft, eine langfristige Finanzierung des Suchthilfesystems sicherzustellen.

Die bisherigen Ausführungen konzentrierten sich auf schadensmindernde Massnahmen, die den Konsum grundsätzlich akzeptieren. Doch inwiefern ist es sinnvoll den Konsum einer gefährlichen Substanz wie Kokain zu akzeptieren? Die Frage wird im folgenden Kapitel diskutiert.

6.2 AKZEPTANZORIENTIERTE ANGEBOTE

Niederschwellige Hilfe setzt grundsätzlich keine Abstinenzbereitschaft voraus, sondern orientiert sich an den unmittelbaren Bedürfnissen der Betroffenen. Im Zentrum steht dabei die Existenzsicherung oder die Verbesserung der Lebenssituation. Dadurch können gesundheitliche und soziale Schäden reduziert werden, auch ohne Abstinenz (Tielking, 2024, S. 88–89). Praxiserfahrungen zeigen zudem, dass eine bedingungslose Existenzsicherung und die damit verbundene Stabilisierung der Lebenssituation dazu beitragen können, dass Betroffene eigenständig Abstinenzziele entwickeln. So dienen akzeptanzorientierte Angebote als Türöffner für weiterführende Hilfe (Tielking, 2024, S. 89–90). Folglich kann argumentiert werden, dass der Akzeptanzansatz nicht im Widerspruch zu langfristigen Veränderungsprozessen steht, sondern vielmehr die Grundlage dafür schafft. Durch die Sicherung der existenziellen Bedürfnisse und der Verbesserung der sozialen Teilhabe können Voraussetzungen geschaffen werden, die spätere therapeutische oder abstinenzorientierte Schritte ermöglichen.

Akzeptanzorientierte Angebote können jedoch auch unbeabsichtigt negative Folgen haben. Seit beispielsweise in Zürich Konsumräume stärker an die Bedürfnisse des Crackkonsums ausgerichtet wurden, begannen zuvor ausschliesslich opioidabhängige Personen mit dem Crackkonsum (Meyer, 2025, S. 149). Nichtsdestotrotz leitet sich der Akzeptanzansatz aus dem Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz ab. Dieser versteht die Förderung von Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit als zentrales Ziel professionellen sozialarbeiterischem Handeln

(AvenirSocial, 2026, S. 14). Dabei steht nicht die Vorgabe bestimmter Lebensentwürfe im Vordergrund. Die Klientel entscheidet selbst, welche Unterstützung sie in Anspruch nehmen und welche Veränderungen sie anstreben. Aus dieser Perspektive besteht das Ziel der Suchthilfe nicht in der Erreichung von Abstinenz, sondern Menschen ein würdevolles Leben und eine möglichst hohe Lebensqualität zu ermöglichen (Tielking, 2024, S. 91–92, 159–160; Savary et al., 2021, S. 159–160).

Ein wichtiger, jedoch häufig tabuisierter Aspekt der Suchthilfe ist das Thema Scheitern. Rückschläge und erfolglose Behandlungsverläufe gehören zur Realität von Suchterkrankungen und sollten als Teil des Hilfeprozesses verstanden werden. Wenn die Verantwortung für Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung allein dem Individuum zugeschrieben wird, dann geraten strukturelle, soziale und biologische Ursachen von Problemlagen in den Hintergrund (Tielking, 2024, S. 159). Aus einer akzeptanzorientierten Perspektive wird ein Rückfall nicht ausschliesslich als Scheitern verstanden, sondern als möglicher Bestandteil des Verlaufs einer Suchterkrankung. Dies erleichtert es, Unterstützungsangebote auch bei Rückschlägen aufrechtzuerhalten und Betroffene langfristig auf ihrem Veränderungsprozess zu begleiten.

Akzeptanzorientierte Ansätze beschränken sich auch nicht nur auf die Begleitung schwer suchtkrank Menschen. Wie in Kapitel 2.1 erwähnt, entwickeln nicht alle Personen, die Kokain konsumieren, eine Abhängigkeit. Gerade im Bereich des nasalen Kokainkonsums gibt es Konsummuster, die von gelegentlichem Konsum bis hin zu schweren Abhängigkeiten reichen. Durch die allgemeine Stigmatisierung findet dieser Konsum mehrheitlich im Verborgenen statt. Da der Übergang von einem gelegentlichen zu einem problematischen oder abhängigen Konsum meist fließend verläuft, bleibt die Entwicklung eines problematischen Konsums oftmals lange unbemerkt. (Schmidt-Semisch, 2024, S. 10). Ein offenerer Umgang mit dem Thema Kokainkonsum und dessen Folgen könnte dazu beitragen, problematische Konsummuster früher zu erkennen und betroffene Personen rechtzeitig zu unterstützen. Akzeptanzorientierte Angebote wie Drug Checking mit individueller Beratung oder die Soziale Arbeit im Nachtleben, schaffen einen niederschweligen Rahmen, in dem offen über Konsumverhalten, Risiko- und Schutzfaktoren gesprochen werden kann. Dadurch können problematische Konsummuster frühzeitig erkannt und Betroffene bei Bedarf an weiterführende Unterstützungsangebote vermittelt werden.

Die Frage, ob akzeptanzorientierte Angebote wirkungsvoll sind, lässt sich nicht allgemeingültig beantworten, sondern hängt letztlich von der individuellen Situation der Betroffenen sowie den Zielen der Intervention ab. Neben einem Umgang mit dem Konsum und dessen Folgen stellt sich auch die Frage, wie der Kokainkonsum verhindert und insbesondere die Entwicklung einer Suchterkrankung vermieden werden kann. Im Folgenden Kapitel werden deshalb unterschiedliche Präventionsansätze dargestellt.

6.3 UNTERSCHIEDLICHE KONSUMFORMEN ERFORDERN UNTERSCHIEDLICHE MASSNAHMEN ZUR PRÄVENTION

Da sich die verschiedenen Konsumformen hinsichtlich ihrer Risiken, Konsummuster und Zielgruppen unterscheiden, sind auch unterschiedliche Präventionsansätze erforderlich. Im Gegensatz zum nasalen Konsum von Kokainpulver, der häufig auch bei sozial und beruflich integrierten Personen auftritt, wird Crack vorwiegend von Personen in marginalisierten Lebenslagen konsumiert (Krizic et al., 2025, S. 15). Da diese Belastungen vielfach bereits vor dem Erstkonsum bestehen, setzt Prävention im Zusammenhang mit Crackkonsum weniger an der Verhinderung des Konsums und mehr an der Verbesserung der sozialen Lebensbedingungen an. Eine frühzeitige und bedarfsgerechte Unterstützung vulnerabler Personen sowie Massnahmen zur Armutsbekämpfung, Wohnraumsicherung und sozialen Integration können dazu beitragen, dass sich belastende Lebenslagen nicht weiter zuspitzen. Dadurch kann der Crackkonsum als vermeintliche Lösungsstrategie vermieden werden.

Demgegenüber haben sich im Kontext des Kokainkonsums in Pulverform konsumbezogene Präventionsmassnahmen als zielführend erwiesen. Selektive Präventionsangebote, die sich gezielt an Personengruppen mit erhöhtem Risiko richten, beispielsweise im Rahmen arbeitsbezogener Präventionsprogramme, zeigten sich als nützlich. Ebenso zeigt sich die indizierte Prävention, die sich an Personen mit bereits problematischem Konsum richtet, als wirksam. Universelle Präventionsansätze scheinen demgegenüber weniger geeignet, da bereits entsprechende Angebote bestehen und die Zielgruppe dadurch nur selten angesprochen wird (Krizic et al., 2026, S. 8).

