

# Suchtpolitik und Suchtarbeit im internationalen Spannungsfeld\*

---

Ambros UCHTENHAGEN\*\*

## Zusammenfassung

*Neuere Entwicklungen in der Epidemiologie und suchtpolitische Probleme im internationalen Umfeld bilden Herausforderungen für eine künftige schweizerische Suchtpolitik und für das System der Suchthilfe. Epidemiologisch sind es die Zunahme von Suchtproblemen vor dem Hintergrund ungleicher Lebensperspektiven und Entwicklungsmöglichkeiten, Mehrfachkonsum und Mehrfachabhängigkeit auf der Basis eines globalisierten Angebots und die Selbstverständlichkeit («Normalisierung»), mit welcher vom Angebot Gebrauch gemacht wird. Auf Seiten der Politik sehen wir gegenläufige Tendenzen in manchen Bereichen, ein Auseinanderklaffen von Politik, Forschung und Praxis und ungelöste Probleme einer konsistenten Umsetzung von drängenden Fragen der Forschung und von Forschungsergebnissen in eine effektive und kosteneffektive Praxis. Angesichts dieser Lage wird sich die Schweiz einer Reihe von offenen Fragen stellen müssen.*

Von den internationalen Entwicklungen im Bereich der Suchtmittelprobleme sind es die Epidemiologie und die Suchtpolitik, welche die unmittelbarste Relevanz für das Geschehen in der Schweiz haben. Entwicklungen in der Prävention, der Beratung und Behandlung sowie der schadensmindernden Massnahmen sind ebenfalls von grosser Bedeutung, aber sie bilden keine massgebenden Vorgaben. Epidemiologische Trends und suchtpolitische Konventionen hingegen sind Orientierungsmarken und auch für die hiesigen Verhältnisse Herausforderungen, auf die reagiert werden muss.

## Herausforderung Epidemiologie

Es sind im Wesentlichen drei Trends, die im Vordergrund stehen: die globalen Risikokonstellationen, der Mischkonsum und die Mehrfachabhängigkeit sowie die «Normalität» des Suchtmittelkonsums.

\* Referat gehalten an der 1. Sommerakademie Sucht: Neue Perspektiven in Suchtpolitik und Suchtarbeit vom 16.- 18.August 2006, Monte Verità, Ascona

\*\* Emerit. Prof., Dr. med. Dr.phil., Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung assoziiert mit der Universität Zürich

Auf der *Nachfrageseite* sind die globalen Risikokonstellationen charakterisiert durch die Faktoren, die weltweit am meisten mit dem Bedürfnis nach Suchtmittelkonsum in Zusammenhang gesehen werden, die durch die Arbeit der Weltgesundheitsorganisation klar dokumentiert sind und die ich die «unheimliche Trias» nennen möchte: Bildungsmangel, Chancenmangel und Vernetzungsmangel. Suchtphänomene gedeihen zunehmend dort, wo Bildungs- und Ausbildungschancen fehlen, wo junge Menschen kaum Perspektiven und begründete Hoffnung auf eine befriedigende Zukunft haben, wo Landflucht und konfliktbedingte Migrationsströme die sozialen Netze zerreißen und gewachsene Lebensstile zerstören. «Poverty and associated conditions such as unemployment, low education, deprivation and homelessness are not only widespread in poor countries, but also affect a sizable minority of rich countries. The poor and the deprived have a higher prevalence of mental and behavioural disorders including substance abuse disorders» (World Health Report 2001, p. 13).

Andererseits sind auf der *Angebotsseite* die erheblichen finanziellen Interessen an einer Steigerung des Konsums zu erwähnen: bei den legalen Drogen sind es die Alkohol- und Tabakindustrie sowie die pharmazeutische Industrie, welche damit Arbeitsplätze und Steuereinnahmen schaffen, was ihnen entsprechende politische Unterstützung sichert. Bei den illegalen Drogen sind es in erster Linie die mafiosen Strukturen und alle, die sich von diesen korrumpieren lassen. Auch revolutionäre Gruppierungen und lokale Warlords haben sich immer wieder aus dem Drogenhandel finanziert.

