



Globalevaluation
des Massnahmenpakets
des Bundes
zur Verminderung
der Drogenprobleme
(MaPaDro)

Vierter zusammenfassender Bericht 1999-2002

Globalevaluation des Massnahmenpakets des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro)

Vierter zusammenfassender Bericht 1999-2002

Frank Zobel, Ralph Thomas, Sophie Arnaud,
Elisabeth de Preux, Tatjana Ramstein,
Brenda Spencer, André Jeannin, Françoise Dubois-Arber

Unter Mitwirkung von:

Christophe Kellerhals, Patrick Morency, Barbara So-Barazetti,
Marie-Louise Ernst, Fabienne Benninghoff, Jean-Pierre Gervasoni

Danksagung:

Die Evaluation wäre nicht zustande gekommen ohne die hervorragende Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit in Bern, den Einsatz aller für die Studien verantwortlicher Forscher und Forscherinnen sowie die geschätzte Mitarbeit von Myriam Maeder und Kirsten Sandberg-Christensen, Sekretärinnen der Abteilung Evaluation von Präventionsprogrammen des IUMSP.

Der Bericht verdankt sein Entstehen zudem der Mitarbeit zahlreicher Personen aus der Bevölkerung sowie aus Fachkreisen, die sich zu einer Teilnahme an den verschiedenen Umfragen bereit erklärt haben.

Ihnen allen sei herzlich gedankt.

Lausanne 2003

**Die vorliegende Studie wurde finanziert vom:
Bundesamt für Gesundheit, Bern,
Vertrag Nr. 99.001344**

Empfohlene Zitierweise

Zobel F, Thomas R, Arnaud S, de Preux E, Ramstein T, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F, unter Mitwirkung von: Kellerhals C, Morency P, So-Barazetti B, Ernst M-E, Benninghoff F, Gervasoni J-P. Globalevaluation des Massnahmenpakets des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro): Vierter zusammenfassender Bericht 1999-2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2003.

Adresse für Bestellung

Institut universitaire de médecine sociale
et préventive/UEPP
17, rue du Bugnon
CH-1005 Lausanne
tél. 0041 21 314 72 92
fax 0041 21 314 72 44
e-mail: uepp@hospvd.ch

Übersetzung

Transit TXT, Freiburg

Inhalt

Zusammenfassung		Demografische Merkmale und soziale Eingliederung der abhängigen Konsumierenden	52
MaPaDro	5	Repressionsstatistiken	54
Globalevaluation	6	Zusammenfassung	56
Resultate	7		
1		5	
Das MaPaDro		Monitoring und Beurteilung des MaPaDro	
Einführung	15	Phase 4	
Das MaPaDro in der Drogenpolitik des Bundes	15	Prävention	65
Organisation des MaPaDro	16	Therapien und Behandlungen	77
Ziele und erwartete Resultate	16	Schadenminderung	85
Die Prioritäten des MaPaDro 1998-2002	17	Ausbildung	92
		Forschung	97
		Epidemiologie	101
		Evaluation	106
		Koordination	110
		Migration und Gesundheit	114
2			
Globalevaluation		6	
Einführung	19	Spezielle Studien	
Allgemeine Ziele der Evaluation	20	Ein Frühwarnsystem für illegale Drogen:	
Konzeptueller Rahmen der Globalevaluation	20	Entwicklung von Szenarien	125
Methode	21	Verankerung/Institutionalisierung der Aktionen	
Hinweisbetreffend kausale Interpretationen	22	des BAG zur Verminderung der Drogenprobleme:	
		Einschätzung der Programmleiter	129
		Suchtprävention bei Jugendlichen: die Rolle	
		der Polizei, der Gerichte und der Jugendrichter	134
3			
Wichtigste Ereignisse		7	
Institutionalisierung der ärztlichen		Schlussfolgerungen und Empfehlungen	
Heroinverschreibung	27	Allgemeine Begleitung des MaPaDro	141
Verbreitung und Überwachung der Partydrogen	28	Synthese	147
Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG)	29		
4		8	
Epidemiologie des Drogenkonsums		Anhänge	
Einleitung	35	Während den vier Etappen der Evaluation	
Entwicklung der Prävalenz und		durchgeführte Studien	151
der Art des Drogenkonsums	35	Entwicklung der Akzeptanz der verschiedenen	
Entwicklung von Betreuung/Behandlungen	44	Massnahmen zur Drogenbekämpfung — 1991 bis	
Entwicklung des Gesundheitszustands		1997, Anteil der Befürworter	152
abhängiger Drogenkonsumierender	47	Abkürzungen	153

Zusammenfassung

MaPaDro

Im Jahr 1991 hat der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) mit dem Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) beauftragt. Die Dauer des Programms wurde auf fünf Jahre festgelegt. Im Jahr 1997 wurde das Mandat bis Ende 2001 verlängert.

Die Drogenpolitik des Bundes basiert auf dem sogenannten Vier-Säulen-Modell. Gemäss diesem Modell ist eine wirksame Politik in diesem Bereich nur durch ausgeglichene Interventionen in den Bereichen Prävention, Therapie, Schadenminderung und Repression möglich. Das MaPaDro nimmt dabei einen wichtigen Platz ein, da das Programm die hauptsächlichen Aktivitäten des Bundes im Rahmen der ersten drei Säulen umfasst. Es beinhaltet eine ganze Reihe von Massnahmen, deren wichtigste Ziele sind:

- Verminderung des Einstiegs in den Drogenkonsum und Vermeidung von Suchtentstehung (Prävention);
- Verbesserung der Ausstiegsmöglichkeiten aus der Drogenabhängigkeit (Therapie und Wiedereingliederung);
- Verbesserung von Lebensbedingungen und des Gesundheitszustands der Drogenkonsumierenden, Verminderung der Risiken, denen sie ausgesetzt sind, und Bewahrung ihrer sozialen Integration (Schadenminderung und Überlebenshilfe).

Das Programm deckt diese verschiedenen Interventionsbereiche ab. Es enthält aber auch Begleitmassnahmen (Fort- und Weiterbildung von Fachleuten, Forschung, Epidemiologie, Evaluation, nationale Koordination) sowie einen speziellen Aktionsplan im Bereich Migration und Gesundheit. Das BAG hat zudem für das Programm vier Aktionsstrategien festgesetzt: Information und Dokumentation, Promotion und Innovation, Koordination und Harmonisierung sowie Qualitätsförderung.

In Bezug auf das Umfeld, in dem das Programm eingebettet ist, hat der Bundesrat kürzlich beschlossen, eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes vorzunehmen und dieses der Realität anzupassen. Die wichtigsten Ziele dieser Revision sind:

- Institutionalisierung der Vier-Säulen-Politik, der Rolle des Bundes sowie der heroingestützte Behandlung;
- Anpassung der Gesetzgebung an die bestehende Situation und an die tatsächlich mit dem Cannabis-konsum verbundenen Risiken;
- verstärkter Schutz der Jugendlichen;
- Neuausrichtung der Arbeit von Justiz und Polizei;
- Vereinheitlichung der kantonalen Praktiken.

Das Projekt wurde dem Ständerat im Dezember 2001 zuerst unterbreitet.

Globalevaluation

Seit seiner Lancierung wird das MaPaDro durch eine externe Globalevaluation begleitet. Diese wurde in vier Etappen unterteilt, wobei die letzte (1999-2002) Untersuchungsgegenstand des vorliegenden Berichtes ist. Die allgemeinen Ziele der Globalevaluation des MaPaDro lauten:

- Bereitstellung von Informationen, die zur Verbesserung der Massnahmen des BAG im Rahmen des MaPaDro beitragen können;
- Anbieten einer Entscheidungshilfe für die Verantwortlichen der Entwicklung und Umsetzung des MaPaDro;
- Eventuell Unterstützung bei der Wahl unter mehreren Optionen.

Es handelt sich um eine Globalevaluation, welche die Planung und Umsetzung begleitet. Die verschiedenen Elemente und Ebenen der BAG-Strategie werden mit einer ganzen Reihe von Studien und Analysen erfasst, deren Kombination einen synthetischen Überblick über die Situation ermöglicht.

Die unten stehende Tabelle präsentiert die in den verschiedenen Etappen der Globalevaluation durchgeführten Studien:

Studien zum/zur	1990-1992	1993-1996	1997-1999	2000-2002	
Kontext	Presse ¹	Presse ²⁻⁵	Presse ⁶		
	Einstellungen der Bevölkerung ^{7,8}	Einstellungen der Bevölkerung ⁹	Einstellungen der Bevölkerung ¹⁰		
			Partner ¹¹		
			Polizeiarbeit ¹²	Prävention und Repression ¹³	
BAG-Strategie			Entwurf/Planung ¹⁴	Innovation ¹⁵	
		Umsetzung ¹⁶	Umsetzung ¹⁴	Umsetzung ¹⁷	
			Delegierungsarten ¹⁸	Verankerung ¹⁹	
Prävention	Nationale Kampagne ²⁰	Nationale Kampagne ²¹			
		Politik der Sekundärprävention ²²			
		Vorstellungen der Jugendlichen ²³			
Therapie/ Schadenminderung		Monitoring niederschwelliger Einrichtungen ²⁴	Monitoring niederschwelliger Einrichtungen ²⁵		
		Evaluation ABFD/Luzern ²⁶			
Epidemiologie		Klientel der niederschwelligen Einrichtungen I ¹⁶ , II ²⁷ , III ¹⁴		Klientel der niederschwelligen Einrichtungen IV ^{17,28}	
		Konsum der Jugendlichen ²⁹	"Verdeckte" Bevölkerung ^{30,31}	Frühwarnsystem ³²	
		Analyse vorhandener Daten ³³	Analyse vorhandener Daten ¹⁶	Analyse vorhandener Daten ¹⁴	Analyse vorhandener Daten ¹⁷

Der Ansatz ist auch auf den Benutzer ausgerichtet. Dies bedeutet, dass die Stichhaltigkeit und Angemessenheit der Evaluation in Bezug auf die zu evaluierende Situation, die gestellten Fragen sowie die Bedürfnisse des Benutzers (oder der Benutzer) in den Mittelpunkt gestellt werden. Das BAG möchte vor allem wissen, ob sein Vorgehen angemessen ist und inwiefern bzw. wie seine Aktionen verbessert werden können.

Der Hauptteil der Evaluation ist um ein Informationssystem herum angeordnet, das regelmässig auf den neuesten Stand gebracht wurde. Dieses umfasst:

- die Weiterführung der Aktionstheorien, dank denen für jeden Bereich von MaPaDro die wichtigsten Interventionsachsen sowie die Verknüpfung von Zwischen- und Endzielen unterschieden werden kann;
- ein Monitoring von Prozess- und Ergebnisindikatoren, das aus speziell für die Evaluation zusammengetragenen sowie aus externen Daten besteht;
- die Berücksichtigung anderer externer Evaluationen, die vom BAG in Auftrag gegeben wurden.

Kokain

Die bei der Bevölkerung...

merci de bien vérifier ce nouveau texte, les césures étaient introduites manuellement dans le fichier word, j'ai supprimé quelques traits d'union louches, mais votre lecture est plus sûre

Dieses Informationssystem ermöglicht es, auf die wichtigsten Fragen der Evaluation zu antworten:

- Sind die allgemeinen Ziele des MaPaDro sowie diejenige jedes Bereichs angemessen?
- Wie organisiert sich das BAG, um MaPaDro umzusetzen?
- Welche Kontrolle übt es auf die Entwicklung seiner Aktion aus?
- Welche Probleme tauchten auf und mit welchen Mitteln wird Abhilfe geschaffen?
- Fügt sich MaPaDro nahtlos in die gesamten Massnahmen ein, die in der Schweiz von anderen Partnern getroffen wurden (Kantone, Organisationen, Institutionen)? Unter welchen Bedingungen?
- Welche Aktionen wurden durchgeführt und mit welchen Resultaten (Zwischenoutputs)?

Resultate

Epidemiologie des Drogenkonsums

Die wichtigsten Instrumente, dank denen eine Evaluation der Entwicklung des Konsums verschiedener Substanzen und der damit verbundenen Probleme möglich ist, sind: die Queruntersuchungen, die bei der allgemeinen Bevölkerung, den Schülern und Schülerinnen, Jugendlichen und Drogenkonsumierenden durchgeführt wurden; die Statistiken von stationären und ambulanten Behandlungen (Methadon, Heroin); die Register der drogenbedingten Todesfälle sowie der Meldung von Infektionskrankheiten; die Daten zum Vollzug des Betäubungsmittelgesetzes (Anzeigen).

Heroin

Beim Heroinkonsum der erwachsenen Allgemeinbevölkerung verschiedener Alterskategorien ist Ende der Achtzigerjahre eine leichte Zunahme der Lebenszeitprävalenz mit einer Stabilisierung – beziehungsweise Abnahme – ab der zweiten Hälfte der Neunzigerjahre festzustellen. Gemäss den Umfragen bei der Bevölkerung scheint ein Grossteil des Heroinkonsums auch von kurzer Dauer zu sein. Das Alter beim Erstkonsum (Einstiegsalter) tendiert offenbar nicht nach unten. Andere Indikatoren, welche indirekt die Zahl der Konsumierenden messen (Statistiken zur Repression und Aufnahme einer Therapie, Umfrage

bei niederschweligen Einrichtungen), weisen alle in die gleiche Richtung.

Kokain

Die bei der Bevölkerung durchgeführten Befragungen zum Kokainkonsum weisen auf einen Anstieg der Lebenszeitprävalenz (2.7% im Jahr 1993 gegenüber 3.3% im Jahr 1998) sowie eine Stabilisierung des gegenwärtigen Konsums dieser Droge hin. Die indirekten Konsumindikatoren (Statistiken zur Repression sowie Umfragen in niederschweligen Einrichtungen) ermöglichen eine differenziertere Sicht der Dinge. So weisen die Daten auf einen wahrscheinlichen Anstieg des Kokainkonsums bei der Gruppe von Personen hin, welche die Droge in ihrer Freizeit konsumiert. Ausserdem ist (seit kurzem) insgesamt ein leichter Rückgang des Kokainkonsums der heroin-abhängigen Bevölkerungsgruppe zu verzeichnen, dies jedoch mit sehr grossen räumlichen und individuellen Variationen.

Cannabis

Beim Cannabiskonsum ist die Situation klar und die Daten stimmen überein. Ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz wird festgestellt. Seit Beginn der 1990er Jahre lässt sich ausserdem beobachten, dass das Einstiegsalter nach unten tendiert. Besonders ausgeprägt ist diese Zunahme bei den 15-Jährigen, wo er sich zwischen 1990 (8.5%) und 1998 (30.8%) mehr als verdreifacht hat. Analog dazu ist das Alter des Erstkonsums von 16.5 im Jahr 1992 auf 15.8 im Jahr 1997 gesunken. Bei zwei Dritteln der Fälle handelt es sich um wiederholten Konsum. Die neueste, im Jahr 2000 durchgeführte Umfrage bei den 15- bis 19-Jährigen weist zudem darauf hin, dass 6.5% der Befragten täglich Cannabis konsumieren. Bei den Älteren (17-30 Jahre) wird ein etwas weniger starker Anstieg verzeichnet, da ein Teil der Lebenszeitprävalenz auf frühere Generationen zurückzuführen war, die ihren Konsum wahrscheinlich eingestellt haben. Insgesamt hat mehr als ein Drittel der Bevölkerung in diesem Alter weiche Drogen konsumiert. All diese Daten zum Konsumverhalten werden durch indirekte Indikatoren wie die Entwicklung der Anzahl Anzeigen bestätigt. Schliesslich lässt sich auch ein Anstieg des THC-Gehalts der auf dem Markt angebotenen Cannabisprodukte beobachten.

Andere illegale Drogen

Zu den anderen illegalen Drogen (synthetische Stimulanten, Halluzinogene) sind weniger Daten verfügbar. Diese werden weniger systematisch gesammelt und es gibt bisher keine wiederholten Umfragen unter der Bevölkerung zu diesem Thema. Zwei Umfragen, die momentan bei den Jugendlichen durchgeführt werden, werden hier mehr Klarheit schaffen. Die bis anhin in der Technoszene gemachten Umfragen zeigen, dass es eine Gruppe von Verbrauchern gibt, welche diese Substanzen in der Freizeit konsumieren. Es wird jedoch ein verstärkter Konsum gemeldet und zudem werden häufig Substanzen gemischt.

Gesundheitsbezogene und soziale Indikatoren

Gerade bei der Schadenminderung sowie der Bewahrung einer akzeptablen sozialen Situation wurden bemerkenswerte Fortschritte erzielt.

- In den Umfragen bei Besuchern von niederschweligen Einrichtungen nimmt die Zahl der Drogen injizierenden Personen allmählich ab. Dasselbe gilt für Personen, die seit kurzem Drogen injizieren. Auch die durchschnittliche wöchentliche Injektionszahl sowie die Zahl der Mehrfachkonsumierenden geht zurück.
- Die Zahl der Personen, die sich in Therapie befinden, nimmt weiter zu. Diese Entwicklung weist aber nicht auf einen Anstieg der Drogenabhängigen hin, sondern vielmehr auf einen steigenden Anteil an Personen, die sich in Therapie befinden. Der Schweregrad der Probleme hat sich somit verringert.
- Die Anzahl der drogenbedingten Todesfälle nimmt ab. Dies gilt insbesondere für die Todesfälle infolge Aids.
- Seit 1989 hat die Anzahl neuer HIV-Fälle bei Drogenkonsumierenden stark abgenommen. Sie scheint sich bei etwa 70 Fällen pro Jahr einzupendeln.
- Hingegen hat die Prävalenz von Hepatitis und insbesondere von Hepatitis C zugenommen. Betroffen sind vor allem Personen, die niederschwellige Einrichtungen aufsuchen.
- Bei Mitbenutzen von Spritzen/Nadeln wurde in den letzten Jahren eine leicht steigende Tendenz beobachtet. Obwohl Mitbenutzen von Material zur Vorbereitung einer Injektion im Abnehmen begriffen ist,

kommt es doch immer noch häufig vor und stellt vermutlich ein besonderes Ansteckungsrisiko mit dem Hepatitis-C-Virus dar. Dieser wird einfacher übertragen als der HI-Virus.

- Der Gebrauch von Präservativen ist unverändert oder leicht im Abnehmen begriffen, wobei das Schutzniveau höher ist (Gelegenheitspartner, Kunden von Prostituierten). Davon ausgenommen sind feste Partnerschaften.
- Bei den Drogenkonsumierenden ohne festen Wohnsitz ist ein Rückgang zu verzeichnen.
- Nicht verbessert hat sich in den letzten Jahren hingegen der Zugang zum Arbeitsmarkt.
- Die Zahl der Empfänger von Sozialversicherungsleistungen (IV, Arbeitslosenversicherung) hat zugenommen. Dasselbe gilt für den Anteil der Personen, die von der Sozialhilfe oder Fürsorge abhängig sind. Abgenommen hat hingegen die Zahl der Personen mit illegalen Einkommen.