Zobel weist darauf hin, dass Prävention sowohl auf individueller als auch auf struktureller Ebene ansetzen muss. Einerseits können die Normen und Konsummuster, die in bestimmten

Milieus vorherrschen, beispielsweise in Gastroküchen oder auf Baustellen, gemeinsam mit Arbeitgebenden und -nehmenden verändert werden. Andererseits sollten auch besonders gefährdete Personen gezielt angesprochen werden, etwa sogenannte Sensation Seeker oder Personen mit ADHS. Darüber hinaus betont Zobel die Bedeutung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. Hoher Leistungsdruck, lange Arbeitszeiten und fehlende Erholungsmöglichkeiten können den Konsum begünstigen, weshalb auch Verbesserungen der Arbeitsbedingungen Teil einer wirksamen Präventionsstrategie sein sollten (SRF, 2026b, 14:13-16:15). Wie in Kapitel 3.2.1 dargelegt, kann zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention unterschieden werden (Buchli, 2021, S. 45-46). Übertragen auf die diskutierten Arbeitsbranchen könnte eine Verhältnisprävention darauf abzielen, belastende Arbeitsbedingungen zu thematisieren und zu verändern, wodurch Kokainkonsum möglicherweise an Attraktivität verlieren würde. Wo Veränderungen der Arbeitsbedingungen nur begrenzt möglich sind, könnte Verhaltensprävention eingesetzt werden. Die Thematisierung von Kokainkonsum in Ausbildungsstätten von besonders gefährdeten Branchen bietet einen vielversprechenden Ansatzpunkt. Gemäss dem Lebensverlauf-Ansatz können gerade Übergänge im Leben, wie der Berufseinstieg, die Entwicklung des Konsumverhaltens wesentlich beeinflussen (Tielking, 2024, S. 100-101). Betroffene Branchen wie die Gastronomie oder das Baugewerbe vereinen somit einerseits konsumbegünstigende Risikofaktoren und bieten andererseits für präventive Tätigkeiten strukturelle Zugangsmöglichkeiten über die Ausbildungseinrichtungen.

Multiplikator*innen können als Bindeglied zwischen Präventionsangeboten und den jeweiligen Zielgruppen fungieren, indem sie Informationen zum Kokainkonsum branchenspezifisch aufbereiten und an die jeweiligen Arbeits- und Lebenswelten anpassen (Buchli, 2021, S. 41). Da der Kokainkonsum gesellschaftlich nach wie vor stigmatisiert wird, möchten viele Unternehmen jedoch nicht mit diesem Thema in Verbindung gebracht werden. Damit Prävention die betroffenen Milieus tatsächlich erreicht, ist auch die Entstigmatisierung in der öffentlichen Wahrnehmung wichtig (Rihs, 2021, S. 58; SRF, 2026b, 14:13-16:15).

Zusammenfassend können Präventionsmassnahmen im Zusammenhang mit dem nasalen Konsum von Kokainpulver gezielt auf die Sensibilisierung bestimmter Berufsgruppen und sozialer Milieus ausgerichtet werden. Dabei erscheint eine Kombination aus selektiver und indizierter Prävention, gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen sowie die Entstigmatisierung des Kokainkonsums besonders vielversprechend. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass eine

offenere Kommunikation nicht als Verharmlosung der Risiken verstanden wird, sondern mit einer sachlichen Aufklärung über die gesundheitlichen und sozialen Folgen des Kokainkonsums einhergeht.

6.4 ARBEITSPLATZ ALS RISIKO- UND SCHUTZFAKTOR

Wie im vorherigen Kapitel dargestellt, bieten Arbeitsplätze einerseits einen wichtigen Zugang für Präventionsmassnahmen. Andererseits können Arbeitsbedingungen zur Entstehung oder Aufrechterhaltung eines problematischen Kokainkonsums beitragen. In bestimmten Branchen scheint Kokainkonsum teilweise so weit normalisiert zu sein, dass er als Bestandteil der Arbeitskultur wahrgenommen wird. Hohe Arbeitsanforderungen, Leistungsdruck und belastende Arbeitsbedingungen können zusätzlich dazu beitragen, dass Kokain als vermeintliche Bewältigungsstrategie genutzt wird (SRF, 2026b, 14:13-16:15).

Gleichzeitig deuten internationale Studien darauf hin, dass soziale und berufliche Integration und damit eine stabilere Tagesstruktur wichtige Schutzfaktoren im Umgang mit Suchterkrankungen darstellen (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 131). Dabei scheint jedoch nicht jede Form von Arbeit gleich wirksam zu sein. Lebensweltorientierte Integrationsangebote und sinnstiftende Tätigkeiten fördern Zufriedenheit und können gesundheitliche Beschwerden reduzieren, während künstlich geschaffene Beschäftigungsprogramme weniger wirksam erscheinen (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 132, 137–138). Die Forschung zeigt zudem einen wechselseitigen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Suchterkrankungen. Einerseits kann eine Suchterkrankung langfristig zum Verlust des Arbeitsplatzes führen, andererseits erhöht Arbeitslosigkeit das Risiko für die Entwicklung einer Suchterkrankung. Arbeitslose Menschen weisen somit einen höheren Bedarf an suchtpräventiven Angeboten auf (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 131).

Nach Gregor Hasler spiegelt sich die soziale Dimension psychischer Gesundheit im menschlichen Bedürfnis nach Anerkennung wider. Die Bewältigung einer Suchterkrankung geht deshalb mit der Stärkung sozialer Beziehungen sowie sinnstiftender und lustvoller Tätigkeiten einher (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 132). Da der erste Arbeitsmarkt suchtbetroffenen Menschen häufig nur eingeschränkt offensteht, kommt der Sozialen Arbeit eine wichtige Rolle bei der Schaffung geeigneter Integrationsmöglichkeiten zu (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 131).

Auch die Früherkennung einer Sucht ist bei sozial und beruflich integrierten Personen wichtig, um den Arbeitsplatz als wichtigen Faktor sozialer Integration zu erhalten. Eine frühzeitige und erfolgreiche Stabilisierung kann zudem mögliche Folgekosten reduzieren (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 131, 140-141).

Wenn sich der Arbeitsplatz, als Risiko- und als Schutzfaktor zeigt, stellt sich die Frage, wie Arbeitsbedingungen gestaltet werden müssen, damit sie die Gesundheit fördern und nicht zur Entstehung eines problematischen Konsumverhaltens beitragen. Da bestehende Arbeitsbedingungen rechtlich reguliert werden können, zeigt sich Sucht nicht nur als individuelles, sondern auch als gesellschaftliches Problem.

6.5 ÖFFENTLICHE SENSIBILISIERUNG

Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema Sucht, kann dazu beitragen, Stigmatisierung und Vorurteilen entgegenzuwirken. Die Soziale Arbeit leistet hierzu einen wichtigen Beitrag, indem sie gesellschaftliche Tabus sichtbar macht und hinterfragt (Rihs, 2021, S. 58). Gerade im Zusammenhang mit nasal konsumiertem Kokain erscheint dies bedeutsam, da eine Sucht oft schleichend entsteht. Frühintervention setzt deshalb voraus, dass Betroffene ihren Konsum offen ansprechen und Unterstützung in Anspruch nehmen können, ohne soziale Nachteile befürchten zu müssen. Solange Unternehmen das Thema Kokain vermeiden, ist Prävention am Arbeitsplatz kaum möglich (SRF, 2026b). Massnahmen zur Entstigmatisierung sind daher für die Präventions- und Aufklärungsarbeit in Betrieben wichtig.

Auch für marginalisierte crackkonsumierende Personen sind Bestrebungen zur Entstigmatisierung von grosser Bedeutung. Im Zusammenhang mit dem Anfang 2026 neu geplanten Konsumraum in der Stadt Luzern äusserten Teile der Anwohnerschaft erhebliche Bedenken gegenüber dem Projekt (SRF, 2026a). Dieser Fall verdeutlicht, dass schadensmindernde Massnahmen zwar fachlich empfohlen werden, ihre praktische Umsetzung jedoch häufig auf gesellschaftliche und politische Vorbehalte stösst. Die Herausforderung besteht somit nicht nur darin, wirksame Angebote zu entwickeln, sondern auch die notwendige gesellschaftliche Akzeptanz für deren Umsetzung zu schaffen. Das unterstreicht die Bedeutung von Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit, um Ängste abzubauen und einen differenzierten Umgang mit Suchterkrankungen zu fördern.

Der Tag der offenen Tür in Zürcher K&A wurde von den Anwohnenden rege besucht (BAG, 2024b, S. 6). Solche Begegnungsmöglichkeiten können dazu beitragen, Vorbehalte abzubauen und das Verständnis für Menschen mit Suchterkrankungen sowie für die Funktion entsprechender Einrichtungen zu fördern. Angebote, wie der Treffpunkt «Azzurro» in Bern, fördern die Durchmischung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Dadurch wirken solche Angebote der Segregation und Stigmatisierung entgegen (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 127). Kaspar und Leimgruber weisen zudem darauf hin, dass Suchterkrankungen in einigen politischen Kreisen nach wie vor als selbstverschuldet betrachtet werden. Dadurch besteht die Gefahr, dass notwendige Angebote der Suchthilfe aus Spargründen reduziert werden. Umso wichtiger erscheint es, dass Institutionen der Suchthilfe den Dialog mit politischen Entscheidungsträgern suchen (Kaspar & Leimgruber, S. 139–140) und das Dogma der Selbstverschuldung auflösen. Sucht ist medizinisch als Krankheit anerkannt und nicht per se selbstverschuldet (Sucht Schweiz, 2026).