Eine zweite Herausforderung bildet die Zunahme von Mehrfachkonsummustern und von Mehrfachabhängigkeit. Für den Freizeitkonsum ist dies wohl bekannt, es gilt aber auch für spezielle Zielgruppen (z.B. Gefängnisinsassen) sowie in der Arbeitswelt. In Notfallstationen werden zunehmend Unfallopfer mit Mehrfachkonsum gesehen. Spielsüchtige leiden überdurchschnittlich oft auch an Alkoholproblemen. Alles kann miteinander kombiniert werden, je nach Angebot und nach persönlicher Bedürfnislage. Dazu passt, dass die moderne Hirnforschung für die Wirkung von Suchtmitteln und Suchtverhalten die gemeinsame Infrastruktur identifiziert hat: Hirnbahnen und Botenstoffe, welche das sog. Belohnungssystem ausmachen. Und unter der Einwirkung von habituellem Konsumverhalten kann es zu strukturellen Veränderungen im Gehirn kommen, welche die Grundlage der Abhängigkeit bilden – ein Vorgang, der unter Stressbedingungen beschleunigt abläuft (Volkow, Fowler & Wang 2003).

Als Drittes ist die «Normalität» des Konsums zu sehen: Konsumenten sind überdurchschnittlich oft der Überzeugung, jedermann benutze die vorhandenen Suchtmittel (was nicht stimmt, aber den eigenen Konsum eher als problemlos erscheinen lässt). Suchtmittelkonsum ist ein Teil des Lebensstils vieler Menschen geworden, ein Teil eines generellen Konsumverhaltens, das nicht zwischen Kaufen und Nichtkaufen entscheidet, sondern aus dem Angebotenen das auswählt, was den eigenen Vorlieben entspricht und ein gutes Preis-Leistungsverhältnis verspricht. Benutze alles, was der Markt Dir bietet, für Dein Wohlergehen, prüfe alles und wähle das Beste! In zugespitzter Form könnte man sogar sagen, das Konsumverhalten sei eine Bürgerpflicht in doppeltem Sinne: Das Individuum soll sich fit und leistungsfähig halten (und Suchtmittel sind heute viel weniger Hilfen zum Ausstieg als Hilfen dazu, mithalten zu können). Andererseits würde der Markt ohne diese Konsummentalität zusammenbrechen, mit allen bedenklichen Folgen für Wachstum und Arbeitsmarkt.

## **Probleme der Politik: gegenläufige Tendenzen**

Zunächst einmal ist festzustellen, dass sich staatliche Instanzen aus vielen Dienstleistungen zurückziehen versuchen, während nichtstaatliche Organisationen einspringen und an Bedeutung gewinnen; dabei nehmen staatlicherseits an vielen Orten restriktive Rahmenbedingungen zu. Die einseitig repressiv ausgerichteten internationalen Drogen-konventionen der UNO werden von nichtstaatlichen Organisationen zunehmend in Frage gestellt. Die Interessen des öffentlichen Gesundheitswesens liegen im Wettstreit mit privaten wirtschaftlichen Interessen – so steuert die Europäische Union bislang eine «nichtdiskriminierende» und konsumentenfreundliche Politik beim Alkohol, trotz massiver öffentlicher Kosten der Alkoholfolgen und trotzdem Lenkungssteuern ein billiges und effizientes Mittel zur Eingrenzung dieser Folgen sein können (Babor, Caetano, Casswell et al 2005). Ein Alkoholplan wird entwickelt, aber gleichzeitig verlangt EU-Recht die Aufhebung konsumbegrenzender Massnahmen in den skandinavischen Mitgliedstaaten.

In der Suchtpolitik streiten auf wissenschaftliche Evidenz bauende Tendenzen mit ideologischer Prinzipientreue, vor allem sichtbar im Bereich von Substitutionsbehandlungen bei Heroinabhängigkeit und im Bereich von schadensbegrenzenden Massnahmen zur Verminderung der durch Blut übertragenen Infektionen wie HIV und Hepatitis B / C. Während Schadensminderung durchaus akzeptiert ist im legalen Bereich (Helm- und Gurtragepflicht, rauchfreie Räume, Beschränkung des Blutalkoholgehalts im Strassenverkehr etc.), gibt es im illegalen Bereich noch weit herum Probleme mit der Akzeptanz, trotz nachgewiesener Wirksamkeit (vgl. Uchtenhagen 2005).