Begleitung und Beurteilung des MaPaDro (1999-2002)

Für jeden Bereich des MaPaDro gibt es im ausführlichen Bericht ein unabhängiges Unterkapitel, das die Themen sowie die Antworten zu folgenden Fragen zusammenfasst:

- Allgemeine Situation in der Schweiz: Welche Bedürfnisse bestehen und welche Mittel sind vorhanden?
- Ziele und Strategie des BAG: Welche Veränderungen möchte das BAG mit dem MaPaDro erreichen und wie soll dies geschehen?
- Umsetzung und Realisierungen: Welche Massnahmen wurden umgesetzt und was wurde erreicht?
- Einschätzung der Massnahmen des BAG: Stimmen die Ziele und die Strategie des BAG mit den Bedürfnissen und Mitteln in der Schweiz überein und entspricht die Umsetzung der Massnahmen den Zielen des BAG?

In Bezug auf die vom BAG geplanten Aktivitäten lässt sich feststellen, dass im Zeitraum 1999-2002 verschiedene Ziele erreicht worden sind (Institutionalisierung der heroingestützte Behandlung, verbesserte Verwertung und Bekanntmachung der Forschungs- und Evaluationsarbeiten, schrittweise Restrukturierung des Sektors der stationären Behandlungen, Realisierung einer Studie im Bereich Sekundärprävention, Einführung eines neuen Fort- und Weiterbildungsprogramms usw.). In anderen Fällen (Verbesserung der Qualität der Methadonbehandlungen, Harmonisierung der Präventionsprogramme, Qualitätssicherung in den Bereichen Forschung und Evaluation, Einrichtung eines qualitativ hochstehenden epidemiologischen Monitorings, Reorganisation der Koordinationsorgane usw.) wurden die gesteckten Ziele noch nicht erreicht.

Für die einzelnen Bereiche können noch folgende Befunde gemacht werden:

Bei den verschiedenen Präventionsprogrammen des BAG wurden erste Synergien erschlossen, wobei dies durch die Schaffung einer Dienststelle zur Prävention und Gesundheitsförderung, welche die Leitung der gesamten Programme innehat, begünstigt wird. Derzeit sind die Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme jedoch noch sehr heterogen und die verfügbaren Daten lassen sich nicht vergleichen.

Bei der Einführung einer einheitlichen Finanzierung der stationären Behandlungen (FISu) wurden bereits wichtige Hürden überwunden. Ein anderes Projekt in diesem Sektor hat in den letzten Jahren ebenfalls an Bedeutung gewonnen. Es handelt sich um das Qualitätssicherungssystem QuaTheDA, welches eine Ergänzung zum Finanzierungssystem darstellt und zu einer Neugestaltung der Leistungen führt, die von den Einrichtungen zur stationären Behandlung erbracht werden.

Bei den ambulanten Behandlungen war erst in der letzten Etappe des Programms eine Qualitätsverbesserung festzustellen. Dank der Nationalen Substitutionskonferenz (NaSuKo) sollte es möglich sein, in diesem Bereich bessere Praktiken einzuführen. Dies insbesondere dank der neuen Guidelines für die Indikation und Verschreibung von Methadon. Ausserdem haben die Projekte zur Vernetzung der verschreibenden Ärzte MedRoTox und MeTiTox gezeigt, dass eine Unterstüt-

zung durch Peers eine intelligente und zugleich effiziente Strategie für Aktionen bei Hausärzten darstellt. Die Institutionalisierung der heroingestützten Behandlung ist inzwischen auch erreicht worden.

Bei den Zahlen, welche sich das BAG für den Strafvollzugsbereich zum Ziel gesetzt hat, stellen sich hingegen Probleme. Einerseits gibt es keine regelmässigen Daten, mit deren Hilfe die Entwicklung des Behandlungsangebotes im Gefängnis überprüft werden kann, andererseits scheint die Tätigkeit des BAG in diesem Bereich nicht mehr vorrangig zu sein.

Zweifellos trägt das Engagement der Schweizerischen Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD) zur Erreichung der in diesem Bereich gesetzten Ziele bei. So möchte man die Massnahmen auf kantonaler und kommunaler Ebene dauerhaft verankern und die Versorgung mit Injektionsmaterial in der Schweiz verbessern. In welchem Ausmass dies bereits verwirklicht wurde, lässt sich allerdings nicht feststellen. Eine bessere Einschätzung dieses Beitrags werden das aktuelle Inventar der Arbeits- und Unterkunftsangebote sowie die nächste Evaluation der FASD ermöglichen.

Das BAG beteiligte sich zehn Jahre lang aktiv an der Entwicklung verschiedener epidemiologischer Instrumente und der Lancierung eines wichtigen Projektes zur Harmonisierung der Behandlungsstatistiken (Actinfo). Bei diesen Projekten trat jedoch einerseits eine zu starke Zersplitterung ein oder sie erfolgten mit Verspätung. Somit fehlt in der Schweiz immer noch ein koordiniertes System für die Überwachung des Drogenkonsums.

Das BAG hat zahlreiche Aktivitäten zum Wissensaustausch durchgeführt. Dazu gehört die Sammlung von Resultaten aus Forschungen und Evaluationen, die im Rahmen von MaPaDro durchgeführt wurden, die Präsentation der laufenden Forschungsarbeiten im ARAMIS, die Bekanntmachung und Auswertung der Studien in der Informationsschrift spectra sowie die Organisation verschiedener Konferenzen zur Förderung des Austausches zwischen Forschern und Praktikern.

Das BAG hat eine Evaluation für sein nationales Koordinationssystem in Auftrag gegeben, um dieses zu verbessern. Die Resultate der Evaluation haben bis anhin

in diesem Bereich nicht zu Reformen geführt und somit ist das System offenbar noch nicht optimiert worden.

Wichtigste Empfehlungen

- 1 Entwicklung eines kohärenten Überwachungssystems für den Drogenkonsum in der Schweiz: Harmonisierung der verschiedenen bestehenden Instrumente, Schliessen von Kenntnislücken (Indikatoren für die Therapien, Frühwarnsystem) und Optimierung der Koordination der verschiedenen Tätigkeiten (Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, epidemiologisches Monitoring, Begleitforschung der Revision des Betäubungsmittelgesetzes).
- 2 Entwicklung eines langfristigen Rahmenprogramms für die Methadonbehandlungen. Dieses soll die Aktivitäten im Forschungsbereich, die Unterstützung von Projekten zur Qualitätsförderung sowie den Informationsaustausch zwischen den betroffenen Akteuren (Kantonen, Fachleuten) fördern. Das im Rahmen des Programms zur heroingestützte Behandlung erworbene Know-how und die entsprechenden Erfahrungen sollten auch auf die Methadonbehandlung übertragen werden.
- 3 Verstärkung der Harmonisierung, Kohärenz und Vergleichbarkeit der Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme. Die verschiedenen Elemente der BAG-Strategie (nationale Abdeckung, Aktivitäten innerhalb der Lebensräume der Jugendlichen, Einsatz von Multiplikatoren, lokale Verankerung der Aktivitäten, Ausbau der Früherkennung und frühzeitigen Behandlung) sollten bei sämtlichen Programmen im Zentrum stehen.
- 4 Weiterführung der Realisierung von einem oder mehreren Inventaren über das Dienstleistungsangebot im schweizerischen Drogenbereich. Dabei handelt es sich um ein wichtiges Instrument, das bei der Planung des BAG zum Grundinstrumentarium gehören sollte.
- 5 Klärung der Situation im Bereich der Hilfe an Drogenkonsumierenden im Gefängnis.

Da sich der Status von Cannabis mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes verändern könnte, wird eine stärkere Koordinierung der auf die legalen und illegalen Drogen ausgerichteten Gesundheitsprogramme notwendig sein. Wünschenswert wäre eine zukünftige Annäherung der Drogen-, Alkohol- und Tabakprogramme.

Bibliografische Referenzen

- 1 Widmer J, Zbinden-Zingg P. *Discours sur la drogue dans les médias suisses 1991*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81.3).
- 2 Boller B. *Der Drogendiskurs der Schweizer Presse: Zweijahresbericht 1993-1994*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.2).
- 3 Boller B, Coray R, Widmer J. *Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien I*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.6).
- 4 Widmer J, Tröhler M, Ingold G, Terzi C. *Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien II = Drogen, médias et société: études II*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no.111.8).
- 5 Boller B, Coray R. *Der Drogendiskurs der Schweizer Presse; Dreijahresbericht 1993-1995: eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.9).
- 6 Widmer J, Boller B, Coray R. *Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit: Logik der Medien und Institutionen*. Basel: Helbing & Lichtenhahn; 1997.
- 7 Leuthold A, Cattaneo M. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: phase I. Sichtbarkeit und Akzeptanz der Phase I der nationalen Drogenkampagne 1991-1992. Ergebnisse einer Umfrage*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1992. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81.2).
- 8 Leuthold A, Cattaneo M, Dubois-Arber F. *Die Schweizer Bevölkerung und das Drogenproblem: Problem-sicht und Lösungsvorschläge*. Soz- Präventivmed 1993; 38: 206-16.
- 9 Heim G, IPSO Sozialforschung. *Repräsentative Befragung (Phase T1) zur Wahrnehmung und Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -Konsum*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no.111.5).
- 10 Bergman M, Cattacin S, Lucas B, Wernli B. *Libéraliser, réduire les risques, soigner ou réprimer? L'opinion de la population suisse à l'égard de la politique en matière de drogue*. Genève: Université de Genève, Département de science politique; 1997. (Travaux et communications 8/1997).
- 11 Zobel F, Gervasoni JP, Jeannin A. *Enquête auprès des partenaires de l'Office fédéral de la santé publique dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 43).
- 12 Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B. *Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich*. Lausanne: IUMSP; 1999. (Raisons de santé, 37a).
- 13 Ernst M-L, Spencer B. *Suchtprävention bei Jugendlichen: die Rolle der Polizei und der Jugendgerichte*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 84b).
- 14 Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, et al. *Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Dritter zusammenfassender Bericht 1997-1999*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- 15 Zobel F, So-Barazetti B. *La gestion de l'innovation dans le cadre du ProMeDro*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- 16 Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Phase II: deuxième rapport de synthèse, 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111).

- ¹⁷Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. *Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Vierter zusammenfassender Bericht 1999-2002*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.
- ¹⁸Kellerhals C, Gervasoni JP. *Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 42).
- ¹⁹Jeannin A, So-Barazetti B, Spencer B. *Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie: l'appréciation des responsables de programme*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 82).
- ²⁰Zeugin P, Panchaud C. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, phase I: enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1992. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81.1).
- ²¹Boller B, Martin G. *Action cirque, rapport de 1993 et 1994: évaluation d'une campagne de prévention et de sensibilisation de l'OFSP*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.4).
- ²²Devos T, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. *Prévention secondaire des toxicomanies: analyse d'une stratégie*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Rapport non publié).
- ²³Fahrenkrug H. *Prévention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.3).
- ²⁴Benninghoff F, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. *Monitoring des activités des structures à bas-seuil d'accès pour consommateurs de drogues en Suisse: remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux*. *Soz- Präventivmed* 1996; 41: 5-14.
- ²⁵Benninghoff F. *Monitoring der niederschweligen Einrichtungen mit Injektionsmaterial in der Schweiz 1993-1999*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- ²⁶Ronco C, Spuhler G. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Phase II: Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums der Drogenabhängige in Luzern*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.1).
- ²⁷Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. *Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse*. *Revue Epidémiologique de Santé Publique* 1998; 46: 205-17.
- ²⁸Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. *Health and social trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000)*. (in submission).
- ²⁹Konings E, Narring F, Michaud PA, Dubois-Arber F. *Identifying adolescent drug users: Results of a national survey on adolescent health in Switzerland*. *J Adolesc Health* 1995; 16: 240-7.
- ³⁰Kübler D, Hausser D. *Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical: étude exploratoire auprès d'une population cachée*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.7).
- ³¹Hausser D, Kübler D, Dubois-Arber F. *Characteristics of heroin and cocaine users unknown to treatment agencies: Results from the Swiss hidden population study*. *Soz Praeventivmed* 1999; 44 (5): 222-32.

³²Zobel F, Arnaud S. *Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 79).

³³Cattaneo M, Leuthold A, Paccaud F, Dubois-Arber F. *Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme, Phase I: Erste Bilanz 1991-1992*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81c).

Das MaPaDro

In diesem Kapitel wird das Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) vorgestellt, das Gegenstand dieser Globalevaluation ist. Dabei werden folgende Aspekte betrachtet:

- die Rolle des MaPaDro in der Drogenpolitik des Bundes;
- die Organisation des Programms;
- seine Ziele;
- seine Prioritäten.

Diese Elemente sollten es der Leserschaft erlauben, den Inhalt und die Besonderheiten des Programms besser zu erfassen.

Einführung

Das Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) ¹ wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) aufgrund eines Beschlusses ausgearbeitet, den der Bundesrat im 1991 erlassen hat. Der Bundesrat wollte auf die zunehmenden Drogenprobleme in der Schweiz reagieren, vor allem auf den gestiegenen Heroinkonsum, die Zunahme der HIV-Infektionen bei den Drogen injizierenden Personen und auf die zahlreichen sozialen Probleme rund um die offenen Drogenszenen in einigen Deutschschweizer Städten.

Das Programm wurde für eine Dauer von fünf Jahren angelegt, also bis zum Jahr 1997. Es wurde anschliessend verlängert und schliesslich am 31. Dezember 2001 abgeschlossen. Derzeit werden die Programmativitäten fortgeführt, aber eine offizielle Entscheidung über die Erneuerung des MaPaDro steht noch aus.

Das MaPaDro in der Drogenpolitik des Bundes

Seit 1994 wird die Drogenpolitik des Bundes als Vier-Säulen-Politik definiert. Gemäss diesem Modell ist eine wirksame Politik in diesem Bereich nur durch ausgewogene Interventionen in den Bereichen Prävention, Therapie und Wiedereingliederung, Schadenminderung und Repression möglich². Das MaPaDro nimmt in dieser Politik einen wichtigen Platz ein, da es die Hauptaktivitäten des Bundes im Rahmen der ersten drei Säulen im Gesundheitsbereich, nämlich der Prävention, Therapie und Schadenminderung, umfasst. Beteiligt an den Aktivitäten im Zusammenhang mit diesen drei Säulen sind nebst dem BAG das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) und das Bundesamt für Statistik (BFS). Die Repression fällt hingegen hauptsächlich in die Zuständigkeit des Bundesamtes für Polizei (fedpol. ch) und des Bundesamtes für Justiz (BJ). Die Koordination zwischen diesen verschiedenen Verwaltungsstellen gehört natürlich auch zur Vier-Säulen-Politik des Bundes. Sie erfolgt häufig über Interventionen im Rahmen des MaPaDro, wobei das BAG eine führende Rolle übernimmt.

Die gesundheitspolitische Arbeit des Bundes im Bereich der Drogenpolitik beschränkt sich aber nicht allein auf die vom BAG im Rahmen des MaPaDro unternommenen Aktivitäten. Sie umfasst auch die Ausarbeitung der schweizerischen Politik im Drogenbereich (Parlament, Bundesrat, Abstimmungen), die Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG), die internationale politische Zusammenarbeit, die Kontrolle der zu medizinischen Zwecken verwendeten Betäubungsmittel und andere Aspekte, die mit diesen Substanzen in Zusammenhang stehen. Diese verschiedenen Elemente der Tätigkeit des Bundes werden in dieser Globalevaluation nicht berücksichtigt.

Die Rolle des Bundes bei den gesundheitspolitischen Interventionen zur Drogenproblematik ist im Betäubungsmittelgesetz (Art. 15a und 15c) festgelegt und richtet sich auch nach den drogenpolitischen Beschlüssen des Bundesrates. Die Interventionen des Bundes sollen primär die Anstrengungen der übrigen Akteure, d.h. der Kantone, der Gemeinden und der privaten Organisationen, unterstützen (Komplementaritätsprinzip).

Organisation des MaPaDro

Das MaPaDro³ umfasst eine Reihe von Interventionen des BAG zur Verminderung der Drogenprobleme. Diese sind in ein Langzeitprogramm eingebettet, das durch gemeinsame Ziele (siehe weiter unten), verschiedene Interventionsbereiche und vier hauptsächliche Aktionsstrategien definiert wird.

Eine der Besonderheiten des MaPaDro besteht darin, dass es eine ganzheitliche Herangehensweise an die mit den Drogen verbundenen Gesundheitsprobleme darstellt. Das Programm ist in **Bereiche** unterteilt, welche die verschiedenen Interventionsthemen und den Erwerb von Kenntnissen zu dieser Problematik abdecken:

- die drei gesundheitsbezogenen Säulen der schweizerischen Drogenpolitik: **Prävention, Therapie und Schadenminderung**;
- Begleitmassnahmen: Ausbildung der Fachleute, Forschung, Epidemiologie, Evaluation, nationale Koordination;
- ein spezieller Aktionsplan für die **Gesundheit der Migranten**.

In der Vergangenheit gehörte noch eine weitere Begleitmassnahme (nationale Sensibilisierungskampagne) und ein weiterer spezieller Aktionsplan (Gefängnisbereich) zum Programm. Aus verschiedenen Gründen wurden diese beiden Elemente aus dem MaPaDro herausgenommen, einige ihrer Aktivitäten werden jedoch weitergeführt.

Für jeden Bereich (Säulen, Begleitmassnahmen und spezieller Aktionsplan) hat das BAG Ziele, Strategien und spezifische Massnahmen ausgearbeitet⁴. Diese verschiedenen Elemente werden weiter unten in diesem Bericht vorgestellt, wenn die Entwicklung der Arbeiten für jeden Bereich des MaPaDro behandelt wird.

Zusätzlich zu den bereichsspezifischen Ansätzen hat das BAG auch vier bereichsübergreifende Aktionsstrategien entwickelt, die für das gesamte Programm gelten. Diese beinhalten verschiedene Vorgehensweisen, die es dem Bund erlauben, die Tätigkeit der anderen Akteure in der Schweiz zu unterstützen:

- Information und Dokumentation;
- Förderung erprobter Modelle sowie von Innovationen;

- Koordination und Harmonisierung;
- Qualitätsförderung.

Auf der organisatorischen Ebene wurde die Federführung der Hauptaktivitäten des MaPaDro der Facheinheit Sucht und Aids des BAG übertragen, wobei die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von zwei Sektionen dieser Facheinheit, der Sektion Drogen und der Sektion Grundlagen und Forschung hauptsächlich mit der Umsetzung des Programms betraut sind. Im Jahr 2001 bzw. 2002 haben die beiden wichtigsten Programmverantwortlichen, der Leiter der Facheinheit Sucht und Aids und der Chef der Sektion Drogen, ihr Amt niedergelegt. In beiden Fällen hat es mehrere Monate gedauert, bis ein Nachfolger gefunden werden konnte.

Was die Mittelausstattung betrifft, so hat der Bund dem BAG ein Interventionsbudget zugewiesen, mit dem es sein Programm zur Verminderung der Drogenprobleme umsetzen kann. Derzeit beträgt dieses Budget etwa 18 Millionen Franken pro Jahr (Zeitraum 1998-2002). Ein Teil des Budgets ist für Gemeinschaftsaktionen mit den Aids-, Alkohol- oder Tabak-Programmen bestimmt, sofern eine gemeinsame Zielsetzung besteht. Im BAG stehen für die Aktivitäten im Rahmen des MaPaDro rund fünfzehn Mitarbeiterstellen zur Verfügung⁵.