Ein weiterer Ansatz, um Stigmatisierung auf struktureller Ebene entgegenzuwirken, besteht in der Sensibilisierung von Medienschaffenden für einen differenzierten Sprachgebrauch in der Berichterstattung. Es ist wichtig, dass über Konsum und Suchterkrankungen öffentlich gesprochen wird, da dies zur Enttabuisierung des Themas beitragen kann. Entscheidend ist jedoch, dass die Berichterstattung sachlich und sensibel erfolgt und nicht Vorurteile oder stigmatisierenden Zuschreibungen reproduziert. Auf diese Weise können Medien dazu beitragen, sowohl die öffentliche Sensibilisierung zu fördern als auch bestehende Stereotype abzubauen (BAG, 2024a, S. 7)

6.6 KOORDINATION ALS GESAMTGESELLSCHAFTLICHE AUFGABE

Für eine ganzheitliche Begleitung suchtbetroffener Menschen ist die Soziale Arbeit von zentraler Bedeutung. Während medizinische und psychotherapeutische Interventionen vor allem biologische und psychische Aspekte der Suchterkrankung adressieren, verfügt die Soziale Arbeit über spezifisches Wissen zu sozialen Hilfesystemen und gesellschaftlichen Ressourcen. Sie unterstützt Betroffene bei sozialen, finanziellen und rechtlichen Fragestellungen und übernimmt eine wichtige Koordinationsfunktion zwischen den verschiedenen Institutionen und Fachbereichen. Durch ihre lebensweltorientierte und teilweise aufsuchende Arbeitsweise

begleitet sie Betroffene direkt in ihrem Alltag und erleichtert den Zugang zu notwendigen Unterstützungsangeboten (Berthel, 2021, S. 14–15).

Obwohl die Förderung der Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen suchtpolitischen Akteuren ein zentrales Handlungsfeld der Nationalen Strategie Sucht darstellt (BAG, 2015, S. 60–61), bleibt die Rolle der Sozialen Arbeit darin weitgehend implizit. Erst im Massnahmenplan 2025-2028 wird die Soziale Arbeit im Zusammenhang mit der Schadensminderung einmal erwähnt. Auch verschiedene Beiträge aus der Suchthilfe weisen darauf hin, dass sozialarbeiterische Leistungen häufig nicht systematisch in die Behandlungsplanung integriert werden. Eine stärkere Anerkennung der Sozialen Arbeit erscheint daher insbesondere im Hinblick auf interprofessionelle Zusammenarbeit sowie Fragen der Finanzierung sinnvoll (König-Hauri, 2021, S. 92–94).

Die Legitimation der SA, insbesondere der aSA wurde wiederholt hinterfragt, da befürchtet wurde, sie könne offene Drogenszenen fördern. Die Erfahrungen der offenen Drogenszenen in den 1990er-Jahren zeigen jedoch, dass aSA weder Ursache noch alleinige Lösung solcher Entwicklungen ist. Ihre Wirksamkeit entfaltet sie insbesondere als Bestandteil des Vier-Säulen-Modells und in Verbindung mit weiteren Angeboten der Suchthilfe (Arbogast, 2021, S. 177–178; Rebsamen, 2023, S. 197). Insgesamt zeigen die Erkenntnisse, dass die Prävention offener Drogenszenen ein koordiniertes Vorgehen verschiedener Fachstellen, der Polizei sowie der Politik erfordert. Dabei gilt es, Lösungen zu entwickeln, die sowohl den Bedürfnissen der konsumierenden Personen als auch den Interessen der Allgemeinbevölkerung gerecht werden. Wird der öffentliche Konsum und Handel konsequent unterbunden und gleichzeitig der Konsum sowie der Kleinhandel innerhalb von K&A toleriert, kann die Entstehung öffentlicher Drogenszenen reduziert werden (Meyer, 2025, S. 143).

Koordination beschränkt sich jedoch nicht auf die Zusammenarbeit innerhalb des Suchthilfe-systems, sondern umfasst auch die Einbindung weiterer gesellschaftlicher Akteure. So können beispielsweise öffentliche Reinigungsdienste zur Verbesserung der Situation im öffentlichen Raum beitragen, indem sie belastete Orte reinigen oder zurückgelassene Konsumutensilien wie Crackpfeifen dokumentieren. Ebenso wichtig ist der Dialog mit Anwohnenden, um Verständnis für die Situation suchtbetroffener Menschen zu fördern und gleichzeitig das Sicherheitsgefühl der Bevölkerung zu stärken (BAG, 2024a, S. 5).

Wie bereits erwähnt sind Menschen mit Suchterkrankungen meist auf besondere Integrationsprogramme angewiesen, da ihnen der Zugang zum ersten Arbeitsmarkt oft erschwert wird (Kaspar & Leimgruber, S. 140). Die Nationale Strategie Sucht zeigt, dass Bund, Kantone und Gemeinden erhebliche Ressourcen in die Prävention, Behandlung, Schadensminderung und soziale Integration investieren. Damit übernimmt die öffentliche Hand einen wesentlichen Teil der Verantwortung für die Förderung der Gesundheit und gesellschaftlichen Teilhabe suchtbetroffener Menschen. Demgegenüber stellt sich die Frage, inwiefern auch private Unternehmen einen stärkeren Beitrag zur beruflichen Integration leisten könnten. Vor diesem Hintergrund schlagen Kaspar und Leimgruber vor, Unternehmen ab einer bestimmten Grösse zur Bereitstellung von Integrationsarbeitsplätzen zu verpflichten (Kaspar & Leimgruber, S. 141). Eine solche Regelung könnte die Verantwortung für soziale Integration auf mehrere gesellschaftliche Akteure verteilen und den Zugang zum Arbeitsmarkt für benachteiligte Personengruppen verbessern.

Koordination erscheint somit nicht allein als Aufgabe der Suchthilfe, sondern als gesamtgesellschaftliche Verantwortung, zu der neben Politik, Gesundheitswesen und Sozialer Arbeit auch die Polizei, die Zivilgesellschaft und die Privatwirtschaft einen Beitrag leisten können.

6.7 FINANZIERUNGSFRAGE

Viele Entzugs- und Therapieeinrichtungen wurden in einer Zeit aufgebaut, in der die Heroinsucht im Fokus stand. Während der Heroinkonsum heute stagniert oder rückläufig ist, nehmen andere Konsumformen wie der Kokainkonsum zu. Es zeigt sich, dass im Gegensatz zur Zeit der Heroinkrise viele suchtbetroffene Personen heute sozial und beruflich integriert sind und daher nicht dem damaligen klassischen Bild «einer suchtkranken Person» entsprechen (Bingler & Engler, 2021, S. 124). Gerade kokainabhängige Menschen, die noch sozial integriert sind, fallen deswegen häufig zwischen bestehende Finanzierungsmodelle und erhalten nicht immer frühzeitig die notwendige Unterstützung (Kaspar & Leimgruber, 2021, S. 131, 140–141). Die Finanzierung der Suchttherapie erfolgt nach wie vor nach dem Subsidiaritätsprinzip. Klient*innen mit einem eigenen Einkommen gelten gemäss Sozialhilfegesetz nicht als bedürftig, weshalb die Kosten einer Therapie nicht durch Kanton oder Gemeinde übernommen werden, sondern grundsätzlich selbst getragen werden müssen. Bei längeren stationären Behandlungen ist dies jedoch für viele Betroffene kaum realistisch. In solchen Fällen bleiben häufig nur noch

ambulante Angebote, die über die Krankenkasse finanziert werden können. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Suchterkrankung medizinisch diagnostiziert und entsprechend als behandlungsbedürftig anerkannt wird (Bingler & Engler, 2021, S. 124). Dabei greift eine rein medizinische Perspektive möglicherweise zu kurz. Wenn problematischer Konsum durch Faktoren wie hoher Leistungsdruck, belastende Arbeitsbedingungen oder eine Normalisierung des Konsums in bestimmten sozialen oder beruflichen Milieus begünstigt wird, erscheint neben therapeutischen Massnahmen auch sozialarbeiterische Unterstützung notwendig (Liel, 2020, S. 75).