Ein anderer Interessengegensatz ist derjenige zwischen einer Suchtpolitik, die möglichst vielen Betroffenen Beratung, Therapie und Betreuung bietet und einer anderen, die vor allem auf hochqualifizierte Angebote setzt. So hat die Schweiz dank freipraktizierender Ärzte die grösste Dichte an Methadonbehandlungen in Europa erreicht (ca. 60 Prozent der rund 17 000 Behandlungen erfolgen in der Privatpraxis, Hosek 2006) und kann damit mindestens zwei Drittel der geschätzten Heroinabhängigen versorgen, auch wenn die Qualität dieser Versorgung sehr unterschiedlich ist. Es gibt andererseits Länder, welche Methadonbehandlungen spezialisierten Polikliniken vorbehalten und deshalb z.B. nur 3 Prozent der geschätzten Heroinabhängigen erreichen können.

Ein weiteres Problem wird durch die Tatsache geschaffen, dass Suchtspezialisten nur einen Bruchteil der Suchtkranken behandeln können, während die grosse Mehrheit in nicht-spezialisierten Arztpraxen, Spitälern, Sozialdiensten etc. gesehen wird. Trotzdem konzentriert sich die Weiterbildung (auch die staatlich geförderte) weitestgehend darauf, die Spezialisten auf dem Laufenden zu halten, während es für die genannten Nichtspezialisten kaum Angebote und Konzepte einer zweckdienlichen Weiterbildung gibt (Uchtenhagen, Stamm, Huber & Vuille 2006). Erst in Ansätzen sind entsprechende Projekte entstanden und ausgewertet worden (Miller & Weisner 2002).

Was nun die Therapiewahl im Einzelfall angeht, so dominiert in vielen Ländern der Wettbewerb zwischen den Einrichtungen und Angeboten ohne eine Steuerung nach fachlichen oder finanziellen Gesichtspunkten (mit Ausnahme z. B. der kontraproduktiven hohen Tarifsätze für ausserkantonale Patientinnen und Patienten). So werden oftmals als Erstes die teuersten Therapievarianten (Entzugsbehandlung unter Anästhesie, stationäre Mittel- oder Langzeitbehandlung, langdauernde Psychotherapie) verordnet. Andere Länder

hingegen sind an der Einführung eines Indikations- und Zuweisungssystems interessiert, das unter anderem die kostengünstigsten Angebote (Selbsthilfegruppen) als erste Massnahme vorsieht, professionelle Hilfe aber erst, wenn die Selbsthilfe nicht genügt, und auch dann erst mit ambulanter und erst zuletzt mit stationärer Intervention (*stepped care*-Modelle).

Teilweise herrscht in der Suchtpolitik immer noch die traditionelle Gliederung nach Substanzen vor: Alkohol – Tabak – Medikamente – illegale Drogen), während eine integrative Politik andernorts bevorzugt wird, wobei das Suchtverhalten als solches im Mittelpunkt steht und eine Arbeitsteilung, zum Beispiel nach Zielgruppen oder Altersgruppen, nicht nach Substanzen vorgenommen wird.

Und schliesslich gibt es einen Gegensatz zwischen isolationistischen Tendenzen einerseits, einer kooperativen Politik andererseits. So hat sich innerhalb der Europäischen Union ein Trend zu gemeinsamen Strategien durchgesetzt (Europäische Kommission 2005), während die USA nach wie vor jede gemeinsame Politik der Schadensminderung in der UNO blockieren und Russland sich gegen alle Entwicklungen stellt, die gegenwärtig in Osteuropa und in Zentralasien im Gange sind.

### **Probleme der Politik: die Kluft zwischen Politik, Forschung und Praxis**

Der Reichtum an neuen Erkenntnissen zu Grundlagen und Wirksamkeit von Interventionen im präventiven, therapeutischen und Schadensminderungsbereich (Erkenntnisse aus dem repressiven Bereich sind spärlicher) führt zu einem erhöhten Weiterbildungsbedarf, wenn die Praxis diesen Erkenntnissen gerecht werden soll. Allerdings: Nur ausnahmsweise wird danach gefragt, wie denn der Zustand der Suchthilfe in der Praxis wirklich sei und was einer wirkungsvollen Umsetzung von Erkenntnissen im Wege steht. So hat eine Studie in den USA ein erschreckendes Bild von der Instabilität, von Statusproblemen und mangelnden Kompetenzen der untersuchten Suchthilfeeinrichtungen aufgezeigt (McLellan, Carise & Kleber 2004). Die hohe Personalrotation wird in Zusammenhang damit gesehen, dass Stellen in diesen Einrichtungen einen niedrigen Status haben und verlassen werden, wenn sich eine bessere Gelegenheit zeigt. Damit ist der Aufbau eines soliden und dauerhaften Know-how fast nicht möglich.