Ziele und erwartete Resultate

Die **Ziele** des MaPaDro beziehen sich auf die **drei Säulen** der Drogenpolitik des Bundes, die den Gesundheitsbereich betreffen:

- den Einstieg in den Drogenkonsum verringern und die Entstehung einer Sucht verhindern (**Prävention**);
- die Möglichkeiten für einen Ausstieg aus der Abhängigkeit verbessern (**Therapie und Wiedereingliederung**);
- die Lebensbedingungen und den Gesundheitszustand der Drogenkonsumierenden verbessern, Risiken vermindern und die soziale Integration erhalten (**Schadenminderung und Überlebenshilfe**).

Von der Verwirklichung dieser Ziele erwartet man folgende **Ergebnisse**:

- eine signifikante Verringerung der Anzahl abhängiger Personen, die harte Drogen konsumieren;
- eine Verminderung der schweren Gesundheitsschä-

den und der Beeinträchtigung der Lebensbedingungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum und dem Drogenmissbrauch;

- eine Reduzierung der sozialen Folgen der Drogenprobleme.

Die Prioritäten des MaPaDro 1998-2002

Die Programmverantwortlichen haben eine Reihe von Prioritäten festgelegt, mit denen die Aktionen gesteuert und die oben erwähnten Ziele erreicht werden sollen³. Einige dieser Prioritäten betreffen die Bundespolitik oder das Bundesrecht im Drogenbereich und werden hier nicht erwähnt, da sie nicht Bestandteil des MaPaDro sind. Die übrigen werden nachfolgend präsentiert und zudem weiter hinten im Bericht bei der Beurteilung der Entwicklung des Programms erneut behandelt:

Erweiterung der Verpflichtung des Bundes zur **Primär- und Sekundärprävention** sowie der Früherkennung und Früherfassung von Gefährdeten, um eine Entwicklung hin zur Abhängigkeit zu vermeiden. Die Notwendigkeit von langfristigen und im Gemeinwesen gut verankerten Ansätzen wird unterstrichen. Im

Besonderen:

- Umsetzung von Synergien der verschiedenen Primär- und Sekundärpräventionsprogrammen, welche vom BAG eingeführt oder unterstützt werden.
- Realisierung eines Forschungsprogramms zur Früherfassung und Früherkennung von gefährdeten Jugendlichen (supra-f). Wissenschaftliche Erforschung von Machbarkeit und Wirksamkeit dieses Ansatzes im schweizerischen Umfeld.
- Konzentration der Mittel des BAG auf die Prävention.

Konsolidierung und Koordination von Therapieangeboten, um die Möglichkeit des Drogenausstiegs zu erhöhen. Im Besonderen:

- Vereinbarung für ein ausgeglichenes Finanzierungssystem der abstinenzorientierten Therapien innerhalb des Sozialversicherungssystems und des finanziellen Lastenausgleichs Bund/Kantone. Dies unter Berücksichtigung der verschiedenen notwendigen Angebote, eingeschlossen jene, die ein vorzeitiges therapeutisches Eingreifen vorsehen.
- Einleiten einer Qualitätsverbesserung der Therapien mit Methadonsubstitution im Hinblick auf eine verbesserte Haltequote.
- Ärztliche Verschreibung von Heroin als integriertes Angebot im Netz der Drogentherapien.
- Verbesserung des Therapieangebotes und der Schadenminderung in Verbindung mit Drogenkonsum in mindestens 1/3 der Strafvollzugsanstalten, resp. bei 1/3 der Gefängnisplätze.

Konsolidierung des Massnahmenangebotes zur **Schadensverminderung** und dem Erhalt des sozialen Netzes für Abhängige und Drogenkonsumenten. Im Besonderen:

- Die Dauerhaftigkeit der notwendigen Massnahmen zur Schadensverminderung im Rahmen der Drogenpolitik von Städten und Kantonen sichern, die Kontinuität von Institutionen und ihre Finanzierung fördern.
- Erhöhung der Zugänglichkeit zu Spritzenmaterial in noch unterdotierten Regionen und Städten, um diesbezüglichen Bedürfnissen flächendeckend im ganzen Land nachzukommen.
- Qualitätsverbesserung der Massnahmen zur Schadenminderung und zum Erhalt der sozialen Integration, indem die Kooperation im Netz von Prävention und Therapie sowie Schutz der Bevölkerung verbessert wird.
- Verbesserung des Therapie-Angebotes zur Schadenminderung in mindestens 1/3 der Strafanstalten resp. 1/3 der Anzahl Gefängnisplätze.

Einrichtung und effizienter Betrieb einer Beobachtungsstelle für ein **nationales epidemiologisches Monitoring** nach dem Modell der "REITOX-Knotenpunkte" der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

Zuverlässige Weiterleitung der Ergebnisse aus den **epidemiologischen Studien**, den **wissenschaftlichen Forschungsarbeiten** und den **Evaluationen** im Drogenbereich an die Fachleute vor Ort und an die Entscheidungsträger.

Einleitung eines Verfahrens zur **Qualitätsförderung und zum Qualitätsmanagement** für das gesamte Massnahmenpaket Drogen. Dieses an die verschiedenen Bereiche angepasste Verfahren soll von mehr als der Hälfte der mit Drogenproblemen befassten Institutionen und Entscheidungsträgern (Bund, Kantone, Gemeinden, private Institutionen) verwendet werden bzw. für diese von Nutzen sein.

Optimierung und **Koordination** der Zusammenarbeit zwischen den **verschiedenen Gremien**, insbesondere der Konferenz der kantonalen Delegierten für Suchtfragen (KKBS) und des Nationalen Drogenausschusses (NDA).

Bibliografische Referenzen

- ¹ *Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Ein Grundlagenpapier des Bundesamtes für Gesundheitswesen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1991.
- ² *Daten und Fakten zur Drogenpolitik des Bundes*. Bundesamt für Gesundheit/Facheinheit Sucht und Aids, Ed. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1998.
- ³ Bundesamt für Gesundheit. *Massnahmenpaket des Bundes im Bereich der Gesundheit zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) 1998-2002*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1998.
- ⁴ Kellerhals C, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. *Drogues illégales et santé publique: stratégies de la Confédération: étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4^e phase 1999-2003*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 76).
- ⁵ Kellerhals C, Thomas R, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. *Les mesures de santé publique de la Confédération en matière de drogues illégales: monitoring 1999-2000: étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4^e phase 1999-2003*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 77).

Globalevaluation

Die ersten Arbeiten im Rahmen der Globalevaluation des Massnahmenpakets des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) begannen 1991. Somit wird die Entwicklung dieses Programms seit über zehn Jahren von einer externen Institution untersucht und beurteilt. Der vorliegende Bericht schliesst die vierte Evaluationsphase ab, die den Zeitraum 1999-2002 abdeckt.

In diesem Kapitel werden nach einem kurzen Überblick über den bisherigen Verlauf der Evaluation die verschiedenen Merkmale der letzten Phase aufgezeigt:

- die allgemeinen Ziele der Evaluation;
- der konzeptuelle Rahmen der Evaluation;
- die angewandten Methoden und durchgeführten Studien.

Abschliessend folgt ein Hinweis, der zu Zurückhaltung bei kausalen Interpretationen mahnt. Es ist nämlich oft schwierig, einen direkten Zusammenhang zwischen den Aktionen des BAG und der Entwicklung der epidemiologischen Indikatoren des Drogenkonsums festzustellen, weil die Tätigkeiten anderer Akteure (Kantone, Gemeinden, Institutionen) sowie einige bestimmte Phänomene (Entwicklung des Drogenmarktes, neue Tendenzen bei den jüngeren Generationen) ebenfalls Auswirkungen auf die vom MaPaDro anvisierten Probleme haben.

Einführung

Eine der Besonderheiten des MaPaDro im internationalen Vergleich besteht sicherlich darin, dass es von Beginn an einer externen Globalevaluation unterzogen worden ist und diese sich während über zehn Jahren fortgesetzt hat.

Als das BAG 1991 sein Drogenprogramm lancierte,

verlangte es von den Evaluationsbeauftragten einen Bericht über die verschiedenen verfügbaren oder wünschenswerten epidemiologischen Indikatoren für den Drogenkonsum. Diesem folgte eine Bilanz der allgemeinen Drogensituation in der Schweiz für den Zeitraum 1990-1992 (Phase 1) ¹, worin die Evaluationsmethode skizziert wurde: Sie sollte global und überwiegend *goal-based* sein (der epidemiologische Teil, der eine Synthese der Daten zur Konsumprävalenz und zum Schweregrad der mit dem Drogenkonsum einhergehenden Probleme bildet). Zudem sollte sie, nach eher klassischer Art, das systematische Sammeln von Informationen über Entscheidungsprozesse und Aktivitäten sowie die Merkmale, Wirkungen und Rahmenbedingungen der vom BAG durchgeführten Massnahmen beinhalten.

Der zweite Globalevaluationsbericht bezog sich auf den Zeitraum 1990-1996 ^{2,3} und umfasste die beiden ersten Evaluationsphasen (1990-1992 und 1993-1996). Darin wurden insbesondere die vom BAG und den Kantonen getroffenen Massnahmen sowie die epidemiologischen Daten zum Drogenkonsum in der Schweiz analysiert. Nach der Veröffentlichung dieses Berichts verlangte das BAG von den Evaluationsbeauftragten, ihre Methode etwas abzuändern und ihre Arbeit gezielter auf die im Rahmen des MaPaDro durchgeführten Tätigkeiten auszurichten. Von da an konzentrierten sich die Evaluationsfragen vorwiegend auf die Aktionen des BAG und weniger auf die allgemeine Situation in der Schweiz.

Ab der dritten Evaluationsphase (1996-1999) wandten die Evaluationsbeauftragten neue Methoden und neue Instrumente an, vor allem Aktionstheorien oder logische Modelle, um die mit jeder einzelnen Massnahme des MaPaDro verbundenen spezifischen Ziele zu erkennen. Der Schlussbericht zur dritten Phase ⁴ befasste sich somit insbesondere mit den Aspekten der Konzeption/Planung des Programms und mit der Durchführung der Aktivitäten entsprechend den damit verbundenen Zielen.

In der vierten Evaluationsphase (1999-2002), die Gegenstand des vorliegenden Berichts ist, wurde das Konzept der vorhergehenden Phase weitgehend übernommen und ein besonderes Augenmerk auf die Umsetzung und Durchführung des Programms gerich-

tet. Gleichzeitig beauftragte das BAG ein auf Politikwissenschaften spezialisiertes Forscherteam, die politische Verankerung des MaPaDro zu evaluieren⁵. Der Bericht dazu wird separat veröffentlicht.

Zu beachten ist, dass die Evaluation der vom BAG seit 1991 in Auftrag gegebenen spezifischen Projekte grundsätzlich nicht zur Globalevaluation gehört, zumal in den meisten Fällen andere Forscher damit betraut werden. Dennoch kann die Globalevaluation auf Wunsch des BAG auch solche Bereiche mit einbeziehen.

Ein wesentlicher Teil der Globalevaluation des MaPaDro besteht auch in der Auswertung von Daten aus Evaluationen, Forschungsarbeiten und Statistiken anderer Forschungsinstitute in der Schweiz.

Allgemeine Ziele der Evaluation

Die allgemeinen Ziele der Globalevaluation des MaPaDro lauten:

- Beschaffung von Informationen, die zur Verbesserung der vom BAG im Rahmen des Programms ergriffenen Massnahmen beitragen könnten;
- Unterstützung der für die Entwicklung und Umsetzung des Programms verantwortlichen Personen beim Fällen der richtigen Entscheidungen;
- Unterstützung bei der Entscheidungsfindung und der Auswahl unter mehreren Optionen.

Konzeptueller Rahmen der Globalevaluation

In Übereinstimmung mit den oben genannten Zielen wurde die Evaluation so konzipiert, dass sie folgende Aufgaben einschliesst:

- alle Hauptbestandteile der MaPaDro-Strategie einer permanenten Evaluation unterziehen;
- rasche und richtige Antworten geben und dabei die für das Erkennen der Erfolgs- oder Misserfolgskriterien benötigten Informationen liefern, damit an der MaPaDro-Strategie die erforderlichen Korrekturen vorgenommen werden können;
- das Auftreten von Konflikten und besonderen Problemen, welche vom MaPaDro hervorgerufen werden,

überwachen und Möglichkeiten aufzeigen, wie diese besser bewältigt werden können;

- die Eigenschaften bestimmter besonders gefährdeter Untergruppen der Bevölkerung erforschen, um die Planung und Ausgestaltung angemessener Interventionen zu erleichtern und die Veränderungen mitzuvollziehen;
- den Mangel an Basis- und Routinedaten ausgleichen;
- bei der Gestaltung der Evaluation Flexibilität wahren, damit neue Wünsche des BAG berücksichtigt werden können;
- die Ergebnisse der Evaluation unter sämtlichen betroffenen Akteuren (Politiker, Verantwortliche des MaPaDro, involvierte Berufsgattungen, Forscher, Zielgruppen, breite Öffentlichkeit usw.) in passender Form verbreiten.

Für die dritte und vierte Phase wurde eine **globale**⁶ Evaluationsmethode gewählt, mit der die Elemente der **Konzeption/Planung**, der **Umsetzung** und der **Ergebnisse** des MaPaDro (**Outputs** und **Outcomes**)^a sowie die relevanten Elemente des sozialen Umfelds erfasst werden können. Die Evaluation **begleitet** zudem die Konzipierung und Umsetzung. Sie entwickelt und vervollständigt sich somit im Laufe der Zeit. Die verschiedenen Elemente und Ebenen der BAG-Strategie werden durch eine Reihe von Studien und komplementären Analysen ermittelt, die zusammen ein Gesamtbild der Situation ergeben.

Die Methode ist **benutzerorientiert**⁷, d.h. der Schwerpunkt liegt auf der Relevanz und Angemessenheit der Evaluation in Anbetracht der zu evaluierenden Situation, auf den gestellten Fragen und den Bedürfnissen der Benutzerschaft. Die Evaluation kann sich daher an geänderte Fragestellungen anpassen. Dieser Ansatz, der kein festes Modell darstellt, bietet einen grossen Spielraum bei der Wahl und Kombination der Methoden, die zur Beantwortung der in einer Globalevaluation gestellten Fragen eingesetzt werden.

^a Unter *Output* verstehen wir die direkten Ergebnisse des Programms in Bezug auf den Prozess (Anzahl der durchgeführten Aktionen, der erreichten Personen, der an den Aktionen beteiligten Organisationen usw.). *Outcome* bezeichnet die Ergebnisse bei den Zielgruppen des Programms, d.h. die eigentlichen Wirkungen (Veränderungen von Konsumprävalenz, Konsumformen, Gesundheitszustand und sozialer Eingliederung der Konsumierenden, usw.).

Das BAG möchte vor allem wissen, ob sein Vorgehen angemessen ist und inwieweit bzw. wie seine Aktionen verbessert werden können. Es erwartet ein regelmässiges Feedback über die Entwicklung, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Effizienz seiner Aktionen. Über die Ergebnisse der Evaluation ist regelmässig (ein- bis zweimal jährlich) Bericht zu erstatten, damit an der Strategie nötigenfalls Anpassungen vorgenommen werden können.

Die Globalevaluation untersucht einerseits das MaPaDro **in seiner Gesamtheit** und beleuchtet andererseits die **relevanten/prioritären Elemente seiner verschiedenen Teilbereiche**. Allerdings kann die Evaluation natürlich nicht alle Bereiche in gleichem Masse abdecken, weshalb in Absprache mit dem BAG eine Auswahl getroffen wurde.

Methode

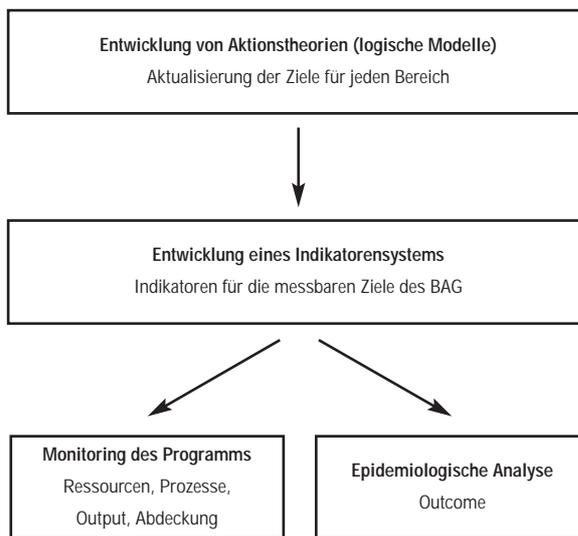
In Tabelle 2.1 sind alle zur Globalevaluation gehörenden Studien und Analysen kurz zusammengefasst. Sämtliche auf den Evaluationszeitraum 1991-2002 bezogenen Studien sind zudem erinnerungshalber in Anhang 1 aufgeführt.

Der Hauptteil der Evaluation ist um ein **Informationssystem** herum angeordnet, das regelmässig auf den neuesten Stand gebracht wurde. Dieses umfasst:

- die Weiterführung der Aktionstheorien oder logischen Interventionsmodelle^{8,9,6}, mit denen für jeden Bereich die wichtigsten Interventionsachsen des BAG sowie die Abfolge der einzelnen Schritte zur Erreichung der Zwischen- und Endziele ermittelt werden können;
- ein Monitoring der Prozess- und Ergebnisindikatoren¹⁰, das sich zusammensetzt aus Daten, die bei der internen Evaluation gewonnen werden (Monitoring, das die Mitarbeitenden des BAG gemäss dem von den Evaluationsbeauftragten vorgeschlagenen Raster durchführen), aus Meilensteinen, an denen sich die Erreichung bestimmter Ziele oder das Vorankommen des Programms (Etappen) ablesen lässt, und aus externen Daten. Durch Interviews mit den Bereichsleitern des BAG und ausgewählten Informanten vor Ort werden jedes Jahr zusätzliche Informationen gewonnen, um die quantitativen Informationen oder Tatsachenfeststellungen (Meilen-

Abbildung 2.1

Informationssystem



steine) durch einen qualitativen Kommentar zu ergänzen, der Aufschluss darüber gibt, wie die Ergebnisse erzielt worden sind.

- die Berücksichtigung anderer externer Evaluationen, die vom BAG in Auftrag gegeben wurden, vor allem auch die Studie über die politische Verankerung des MaPaDro, welche für die Daten zum Umfeld des Programms verwendet worden ist¹¹. Die anderen im Entstehen begriffenen Indikatorensysteme wurden ebenfalls berücksichtigt (Entwicklung der Qualitätssicherung im BAG, Bundesamt für Statistik, künftiges Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Harmonisierung der Statistiken, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht usw.).

Dieses Informationssystem muss Antworten auf die nachstehenden wichtigsten Evaluationsfragen liefern:

- Sind die allgemeinen Ziele des MaPaDro sowie diejenigen jedes Bereichs angemessen?
- Wie organisiert sich das BAG, um MaPaDro umzusetzen?
- Welche Kontrolle übt es auf die Entwicklung seiner Aktionen aus?

- Welche Probleme tauchten auf und mit welchen Mitteln wird Abhilfe geschaffen?
- Fügt sich MaPaDro nahtlos in die gesamten Massnahmen ein, die in der Schweiz von anderen Partnern getroffen wurden (Kantone, Organisationen, Institutionen)? Unter welchen Bedingungen?
- Welche Aktionen wurden durchgeführt und mit welchen Resultaten (Zwischenoutputs)?