Beratungsangebote richten sich zudem nicht nur an Menschen mit einer Suchterkrankung, sondern auch an deren Angehörige. Da Suchterkrankungen das gesamte soziale Umfeld betreffen und dieses wiederum Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung nehmen kann, stellen Angehörigenberatungen einen wichtigen Bestandteil der Suchthilfe dar. Solche Angebote werden jedoch nicht von den Krankenkassen finanziert und werden deshalb vergleichsweise selten in Anspruch genommen (Rihs, 2021, S. 64–65).

Wenn Betroffene erstmals Unterstützung im Suchthilfesystem suchen, steht in der Kontakt- und Motivationsphase der Zugang zu niederschwelligen Beratungsstellen im Vordergrund. Damit werden sie darin unterstützt, Veränderungsprozesse anzustossen und sich auf mögliche Behandlungen oder Therapien einzulassen (Tielking, 2024, S. 79–80). Solche Beratungsangebote sind auf eine öffentliche Finanzierung angewiesen, da sie nicht individualisiert abgerechnet werden können. Zudem setzt Suchtberatung häufig vor einer medizinischen Diagnosestellung an und richtet sich an Personen, die sich erst mit ihrem Konsumverhalten auseinandersetzen.

In den meisten Suchtbehandlungseinrichtungen ist die Soziale Arbeit als Sozialdienst bereits als fester Bestandteil des interdisziplinären Behandlungsteams etabliert. In der Praxis zeigt sich dennoch, dass sozialarbeiterische Leistungen häufig unzureichend in bestehende Finanzierungs- und Abrechnungssysteme integriert sind. Dies kann dazu führen, dass ihre Bedeutung für den Behandlungserfolg unterschätzt wird und entsprechende Angebote nur begrenzt ausgebaut werden (Kaufmann, 2021, S. 77–82). Die Soziale Arbeit unterstützt Betroffene dabei, tragfähige Lebensgrundlagen aufzubauen und Ressourcen zu erschliessen, die sich positiv auf den langfristigen Umgang mit der Suchterkrankung auswirken können (Kaufmann, 2021, S. 83).

Insbesondere die soziale und berufliche Wiedereingliederung spielt für die Stabilisierung nach dem Austritt aus einer Suchtbehandlung eine wichtige Rolle (König-Hauri, 2021, S. 92). Trotzdem sind Anschlussangebote nur begrenzt vorhanden und deren Finanzierung ist häufig unzureichend gesichert. Eine kontinuierliche Begleitung kann dazu beitragen, Krisensituationen frühzeitig aufzufangen und Rückfällen vorzubeugen. Wie bereits erwähnt, fallen die Folgekosten von Rückfällen oftmals höher aus als die Kosten präventiver Unterstützungsmassnahmen (König-Hauri, 2021, S. 95–96).

Auch die aSA ist auf eine langfristig gesicherte Finanzierung angewiesen. Durch ihre Nähe zum Lebensraum der Zielgruppe kann sie neue Trends und Herausforderungen frühzeitig erkennen und darauf reagieren. Gleichzeitig besteht die Schwierigkeit, dass mit dem Rückgang offener Drogenszenen häufig auch die öffentliche Wahrnehmung des Problems abnimmt. Dadurch kann die politische Legitimation für die Finanzierung aufsuchender Angebote schwinden, obwohl deren präventive Wirkung weiterhin von Bedeutung ist (Arbogast, 2021, S. 189–190).

Die dargestellten Beispiele verdeutlichen, dass sozialarbeiterische und präventive Angebote vielfach auf eine öffentliche Finanzierung angewiesen sind, da sie sich aus unterschiedlichen Gründen nicht individualisiert abrechnen lassen. Voraussetzung für eine langfristige Finanzierung ist der wissenschaftliche Nachweis ihrer Wirksamkeit.

6.8 FORSCHUNGS- UND EVALUATIONSBEDARF

Im Bereich des Kokain- und Crackkonsums besteht weiterhin erheblicher Forschungsbedarf. Dies betrifft sowohl neue pharmakologische Behandlungsansätze als auch schadensmindernde Massnahmen. Diskutiert wird beispielsweise die kontrollierte Abgabe von Kokain an schwerstabhängige und besonders belastete Konsumentengruppen. Die Wirksamkeit, Umsetzbarkeit und gesellschaftliche Akzeptanz solcher Modelle sind bislang jedoch nur unzureichend untersucht (BAG, 2025, S. 3-4). Auch sozialarbeiterische Interventionen sollten vermehrt auf ihre Wirksamkeit überprüft werden (Sucht Schweiz, 2026, S. 4). Neben der Evaluation neuer Behandlungs- und Interventionsansätze bestehen auch erhebliche Lücken bei der Datenerhebung. Daten aus Drogenkonsumräumen werden bislang kaum systematisch erfasst und ausgewertet (Meyer, 2025, S. 144). Qualitative und quantitative Erhebungen könnten jedoch wichtige Hinweise auf Veränderungen des Konsumverhaltens sowie die Entwicklung offener Drogenszenen liefern und damit eine frühzeitige Anpassung von Präventions- und

Hilfsangeboten ermöglichen. Meyer schlägt deshalb ein europaweit einheitliches Erfassungssystem für Konsumräume vor, das unter Wahrung des Datenschutzes die neusten Entwicklungen in Echtzeit sichtbar machen könnte (2025, S. 145). Voraussetzung für entsprechende Forschung, Evaluation und Pilotprojekte sind ausreichende finanzielle Ressourcen.

Im Rahmen des Entlastungspakets 2027 wurden die finanziellen Mittel der Eidgenössischen Qualitätskommission (EQK) deutlich gekürzt. Dadurch können derzeit in der Schweiz keine neuen Finanzhilfen für Projekte zur Qualitätsentwicklung vergeben werden (BAG, o. J.). Dies steht im Gegensatz zu den Einschätzungen des BAG, das bereits zuvor auf zu weitgehende Kürzungen im Bereich Wissen und Evaluation innerhalb der Suchthilfe hingewiesen hatte (BAG, 2024b, S. 8). Insgesamt entsteht der Eindruck, dass das Handlungsfeld «Wissen» der Nationalen Strategie Sucht gegenwärtig zu wenig berücksichtigt wird. Gerade angesichts neuer Entwicklungen des Kokainkonsums erscheinen Investitionen in Forschung, Evaluation und Monitoring eine wichtige Voraussetzung für eine evidenzbasierte Weiterentwicklung des Suchthilfesystems.

Um sozialarbeiterische und präventive Angebote langfristig finanzieren zu können, muss ihre Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesen werden. Für diesen Wirksamkeitsnachweis sind jedoch Forschung, Evaluation und Datenerhebung erforderlich, die ihrerseits finanzielle Ressourcen voraussetzen. Werden gerade in diesem Bereich Mittel gekürzt, wird es schwieriger, die Evidenz für die Wirksamkeit solcher Angebote zu erbringen und ihre Finanzierung politisch zu legitimieren.

6.9 PRÄVENTION ALS GESELLSCHAFTLICHE INVESTITION

Die vorangehenden Diskussionen zeigten, dass Prävention nicht auf individuelle Verhaltensänderungen beschränkt werden kann. Gesundheit entsteht nicht allein durch individuelles Verhalten, sondern wird wesentlich durch soziale und strukturelle Lebensbedingungen beeinflusst (WHO, 1986). Neben spezifischen Präventionsmassnahmen braucht es somit auch strukturelle Ansätze, welche die Gesundheits- und Risikokompetenzen der Bevölkerung stärken und gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen schaffen (BAG, 2024a, S. 5).

Soziale und berufliche Integration erfordert ökonomische Ressourcen, gleichzeitig trägt es auch wesentlich zur Rückfallprävention bei. So ist die Anstellung von Menschen mit

Suchterkrankungen häufig mit einem erhöhten Aufwand verbunden. Es muss mit krankheitsbedingten Ausfällen, Leistungsschwankungen sowie einem erhöhten Begleitungsbedarf gerechnet werden. Zudem sind oftmals individuell angepasste Arbeitsplätze erforderlich (Kaspar & Leimgruber, S. 140). Für viele Unternehmen stellt dies einen wirtschaftlichen Nachteil dar. Gerade deshalb sind suchtbetroffene Menschen häufig auf Angebote des zweiten Arbeitsmarkts oder auf Integrationsprogramme angewiesen. Aktuell besteht nach einer erfolgreichen Suchtbehandlung eine der grössten Herausforderungen darin, eine geeignete und stabilisierende Anschlusslösung zu finden. Fehlt diese, erhöht sich das Risiko eines Rückfalls und damit auch die Wahrscheinlichkeit erneuter gesundheitlicher und sozialer Folgen (Kaspar & Leimgruber, S. 140).