Nun hat eine Initiative der schweizerischen Weiterbildungskommission im Suchtbereich EWS gezeigt, dass sowohl im Europäischen Umfeld wie auch in grossen Staaten, wie USA und Australien, ein erhebliches Defizit an einer systematischen Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis besteht (Uchtenhagen, Stamm, Huber & Vuille 2006). Wo Weiterbildung geschieht, erfolgt diese nicht aufgrund von Kenntnissen über die Weiterbildungsbedürfnisse an der Front, sondern im Wesentlichen aufgrund der Einschätzung von Anbietern von Kursen, Seminaren, Workshops und Curricula. Die entsprechenden Länderberichte zeigen auch, dass es kaum eine Auswertung der Weiterbildung gibt, welche über die Erhebung von Teilnehmerzufriedenheit durch die Veranstalter hinausgeht. Ob und wie die vermittelten Kenntnisse in die Praxis umgesetzt werden, und wie sich das auf die Qualität der Dienstleistungen auswirkt, ist ein Geheimnis – eigentlich verwunderlich angesichts der für Weiterbildung aufgewendeten Mittel.

In einzelnen Ländern wie z.B. Holland und Österreich ist ein Konzept für eine systematischere Handhabung der Weiterbildung im Gange, welches mehr Steuerung (im Sinne von Anforderungskriterien und praktischen sowohl inhaltlichen Vorgaben) vorsieht und damit ein Gegengewicht zur reinen Markt-orientierung in der Mehrzahl der Länder bilden soll.

Die Schweiz ist mit dem erneuerten Konzept der EWS und mit der genannten Initiative der Vorreiter einer Bewegung, die sich zum Ziel setzt, mehr Transparenz und Erfahrungsaustausch im Weiterbildungsbereich zu erreichen, u.a. durch Schaffung einer Internet-Plattform und einer *mail group* von Spezialisten (I-THETA 2006).

International und national hat das Bedürfnis nach *evidence-based practice* zu einer wachsenden Zahl von Richtlinien, Manuals, *good-practice*-Konzepten und ähnlichem geführt. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass die praktische Anwendbarkeit solcher Richtlinien begrenzt ist und es noch kaum Hilfen dazu gibt, wann es sinnvoll ist eine Ausnahme zu machen und wie im Ausnahmefall zu handeln ist; klar ist nur, dass Ausnahmen viel häufiger sind als angenommen (Katz 1999).

Hier wird auch ein Problem der Forschung und der Forschungsförderung sichtbar. Im Suchtbereich werden die Themen der Forschungsprojekte vorwiegend von den Forschergruppen selbst definiert, während es keine systematische Kenntnis darüber gibt, was die Praxis für Ihre Arbeit an Erkenntnissen bräuchte. Das erschwert die Akzeptanz und die Umsetzung von Forschungsergebnissen an der Front. Es besteht aber auch das Risiko, dass wichtige Anliegen nicht wahrgenommen und dafür Forschungen unternommen werden, welche für die Praxis keine verwertbaren Ergebnisse erbringen können (die wohlbekannte «So what?»-Forschung). Was im Interesse des öffentlichen Gesundheits- und Sozialwesens prioritäre Fragestellungen sind, bleibt weitgehend offen. Oder wie es Staatssekretär Kleiber in einem anderen Zusammenhang ausdrückte: «The silence of science is deafening» (Kleiber 2004 p. 282). Hier könnte Politik ein Gegengewicht schaffen, aber bekanntlich ist z.B. ein Schwerpunktprogramm Sucht noch nie zustande gekommen, obwohl die Schweiz überdurchschnittlich viele Suchtprobleme hat und viele Fragen einer Antwort harren.

Nur am Rande sei erwähnt, dass Forschung und Weiterbildung im Bereich der medikamentösen Therapien von der Pharmaindustrie tatkräftig gefördert werden, dass es aber für andere Formen keine auch nur annähernd gleichwertigen Sponsoren gibt. Wir haben ein Umfeld, in welchem die Forschung viel stärker interessen- als bedürfnisgeleitet ist.

## **Offene Fragen**

Für die Schweiz stellen sich einige grundsätzliche, aber auch konkrete Fragen in diesem Zusammenhang:

### **Auf der Ebene der Interventionen**

- Wollen/brauchen wir für die Zukunft suchtmittelspezifische Einrichtungen (für Alkohol-, für Raucher-, für Drogenprobleme)? Oder was sonst?