In einem gesonderten Kapitel des vorliegenden Berichts, das sich auf die im Rahmen dieses Systems gewonnenen Daten stützt, wird die Entwicklung der Arbeiten in den verschiedenen Bereichen des MaPaDro analysiert.

Während der betrachteten Evaluationsphase wurden auch vier komplementäre Studien durchgeführt, die einige für wichtig befundene und in Absprache mit dem BAG ausgewählte Themen beleuchten:

- Studie über die Entwicklung von Szenarien für ein nationales Frühwarnsystem für illegale Drogen¹²;
- Studie über die Verankerung/Institutionalisierung der Aktionen des BAG zur Verminderung der Drogenprobleme¹³;
- Studie über die Suchtprävention bei Jugendlichen: die Rolle der Polizei, der Gerichte und Jugendrichter¹⁴;
- Studie über das Innovationsmanagement im Rahmen des MaPaDro¹⁵.

Für jede dieser Studien wurden gemeinsam mit dem Auftraggeber spezifische Evaluationsfragen ausgearbeitet. Zusammenfassungen dieser Studien finden sich in einem eigenen Kapitel dieses Dokuments.

Die Globalevaluation hat auch bei einigen Aktivitäten des BAG unterstützend mitgewirkt. So haben die Evaluationsbeauftragten während der letzten Phase eine Bilanz zu einem der im Rahmen des MaPaDro unterstützten Projekte erstellt¹⁶ und zuhanden der Programmleiter einen kurzen Bericht über die Entwicklung der positiven HIV-Tests im Jahr 2001 verfasst¹⁷.

Hinweisbetreffend kausale Interpretationen

Zu beachten ist, dass der Kausalzusammenhang zwischen unternommenen Aktionen und beobachteten Wirkungen stets relativiert werden muss, und zwar schon allein deshalb, weil diese Aktionen nicht in einem "Interventionsvakuum" oder einem "sozialen Vakuum" erfolgen, sondern in einem Umfeld, in dem zahlreiche Akteure und soziale Phänomene zusammenwirken. Überdies haben die beobachteten Phänomene nicht alle denselben Einfluss auf die gewählten Indikatoren. Daher werden die gesammelten Daten einer Beurteilung und Interpretation unterzogen, um ihre Aussagekraft abzuschätzen. Eine Gegenüberstellung verschiedener Datenquellen ist folglich unerlässlich (Triangulation).

Tabelle 2.1

Studien und komplementäre Analysen, die 1999-2002 im Rahmen des Evaluations-programms durchgeführt wurden und Informationen über Prozesse, Ergebnisse und Umfeld des MaPaDro liefern

	Prozess	Ergebnisse	Umfeld
Hauptstudien der UEPP			
Anschlussstudie über die Aktionstheorien des MaPaDro (Reihe von Interviews mit den Bereichsleitern des BAG, Aktionstheorien, Berichte an das BAG)	•		
Studie über die Umsetzung und die Indikatoren des MaPaDro (Entwicklung des Indikatorensystems, jährliche Datenerhebungen, Berichte an das BAG)	•	•	
Spezielle Studien			
Studie über die Entwicklung von Szenarien für ein nationales Frühwarnsystem für illegale Drogen	•		
Studie über die Verankerung/Institutionalisierung der Aktionen des BAG zur Verminderung der Drogenprobleme	•		
Studie über die Suchtprävention bei Jugendlichen: die Rolle der Polizei, der Gerichte und Jugendrichter			•
Studie über das Innovationsmanagement im Rahmen des MaPaDro	•		
Komplementäre Analysen der UEPP-Studien			
Analyse des Monitorings der Tätigkeiten niederschwelliger Einrichtungen	•	•	
Komplementäre Analysen der Studien über die Klientel niederschwelliger Einrichtungen		•	
Komplementäre Analysen weiterer Studien			
Analyse und Synthese der epidemiologischen Daten		•	•
Analyse und Synthese anderer Evaluationen	•	•	•

Bibliografische Referenzen

- ¹ Cattaneo M, Leuthold A, Paccaud F, Dubois-Arber F. *Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme, Phase I: Erste Bilanz 1991-1992*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81c).
- ² Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Phase II: deuxième rapport de synthèse, 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111).
- ³ Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Zweiter zusammenfassender Bericht 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Kurzfassung).
- ⁴ Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, et al. *Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Dritter zusammenfassender Bericht 1997-1999*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- ⁵ Widmer T, Kübler D, Rüegg E. *Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung: Evaluationskonzept*. Zürich: Institut für Politikwissenschaft; 1999.
- ⁶ Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW. *Evaluation: A systematic approach*. 6 ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1999.
- ⁷ Patton MQ. *Utilization-focused evaluation: the new century text*. 3 ed. Thousand Oaks; Sage Publications; 1997.
- ⁸ Kellerhals C, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. *Drogues illégales et santé publique: stratégies de la Confédération: étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4^e phase 1999-2002*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 76).
- ⁹ Weiss CH. *Evaluation: Methods for studying programs and policies*. 2 ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 1998.
- ¹⁰ Kellerhals C, Thomas R, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. *Les mesures de santé publique de la Confédération en matière de drogues illégales: monitoring 1999-2000: étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4^e phase 1999-2003*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 77).
- ¹¹ Kübler D, Neuenschwander B, Hirschi C, Rüegg E, Frey C, Radaelli A, et al. *Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung (Schlussbericht, unter Erarbeitung)*. Zürich: Institut für Politikwissenschaft, Universität Zürich; 2002.
- ¹² Zobel F, Arnaud S. *Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 79).
- ¹³ Jeannin A, So-Barazetti B, Spencer B. *Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie: l'appréciation des responsables de programme*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- ¹⁴ Ernst M-L, Spencer B. *Suchtprävention bei Jugendlichen: die Rolle der Polizei und der Jugendgerichte*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 84b).

- ¹⁵Zobel F, So-Barazetti B. *La gestion de l'innovation dans le cadre du ProMeDro*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- ¹⁶Arnaud S, Zobel F. *Bilanz der Projekte MedRoTox und MeTiTox*. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2002.
- ¹⁷Dubois-Arber F, Zobel F. *Brève analyse de l'augmentation des tests VIH-positifs et de l'injection de drogues comme possible cause de celle-ci*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002.

Wichtigste Ereignisse

Die Aktivitäten des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme beschränken sich nicht auf das MaPaDro. Sie umfassen auch Arbeiten im Zusammenhang mit der Betäubungsmittelgesetzgebung sowie der Kontrolle und Überwachung der Substanzen.

Im Zeitraum 1999-2002 fanden in diesen Bereichen mehrere Entwicklungen statt. Drei davon wurden in die Globalevaluation einbezogen, weil sie für das Verständnis des Kontexts, in dem die Aktionen des MaPaDro durchgeführt werden, besonders wichtig erschienen:

- die **Institutionalisierung der ärztlichen Heroinschreibung**;
- die **Überwachung und das Verbot von Partydrogen**;
- die **Revision des Betäubungsmittelgesetzes**.

Die beiden ersten Entwicklungen werden nur kurz beschrieben, um einige festgestellte Veränderungen aufzuzeigen. Die Revision des Betäubungsmittelgesetzes wird dagegen etwas ausführlicher behandelt, damit die Leserschaft deren Ursprung und Inhalt besser verstehen kann.

Institutionalisierung der ärztlichen Heroinschreibung

Ein Bundesratsbeschluss vom Mai 1992 gab grünes Licht für die Einführung von Versuchen mit der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln (PROVE) in der Schweiz. Die allgemeinen Voraussetzungen für diese Versuche wurden in einer Verordnung vom 21. Oktober 1992 geregelt. Diese bestimmte insbesondere die Anzahl der zu den Behandlungen zugelassenen Personen sowie die Dauer der Versuche, die zunächst bis Ende 1996 geplant waren. 1995 wurden verschiedene Beschlüsse über die Erhöhung und die Verteilung der Platzzahl gefasst. Im selben Jahr fanden auf Gemeindeebene (Winterthur) und auf kantonaler Ebene (Zug) Abstimmungen über die ärztliche Heroinschreibung statt. Auf Bundes-

ebene wurde 1996 die Versuchsdauer durch eine Verlängerung der Verordnung bis Ende 1998 ausgedehnt.

Die im Juli 1997 veröffentlichten Ergebnisse der Versuche¹ veranlassten den Bundesrat, die ärztliche Verschreibung von Heroin zu institutionalisieren. Ende 1997 gab er den Vorentwurf eines dringlichen Bundesbeschlusses (dBB) in die Vernehmlassung, mit dem die Fortsetzung dieser Behandlungen über die Versuchsphase hinaus ermöglicht werden sollte. Der dBB trat im Oktober 1998 in Kraft² und wurde im April 1999 von einer neuen Verordnung gefolgt, worin die Anforderungen festgelegt sind, welche die Kantone, Gemeinden und Fachstellen, die heroingestützte Behandlungen (HeGeBe) durchführen, erfüllen müssen. Zudem wird darin die neue Rolle des BAG beschrieben, zu der folgende Aufgaben gehören: Verwaltung der Bewilligungen, Erlass von Weisungen und Empfehlungen, Kontrolle über Beschaffung, Aufbereitung und Inverkehrbringen des Heroins und die Qualität der Behandlungen, Aufsicht über die Institutionen, Förderung der Weiterbildung und Forschung, internationale Zusammenarbeit³. Die Verordnung bleibt rechtskräftig bis zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG), längstens aber bis zum 31. Dezember 2004⁴.

1998 startete die Eidgenössisch-Demokratische Union eine Unterschriftensammlung für ein Referendum gegen den dringlichen Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin. Nachdem genügend Unterschriften zusammengekommen waren, wurde die Volksabstimmung auf den Sommer 1999 festgesetzt. Bis dahin wurde die Eröffnung neuer Fachstellen und Behandlungsplätze unterbrochen. Am 13. Juni 1999 lehnte eine Mehrheit des Volkes (54,4%) und der Kantone (14) das Referendum ab, so dass die Heroinschreibung gemäss den Bestimmungen der Verordnung fortgesetzt werden konnte^{5,6}. Seither hat die Zahl der Behandlungsplätze und Fachstellen ständig zugenommen. Im Juli 2000 wurde die heroingestützte Behandlung als Pflichtleistung in die Krankenversicherung aufgenommen⁷. Dieser Entscheid wurde jedoch erst zwei Jahre später umgesetzt, als die Behandlung auf die Spezialitätenliste des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) gesetzt wurde.

Die ärztliche Heroinschreibung ist auch im Revisionsentwurf des Betäubungsmittelgesetzes vorgesehen,

der derzeit in den eidgenössischen Räten behandelt wird (siehe unten). Sie wird jedoch nach wie vor einer spezifischen Kontrolle durch das BAG unterstehen und in einer besonderen Verordnung geregelt werden, die zur Zeit ausgearbeitet wird.

Verbreitung und Überwachung der Partydrogen

Gegenwärtig gibt es nur wenige verlässliche Daten über den Konsum und die Verbreitung bestimmter Stimulanzien und Halluzinogene bei Jugendlichen. Zwar lässt sich die relativ starke Verbreitung von Ecstasy (MDMA) mittels Erhebungen im Techno-Milieu und Polizeistatistiken nachweisen, doch die Verbreitung zahlreicher anderer Substanzen (Amphetamine, LSD, Meskalin, GHB, Ketamin usw.) ist aufgrund der verfügbaren Daten oft nur schwer abschätzbar⁸. Ein Grund dafür ist die relativ rasche Entwicklung bei den konsumierten Substanzen, weshalb deren Auftreten und Verbreitung nur sehr schwer ermittelt werden können.

Wenn auch die Entwicklung des Konsums dieser Substanzen nicht genau bekannt ist, lässt sich doch zumindest feststellen, dass die Menge der beschlagnahmten Substanzen seit Anfang der 1990er Jahre in Europa deutlich zugenommen hat. Dazu gehören vor allem Amphetamine (Nordeuropa) und Ecstasy (Irland, Belgien und Grossbritannien). Andere Drogen, wie 2CB, 4-MTA und GHB, wurden ebenfalls beschlagnahmt, aber in geringerer Masse⁹.

Die Erhebungen im Techno-Milieu weisen überdies darauf hin, dass eine Vielzahl verschiedener Substanzen konsumiert wird, häufig auch zusammen, und dass das Konsumniveau relativ hoch ist. Ausserdem scheint der Konsum, vor allem bei Ecstasy, in einem relativ tiefen Durchschnittsalter einzusetzen (siehe nachfolgendes Kapitel).

Die gesundheitlichen Auswirkungen des Konsums dieser verschiedenen Substanzen sind ebenfalls nur schwer zu beurteilen. Erklären liesse sich dies dadurch, dass es sich bei den Konsumierenden häufig um junge Erwachsene in gutem Gesundheitszustand handelt und kein Register besteht, in dem Hilfeersuchen in Zusammenhang mit dem Konsum solcher Substanzen dokumentiert werden.

Als Reaktion auf diese Situation hat der EU-Rat 1997 ein spezielles Kontrollsystem für Designerdrogen geschaffen: die European Joint Action on New Synthetic Drugs¹⁰. Das System beinhaltet den Aufbau eines Mechanismus für den raschen Austausch von Informationen über neue Designerdrogen, die Beurteilung der mit ihrem Konsum verbundenen Risiken sowie die Einführung einheitlicher Kontrollmassnahmen in der gesamten Europäischen Union (EU). Daran beteiligt sind die Europäische Kommission, der EU-Rat, die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), das Europäische Polizeiamt (Europol) und die Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (EMA).

Das System umfasst drei Elemente oder Phasen:

- ein Frühwarnsystem zur raschen Erkennung neuer Substanzen;
- ein Verfahren zur Beurteilung der mit dem Konsum dieser Substanzen verbundenen Risiken;
- ein Verfahren zur Einführung gemeinsamer Kontroll- und Strafverfolgungsmassnahmen in allen Staaten der Europäischen Union.

Die erste Phase mit dem Titel *early warning system* setzt ein, wenn in einem EU-Staat eine neue Substanz entdeckt wird. Die Entdeckung löst sogleich eine koordiniert Sammlung von Informationen mit Hilfe von Europol und der REITOX-Knotenpunkte der EBDD aus. Diese Informationen betreffen hauptsächlich den Namen, die chemische Zusammensetzung und die Verbreitung der Substanz.

In der zweiten Phase kommt es zu einer vom wissenschaftlichen Ausschuss der EBDD geleiteten Zusammenkunft einer Gruppe von Experten und Vertretern der Europäischen Kommission, der EMA, von Europol und der EU-Mitgliedstaaten, die eine Beurteilung der mit der neuen Substanz verbundenen Risiken vornehmen. Diese Beurteilung verläuft gemäss den von der EBDD 1999 aufgestellten Richtlinien.

Ergibt die Beurteilung, dass die Substanz gefährlich ist, hat der EU-Rat die Möglichkeit, sehr rasch (innerhalb von weniger als einem Monat nach Ablieferung des Berichts der zweiten Phase) einen einstimmigen Beschluss zu fassen, mit dem die Herstellung und der Besitz dieser Substanz bestimmten Kontroll- und Strafverfolgungsmassnahmen unterstellt wird.

Fünf Substanzen (MBDB, 4-MTA, GHB, Ketamin, PPMA/PMA) sind im Rahmen dieses Systems einer Risikobeurteilung unterzogen worden. Daraufhin hat der EU-Rat beschlossen, ein permanentes Monitoring von Ketamin und 2001 ein aktives Monitoring von GHB durchzuführen sowie Kontroll- und Strafverfolgungsmaßnahmen betreffend 4-MTA einzuführen.

Die Schweiz ist als Nichtmitglied der EU diesem System nicht angeschlossen. Dennoch hat auch sie Entscheidungen getroffen, die einige dieser Substanzen betreffen. So wurden in die Liste der Verordnung des BAG über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe (BetmV-BAG) ¹¹, die am 31. Dezember 2001 in Kraft getreten ist, folgende Produkte aufgenommen:

- **GHB**, das nur mit Bewilligung hergestellt, verkauft oder konsumiert werden darf;
- **halluzinogene Pilze**, die einem vollständigen Handels- und Konsumverbot unterstellt sind;
- **der Kaktus Peyotl, 2CB und 4-MTA**, die demselben Verbot unterstehen ¹².

In diesem Zusammenhang ist anzufügen, dass seit dem 1. Januar 2002 Swissmedic für die Aktualisierung der BetmV-BAG zuständig ist und die Betäubungsmittelverordnung seither folgenden Titel trägt: Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe (BetmV-Swissmedic) ¹³.

Änderung des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG)

Rückblick ¹⁴

Das Bundesgesetz über die Betäubungsmittel entstand 1924 und führte, in Übereinstimmung mit dem Internationalen Opium-Abkommen von 1912, ein gesetzliches Verbot bestimmter Substanzen (v.a. Opiate und Kokain) ein. 1951 kam es zu einer ersten Revision, bei welcher der Gesetzgeber den Anbau, die Herstellung, die Verteilung und den Besitz von sowie den Handel mit Opiaten, aus Kokablättern gewonnenen Substanzen und Cannabis verbot. Zudem führte er ein System von Bewilligungen für die legale Verwendung von Betäubungsmitteln ein. Im Vordergrund standen damals die Kontrolle und die **Verminderung des Angebots**, und

das Einzige, was die Drogenkonsumierenden direkt betraf, war ein Verbot der Beschaffung von Betäubungsmitteln.

In den 1960er Jahren führte der Anstieg des illegalen Drogenkonsums und -verkehrs (v.a. Cannabis-Derivate, LSD und Amphetamine) zur Entwicklung spezialisierter Institutionen und Beratungsstellen. Ärzte und Apotheker engagierten sich in den ersten Präventionskampagnen, und der Bund schuf die Zentralstelle für die Bekämpfung des illegalen Betäubungsmittelverkehrs. Die Kantone schufen die ersten auf Drogenbekämpfung spezialisierten Polizeiaeinheiten. 1969 wurden 500 Anzeigen wegen Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz gezählt, die vor allem den Konsum von Cannabis betrafen. 1972 wurden die erste Beschlagnahme von Heroin und der erste drogenbedingte Todesfall verzeichnet.

1973 schlug der Bundesrat eine Revision des Betäubungsmittelgesetzes vor, um dieses an die neuen internationalen Abkommen und die aktuelle Situation in der Schweiz anzupassen. Das revidierte Gesetz trat 1975 in Kraft und sah erstmals eine Hilfeleistung für Drogenkonsumierende vor, insbesondere die Möglichkeit, ihnen Substitutionsprodukte zu verschreiben. Damit fand die **Verminderung der Nachfrage** Eingang in das Betäubungsmittelgesetz, wobei die Umsetzung dieses Ziels den Kantonen zufiel. Daneben wurden die Bestimmungen über die Verminderung des Angebots erweitert, vor allem was die Bekämpfung des Betäubungsmittelverkehrs anbelangt. Das Gesetz bietet seither aber auch die Möglichkeit, gegen Konsumierende weniger schwere Sanktionen zu verhängen (Haft oder Busse) und auf eine Sanktion oder eine Strafverfolgung zu verzichten, wenn sie sich einer Behandlung unterziehen.