Das Spannungsfeld besteht also darin, dass kurzfristige wirtschaftliche Überlegungen häufig dem langfristigen sozialen und gesundheitlichen Nutzen sozialarbeiterischer Angebote gegenüberstehen. Letzteres zeigt sich oft erst mit der Zeit und lässt sich nicht ausschliesslich in finanziellen Kennzahlen erfassen. Aus dieser Perspektive wird deutlich, dass die Politik die finanziellen und strukturellen Voraussetzungen schaffen muss, damit soziale Integration als zentraler Bestandteil der Suchthilfe nachhaltig umgesetzt werden kann.

Obwohl der Nutzen früher Prävention allgemein anerkannt ist, erhält sie in der Politik häufig weniger Aufmerksamkeit als die Schadensminderung. Politisch gewinnt Prävention häufig erst dann an Aufmerksamkeit, wenn Suchterkrankungen oder deren Folgen, wie die offene Crack-Szenen, im öffentlichen Raum sichtbar werden. Ein Grund dafür könnte darin liegen, dass erfolgreiche Prävention kaum sichtbar ist: Verhinderte Suchterkrankungen oder vermiedene soziale Problemlagen lassen sich deutlich schwieriger nachweisen als bereits eingetretene Schäden (Buchli, 2021, S. 51). Umso wichtiger erscheinen Forschung und Evaluation, welche die Wirksamkeit präventiver Massnahmen belegen und damit ihre politische Legitimation stärken (Sucht Schweiz, 2026, S. 3-4).

Auch aus ökonomischer Sicht spricht vieles für eine stärkere Investition in Prävention. Das Schweizer Suchtpanorama 2026 schätzt die volkswirtschaftlichen Kosten von Suchterkrankungen in der Schweiz auf rund acht Milliarden Franken pro Jahr, wovon rund 3,8 Milliarden Franken auf das Gesundheitswesen entfallen. Ein erheblicher Teil dieser Kosten wird über die obligatorische Krankenversicherung finanziert (Sucht Schweiz, 2026, S. 3). Frühere Berechnungen

zeigen zudem, dass Investitionen in Prävention langfristig erhebliche Folgekosten vermeiden können. Kürzungen im Bereich der Prävention führen deshalb zwar kurzfristig zu Einsparungen, können langfristig jedoch höhere Gesundheits- und Sozialkosten verursachen. Neben der wirtschaftlichen Perspektive trägt Prävention auch dazu bei, menschliches Leid zu verhindern, indem gesundheitliche und soziale Problemlagen möglichst früh vermieden werden. Dennoch zeigte sich, dass besonders strukturelle Präventionsmassnahmen politisch eine untergeordnete Rolle spielen (Sucht Schweiz, 2026, S. 3–4).

Rihs weist darauf hin, dass die Tätigkeit der Sozialen Arbeit künftig vermehrt durch Verteilungskämpfe um öffentliche Ressourcen geprägt sein wird. Dabei stehen sich Positionen gegenüber, welche die soziale Verantwortung und Solidarität des Staates betonen, und solche, die Eigenverantwortung sowie eine Begrenzung staatlicher Aufgaben in den Vordergrund stellen (Rihs, 2021, S. 72).

Die Frage, wer die Kosten präventiver und sozialarbeiterischer Leistungen trägt, dürfte also die Soziale Arbeit zunehmend beschäftigen. Sie wird verstärkt gefordert sein, den Nutzen präventiver Massnahmen sichtbar zu machen und sich für deren langfristige Finanzierung einzusetzen. Investitionen in Prävention sind nicht nur aus gesundheitlicher und sozialarbeiterischer Sicht gerechtfertigt, sondern können langfristig auch die gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Folgen von Suchterkrankungen reduzieren. Anstatt erst auf bereits entstandene Problemlagen zu reagieren, sollte die Soziale Arbeit präventive Ansätze frühzeitig fördern und deren Bedeutung in Politik und Gesellschaft stärker vertreten. Damit wird deutlich, dass sich die Rolle der Sozialen Arbeit nicht nur auf die direkte Unterstützung Betroffener beschränkt, sondern auch die Mitgestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen umfasst.

7 FAZIT

Die vorliegende Bachelorarbeit untersuchte die Auswirkungen des zunehmenden Kokainkonsums auf das Schweizer Suchthilfesystem. Im Zentrum stand die Frage, welche Anforderungen sich daraus für die Soziale Arbeit sowie für die Weiterentwicklung des Suchthilfesystems ergeben. Entsprechend der bio-psycho-sozialen Erklärung stellt Sucht nicht nur eine gesundheitliche, sondern auch eine soziale Problemlage dar. Daraus ergibt sich, dass wirksame Antworten nicht allein auf individueller Ebene ansetzen können, sondern gesellschaftliche Rahmenbedingungen miteinbeziehen müssen.

Die Entwicklung der Schweizer Drogenpolitik verdeutlicht, dass weder eine ausschliesslich repressive noch eine ausschliesslich schadensmindernde Herangehensweise den Herausforderungen offener Drogenszenen gerecht wird. Als tragfähig erwies sich das Zusammenspiel der vier Säulen Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repression. Mit der Nationalen Strategie Sucht wurde dieses Modell weiterentwickelt und durch vier weitere steuerungsorientierte Handlungsfelder ergänzt. Als erste zentrale Erkenntnis zeigte sich dementsprechend die Stärke des Schweizer Suchthilfesystems weniger in einzelnen Massnahmen als vielmehr in der koordinierten, interdisziplinären und flexiblen Umsetzung der unterschiedlichen Handlungsfeldern.

Weiter zeigte sich, dass die Soziale Arbeit in sämtlichen Säulen des Schweizer Suchthilfesystems eine tragende Rolle übernimmt. Sie wirkt in der Prävention, Beratung, Therapie, Nachsorge, Schadensminderung und der sozialen und beruflichen Integration mit. Ihr Handeln orientiert sich dabei an einer akzeptierenden, lebensweltbezogenen und ressourcenorientierten Haltung. Im Mittelpunkt steht die Sicherung der Existenz, die Förderung von Selbstbestimmung und die soziale Teilhabe der Betroffenen. Damit tragen Fachpersonen der Sozialen Arbeit dazu bei, dass Suchterkrankung auch als soziales Problem bearbeitet wird.

Die Analyse verschiedener Datenquellen weist auf einen zunehmenden Kokainkonsum in der Schweiz hin. Dabei zeigen sich zwei unterschiedliche Entwicklungen. Einerseits nimmt der Konsum von Crack zu. In einigen Schweizer Städten trägt dies zur Entstehung offener Drogenszenen bei. Betroffen sind insbesondere Personen, die bereits marginalisiert sind und mit komplexen sozialen Problemlagen leben. Andererseits scheint auch der Konsum von Kokainpulver

unter sozial und beruflich integrierten Personen zuzunehmen. Kokain wird dabei vermehrt im Arbeitskontext und im Nachtleben konsumiert.

Die aktuellen Entwicklungen des Kokainkonsums erfordern keine grundlegende Neuausrichtung des Schweizer Suchthilfesystems, sondern eine Weiterentwicklung und differenzierte Anwendung bestehender Ansätze. Im Zusammenhang mit dem Crackkonsum betrifft dies hauptsächlich den Ausbau und die Anpassung schadensmindernder Angebote. Aus der Diskussion lassen sich folgende konkrete Anpassungen für das sozialarbeiterische Handeln zusammenfassen:

1. Konsumpausen ermöglichen, um den Fokus kurzfristig weg vom Konsum und auf die Befriedigung grundlegender Bedürfnisse zu lenken.
2. Konsumräume an die Anforderungen des Crackkonsums anpassen, beispielsweise durch den Ausbau von Abzügen und Ruheräumen.
3. Einen niederschweligen Zugang zur Deckung grundlegender Bedürfnisse durch K&A sowie aSA gewährleisten.
4. Den Ausbau von Housing-First-Angeboten und weiteren Wohnangeboten sozialpolitisch fördern.
5. Die Entstehung offener Drogenszenen durch die koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Fachstellen und Massnahmen verhindern.
6. Die begrenzten Behandlungsmöglichkeiten durch eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit im Suchthilfesystem auffangen und gleichzeitig die Forschung zu wirksamen Behandlungsansätzen vorantreiben.