Drei Kantone (St. Gallen, Aargau, Solothurn) haben die traditionelle Grenze zwischen Alkohol- und Drogenberatung aufgehoben, und der Tessin ist gerade dabei. Eine der Erfahrungen dabei ist das Ausbleiben eines Teils der traditionellen Klientele der früheren Alkoholberatungsstellen (Galliker 2000). Jugendliche haben andere Erwartungen und Bedürfnisse als Personen im vorgerückten Alter. Dem kann Rechnung getragen werden, wenn die Arbeitsteilung nach Altersgruppen geschieht. Zusammenlegung aus ökonomischen Gründen («Synergien») hat ihre Grenzen an der Erreichbarkeit und Bürger-nähe einer Einrichtung.

- Wie lassen sich Früherkennung und Frühinterventionen bei riskanten und schädlichen Konsumformen auch bei Nichtspezialisten als ein interessantes Tätigkeitsfeld vermehrt einführen?

Die Schulung praktizierender Ärzte gelingt bei uns wie international nur unzureichend; es bräuchte konkretere Anreize wie Abrechenbarkeit. In Sozialdiensten ist es noch kaum mit Nachdruck versucht worden.

- Wer soll angesichts der Vielfalt therapeutischer Optionen für die Indikationsstellung zuständig sein, unter welchen Voraussetzungen?

Es gibt Modelle einer zentralen Abklärungs- und Indikationsstelle, was aber bei Einrichtungen und Betroffenen auf wenig Gegenliebe stösst; es ist ungewiss, wie viele derart indizierter Therapien auch wirklich angetreten werden. Eine Alternative bildet die zusätzliche Schulung in Abklärung und Indikationsstellung, die allen Therapieinstitutionen offen steht und die nach Absolvierung eine entsprechende Befugnis erhalten. Damit lässt sich allerdings die Versuchung, in erster Linie die eigenen Therapien zu indizieren, nicht ausschliessen. Eine weitere Option besteht darin, dass eine Zweitmeinung eingefordert wird, wie das einzelne Länder bei der Indikation für Psychotherapien praktizieren.

### **Auf der Ebene der Kompetenzvermittlung**

- Welche Kompetenzdefizite gibt es an der Basis, bei spezialisierten und nichtspezialisierten Diensten?

Man muss sich entscheiden zwischen gezielter Förderung und Giesskanne. Gezielte Kompetenzförderung und ein Kompetenznachweis würde den Status der Institutionen und ihrer Teams verbessern, gute Leute anziehen und die Sachkompetenz damit weiter unterstützen. *Service research* gehört heute zu den Instrumenten einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik.

- Was muss berufsspezifisch, was transdisziplinär angegangen werden?

In der Alltagspraxis gibt es zahlreiche Fälle, bei denen mehr als eine Stelle beteiligt ist. Gute Zusammenarbeit setzt einiges voraus, was – in gemeinsamer Weiterbildung – gelernt und durch klare Regeln, zum Beispiel zum Datenschutz, gefördert werden kann.

- Wie viel *transfer research* wollen wir, um über die Auswirkungen der Weiterbildung Bescheid zu wissen?

Wenn Kosteneffektivität der Massstab der Zukunft für gute Arbeit an der Front ist (optimaler Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen), dann wird sich die Entwicklung einer Effektivitätsevaluation für Weiterbildung lohnen.

- Welchen Stellenwert soll bei den Interventionen und ihrer Evaluation die Patienten- / Klientenzufriedenheit haben?

Was in der Medizin schon länger zum Rüstzeug der Evaluation gehört, muss auch in der Suchtarbeit seinen festen Platz haben (Cleary & Edgman-Levitan 1997, Carroll & Rounsaville 2003). Ohne Zufriedenheit keine Akzeptanz, ohne Akzeptanz keine *compliance* und schliesslich keine guten Ergebnisse.

### **Auf der Ebene der politischen Zuständigkeit**

---

- Wer soll für welche dieser Fragen zuständig sein?

In der Vergangenheit hat der Bund und insbesondere das Bundesamt für Gesundheit eine führende Rolle gespielt und spielen können. Viele neuen Entwicklungen wurden möglich und standen den Kantonen zur Verfügung, und viele Probleme konnten entschärft werden. Exekutive und Parlament sind dafür zuständig, auch weiterhin die nötigen Kompetenzen (und Mittel) zu erteilen. Ein Rückzug des Bundes, nach dem Scheitern der BetMG-Revision, wäre in vielerlei Hinsicht verhängnisvoll. Die suchtpolitische Pionierrolle der Schweiz, die weithin über die Grenzen ausgestrahlt hat, wäre dahin. Und dies in einer Zeit, in der grenzüberschreitende *good practice* das Feld bestimmt.