Ab Ende der 1970er Jahre stiegen die Anzeigen wegen BetmG-Verstössen sehr rasch an (2000: 46'500), und ab Mitte der 1980er Jahre vervielfachte sich die Zahl der drogenbedingten Todesfälle. Die Problematik in sozialer und gesundheitlicher Hinsicht verschärfte sich dadurch, dass Drogen injizierende Personen in hohem Masse von der HIV-/Aids-Epidemie betroffen waren. Diese Situation führte zu einer neuen Entwicklung der Sozial- und medizinischen Hilfe, hauptsächlich auf lokaler Ebene, wobei vor allem Projekte zur **Verminderung der Schäden** infolge von Drogenkonsum eingeleitet wurden.

Aus den Reihen der eidgenössischen Räte wurden mehrere Interpellationen zur Drogenproblematik vorgebracht. Diese bezogen sich einerseits auf bestimmte Bereiche der Bekämpfung des illegalen Verkehrs und der Hilfe für Drogenkonsumierende, andererseits aber auch auf die Betäubungsmittelgesetzgebung, insbesondere die Strafbestimmungen. In seinen Antworten bemerkte der Bundesrat, dass die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen dem Richter eine differenzierte Beurteilung im Einzelfall erlaubten, es aber dennoch nötig sei, die Drogenpolitik zu überprüfen und nach Möglichkeit zu verbessern. Er beauftragte die Subkommission Drogenfragen der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission, einen Bericht und Empfehlungen über neu zu treffende Massnahmen und eine eventuelle Revision des Betäubungsmittelgesetzes zu verfassen.

Prozess¹⁵

Der Bericht der **Subkommission Drogenfragen** der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission erschien 1989 und empfahl insbesondere die Entkriminalisierung des Konsums aller Drogen, eine verstärkte Bekämpfung des illegalen Betäubungsmittelverkehrs, die Einführung eines niedrigeren Strafrahmens für drogenabhängige Kleinhändler und die Förderung von Methadonprogrammen¹⁶. Dieses in Fachkreisen ausgiebig diskutierte Dokument diente dem Bundesrat als Diskussionsgrundlage, die es ihm erlaubte, über das weitere Vorgehen zu entscheiden. Im Februar 1991 beschloss er, zunächst auf eine Gesetzesrevision zu verzichten und dem BAG den Auftrag zu erteilen, ein Massnahmenpaket im Bereich Gesundheit zur Verminderung der Drogenprobleme (**MaPaDro**¹⁷) einzuführen. Danach traf der Bundesrat zur Ergänzung des Massnahmenpakets weitere Entscheide, welche die Sekundärprävention, die stationären Behandlungen und die Heroinverschreibung betrafen.

1994 entwickelte der Bundesrat ein drogenpolitisches Modell, das die bestehenden Gesetzesbestimmungen ergänzte. Diese "Vier-Säulen-Politik" geht davon aus, dass die Drogenprobleme nur durch eine ausgewogene Intervention in den Bereichen Prävention, Therapie, Schadenminderung und Repression bekämpft werden können. Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) beauftragte zudem eine Expertenkommission

(**Kommission Schild**) mit der Ausarbeitung eines Revisionsentwurfs des BetmG. Diese legte 1996 ihren Bericht vor und empfahl darin insbesondere eine Entkriminalisierung des Konsums aller Betäubungsmittel und der damit verbundenen Vorbereitungshandlungen sowie eine Stärkung der Vier-Säulen-Politik durch die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage, was auch eine Förderung der interkantonalen Koordination mit sich bringen sollte¹⁸. Dieser Bericht gelangte im April 1996 in die Vernehmlassung und wurde von den Behörden und Experten mehrheitlich günstig aufgenommen¹⁹. Im selben Jahr wurde eine Verordnung über die Kontrolle der Vorläuferchemikalien verabschiedet.

Zwischen 1997 und 1999 wurde der Revisionsprozess wegen drei eidgenössischen Abstimmungen über die Betäubungsmittelgesetzgebung (Initiativen **Jugend ohne Drogen** und **Droleg**, Referendum gegen den Bundesbeschluss über die **ärztliche Verschreibung von Heroin**) zeitweilig unterbrochen. Die Ergebnisse dieser Abstimmungen bestätigten die Politik des Bundesrates und erlaubten es, den Prozess der BetmG-Revision ab der zweiten Jahreshälfte 1999 fortzusetzen.

Vernehmlassung¹⁵

In Anbetracht der immer noch bestehenden Zweifel hinsichtlich der Strafbarkeit des Drogenkonsums und der damit verbundenen Vorbereitungshandlungen schickte der Bundesrat zwei Varianten des Gesetzesvorentwurfs in die Vernehmlassung. Die erste (BR1) schlug vor, bei allen Betäubungsmitteln den Konsum und die damit verbundenen Vorbereitungshandlungen zu entkriminalisieren und beim Anbau, der Herstellung und dem Verkauf von Hanf das Opportunitätsprinzip anzuwenden. Die zweite (BR2) beschränkte die Straffreiheit auf den Konsum von Cannabis und wandte beim Konsum der anderen Substanzen und den damit verbundenen Vorbereitungshandlungen das Opportunitätsprinzip an. Im zweiten Fall sollten Anbau, Herstellung und Verkauf von Cannabis verboten bleiben.

Drei weitere Varianten wurden von der Subkommission der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK-NR) vorgelegt. Die erste dieser Varianten (SGK1) stimmte weitgehend mit der Variante BR1 überein. Die zweite (SGK2) schlug vor, Straffreiheit

nur für den Konsum von Cannabis einzuführen. Die dritte (SGK3) schlug vor, beim Konsum sämtlicher Betäubungsmittel sowie beim Kleinhandel mit Cannabis-Derivaten das Opportunitätsprinzip anzuwenden.

Die Vernehmlassung fand von September bis Dezember 1999 statt. Am meisten Anklang fanden die beiden vom Bundesrat vorgeschlagenen Varianten, insbesondere die erste. Die Vernehmlassungsergebnisse zeigten, dass zwei Drittel der Vernehmlasser generelle Straffreiheit für den Konsum von Cannabis und die damit verbundenen Vorbereitungshandlungen befürworteten. Bei der Straffreiheit für den Konsum der anderen Betäubungsmittel und die damit verbundenen Vorbereitungshandlungen hielten sich Zustimmung und Ablehnung mehr oder weniger die Waage. Drei Punkte des Vorentwurfs wurden bestätigt: die Verankerung des Vier-Säulen-Modells und der ärztlichen Heroinschreibung sowie die Stärkung der Führungsrolle des Bundes. In der Folge wurde unter Berücksichtigung der verschiedenen geäußerten Meinungen und der bestehenden Varianten der Revisionsentwurf ausgearbeitet. Dieser Entwurf wurde im Dezember 2001 dem Ständerat vorgelegt und wird nun im Nationalrat behandelt.

Ziel und Inhalt des Revisionsentwurfs

Wie die früheren hat auch die laufende Revision des BetmG zum Ziel, einige Unvereinbarkeiten zwischen den bestehenden Gesetzesbestimmungen und der aktuellen sozialen und gesundheitlichen Situation zu korrigieren. Hauptziel des Revisionsentwurfs ist somit die **Anpassung des Gesetzes an die Realität**, und zwar durch:

- die Institutionalisierung der Vier-Säulen-Politik (Art. 1), der Rolle des Bundes (Art. 3 und 29) und der heroingestützten Behandlung (Art. 3);
- die Anpassung der Gesetzgebung an die bestehende Situation und an die tatsächlich mit dem Cannabiskonsum verbundenen Risiken: Straffreiheit für den Konsum sowie die Erzeugung und den Besitz von Cannabis zum Eigenkonsum; Möglichkeit, die Pflicht zur Verfolgung der Erzeugung von Cannabis und des Verkaufs an Personen über 18 Jahren zu beschränken (Art. 19);
- verstärkten Jugendschutz (Art. 1), insbesondere durch die Früherkennung von gefährdeten Jugendlichen, die den zuständigen Fachstellen zu melden sind (Art. 3);
- die Neuausrichtung der Arbeit von Justiz und Polizei durch eine Änderung der Stellung von Cannabis (siehe oben) und die Möglichkeit, die Pflicht zur Verfolgung des Konsums und des einfachen Besitzes anderer Betäubungsmittel zu beschränken (Art. 19);
- die Vereinheitlichung der kantonalen Praktiken mittels einer Stärkung der Rolle des Bundes und der Präzisierung der neuen Aufgaben der Kantone (Art. 29) sowie durch eine Änderung der Strafbestimmungen, die bislang sehr unterschiedlich angewandt worden sind.

Eine wissenschaftliche Evaluation (Art. 29a) soll die Auswirkungen der Einführung der neuen Gesetzesbestimmungen abschätzen und dem Bundesrat die Möglichkeit geben, aufgrund verlässlicher Daten weitere Entscheidungen zu treffen. Ausserdem wird eine Nationale Beobachtungsstelle zur Überwachung der Suchtproblematik bezeichnet (Art. 29c), welche vorhandene statistische Daten sammeln, analysieren und interpretieren soll.

Bibliografische Referenzen

- ¹ Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, editors. *Versuche für eine ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: zusammenfassender Bericht*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; 1997.
- ² Die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. *Bundesbeschluss vom 9. Oktober 1998 über die ärztliche Verschreibung von Heroin*. Bern: Bundeskanzlei; 1998. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/as/1998/2293.pdf>
- ³ *Behandlung mit Verschreibung von Heroin: Richtlinien, Empfehlungen, Informationen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2001.
- ⁴ Der Schweizerische Bundesrat. *Verordnung vom 8. März 1999 über die ärztliche Verschreibung von Heroin (Stand am 6. April 1999): 812.121.6*. Bern: Bundeskanzlei; 1999. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/812.121.6.de.pdf>
- ⁵ Chancellerie d'Etat. *Résultats des votations fédérales du 13 juin 1999: prescription médicale d'héroïne*. Genève: Etat de Genève; 1999. URL: <http://www.geneve.ch/votations/19990613/fed.asp>.
- ⁶ Der Schweizerische Bundesrat. *Bundesratbeschluss vom 19. August 1999 über das Ergebnis der Volksabstimmung vom 13. Juni 1999 (Asylgesetz; Dringliche Massnahmen im Asyl- und Ausländerbereich; Ärztliche Verschreibung von Heroin; Invalidenversicherung; Mutterschaftsversicherung)*. Bern: Bundeskanzlei; 1999.
- ⁷ Britt, F. *Les nouvelles prestations prises en charge en 2002: résumé de l'exposé du 9 juillet 2001*. Available at: http://www.bsv.admin.ch/aktuell/presse/2001/f/01070901_referat_britt.htm. Accessed Jul 2002.
- ⁸ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (CEDT), editor. *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2000*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2000. URL: <http://www.emcdda.org>.
- ⁹ *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2001*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2001. URL: <http://www.emcdda.org>.
- ¹⁰ Zobel F, Arnaud S. *Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 79).
- ¹¹ Das Bundesamt für Gesundheit. *Verordnung des BAG über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelverordnung BAG, BetmV-BAG): Änderung vom 15. November 2001*. Bern: Bundeskanzlei; 2003.
- ¹² Bundesamt für Gesundheit. Available at: <http://www.bag.admin.ch>. Accessed June 11, 2002.
- ¹³ *Verordnung vom 12. Dezember 2001 des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die Betäubungsmittel und psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelverordnung Swissmedic, BetmV-Swissmedic): 812.121.2*. Bern: Bundeskanzlei; 2001. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/812.121.2.de.pdf>
- ¹⁴ Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Zweiter zusammenfassender Bericht 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Kurzfassung).

- ¹⁵ Der Schweizerische Bundesrat. *Botschaft vom 9. März 2001 über die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes. Kap. 1.2.1.2 Expertisen zu verschiedenen Problembereichen (BBL 2001 3537)*. Bern: Bundeskanzlei; 2001. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2001/3715.pdf>
- ¹⁶ Bundesamt für Gesundheitswesen, editor. *Aspekte der Drogensituation in der Schweiz: Bericht der Subkommission "Drogenfragen" der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1989.
- ¹⁷ *Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Ein Grundlagenpapier des Bundesamtes für Gesundheitswesen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1991.
- ¹⁸ *Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951 an die Vorsteherin des Eidg. Departementes des Innern*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1996.
- ¹⁹ *Bericht über die Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens zum Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes ("Kommission Schild")*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1996.

Epidemiologie des Drogenkonsums

Dieses Kapitel beinhaltet ein Inventar und eine Analyse der in der Schweiz verfügbaren epidemiologischen Daten zum Drogenkonsum. Es basiert auf den Informationen, die sich aus den Indikatoren zum Drogenkonsum und Drogenmissbrauch, dem Gesundheitszustand und der sozialen Situation der drogenabhängigen Konsumierenden, ihrer Betreuung durch das Sozial- und Gesundheitssystem sowie den Strafanzeigen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum ergeben.

Einleitung

Dieses Kapitel beinhaltet eine Standortbestimmung zum Drogenkonsum in der Schweiz und den damit verbundenen Problemen. Es stützt sich auf eine Zusammenstellung von Resultaten, die mit Hilfe der verschiedensten epidemiologischen Instrumente^a erzielt wurden. Der erste Teil des Kapitels ist deskriptiver Art und stellt die derzeit verfügbaren Daten vor. Der zweite Teil ist stärker analytisch ausgerichtet und bildet eine Synthese dieser Informationen. Das Kapitel deckt folgende Themen ab:

- die Prävalenz und die Art des Konsums von Heroin und Kokain, Cannabis und anderen Drogen (Stimulanzien, Halluzinogene usw.) sowie Alkohol und Tabak (nur bei den Jugendlichen);
- die Entwicklung der Betreuung und Behandlung, des Gesundheitszustands sowie der sozialen Situation der abhängigen Konsumierenden;
- die Entwicklung der Anzeigen durch die Polizei.

Entwicklung der Prävalenz und der Art des Drogenkonsums

Die Entwicklung der Prävalenz und der Art des Konsums verschiedener Substanzen lässt sich hauptsächlich durch Queruntersuchungen bei der Allgemeinbevölkerung und insbesondere bei den Personen im Konsumalter sowie den Drogenkonsumierenden selber eruieren.

Die Datensammlung mit Hilfe dieser Mittel kann zu verzerrten Repräsentativerhebungen führen. Erste Verzerrungen können aufgrund der Angaben zum Konsumverhalten entstehen. Da es sich hier meist um verbotene Substanzen handelt, kann es vorkommen, dass die befragten Personen aufgrund eines gewissen Misstrauens oder zwecks absichtlicher Provokation zu tiefe oder zu hohe Angaben über ihren Konsum machen. Eine nicht zu unterschätzende Fehlermarge kann sich auch aufgrund der geringen Grösse der Stichproben und der Seltenheit der analysierten Probleme ergeben. Schliesslich ist es wahrscheinlich, dass gewisse Umfragen die am stärksten marginalisierten Personen gar nicht erreichen. Gerade bei einer Substanz wie dem Heroin kann dies dazu führen, dass die Prävalenz des Konsums unterschätzt wird. Aber auch wenn eine reelle Gefahr von Verzerrungen besteht und die Daten somit mit Vorsicht zu geniessen sind, haben sie doch einen recht geringen Einfluss auf die Einschätzung der globalen Trends im Konsumverhalten.

Heroin und Kokain

Die neueste Schätzung bezüglich der Zahl der Personen, die in der Schweiz regelmässig Heroin konsumieren, wurde von einer Mitarbeiterin des BAG erstellt. Sie beruht auf einer Triangulation verschiedener Daten über Konsum, Todesfälle, Anzeigen und Behandlungen. Daraus geht hervor, dass die Prävalenz des Heroinkonsums von 1990 bis 1993/94 im Steigen begriffen war. In der folgenden Periode (1994-1998) war der Trend weniger deutlich und gemäss den befragten Quellen ist er rückläufig, stabil oder leicht ansteigend. Für das Jahr 1997 wurde die Zahl der von Heroin abhängigen Personen auf 23'400 bis 32'000 geschätzt, dies bei einem Durchschnittswert von 28'000¹. Diese Einschätzung stimmt mit derjenigen für die Jahre 1992-1993 überein.

^a Diese werden im nächsten Kapitel (Bereich Epidemiologie des MaPaDro) beschrieben.

Diese beruhte auf einer Triangulation ausgehend von Angaben zu Konsum, Sterberate, Aussagen der kantonalen Experten sowie zu den Strafanzeigen. Zu jenem Zeitpunkt wurde die Anzahl regelmässiger Heroinkonsumierender auf 20'000 bis 36'000 geschätzt, wobei der Durchschnittswert 30'000 betrug. Aus verschiedenen Gründen gibt es für den regelmässigen Kokainkonsum keine Schätzungen dieser Art.

Prävalenz und Entwicklung des Konsums in der Allgemeinbevölkerung

Mittels zwei Telefonbefragungen ist es möglich, in regelmässigen und zeitlich mehr oder weniger engen Abständen Daten über den Heroin- und Kokainkonsum der Allgemeinbevölkerung zu erhalten:

- Mit der bei der Allgemeinbevölkerung durchgeführten periodischen Telefonbefragung zur Evaluation der Aids-Prävention in der Schweiz^b werden bei der 17-30-jährigen Bevölkerung seit 1987 Daten über die Lebenszeiterfahrung mit harten Drogen (Heroin und Kokain) sowie mit Drogeninjektionen gesammelt.
- Mit Hilfe der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB)^c werden bei der 15-39-jährigen Bevölkerung Daten zur Lebenszeitprävalenz des Heroin- und Kokainkonsums (Konsum im Verlauf des bisherigen Lebens) sowie zum gegenwärtigen Zeitpunkt gesammelt.

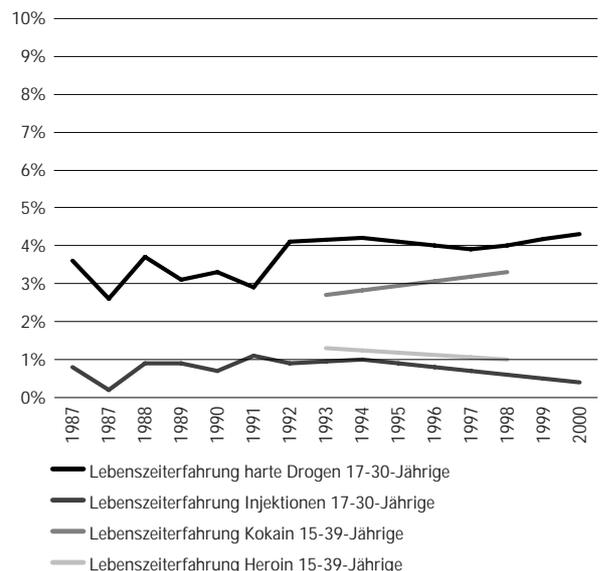
Andere, eher punktuell durchgeführte Befragungen ermöglichen eine Kreuzvalidierung dieser Daten (siehe weiter unten).

Heroin- und Kokainkonsum im Verlauf des bisherigen Lebens

Die Abbildung 4.1 zeigt die Entwicklung der Lebenszeiterfahrung mit harten Drogen (Heroin und Kokain) der Allgemeinbevölkerung. Bei den 17-30-Jährigen lässt sich von 1987 (3.6%) bis 1996 (4.2%) eine Fluktuation mit einer leichten Tendenz nach oben und einer anschliessenden Stabilisierung bis 2000 (4.3%) beobachten. Auf die gesamte Periode bezogen ist der Trend signifikant ansteigend². Diese Tendenz ist wohl auf den gestiegenen Kokainkonsum zurückzuführen. Tatsächlich weisen die Daten der SGB darauf hin, dass der

Abbildung 4.1

Entwicklung des Konsums illegaler Drogen im gesamten bisherigen Leben, Allgemeinbevölkerung der 15-39-Jährigen in der Schweiz, 1987-2000^d



Heroinkonsum zwischen 1994 und 1998 rückläufig ist, während beim Kokain genau das Gegenteil zutrifft³.