Für sozial und beruflich integrierte Personen, die Kokainpulver nasal konsumieren, ergeben sich hingegen andere Anforderungen. Im Vordergrund stehen zielgruppenspezifische Präventionsangebote, beispielsweise am Arbeitsplatz oder im Nachtleben. Neben verhaltensbezogenen Massnahmen sind auch eine Verbesserung der Arbeits- und Lebensverhältnisse anzustreben.

In Anbetracht des zunehmenden Kokainkonsums zeigen sich zudem strukturelle Anforderungen an die Weiterentwicklung des Schweizer Suchthilfesystems. Die Analyse zeigt, dass die koordinierende Rolle der Sozialen Arbeit innerhalb des Suchthilfesystems häufig implizit bleibt, obwohl sie für eine wirksame Versorgung zentral ist. Daraus lässt sich schliessen, dass sozialarbeiterische Leistungen sichtbarer gemacht werden müssen, um eine langfristige Finanzierung zu sichern. Gleichzeitig wurde deutlich, dass der Umgang mit Suchterkrankungen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Sensibilisierung und Entstigmatisierung können dazu beitragen, die Akzeptanz von Suchthilfeangeboten zu stärken, die soziale Integration betroffener Menschen zu fördern und Risikoverhalten frühzeitig zu thematisieren.

Die langfristige Finanzierung des Suchthilfesystems setzt wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweise voraus. Die dafür nötige Forschung, Evaluation und Datenerhebung, erfordert jedoch finanzielle Mittel. Werden Mittel in diesen Bereichen gekürzt, entsteht ein Teufelskreis: Fehlende Ressourcen erschweren einen Wirksamkeitsnachweis und fehlende Evidenz erschwert wiederum die Legitimation ausreichender Finanzierung. Es zeigte sich auch, dass die Sichtbarkeit von Sucht erheblichen Einfluss auf politische Entscheidungen hat. Die offenen Cracksszenen führten innert kurzer Zeit zu einer intensiven politischen und fachlichen Auseinandersetzung im Rahmen der vom BAG organisierten nationalen runden Tische. Wirksame Prävention bleibt hingegen häufig unsichtbar und verliert dadurch schneller ihre politische Legitimation.

Im Verlauf der Arbeit zeigte sich ausserdem, dass zwischen dem zunehmenden Kokainkonsum und gesellschaftlichen sowie wirtschaftlichen Rahmenbedingungen Zusammenhänge bestehen. Einerseits wurde deutlich, dass soziale Ausgrenzung, Armut und prekäre Lebenslagen die Entstehung und Aufrechterhaltung problematischer Konsummuster begünstigen können. Insbesondere der Crackkonsum kann in diesem Zusammenhang als Bewältigungsstrategie verstanden werden. Andererseits weisen die Ergebnisse darauf hin, dass auch leistungsorientierte gesellschaftliche Erwartungen eine Rolle spielen können. Eine Gesellschaft, die stetiges Wachstum, Produktivität, Leistungsfähigkeit und permanente Verfügbarkeit fordert, kann Rahmenbedingungen schaffen, in denen eine stimulierende und vermeintlich leistungssteigernde Substanz wie Kokain an Attraktivität gewinnt.

Während wirtschaftliche Überlegungen Effizienz, Kosten und Gewinne berücksichtigen, orientiert sich die Soziale Arbeit am Berufskodex und setzt sich für die Würde, Selbstbestimmung

und sozialer Teilhabe aller Menschen ein. Dieses Spannungsfeld zeigt sich auch im Suchthilfesystem, insbesondere wenn sozialarbeiterische und präventive Angebote ihren Nutzen nachweisen müssen und gleichzeitig nur begrenzt finanziellen Ressourcen dazu zur Verfügung stehen.

Abschliessend lässt sich die Forschungsfrage wie folgt beantworten: Auf Praxisebene ergeben sich für die Soziale Arbeit konkrete Handlungsanforderungen, wie die Weiterentwicklung schadensmindernder Angebote im Zusammenhang mit dem Crackkonsum sowie durch den Ausbau zielgruppenspezifischer Präventionsansätze für Personen mit problematischem Kokainkonsum. Auf der Makroebene hat sich das Schweizer Suchthilfesystem insgesamt als tragfähig erwiesen und sollte angesichts der aktuellen Entwicklungen gesichert werden. In Anbetracht des zunehmenden Kokainkonsums sind jedoch die aktuellen Kürzungen im Bereich Qualitätserhebung kritisch zu betrachten. Derartige Kürzungen können zwar kurzfristig finanzielle Einsparungen ermöglichen, langfristig jedoch mit höheren gesundheitlichen und sozialen Folgekosten verbunden sein. Die Leistungsfähigkeit eines Suchthilfesystems zeigt sich auch nicht nur in der Bewältigung sichtbarer Krisen, sondern darin, Entwicklungen frühzeitig zu erkennen, flexibel darauf zu reagieren und gesundheitliche sowie soziale Folgen zu verhindern. Darüber hinaus ist die Bedeutung des Suchthilfesystems nicht ausschliesslich anhand wirtschaftlicher Kriterien zu beurteilen, schliesslich kann es zur Verbesserung der Lebensqualität betroffener Personen und deren Umfeld beitragen. Für die Soziale Arbeit ergibt sich daraus der Auftrag, sich verstärkt sozialpolitisch für eine langfristige Finanzierung des Suchthilfesystems einzusetzen. Gerade weil erfolgreiche Soziale Arbeit und wirksame Prävention häufig unsichtbar bleiben, besteht die Herausforderung darin, ihren gesellschaftlichen Nutzen sichtbar zu machen und ihre Bedeutung im politischen Diskurs zu vertreten.

8 QUELLENVERZEICHNIS

- Arbogast, M. (2021). Aufsuchende Soziale Arbeit als sozialräumliche und lebensweltorientierte Schadensminderung. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 175–192). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- AvenirSocial. (2026). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis*. https://avenirsocial.ch/app/uploads/2025/12/berufskodex_de_2026-01.pdf
- Berthel, T. (2021). Soziale Arbeit in der Suchtprävention und Suchthilfe der deutschsprachigen Schweiz. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 11–15). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Bingler, F. & Engler, H. P. (2021). Soziale Arbeit in einem stationären therapeutischen Reintegrationsprogramm. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 113–127). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Buchli, M. (2021). Soziale Arbeit in der Suchtprävention – eine Suche. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 39–54). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Bundesamt für Gesundheit. (o. J.). *EQK: Finanzhilfen*. Abgerufen am 4. Juli 2026, von <https://www.bag.admin.ch/de/eqk-finanzhilfen>
- Bundesamt für Gesundheit. (2006). *Die Drogenpolitik der Schweiz: Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006–2011*. <https://www.stadt-zuerich.ch/content/dam/web/de/politik-verwaltung/politik-recht/strategie-und-politikfelder/drogenpolitik/mapadro-4-bag.pdf>
- Bundesamt für Gesundheit. (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017–2024*. Eidgenössisches Departement des Innern EDI. <https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/am-LEy1X1k-NU/stategie-sucht.pdf>
- Bundesamt für Gesundheit. (2024a, 6. Februar). *Schweizer Städte und Kantone berichten über Erfahrungen mit Crack, Freebase und Kokain: Bericht zum Runden Tisch des Bundesamtes für Gesundheit BAG*. Eidgenössisches Departement des Innern. <https://www.bag.admin.ch/de/drehscheibe-sucht>
- Bundesamt für Gesundheit. (2024b, 11. November). *Kantone, Städte und Fachverbände debattieren über die Situation des inhalativen Konsums von Kokain (Crack und Freebase) in der Schweiz: Bericht zum zweiten runden Tisch des Bundesamtes für Gesundheit BAG*. Eidgenössisches Departement des Innern. <https://www.bag.admin.ch/de/drehscheibe-sucht>