### **Summary**

---

#### ***Policy and approach to addiction in the international context***

New developments in epidemiology and addiction policy problems in the international context present challenges to future Swiss addiction policy and for the system of addiction services. Epidemiologically, these challenges are the increase in addiction problems in the context of unequal life expectations and development opportunities, multiple consumption and multiple dependency against a background of globalised supply and the unquestioning way («normalisation») in which use is made of that supply. With respect to policy, we see paradoxical tendencies in many areas, a divergence in policy, research and practice and unsolved problems of consistent action on urgent questions in research and of implementation of research findings to achieve effective and cost-effective practice. With respect to this situation, Switzerland must address a number of unanswered questions.

### **Résumé**

---

#### ***La politique des dépendances et l'aide aux personnes dépendantes dans le contexte international***

Les développements récents relevés par l'épidémiologie et les problèmes posés à la politique des dépendances dans le contexte international sont autant de défis que doivent relever la politique suisse en la matière et le système d'aide aux personnes dépendantes. Du point de vue épidémiologique, on constate une augmentation des problèmes d'addiction sur fond d'inégalité des chances et des possibilités de développement, de polyconsommation et de dépendances multiples dans le cadre d'une offre globalisée, où le recours à cette offre va de plus en plus de soi («normalisation»). Du côté de la politique, nous constatons dans de nombreux domaines des tendances divergentes entre la politique, la recherche et la pratique. En outre, de nombreux problèmes non résolus subsistent quant au traitement de questions urgentes par la recherche et à la mise en œuvre des résultats de la recherche dans le cadre d'une pratique efficiente et économe. Face à cette situation, la Suisse va devoir se poser sérieusement un certain nombre de questions.

## Literaturverzeichnis

---

- Babor Th, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham C, Grube J, Gruenewald P, Hill L, Holder H, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R, Rossow I (2005). Alkohol – kein gewöhnliches Konsumgut. Forschung und Alkoholpolitik. Hogrefe, Göttingen
- Carroll KM, Rounsaville BJ (2003). Bridging the gap: a hybrid model to link efficacy and effectiveness research in substance abuse treatment. *Psychiatric Services* 54:333-339
- Cleary PD, Edgman-Levitan S (1997). Health care quality. Incorporating consumer perspectives. *JAMA* 278:1608-1612
- Europäische Kommission (2005). Drogenaktionsplan 2005-2008. Amtsblatt der Europäischen Union 8.7.2005
- Galliker M (2000). Integrationsprozesse in der ambulanten Suchthilfe. Zur Zusammenlegung der Alkohol- und Drogenberatung in den Kantonen St. Gallen, Aargau und Solothurn. SFA, Lausanne
- Hosek M (2006). Substitutionsbehandlung bei Heroinabhängigkeit. *Sucht* 100:1-10
- I-THETA 2006. International Think Tank on Continued Education and Training on Addiction. [www.ewf-cfd.ch](http://www.ewf-cfd.ch)
- Katz DA (1999). Barriers between guidelines and improved patient care: an analysis of AHCPR's unstable angina clinical practice guideline. *Health Services Research* 34:377-89.
- Kleiber Ch (2004). Psychiatry and science. *Schweiz. Archiv Neurologie Psychiatrie* 155:281-283.
- McLellan ATH, Carise D, Kleber HD (2004). Can the National Addiction Treatment Infrastructure Support the Public's Demand for Quality Care? A pdf-document.
- Miller WR, Weisner CM (Eds.)(2002). Changing substance abuse through health and social systems. Kluwer, New York
- Uchtenhagen A (2005). Risiko- und Schadensminimierung: wie wirksam sind sie? *Suchttherapie* 6:52-59
- Uchtenhagen A, Stamm R, Huber J, Vuille R (2006). A review of systems for continued education and training in the substance abuse field. Zur Publikation angenommen in *Journal of Substance Abuse*.
- Volkow ND, Fowler JS, Wang G-J (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *Journal of clinical investigation* 111:1444-1451
- World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, new hope. World Health Organization, Geneva

## Korrespondenzadresse

Ambros Uchtenhagen, Kirchgasse 30, 8001 Zürich, E-Mail: [uchtenhagen@isgf.unizh.ch](mailto:uchtenhagen@isgf.unizh.ch)