Die Abbildung zeigt zudem ebenfalls die Entwicklung der Prävalenz von Drogeninjektionen im Verlauf des bisherigen Lebens der 17-30-Jährigen. Von 1987 bis 1994 ist dieser Anteil stabil um die 1% geblieben. In der Periode 1997-2000 war die Tendenz hingegen abnehmend, sank der Anteil doch von 0.7% im Jahr 1997 auf 0.4% im Jahr 2000. Wie sich in der Folge zeigen wird, bestätigen die bei den Drogenbenutzern gesammelten Daten diesen Trend. Trotzdem soll darauf hingewiesen werden, dass der Indikator für die Prävalenz im Laufe des bisherigen Lebens jeglichen Konsum beinhaltet und folglich nicht unterscheidet, ob es sich dabei um einen gelegentlichen oder regelmässigen Konsum handelt. Die Daten geben auch keine Auskunft darüber, in welchem Alter mit dem Konsum begonnen wurde.

^b Durchgeführt im Rahmen der Evaluation der Strategie zur Aids-Prävention vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Lausanne (IUMSP).

^c Durchgeführt vom Bundesamt für Statistik (BFS).

^d Quellen IUMSP und Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA)

Aktueller Heroin- und Kokainkonsum

Gemäss den Daten der SGB aus den Jahren 1993 und 1998 ist der aktuelle Kokain- und Heroin-konsum (in den letzten zwölf Monaten) der 15-39-Jährigen unverändert geblieben. Im Jahr 1998 lag er bei 0.1 % für Heroin und 0.4 % für Kokain, was etwa einem Zehntel des Konsums im Verlauf des bisherigen Lebens³ entspricht. Daraus geht hervor, dass ein Grossteil des angegebenen Konsums von kurzer Dauer ist.

Früher Heroin- und Kokainkonsum

Zwei mittels Fragebogen bei den Jugendlichen durchgeführte Befragungen liefern Daten zum frühen Heroin- und Kokainkonsum. Aus der 1992-1993 vom IUMSP⁴ durchgeführten Studie des Swiss Multicenter Adolescent Survey on Health (SMASH) ging hervor, dass 3 % der männlichen und 1 % der weiblichen Jugendlichen im Alter von 15-20 Jahren in dieser Zeit bereits einmal Heroin und/oder Kokain konsumiert hatten. Der Konsum solcher Substanzen in den letzten dreissig Tagen belief sich bei den männlichen Jugendlichen auf 1.1 % und bei den weiblichen auf 0.6 %. Die WHO-Umfrage (HBSC) aus dem Jahr 1998, welche die SFA bei den 15-jährigen Jugendlichen des 9. Schuljahrs durchgeführt hat, ergab hingegen, dass 2 % der männlichen Jugendlichen und 0.7 % der weiblichen Jugendlichen bereits Erfahrung mit dem Konsum von Kokain hatten. Beim Heroin betragen die entsprechenden Prozentzahlen 0.5 % und 0.2 %³.

Da diese beiden Umfragen im Jahr 2002 erneut durchgeführt wurden, lassen sich mit ihrer Hilfe die aktuellen Entwicklungen bei den Jugendlichen besser erkennen. Die Resultate aus der SMASH-Studie werden zudem eine Umfrage ergänzen, die 1997 bei den Rekruten durchgeführt wurde^e. Bei dieser Untersuchung ergaben sich höhere Prävalenzen beim Konsum, hatten doch 7 % der jungen Männer bereits Heroin oder Kokain konsumiert.

Zusammengefasst lassen die Bevölkerungsumfragen auf einen wahrscheinlichen Rückgang beim Heroinkonsum und einen vermutlich schwachen Anstieg des Kokainkonsums schliessen. Der Grossteil des bei diesen Umfragen berichteten Konsums scheint von kurzer Dauer zu sein. Es ist hingegen noch zu früh, um sich zur aktuellen Entwicklung des Konsums bei den Jugendlichen zu äussern. So ergeben die bei den Rekruten erhobenen Daten höhere Konsumprävalenzen als die anderen Umfragen.

Art des Drogenkonsums

Anhand der bei abhängigen Drogenkonsumierenden durchgeführten Befragungen lässt sich die Entwicklung der jeweiligen Art des Drogenkonsums abschätzen. Die in den Jahren 1993, 1994, 1996 und 2000 durchgeführten Befragungen der Besucher von niederschweligen Einrichtungen, die steriles Injektionsmaterial abgeben, geben insbesondere Auskunft über die konsumierten Substanzen und die Art der Verabreichung durch die Konsumierenden, welche Dienste dieser Art beanspruchen (Tabelle 4.1)².

Die meisten Besucher niederschwelliger Einrichtungen injizieren die Drogen. So haben rund 90 % bereits Drogen injiziert, wobei eine etwas geringere Prozentzahl dies in den letzten sechs Monaten getan hat. Auf dieser Stufe lässt sich allerdings ein Rückgang von 85 % im Jahr 1993 auf 79 % im Jahr 2000 feststellen. Auch der Prozentsatz der Personen, die erst seit kurzem (seit weniger als zwei Jahren) Drogen injizieren, hat zwischen 1993 und 2000 stark abgenommen und ist von 30 % auf 7 % gesunken. Die durchschnittliche Zahl der wöchentlichen Injektionen ist ebenfalls am Abnehmen. So ging sie von 18.9 im Jahr 1994 auf 17.7 im Jahr 1996 und 13.7 im Jahr 2000 zurück. Es gibt jedoch beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Städten und Kantonen. Während die durchschnittliche Zahl der wöchentlichen Injektionen im Jahr 2000 in Schaffhausen (8) und dem Kanton Waadt (8) am tiefsten war, war sie in Basel (19), Bern (18) und Luzern (17) am höchsten. Im Allgemeinen lassen sich diese Unterschiede auf das Ausmass des Kokainkonsums zurückführen.

^e Vorgestellt von Martin Killias und Henriette Haas vom Kriminologischen Institut der Universität Lausanne anlässlich eines *Hearings* der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen am 10. Juni 2002 in Briggels.

Tabelle 4.1

**Entwicklung des Konsums der Besucher der niederschweligen
Einrichtungen in der Schweiz von 1993 bis 2000, gesamte Auswahl**

KONSUM		1993	1994	1996	2000
		N = 1119	N = 907	N = 944	N = 924
		%	%	%	%
Injektion	% schon einmal Drogen injiziert	89	89	91	90
	% in den letzten sechs Monaten Drogen injiziert	85	*85	86	79
	% "new" i.v. users (<= 2 years)	30	24	14	7
	Injektionen: durchschnittliche Anzahl Jahre	6.7	7.8	8.8	11.8
	Injektionen: durchschnittliche Anzahl pro Woche		*18.9	17.7	*13.7
Lebenszeitprävalenz	% Heroinkonsumierende	99	*99	99	*98
	% Kokainkonsumierende	82	*91	92	*88
	% Konsumierende von Cocktails	**66	*79	85	*75
Im letzten Monat					
konsumierte Substanzen	% Multikonsumierende	71	75	77	68
Frequenz im letzten Monat***	% regelmässige Heroinkonsumierende	61	63	67	54
	% regelmässige Kokainkonsumierende	23	27	31	27
	% regelmässige Konsumierende von Cocktails	**16	30	37	25
BEHANDLUNG		%	%	%	%
	% in Methadonbehandlung	35	45	45	56
	% in Heroinprogramm			11	4

* für Zürich keine Daten vorhanden

** für Bern keine Daten vorhanden

*** Häufigkeit des berichteten Konsums bezogen auf die Gesamtzahl der Individuen
regelmässiger Konsum = mehrmals pro Woche

Heroin bleibt die am regelmässigsten – nämlich bei der Hälfte der Personen mehrmals pro Woche – konsumierte Substanz, auch wenn der regelmässige Konsum anscheinend leicht im Rückgang ist. Der Konsum von Kokain und Cocktails^f hat von 1993 bis 1996 zu- und in der Folge (zwischen 1996 und 2000) abgenommen. Gleichzeitig hat die Zahl der sich in einer Methadonbehandlung befindenden Besucher niederschwelliger Einrichtungen zugenommen. Dies könnte den vor kurzem erfolgten Rückgang des Anteils von Konsumierenden beider Substanzen erklären.

Internationaler Vergleich

Die anderen europäischen Länder haben die gleichen Schwierigkeiten, wenn es gilt, die Entwicklung des Konsums harter Drogen bei der Allgemeinbevölkerung abzuschätzen. Oft sind die nationalen Daten nicht direkt vergleichbar, da die Art ihrer Beschaffung nicht

standardisiert ist. Laut dem Bericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD)⁵ ist es schwierig, Aussagen zur Entwicklung des Heroinkonsums zu machen. Dieser kann sich innerhalb eines Landes (zum Beispiel Italien) in verschiedenen und zeitlich verschobenen Wellen bemerkbar machen. Der Heroinkonsum in Frankreich und in Grossbritannien scheint sich jedoch wie in der Schweiz zu stabilisieren, ja sogar zurückzugehen.

Sowohl in der Schweiz als auch im restlichen Europa wird hingegen auf einen möglichen Anstieg des Kokainkonsums hingedeutet. In der Tat wurde in Frankreich für die Periode 1995-1999 eine solche Tendenz festgestellt. Der Kokainkonsum im Laufe des bisherigen Lebens der 18-44-Jährigen stieg bei den Männern von 2.8% auf 3.7% und bei den Frauen von 0.5% auf 1.2%. In Grossbritannien hat die Lebenszeiterfahrung

^f Gemisch aus Heroin und Kokain.

mit Kokain bei den 16-29-Jährigen zwischen 1998 und 2000 von 6% auf 10% zugenommen. Mehrere europäische Länder (Spanien, Niederlande, Deutschland, Dänemark) melden ebenfalls einen wahrscheinlichen Rückgang der Anzahl der Drogen injizierenden Konsumierenden⁵⁻⁷.

Cannabis/weiche Drogen

Prävalenz und Entwicklung des Konsums in der Allgemeinbevölkerung

Anhand drei Befragungen ist es möglich, die Prävalenz des Cannabiskonsums in der Bevölkerung zu messen und deren Entwicklung zu verfolgen:

- Mit der telefonischen Befragung zur Evaluation der Aids-Prävention in der Schweiz (EPSS), welche bei der Allgemeinbevölkerung periodisch durchgeführt wird, werden bei den 17-30-Jährigen seit 1987 Daten zur Lebenszeiterfahrung mit weichen Drogen gesammelt.
- Bei der WHO-Umfrage, welche die SFA (1990, 1994, 1998, 2002) bei den 15-jährigen Schülern (9. Schuljahr) durchgeführt hat, wurden Daten zur Lebenszeitprävalenz des Konsums gesammelt. Sie ermöglicht auch eine Unterscheidung zwischen einmaligem und wiederholtem Konsum.
- Bei der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) werden Daten zur Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums und zur Häufigkeit (aktueller wöchentlicher Konsum) des Konsums bei den 15-39-Jährigen gesammelt.

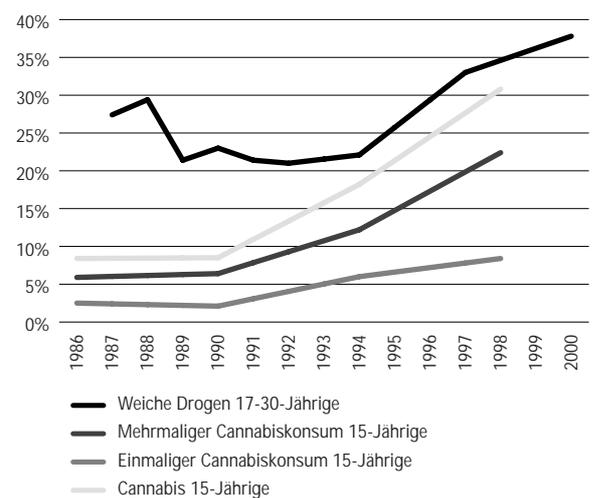
Lebenszeiterfahrung mit Cannabis/weichen Drogen

Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Lebenszeitprävalenz des Konsums von weichen Drogen/Cannabis bei den 17-30-Jährigen sowie bei den 15-Jährigen, dies bei unterschiedlicher Häufigkeit des Konsums.

Die Entwicklung der Lebenszeitprävalenz des Konsums weicher Drogen (hauptsächlich Cannabis) der 17-30-Jährigen lässt verschiedene Phasen erkennen. In den Jahren 1987-1989 ist ein Rückgang feststellbar, dem

Abbildung 4.2

Lebenszeiterfahrung mit weichen Drogen/Cannabis, verschiedene Bevölkerungsgruppen, 1986-2000⁹



bis 1994 eine Phase der Stabilisierung folgt, bevor dann ein starker Anstieg stattfindet. Im Jahr 2000 geben 37.8% der Bevölkerung im Alter von 17-30 Jahren an, bereits weiche Drogen konsumiert zu haben². Die allgemeine Entwicklung wird auch durch die Daten aus Befragungen bestätigt, die bei den 15-jährigen Jugendlichen durchgeführt werden (HBSC und SMASH). Auch hier bleibt der Prozentsatz bis 1990 stabil, bevor sich eine allmähliche Zunahme anbahnt.

Laut der neuesten (im Jahr 2000) von der SFA durchgeführten telefonischen Befragung zum Cannabiskonsum (Umfrage Phänomen Cannabis) 8 haben 59% der 20-24-Jährigen bereits mindestens einmal Cannabis konsumiert. Bei den Männern sind dies 68% und bei den Frauen 50%. Man kann daher annehmen, dass die zu Beginn der 1990er Jahre festgestellte Lebenszeitprävalenz des Konsums vor allem die Erfahrungen vorheriger Generationen umfasste. Der folgende Anstieg ist zweifellos auf die Jugendlichen zurückzuführen, bei denen sich Prävalenz und Frühzeitigkeit der Erfahrungen schnell entwickelten. So gaben 1998 30.8% der 15-Jährigen zu, mindestens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben, während dies im Jahr 1990 nur auf 8.5% zutraf³.

⁹ Quellen IUMSP/SFA.

Laut den Daten der SFA ist der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums in der Westschweiz höher als in den anderen Landesteilen. Während in der Romandie 39% der Männer im Alter von 15 bis 75 Jahren mindestens einmal Cannabis konsumiert haben, sind es in der Deutschschweiz 32% und im Tessin 28%. Die Personen mit höherem Bildungsstand neigten eher zum Cannabiskonsum (30%) als die übrigen (19%). Die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums nimmt ferner mit zunehmendem Alter ab: Sie beträgt in der Altersgruppe von 15-19 Jahren 44%, in der Altersgruppe 20-24 59%, in der Altersgruppe 25-44 35% und in der Altersgruppe 45-59 15%.

Aktueller Cannabiskonsum

Dank der SGB liegen auch Daten zur aktuellen Entwicklung des Cannabiskonsums (in den vergangenen zwölf Monaten) vor. Zwischen 1993 und 1998 ist der Prozentsatz der aktuell Konsumierenden bei den 15-39-Jährigen von 5.1% auf 7% gestiegen^h. Dieser Wert liegt deutlich unter demjenigen, der sich aus einer Erhebung im Jahr 1998 ergab, bei welcher die Lebenszeiterfahrung 15-jähriger Schüler untersucht wurde. Dies lässt vermuten, dass der aktuelle Konsum bei den höheren Altersklassen sehr tief ist. Im Übrigen ist bei den aktuellen Konsumierenden der Prozentsatz der Personen, die regelmässig konsumieren, leicht gestiegen, nämlich von 36.5% im Jahr 1993 auf 42.26% im Jahr 1998³.

Die Schweizerische Befragung der Jugendlichen (SMASH) ergab in den Jahren 1992-93 für die 15-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz des Konsums von 10 bis 15%, dies je nach Alter und sozialer Schicht. Bei etwa der Hälfte davon handelte es sich um regelmässigen Konsum⁴.

Aus der von der SFA durchgeführten Befragung zum Phänomen Cannabis ging hervor, dass etwa ein Viertel der 15-19-Jährigen (24%) und der 20-24-Jährigen (28%) bestätigt, momentan Cannabis zu konsumieren. Bei den 25-44-Jährigen (10%) und den 45-59-Jährigen (4%) sind die Prozentzahlen weit niedriger. Weiter ging

aus der Befragung hervor, dass 6.5% der 15-19-Jährigen täglich und 5% mindestens einmal wöchentlich Cannabis konsumieren.

Früher Cannabiskonsum

Gemäss einer Sekundäranalyse der Daten der SGB sinkt das Durchschnittsalter beim ersten Cannabiskonsum. Während dieses 1997 bei 15.8 Jahren lag, betrug es 1992-93 16.5 Jahre. Der rasche Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums bei den 15-Jährigen des 9. Schuljahres bestätigt diesen Trend. Zwei Drittel dieser Jugendlichen, welche 1998 von Konsumerfahrungen berichteten, gaben ausserdem an, es habe sich dabei nicht um einen einmaligen Konsum gehandelt. Dieses Resultat lässt auf einen frühen Beginn des Konsums schliessen (Abbildung 4.2)⁹.

Daraus kann gefolgert werden, dass der aktuelle und die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums bei den Jugendlichen in den letzten zehn Jahren gestiegen ist. Der Erstkonsum erfolgt immer früher und meistens bleibt es nicht dabei. Hingegen ist die Prävalenz des Konsums bei den über 25-Jährigen tiefer als bei den Jugendlichen. Dies könnte generationenbedingt sein oder auf eine Einstellung des Konsums bei den Erwachsenen nach einer Periode mehr oder weniger regelmässigen Konsums zurückgeführt werden.

Internationaler Vergleich

In den meisten europäischen Ländern hat der Cannabiskonsum seit Beginn der 1990er Jahre zugenommen. Zusammen mit Dänemark und Grossbritannien gehört die Schweiz zu den Ländern mit der höchsten Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums der Allgemeinbevölkerung. Wie in der Schweiz wird auch in den meisten anderen europäischen Ländern bei den 15-Jährigen ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums beobachtet (nur in Grossbritannien und Irland sind diese Werte gesunken⁵).

^h Die Lebenszeiterfahrung dieser Altersgruppe betrug im Jahr 1998 26.7%. Die Zahl liegt knapp unter den 33%, welche 1997 bei den 17- bis 30-Jährigen ermittelt wurden.

Ecstasy, Partydrogen, Halluzinogene usw.ⁱ

Der Gebrauch von Stimulanzien (Amphetamine) und Halluzinogenen (LSD, Pilze) ist in der Schweiz nicht neu, da diese Substanzen bereits in den 1960er und 1970er Jahren auf dem Schwarzmarkt erhältlich waren. Über die Entwicklung des Konsums dieser Substanzen in den 1980er Jahren und der ersten Hälfte der 1990er Jahre weiss man hingegen wenig. Dies ist besonders darauf zurückzuführen, dass die Aufmerksamkeit der Verantwortlichen im Gesundheitswesen vorwiegend anderen Substanzen (Heroin, Kokain) galt. Das Aufkommen von Techno-Abenden und die Verbreitung von MDMA (Ecstasy) hat das Interesse an diesen Substanzen wieder geweckt. In engem Zusammenhang mit neuen Freizeit- und Musikformen werden diese einerseits als Partydroge benutzt. Andererseits wurden in kurzer Zeit die unterschiedlichsten Substanzen entwickelt, wobei sich vor allem die synthetischen Drogen vervielfachten. Folglich ist es schwierig, die Entwicklung des Konsums genau zu bestimmen, da sich die Substanzen und ihre Bezeichnungen rasch ändern und die Konsumierenden mitunter nur schwer auszumachen sind.