- Bundesamt für Gesundheit. (2024c). *Massnahmenplan 2025–2028 zur Nationalen Strategie Sucht*. <https://www.bag.admin.ch/de/massnahmenplan-zur-nationalen-strategie-sucht>
- Bundesamt für Gesundheit. (2025, 20. Mai). *Kantone, Städte und Fachverbände diskutieren über neue Entwicklungen beim Kokainkonsum und synthetischen Opioiden: Bericht zum dritten Runden Tisch des Bundesamtes für Gesundheit BAG*. https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/GIQOSU3uMesB/250520_Tagungsbericht_dritter_Runder_Tisch_def_de.pdf
- Cafilisch, C. (2023). Pharmakologische Behandlungsansätze bei Crack-/Kokainabhängigkeit. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 12(3), 30–32.
- Egli Anthonioz, N., & Zobel, F. (2023). *La problématique du crack à Genève: Situation et réponses* (Rapport de recherche No 153). Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/rech153>
- Gemeinderat der Stadt Bern. (2025). *Motion Fraktion GB/JA! (Seraina Patzen, JA!/Lea Bill, GB): Housing First auch in Bern. Begründungsbericht*. Stadt Bern. <https://stadtrat.bern.ch/de/dokumente/98955a42f0a8401793782b7ccc4e1b06-332>
- Gremminger, S. (2021). Sucht ist (auch) ein soziales Problem. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 17–20). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Haasen, C., Prinzeve, M., Zurhold, H., Schmolke, R., & Ilse, J. (2002). Körperliche und psychische Folgen des Kokain - und Crackkonsums. *Suchttherapie*, 3, 2–7.
- Infodrog. (2024). *Bedarfsanalyse für Angebote der Schadensminderung in Brugg: Schlussbericht*. Im Auftrag der Stadt Brugg. https://www.brugg.ch/public/upload/assets/8930/2024_infodrog_Schlussbericht_Bedarfsanalyse%20Brugg.pdf
- Kaufmann, M. (2021). Stationärer Entzug, der Start in ein suchtfreies Leben? In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 75–86). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Kaspar, A. & Leimgruber, S. (2021). Raus aus der Isolation durch soziale Integration. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 127–142). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- König-Hauri, R. (2021). Soziale Arbeit: Eine wichtige Profession in der sucht-medizinischen Tagesklinik. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 87–96). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Krebs, M., Mäder, R., & Mezzera, T. (2021). Einleitung. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 21–38). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>

- Krizic I., Balsiger N. & Vorlet J. (2025). *Suchthilfeklientel mit Crack-Problematik: Soziale Situation, Konsummuster und Behandlungserfahrung*. BRENNPUNKT | ÉCLAIRAGE 2025. Sucht Schweiz. <https://doi.org/10.58758/eclairage.2025de>
- Krizic, I., Sculco, C., & Zobel, F. (2026). *Kokainkonsum in der Schweiz. Trends, Merkmale, Settings und Präventionsperspektiven* (Forschungsbericht Nr. 190). Lausanne: Sucht Schweiz. <https://doi.org/10.58758/rech190>
- Liel, K. (2020). Theorie und Praxis des bio-psycho-sozialen Modells: Rolle und Beitrag des Sozialen Arbeit. In C. Rummel & R. Gassmann (Hrsg.), *Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen - Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (S. 69–77). Kohlhammer.
- Meyer, F. (2025). Crack-Konsum als Herausforderung für die Drogenhilfe: Pragmatismus als Schlüssel für wirksame Massnahmen. Wie Zürich offene Drogenszenen verhindert. *Suchttherapie*, 26(3), 142–151. <https://doi.org/10.1055/a-2557-6056>
- Rebsamen, S. (2023). Der Platzspitz - Zürichs offene Drogenszene in den 1980er Jahren. In Ege, G., Schloenhardt, A., Schwarzenegger, C., & Stempkowski, M. (Hrsg.), *Legalisation and decriminalisation of narcotic drugs and psychotropic substances*. (S. 191–219). Carl Grossmann Publishers. <https://doi.org/10.24921/2023.94115960>
- Rihs, R. (2021). Eine Selbstverständlichkeit: Soziale Arbeit in der ambulanten Suchtberatung und Therapie. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 55–74). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Savary, J.-F., Tharin, A., Bach, R., Fazan, C., Durgant, H. & Periard, C. (2021). Über die Krankheit hinaus: die Rückkehr der Sozialen Arbeit. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 261–278). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6>
- Schicker, F., & Inauen, N. (2021). Von umstrittenen Pionierprojekten zum Erfolgsmodell. In M. Krebs, R. Mäder & T. Mezzera (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Sucht: Eine Bestandesaufnahme aus der Praxis* (S. 193–208). Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31994-6-12>
- Schmidt–Semisch, H. (2024). *Drogen und Sucht: Eine Einführung*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-44126-5>
- Schweizer Parlament. (2023). *Motion 23.4229: Drogenprävention an der Volksschule und an weiterführenden Schulen*. Curia Vista. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20234229>
- Schweizer Parlament. (2024). *Interpellation 24.4221: Für eine kohärente Drogenpolitik. Welche Massnahmen können ergriffen werden, um den Drogenhandel in unseren Städten zu unterbinden?* Curia Vista. Abgerufen am 26. Juni 2026: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20244221>

- Schweizer Parlament. (2025a). *Motion 25.3651: Verheerende Wirkung der Drogen in der Schweiz. Neue Vier-Säulen-Politik*. Curia Vista. Abgerufen am 26. Juni 2026 von: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20253651>
- Schweizer Parlament. (2025b). *Motion 25.3306: Drogen. Die Zeit ist reif für konkrete Prävention!*. Curia Vista. Abgerufen am 26. Juni 2026: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20253306>
- Sommerfeld, P. (2016). Sucht – ein medizinisches oder ein soziales Problem? *SuchtMagazin*, (6), 27–31.
- Sucht Schweiz. (o. J.). *Kokain: Konsum*. Abgerufen am 06. August 2026 von <https://www.suchtschweiz.ch/zahlen-und-fakten/kokain/kokain-konsum/>
- Sucht Schweiz. (2026). *Schweizer Suchtpanorama 2026: Kurswechsel – Jetzt in die Prävention investieren*. <https://www.suchtschweiz.ch/wp-content/uploads/2026/02/2026SchweizerSuchtpanorama.pdf>
- SRF. (2025). *Rausch und Elend mit Crack - Drei Leben, ein Stoff* [Dokumentarfilm]. <https://www.srf.ch/sendungen/dok/storytelling-desk/rausch-und-elend-mit-crack-drei-leben-ein-stoff>
- SRF. (2026a, 23. Februar). *Drogenkonsum im Wohnquartier: Konsumort für Crack-Süchtige mitten in Luzern löst Kritik aus*. [Online-Nachrichtenbeitrag]. <https://www.srf.ch/news/schweiz/drogenkonsum-im-wohnquartier-konsumort-fuer-crack-suechtige-mitten-in-luzern-loest-kritik-aus>
- SRF. (2026b, 5. Juni). *Neue Drogenstudie: Kokain im Job: «Oft sind es Branchen mit mehr Männern»* [Online-Nachrichtenbeitrag]. <https://www.srf.ch/news/gesellschaft/neue-drogenstudie-kokain-im-job-oft-sind-es-branchen-mit-mehr-maennern>
- SRF. (2026c, 10. Juni). *Crack-Sucht: Genf startet kontrollierte Kokain-Abgabe* [Fernsehsendung] 10 vor 10. <https://www.srf.ch/play/tv/10-vor-10/video/10-vor-10-vom-10-06-2026?urn=urn:srf:video:f5b38101-e77a-4170-ab39-fcf02c5fae30>
- SRF. (2026d, 11. Juni). *Kokaingestützte Behandlung – Kontroverse um die Verschreibung von Kokain an Süchtige in Genf* [Online-Nachrichtenbeitrag]. <https://www.srf.ch/news/schweiz/kokaingestuetzte-behandlung-kontroverse-um-die-verschreibung-von-kokain-an-suechtige-in-genf>
- SRF. (2026e, 17. Juni). *40 Jahre «Fixerstübli» Bern – Vom Tabubruch zur globalen Drogenpolitik* [Radiosendung]. <https://www.srf.ch/radio-srf-1/40-jahre-fixerstuebli-bern-vom-tabubruch-zur-globalen-drogenpolitik>
- SRF. (2026f, 17. Juni). *Morgengast: Robert Hämmig* [Radiosendung]. <https://www.srf.ch/audio/morgengast/robert-haemmig-psychoater>

- SRF. (2026g, 5. August). *Drogenszene Zürich: Gewerbler wehren sich gegen zweiten Platzspitz* [Online-Nachrichtenbeitrag]. <https://www.srf.ch/news/schweiz/drogenszene-zuerich-gewerbler-wehren-sich-gegen-zweiten-platzspitz>
- SSAM. (2024). *Therapieformen bei Crack- und Kokainkonsum: Bericht 2023*. <https://www.ssam-sapp.ch/positionspapiere/kokain-crack>
- Strate, P. (2023). Psychiatrische Diagnostik und Behandlung einer Crack-/Kokainabhängigkeit. *Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie*, 12(3), 39–40. <https://www.psychologie-aktuell.com/journale/rausch/bisher-erschienen/inhalt-lesen/2023-3.html>
- Tielking, K., & Rabes, M. (2024). *Sucht und Gesundheit: Soziale Perspektiven für Suchtprävention und Suchthilfe*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-43954-5>
- Tretter, F. (2020). Bio-psycho-soziales Modell - Steckbrief und Perspektiven. In C. Rummel & R. Gassmann (Hrsg.), *Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen - Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (S. 13–23). Kohlhammer.
- WHO. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa, 21. November 1986. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- Quednow, B. B., & Herdener, M. (2018). *Kokain* [Akzeptiertes Manuskript Buchkapitel 8]. In M. Soyka, A. Batra, F. Moggi, & M. Walter (Hrsg.), *Suchtmedizin* (Buchfassung: S. 121–142). Elsevier.