Die SGB der Jahre 1992/1993 ergab, dass 0.22% der 15-39-Jährigen in den letzten zwölf Monaten Amphetamine und andere Stimulanzien konsumiert hatten³. Gemäss der in den Jahren 1992/1993 durchgeführten nationalen Befragung zur Gesundheit und zum Lebensstil der 15-20-Jährigen⁴ hatten 5.2% der Befragten im Laufe ihres Lebens und 1.7% im Laufe der letzten dreissig Tage Halluzinogene konsumiert. Die in den Jahren 1992/1993 durchgeführte Befragung zur Gesundheit der 11-16-jährigen Schüler ergab, dass die Prävalenz des Ecstasy-Konsums im Laufe des bisherigen Lebens 1.5% betrug. Die Werte der im Jahr 1998 bei den 12-15-Jährigen durchgeführten Befragung lagen bei 1-2% für Ecstasy und 3% für die Amphetamine¹⁰.

Im Jahr 1996 hat die SFA eine Befragung zum Ecstasy-Konsum in der Westschweizer Technoszene durchgeführt¹¹. Diese Studie beschränkte sich auf den Teil der Bevölkerung, welcher in dieser Szene verkehrt, und sollte Aufschlüsse über die Merkmale der Konsumierenden und ihres Konsums liefern. Aus den Resultaten ging hervor, dass 52% der Antwortenden bereits Ecstasy konsumiert hatten und dass 33% der Raver zum Zeitpunkt der Befragung diese Substanz konsumierten.

Das Konsumentenprofil machte deutlich, dass 94% der Konsumierenden von Ecstasy in den zwölf Monaten vor der Befragung zu anderen illegalen Drogen gegriffen und dass nur 6% ausschliesslich Ecstasy konsumiert hatten. Während 64% der Ecstasy-Konsumierenden in den letzten zwölf Monaten Kokain konsumiert hatten, waren es bei LSD 38%, bei Heroin 14% und bei Cannabis 90%. Ecstasy wurde am häufigsten konsumiert, nämlich ein bis zweimal monatlich (40%). Fast die Hälfte der Konsumierenden (48%) gab einen unregelmässigen Konsum an. Die Zahl der regelmässig Konsumierenden (einmal oder mehrmals wöchentlich) belief sich auf 17%. Der Ecstasy-Konsum beschränkte sich nicht auf die Techno-Abende, da 43% der Konsumierenden auch bei anderen Gelegenheiten konsumierten. Bei 56% war dies anlässlich privater Feiern der Fall und 40% konsumierten bei sich zu Hause. Aus dem allgemeinen Profil ging hervor, dass die Benutzer sozial integriert und eher glücklich waren, häufig auch zu anderen Drogen griffen und vor allem zum Spass konsumierten.

Im Rahmen des Berner Präventionsprojektes "Pilot-e" wurden im Jahr 1999 rund hundert jugendliche Teilnehmer von Techno-Abenden zu ihren Konsumgewohnheiten befragt¹². Das Durchschnittsalter beim Erstkonsum von Ecstasy betrug 18 Jahre. Zur Häufigkeit des Konsums in den letzten 60 Tagen gaben 45% der befragten Personen mehr als eine "Pille" pro Woche an. Wie schon bei der Umfrage der SFA geht auch aus diesen Daten hervor, dass es sich beim Konsum mehrerer Substanzen um ein häufiges Phänomen handelt. Neben Ecstasy konsumierten 35-40% der befragten Personen immer Cannabis, 22% Amphetamine, 2% Kokain und 24% gelegentlich LSD.

ⁱ Nach Ansicht der Autoren ist die Zuordnung dieser Drogen schlecht abgegrenzt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Datenmaterial zum Konsum dieser Substanzen bisher recht mager ist. Die Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung und den Schülern lassen auf einen leichten Anstieg des Konsums schliessen. Trotzdem geben die Befragungen nur teilweise Aufschluss über die Verbreitung dieses Phänomens, dies insbesondere deshalb, weil die Klassifizierung der Substanzen nicht einheitlich ist und weil zweifellos nur ein kleiner Teil der betroffenen Bevölkerung erfasst wird. Dank der im Jahr 2000 bei den Jugendlichen durchgeführten SMASH-Studie sollte ein besserer Einblick in die aktuelle Situation möglich sein. Die in der Technoszene durchgeführten Befragungen weisen hingegen auf eine gegensätzliche Situation hin. Einerseits handelt es sich bei den Ecstasy-Konsumierenden oft um gut integrierte Personen, die hauptsächlich an Partys oder Festen gewisse Substanzen konsumieren. Andererseits scheint der Griff zu Stimulanzien und Halluzinogene relativ früh zu erfolgen und bei einem nicht zu vernachlässigenden Teil der Konsumierenden handelt es sich um regelmässige Benutzer, welche mehrere Substanzen gleichzeitig konsumieren.

Internationaler Vergleich

Die Schwierigkeit der Beschaffung von Daten über den Konsum dieser Substanzen macht sich auch auf europäischer Ebene bemerkbar. Trotzdem scheinen sich einige Tendenzen abzuzeichnen. Der steigende Konsum der Partydrogen (*party drugs*) war zu Beginn der 1990er Jahre zu beobachten, dies insbesondere in Grossbritannien, Deutschland und Spanien (Lebenszeitprävalenz des Konsums bei den 18-59-Jährigen jeweils 9%, 3% und 2%). In diesen Ländern scheinen sich die Prävalenzwerte in den letzten Jahren stabilisiert zu haben. In anderen Ländern verzeichnet man hingegen momentan einen Anstieg des Konsums, dies insbesondere bei den Jugendlichen (18-25 Jahre). In den Umfragen bei der Allgemeinbevölkerung schwankt die Lebenszeitprävalenz des Konsums in den meisten Ländern zwischen 1% und 4% (3% in Frankreich im Jahr 1998, 1% in Finnland und Schweden) ^{5,13,14}.

Eine im Jahr 1996 in der Technoszene von Berlin, Amsterdam, Wien, Prag, Madrid und Zürich durchgeführte Befragung liess einen hohen Konsum legaler und illegaler Substanzen bei den Jugendlichen erkennen.

Zwei Jahre später zeichnete sich bei derselben Bevölkerung jedoch ein Konsumrückgang ab (Häufigkeit, Volumen, Anzahl Substanzen). Dieser ist hauptsächlich auf negative Erfahrungen oder eine geringere Zahl positiver Erfahrungen mit den Substanzen, auf eine Unverträglichkeit zwischen Drogenkonsum und Entwicklung des Lebensstils sowie auf andere soziale Motive zurückzuführen¹⁵.

Alkohol- und Tabakkonsum bei den Jugendlichen

Bei den 11-15-jährigen Schülern ist die Lebenszeiterfahrung mit Alkohol von 1986 bis 1998 deutlich gestiegen (im Jahr 1986 hatten 82.1% und im Jahr 1998 88.2% bereits Alkohol getrunken). Die grössten Unterschiede lassen sich vor allem bei der Art des Konsums feststellen. Während der tägliche Konsum nur leicht gestiegen ist (von 2% auf 3%), hat sich der wöchentliche Konsum der weiblichen 15-Jährigen zwischen 1986 und 1998 verdoppelt (von 8.5% auf 17.4%). Bier bleibt das von den Jugendlichen am häufigsten konsumierte Getränk. So trinkt einer von fünf Jugendlichen mindestens einmal wöchentlich Bier. Daneben haben die in der Schweiz seit 1996 verkauften Alcopops bei den Jugendlichen immer grösseren Erfolg. Dies trifft vor allem auf die jungen Frauen zu, welche diese Art von Getränk häufiger konsumieren als Bier (12% gegenüber 8%). Das Aufkommen solcher Getränke könnte eine Erklärung für den gestiegenen Alkoholkonsum bei den 15-jährigen Mädchen darstellen. Eine andere Entwicklung, die sich zwischen 1986 und 1998 beobachten lässt, ist die deutliche Zunahme gelegentlicher Trunkenheit. Während im Jahr 1986 6% der 11-15-Jährigen angaben, in ihrem Leben mindestens dreimal betrunken gewesen zu sein, waren es 1998 bereits 12%.

Der Tabakkonsum hat seit 1986 stark zugenommen, dies vor allem bei den 13-jährigen Schülern. Der regelmässige Konsum, also mindestens einmal wöchentlich, ist von 2% im Jahr 1986 auf 5% im Jahr 1994 und 7% im Jahr 1998 gestiegen. Bei den 15-Jährigen ist die Situation noch besorgniserregender. So gehörte im Jahr 1998 bereits ein Viertel zu den regelmässig Konsumierenden, während es 1986 noch 15% waren. Im gleichen Jahr gab zudem beinahe ein Fünftel (18%) der 15-jährigen Schüler an, jeden Tag zu rauchen. Auch der Gesamtkon-

sum ist gestiegen. Im Jahr 1998 rauchten 90% dieser Tabakkonsumierenden wöchentlich oder täglich mindestens eine Zigarette; 1994 lag dieser Anteil noch bei 60%. Zudem ist ebenfalls der Tabakkonsum junger Frauen im besonderen Masse gestiegen^{3,10}.

Die Daten zum Konsum legaler Drogen der Jugendlichen ergeben ein klares Bild. Sämtliche Indikatoren zu frühem Beginn, Prävalenz, Häufigkeit und Ausmass des Konsums weisen erhöhte Werte auf. Verschiedene im Jahr 2002 durchgeführte Befragungen werden zeigen, ob diese Entwicklung anhält.

Einstellung der Bevölkerung zum Drogenproblem in der Schweiz

Ende der 1980er Jahre und in der ersten Hälfte der 1990er Jahre wurden vier telefonische Befragungen durchgeführt. Damit wollte man die Einstellung der Schweizer Bevölkerung zu den Problemen im Zusammenhang mit den Drogen in Erfahrung bringen. Eine erste Befragung aus dem Jahr 1989 hatte bereits ergeben, dass die Abgabe von sterilem Injektionsmaterial zur Schadenminderung in Zusammenhang mit Aids von der Schweizer Bevölkerung positiv aufgenommen wurde. Drei andere telefonische Befragungen aus den Jahren 1991, 1994 und 1997 ergaben, dass die Drogensucht als ein soziales Problem unter anderen gesellschaftlichen Problemen und die Drogenabhängigen als randständige Kranke angesehen wurden, welche die verschiedensten Ängste hervorriefen. Im Jahr 1997 sprachen sich sieben von zehn Schweizern für die ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln und 72% für die Einrichtung von Injektionsräumen aus. Die Massnahmen zur Liberalisierung des Verkaufs und/oder des Konsums weicher Drogen wurden hingegen weniger befürwortet. Allgemein wurde festgestellt, dass besser informierte Personen mit näherem Kontakt zu Drogenkonsumierenden den Liberalisierungsmassnahmen am offensten gegenüberstanden und den Konsum am ehesten tolerierten (siehe Tabelle im Anhang)¹⁶.

Im Jahr 2000 führte die SFA eine Befragung durch, mit der die Meinungen der Schweizer zum Cannabiskonsum und einer möglichen Entkriminalisierung ermittelt werden sollten⁸. Diese Befragung ergab ein kontrastreiches Bild. Während der Cannabiskonsum und die

Handlungen im Zusammenhang mit der Beschaffung von Cannabis zu persönlichen Zwecken von 48% der Bevölkerung toleriert wurden, sprachen sich ebenso viele Personen (48%) dagegen aus. Die Hälfte der Befragten war für den freien Verkauf von Cannabis und 45% waren dagegen. 53% hiessen die Entkriminalisierung des Konsums gut und 41% lehnten sie ab. Während 42% der Antwortenden sich für die Beibehaltung der jetzigen Situation, also ein Verbot von Konsum, Herstellung und Verkauf, aussprachen, waren 54% dagegen. Allgemein nahmen junge Leute (15-24-Jährige) und Männer die liberalste Haltung gegenüber Cannabis ein. Die Entkriminalisierung des Konsums für alle, Minderjährige eingeschlossen, wurde in der Deutschschweiz gutgeheissen (58%), ebenso die Legalisierung des Verkaufs (52%). Hingegen sprach sich die Bevölkerung der Westschweiz und des Tessins lediglich für die Entkriminalisierung bei den Volljährigen aus. Aus der Befragung ging auch hervor, dass 47% der Befragten der Ansicht waren, dass eine liberale Politik zu einem Anstieg des Cannabiskonsums führen würde. 57% glaubten ausserdem, dass der Griff zu Cannabis der erste Schritt zum Konsum von schädlicheren Drogen darstelle. Eine grosse Mehrheit (70%) war hingegen der Ansicht, ein Verbot des Cannabiskonsums habe keine abschreckende Wirkung, und 61% der Antwortenden meinten, der Konsum in der Öffentlichkeit müsse verboten bleiben, um kein schlechtes Vorbild zu geben.

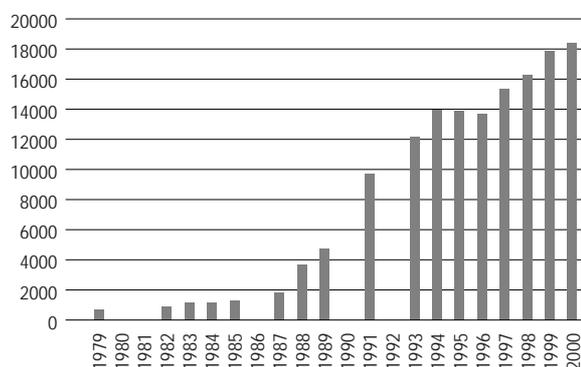
Entwicklung von Betreuung/Behandlungen

Laut den in der Schweiz und der Europäischen Union ermittelten statistischen Angaben zu den verschiedenen Behandlungstypen werden die meisten Patienten wegen des Konsums von Heroin als Hauptdroge aufgenommen, während Kokain oft als Sekundärdroge betrachtet wird. Die Patienten sind meist Konsumierende beider Substanzen, zu denen manchmal noch andere legale oder illegale Drogen dazukommen^{1,14,17}.

Methadonbehandlungen

Die Zahl der Substitutionsprogramme mit Methadon hat Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre beträchtlich zugenommen und ist von etwas weniger als 2000 Behandlungen im Jahr 1987 auf nahezu 14'000 im Jahr 1994 gestiegen. Diesem Anstieg folgte eine Stabilisierungsphase, die bis 1996 dauerte. Diese war zweifellos auf die Entwicklung der ärztlichen Verschreibung von Heroin zurückzuführen. Von 1997 an zeichnete sich bei der Anzahl Methadonbehandlungen erneut ein Anstieg ab und im Jahr 2000 wurden 18'393 Behandlungen verzeichnet (Abbildung 4.3).

Abbildung 4.3
Anzahl Methadonbehandlungen in der Schweiz: 1979-2000^j

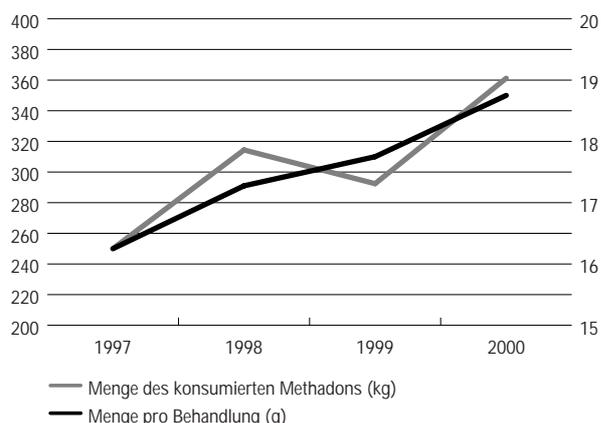


Bei der Entwicklung der Anzahl Behandlungen pro Kanton liess sich in den meisten Kantonen zwischen 1993 und 2000 ebenfalls ein Anstieg feststellen (Abbildung 4.4). Mehr als die Hälfte sämtlicher Behandlungen in der Schweiz entfiel auf vier Kantone (ZH, BE, GE, VD).

Zählt man die Anzahl Behandlungen pro 1000 Einwohner im Alter von 20 bis 64 Jahren, so weisen die Kantone Basel-Stadt (8.86), Genf (6.6) und Neuenburg (6.51) die höchsten Werte auf (Abbildung 4.6). Ausserdem zeigt sich, dass sowohl bei der Gesamtzahl der Behandlungen als auch beim Anteil auf 1000 Einwohner diese Kantone mit der stärksten medizinischen Dichte die Spitzenreiter sind.

Zur Entwicklung der Methadondosierung lässt sich Folgendes feststellen: Bezieht man die Menge des in der Schweiz jährlich konsumierten Methadons^k auf die Anzahl der jährlich bewilligten Behandlungen, so hat die Methadonmenge pro Behandlung von 1997 bis 2000 um 17% zugenommen. Dabei entfallen 10% auf das letzte Jahr (Abbildung 4.5).

Abbildung 4.5
Entwicklung der Menge des konsumierten Methadons und der Menge des Methadons pro Behandlung, 1997-2000



^j Quelle BAG, Methadonstatistik.

^k Die von Swissmedic zur Verfügung gestellten Daten entsprechen den in der Schweiz jährlich gelieferten Mengen. Es ist anzunehmen, dass diese Mengen mittelfristig konsumiert werden.