9 VERZEICHNIS DER RECHTLICHEN GRUNDLAGEN

- | | |
|-------|---|
| BetmG | Betäubungsmittelgesetz (BetmG) vom 3. Oktober 1951, SR 812.121. |
| BV | Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999, SR 101. |
| KVG | Krankenversicherungsgesetz (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10. |

10 ANHANG

Der folgende Anhang dokumentiert die im Rahmen der Bachelorarbeit verwendeten KI-Werkzeuge und deren Verwendungszwecke. Danach folgt noch die Selbstständigkeitserklärung mit Angaben der Zeichenzahl.

Namen der Verfasserin: Joy Jasmina Odermatt
Titel der Bachelorarbeit: Erfolgsmodell und neue Grenzen
Abgabedatum: 10. August 2026

KI-Werkzeug (Name, Anbieter, Version, Datum)	Verwendungszweck (inkl. Prompt, wo sinnvoll)	Betroffen e Teile der Arbeit	Massnahmen zur Überprüfung der KI-generierten Inhalte
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.5, Mai 2026)	Unterstützung bei der Entwicklung der Forschungsfrage, Zielsetzung und Gliederung der Bachelorarbeit. Beispiele: «Wie könnte die Gliederung aufgebaut werden?», «Passt diese Forschungsfrage?»	Einleitung, Kapitelstr uktur	Es wurden keine personenbezogenen oder vertraulichen Daten eingegeben. Sämtliche Vorschläge wurden eigenständig bewertet, an die Fragestellung angepasst und selbstständig umgesetzt.
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.5, Mai–Juni 2026)	Sprachliche Überarbeitung und Rechtschreibprüfung selbst verfasster Textabschnitte. Beispiel: «Bitte formuliere diesen Absatz kürzer» oder «Prüfe die Rechtschreibung.»	Kapitel 1-4	Es wurden keine personenbezogenen oder vertraulichen Daten eingegeben. Alle Formulierungen wurden mit dem Original verglichen, inhaltlich geprüft und nur nach eigener Beurteilung übernommen.
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.5, Juni 2026)	Diskussion wissenschaftlicher Argumentationen und Rückmeldungen zur Stringenz einzelner Kapitel.	Kapitel 3, 4 und 5	Es wurden keine personenbezogenen oder vertraulichen Daten eingegeben. Argumente wurden anhand der verwendeten Fachliteratur überprüft und eigenständig überarbeitet.
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.5, Juni–Juli 2026)	Unterstützung bei der sprachlichen Straffung und Kürzung einzelner Kapitel. Beispiel: «Bitte kürze diesen Abschnitt ohne Informationsverlust.»	Gesamte Arbeit	Es wurden keine personenbezogenen oder vertraulichen Daten eingegeben. Kürzungen wurden mit dem Original verglichen; Aussagen, Quellen und Belege wurden kontrolliert.
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.5, Juli 2026)	Feedback zu den Kapiteln zu Kokainkonsum, Suchthilfe und Sozialer Arbeit. Insbesondere Rückmeldungen zu Aufbau und rotem Faden. Prompt: «Feedback», «Ist der rote Faden ersichtlich?» oder «Kritisches Feedback»	Kapitel 3, 4 und 5	Es wurden keine personenbezogenen oder vertraulichen Daten eingegeben. Sämtliche inhaltlichen Aussagen wurden anhand der Originalquellen überprüft. Die endgültige Formulierung erfolgte eigenständig.
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.5, Juli– August 2026)	Sprachliche Korrekturen, Stilverbesserungen und Formulierungshilfen einzelner Absätze. Prompt: «Bitte kürzen ohne Inhalt verändern.», «Sprachliche Korrektheit»,	Gesamte Arbeit	Es wurden keine personenbezogenen oder vertraulichen Daten eingegeben. Änderungen wurden Abschnitt für Abschnitt

	«Synonym xx», «Stil verbessern».		kontrolliert und bei Bedarf angepasst oder verworfen.
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.5, August 2026)	Diskussion von Titel, Untertitel, Fazit sowie Übergängen zwischen Kapiteln. Prompt: «Kritisches Feedback zum Titel», «Feedback zum Fazit», «Ist das Argument xx schlüssig?»	Titelseite, Einleitung, Kapitel 5-7	Es wurden keine personenbezogenen oder vertraulichen Daten eingegeben. Vorschläge wurden eigenständig bewertet und an den tatsächlichen Inhalt der Arbeit angepasst.
ChatGPT (OpenAI, GPT-5.5, August 2026)	Unterstützung bei formalen Fragen (APA-Zitierweise, Literaturverzeichnis, Aufbau der Arbeit, Verzeichnisse, Word-Formatierung). Prompt: «Wie kann ich alle Absätze gleich formatieren?»	Gesamte Arbeit	Es wurden keine personenbezogenen oder vertraulichen Daten eingegeben. Sämtliche formalen Angaben wurden anhand der HSLU-Richtlinien sowie der Originalquellen überprüft.

Ort, Datum: Wabern, 10. August 2026

Unterschrift: 

Eigenständigkeitserklärung

Eigenständigkeitserklärung für schriftliche Arbeiten in der Ausbildung HSLU SA

Die unterzeichnete Eigenständigkeitserklärung ist Bestandteil jeder während des Bachelor- oder Masterstudiums an der HSLU SA verfassten schriftlichen Arbeit.¹

Mit meiner untenstehenden Unterschrift bestätige ich, dass ich...

... die vorliegende Arbeit selbständig und in eigenen Worten verfasst habe (*bei Gruppenarbeiten in Zusammenarbeit mit der*dem*den unten festgehaltenen Mit-Verfasser*in*nnen*).

... mich unter Beachtung der Richtlinien «Schriftliche wissenschaftliche Arbeiten» und «Zitieren und Belegen» sowie des Merkblatts zu wissenschaftlichem Fehlverhalten «Plagiate werden geahndet» vollumfänglich an die wissenschaftlichen Regeln gehalten habe und somit alle genutzten fremden Quellen und Hilfsmittel ordnungsgemäss deklariert habe.²

... alle verwendeten Methoden, Daten und Arbeitsprozesse wahrheitsgetreu dokumentiert habe.

... keine Daten manipuliert habe.

... soweit ich KI-basierte Tools verwendet habe, die von einer KI erzeugten Texte bzw. Textfragmente nicht unreflektiert übernommen, Texte und Textfragmente nach der Vorgabe kenntlich gemacht und sorgfältig unter Beizug anderer Quellen auf ihre Korrektheit und Vollständigkeit geprüft habe.

Modul-Nr. und Modul-Name (→ in Druckschrift):

382 Bachelor-Arbeit

Titel der Arbeit (→ in Druckschrift):

Erfolgsmodell und neue Grenzen

Umfang der Arbeit (→ in Druckschrift):

Zeichen

120'997

Vorgabe Zeichen

80'000-130'000

Verfasser*in*nen der Arbeit (→ in Druckschrift):

*(Bei Gruppenarbeiten sind die Namen aller Verfasser*innen erforderlich)*

Joy Jasmina Odermatt

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Arbeit mit elektronischen Hilfsmitteln auf Plagiate überprüft werden kann.³

Ort, Datum

Unterschrift/en
Verfasser*in*nen
der Arbeit:



Gültig ab HS23

Luzern, 1. November 2023 / HSLU SA / Ressort Ausbildung / Prof. Dr. Daniel Krucher

¹ Diesbezügliche Unredlichkeiten haben gem. Art. 39 und Art. 41 der Studienordnung der Hochschule Luzern Disziplinar massnahmen zur Folge.

² Zu den fremden zu deklarierenden und zu verifizierenden Quellen gehören auch mittels KI-Software wie ChatGPT generierte Texte bzw. Textteile (KI = «Künstliche Intelligenz»).

³ inkl. Nutzung von Plagiatserkennungssoftware.