Abbildung 4.4

Entwicklung der Anzahl Behandlungen pro Kanton zwischen 1993 und 2000

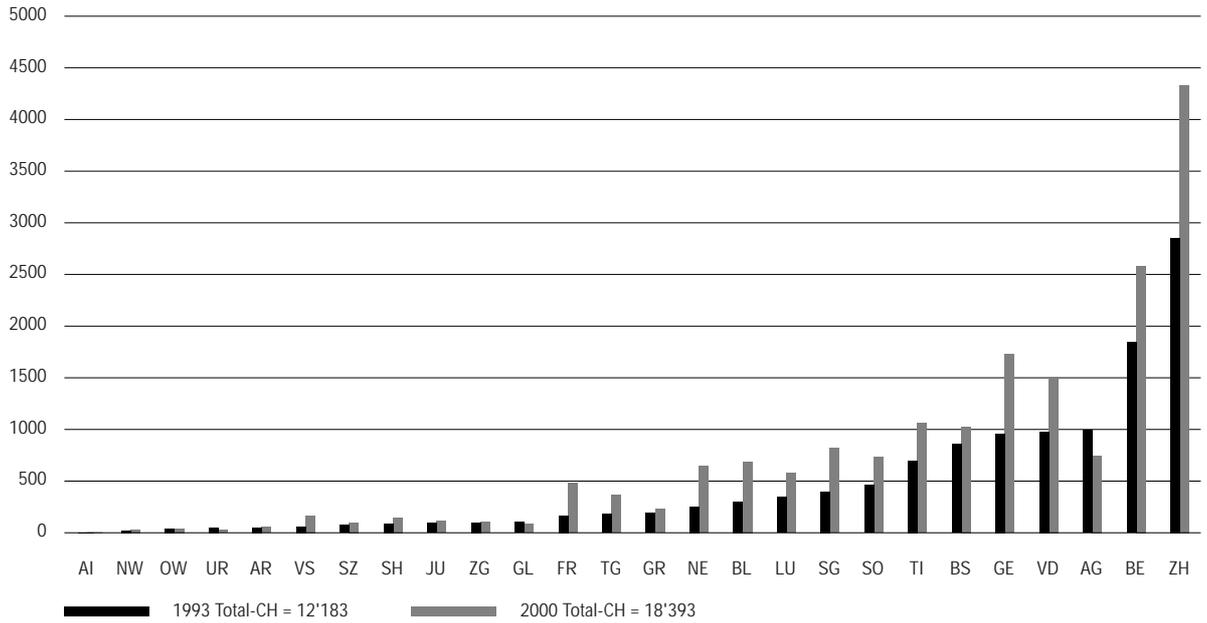
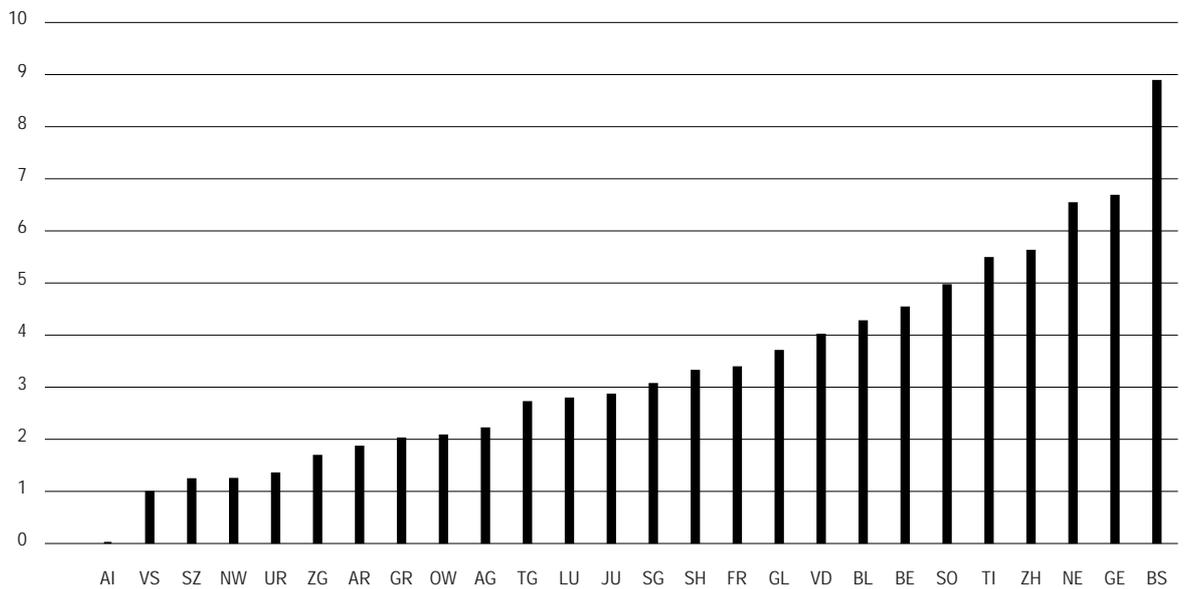


Abbildung 4.6

Anzahl der Behandlungen auf 1000 Einwohner im Alter von 20-64 Jahren pro Kanton



Substitutionsbehandlungen mit Heroin

Im Zeitraum 1999 bis 2001 stieg die Zahl der Patienten, die sich in einer Behandlung mit ärztlicher Verschreibung von Heroin befinden, von 937 auf 1098^l. Dieser Anstieg ist durch die gestiegene Anzahl vorhandener Plätze in den zugelassenen Zentren bedingt. Die Behandlung mit ärztlicher Verschreibung von Heroin wurde 1999 in 8 Kantonen und 16 Zentren angeboten. Im Jahr 2001 sind es 11 Kantone und 21 Zentren. Die Belegungsrate betrug in dieser Zeit unverändert etwa 88%^{18,19}.

Stationäre Therapien

Momentan lässt sich nicht ermitteln, wie viele Plätze in den stationären Einrichtungen insgesamt vorhanden sind. Gemäss den von der KOSTE^m gesammelten Daten, welche momentan die genaueste Schätzung darstellen, gab es in diesen Einrichtungen im Jahr 2000 994 Plätze.

Deckung des Behandlungsangebots

Nimmt man als Grundlage die letzte Schätzung der Anzahl heroinabhängiger Personen in der Schweiz, die sich auf etwa 28'000^l beläuft, und rechnet man sämtliche Behandlungseintritte, wie sie in der Methadonstatistik (18'393) und der Statistik zu den stationären Therapien FOSⁿ (833) verzeichnet sind, sowie die Anzahl Personen, die sich in einer Heroinbehandlung befinden (1038), erhält man für das Jahr 2000 in der Schweiz einen Deckungsgrad der Nachfrage von 72.3%. Auch dieser Deckungsgrad stellt natürlich eine Schätzung dar. Da die Zahl der sich in Behandlung befindenden Personen dabei gleichzeitig zu hoch^o (Methadonstatistik) und zu tief (FOS-Statistik) geschätzt wird und die Schätzungen der Gesamtzahl abhängiger Heroinkonsumierender offenbar übereinstimmen, kann dennoch daraus geschlossen werden, dass über 50% der Personen in der Schweiz Zugang zu einer Behandlung haben.

Auf internationaler Ebene wird der Deckungsgrad der Substitutionsprogramme (nur Methadon und Buprenorphin) in Belgien auf 35%, in Dänemark auf 27-34%, in Deutschland auf 33-63%, in Spanien auf 41-86%, in Frankreich auf 40-50%, in Italien auf 27-29%, in den Niederlanden auf 40-47%, in Grossbritannien auf 6-22% und in Finnland auf 9-13% geschätzt²⁰. Die Schweiz mit einem Deckungsgrad von vermutlich 35^p bis 60%^q, gehört somit zu den Ländern mit höchstem Deckungsgrad für die Substitutionsprogramme.

Die ärztliche Verschreibung von Heroin, die es in England und in der Schweiz gibt, wird auch in Nordamerika und in verschiedenen europäischen Ländern entwickelt. Während die Niederlande und Deutschland bereits solche Verschreibungsprogramme lancierten, haben dies andere Länder (Italien, Frankreich, Spanien) noch vor.

^l Am 31. Dezember.

^m Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich.

ⁿ Forschungsverbund stationäre Suchttherapie.

^o Die Zahl der Bewilligungen entspricht nicht der Zahl der Personen, die sich einer Methadonbehandlung unterziehen, da diese eine Therapie zweimal antreten können.

^p Schätzung BAG, V. Maag, 1997.

^q Schätzung 2000 gemäss den Eintrittsdaten der oben erwähnten Substitutionsprogramme (Heroin-Methadon).

Entwicklung des Gesundheitszustands abhängiger Drogenkonsumierender

Dieses Kapitel befasst sich mit den Indikatoren, die hauptsächlich den Schweregrad der mit der Drogensucht verbundenen Probleme betreffen. Es handelt sich um Todesfälle, die sich auf die Drogensucht und auf durch den intravenösen Konsum bedingte Krankheiten wie HIV-Infektionen und verschiedene Formen von Hepatitis zurückführen lassen. Ebenfalls berücksichtigt wird die Entwicklung der Praktiken, mit denen die Übertragung von Infektionskrankheiten vermieden werden soll.

Überdosen, auf einen längeren Gebrauch oder auf einen Suizid/Unfall unter dem Einfluss von einer oder mehrerer Substanzen zurückzuführen. Die durch Aids bedingten Todesfälle werden hingegen vom BAG aufgelistet (Abbildung 4.7).

Die beiden Kurven sind leicht verschoben. Die Anzahl der drogenbedingten Todesfälle war 1992 am höchsten. Nach einem Rückgang pendelte sich die Entwicklung seit 1998 bei jährlich etwa 200 Todesfällen ein²¹. Die Zahl der durch Aids bedingten Todesfälle war im Jahr 1994 am höchsten und nahm in der Folge kontinuierlich ab, was vor allem auf das Aufkommen antiretroviraler Behandlungen zurückzuführen ist.

Todesfälle infolge Drogen und Aids

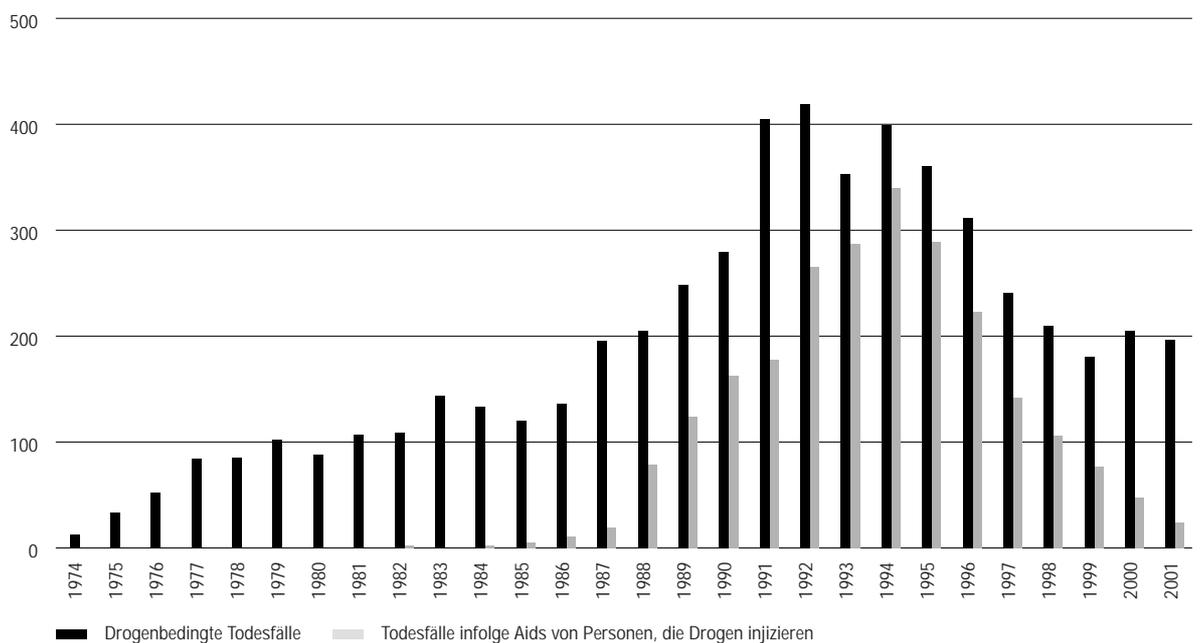
An den Daten des Bundesamtes für Polizei (BAP) lässt sich die Entwicklung der drogenbedingten Todesfälle zwischen 1974 und 2001 ablesen. Diese sind auf

HIV und Hepatitis

Seit 1991 wird in der Schweiz bei sämtlichen Übertragungskategorien eine Abnahme der positiven HIV-Tests festgestellt. Im Jahr 2001 überstieg die Anzahl neu

Abbildung 4.7

Entwicklung der Zahl der drogenbedingten Todesfälle zwischen 1974 und 2001 und Entwicklung der Todesfälle infolge Aids, mit intravenöser Injektion als vermutetem Übertragungsweg, zwischen 1982 und 2001



gemeldeter Fälle erstmals wieder diejenige des Vorjahres. Bei den Drogenkonsumierenden war der Rückgang besonders stark. Seit 1998 ist die Zahl der neuen Fälle stabil geblieben. Bis anhin lässt sich nicht bestätigen, dass die Zunahme neuer Fälle im Jahr 2001 hauptsächlich auf die Drogenkonsumierenden zurückzuführen ist (Abbildung 4.8, Abbildung 4.9).

Abbildung 4.8
HIV-Meldungen durch die Ärzte, nach Übertragungskategorie und Diagnosejahr, 1987-2001

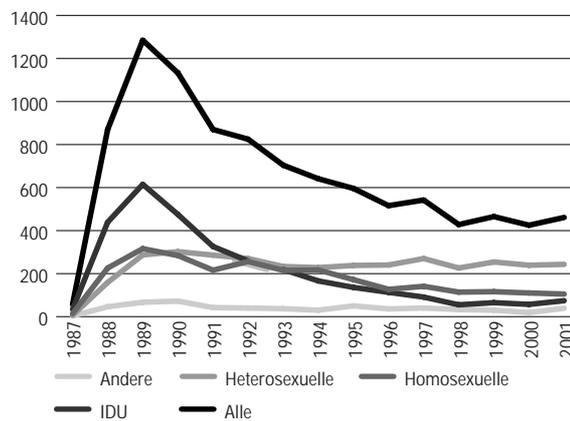
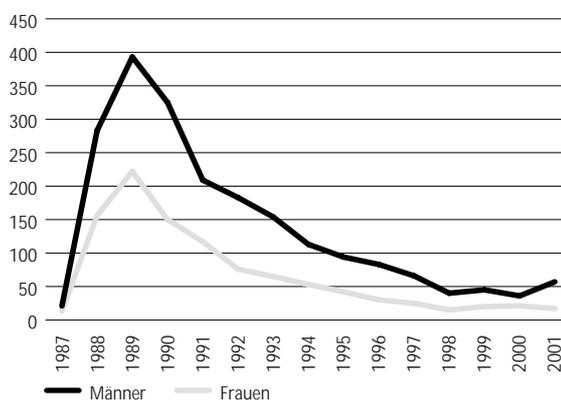


Abbildung 4.9
HIV-Meldungen durch die Ärzte, bei den Drogenkonsumierenden, nach Geschlecht und Diagnosejahr, 1987-2001



Die Daten zur Prävalenz von HIV stammen in der Regel aus Statistiken oder Studien, bei denen nur der von den Personen deklarierte Stand bekannt ist. Es handelt sich somit um eine berichtete und nicht um eine gemessene Prävalenz (Tabelle 4.2).

Die Kunden der niederschweligen, ambulanten und stationären Einrichtungen sind eine Bevölkerungsgruppe, die bereits sehr häufig getestet wurde. Der Anteil der Personen, die sich mindestens einem HIV-Antikörpertest unterzogen haben, beträgt bei den niederschweligen Einrichtungen (91% im Jahr 1994, 93% im Jahr 1996 und 95% im Jahr 2000) und im stationären Sektor (zwischen 90% und 93.9% für die Periode 1997-2001) mindestens 90%. In den ambulanten Behandlungseinrichtungen gaben im Jahr 1996 84% und im Jahr 1999 86.2% der Drogeninjizierenden an, sie hätten sich testen lassen.

Die in den verschiedenen Einrichtungstypen (ambulant, stationär, niederschwellig, PROVE) berichtete Prävalenz für HIV hat zu Beginn der 1990er Jahre stark abgenommen. Zwischen 1995 und 2000 ist der Prozentsatz der Personen, die von einem positiven HIV-Test berichteten, bei jedem dieser Einrichtungstypen entweder stabil geblieben oder leicht gestiegen:

- Bei den Besuchern der niederschweligen Einrichtungen ist die berichtete Prävalenz zwischen 1993 und 2000 von 10% auf 11% gestiegen. Frühere Daten waren in der Zeit der offenen Szenen in Zürich gesammelt worden.
- Bei den an Versuchen mit ärztlicher Verschreibung von Heroin beteiligten Kunden, zu denen besonders stark abhängige Personen gehörten, ist die Prävalenz deutlich höher.
- Bei den Kunden der stationären Behandlungen waren im Jahr 1989 15% der Konsumierenden, die eine solche Behandlung begannen, HIV-positiv. Diese Rate betrug 1996 13%, 1997 9% und 1998 11.4%. Die Prävalenz sämtlicher sich in Behandlung befindender Personen betrug zu Beginn der 1990er Jahre 20%. Seit 1995 liegen diese Werte deutlich tiefer und bewegen sich zwischen 3.4% und 5%.

Während die berichtete Prävalenz für HIV recht tief ist, ist sie für Hepatitis B und C sehr hoch. Im Jahr 2000 gaben 59% der Besucher der niederschweligen Einrichtungen für Hepatitis C und 40% für Hepatitis B ein positives Testergebnis an. Im stationären Bereich verzeichnet die FOS-Statistik für die Periode 1997-2001 Prävalenzen von 30-40% für Hepatitis C und zwischen 22.2% und 28% für Hepatitis B. Im Jahr 2001 wurde die Prävalenz für die beiden Formen von Hepatitis künstlich tief gehalten. Tatsächlich war die Rate der Personen, die eine positive Virämie für eine unbekannt-ten Art von Hepatitis angaben, viel höher (24%) als in den Vorjahren (zwischen 2 und 3%).

Tabelle 4.2

Anteil der HIV-getesteten Personen und der auf HIV, Hepatitis B und Hepatitis C positiv getesteten Personen in verschiedenen Arten von Anlaufstellen oder Behandlungseinrichtungen in der Schweiz, 1992-2001²²⁻²⁷

Ort	% HIV tests	% HIV +	% Hepatitis B +	% Hepatitis C +
niederschwellig				
ZHKA 89		25		
ZHZ 92		19		
Niederschwellige Einrichtungen 93	88	10		
Niederschwellige Einrichtungen 94	91	11		
Niederschwellige Einrichtungen 96	93	11		
Niederschwellige Einrichtungen 2000	95	11	40	59
Heroinversuche (PROVE)				
1993-1996		16		
ambulante Behandlung				
SAMBAD 96	~84	13		
SAMBAD 97	89	9.5		
SAMBAD 98	86	11.4		
SAMBAD 99	86.2	5.9		
stationäre Therapie				
FOS 97	92.8	4.8	27.7	30
FOS 98	93.9	4.7	26.6	34.9
FOS 99	92.2	4.6	28	41
FOS 2000	90	3.5	22.2	39.6
FOS 2001	91	5	8.7	18

Entwicklung des Risiko- und Schutzverhaltens bei den Besuchern der niederschweligen Einrichtungen in der Schweiz

Dank den Befragungen, die in der Schweiz in den Jahren 1993 bis 2000 bei den Drogenkonsumierenden in niederschweligen Einrichtungen, die steriles Injektionsmaterial abgeben, durchgeführt wurden, konnten die HIV-Übertragungsrisiken bei den Drogenabhängigen und deren Präventivmassnahmen untersucht werden²². Dabei ist

der Anteil der Drogen injizierenden Personen bei diesem besonders anfälligen Teil der Bevölkerung gesunken. Dies galt auch für die durchschnittliche Zahl der Injektionen. Hingegen wurde bei den Injizierenden ein leicht erhöhtes Risikoverhalten in Bezug auf eine HIV-Übertragung festgestellt. Die Mitbenutzung von Injektionsmaterial in den letzten sechs Monaten stieg von 9% im Jahr 1994 auf 12% im Jahr 2000 (Tabelle 4.3). Bei den Risiken einer sexuellen HIV-Übertragung hat sich die Situation hingegen wenig verändert. Die Benutzungsquote von Präser-

Tabelle 4.3

Entwicklung des Risikoverhaltens in Bezug auf HIV sowie des Schutzverhaltens bei den Besuchern niederschweliger Einrichtungen in der Schweiz: von 1993 bis 2000; gesamte Auswahl

RISIKOVERHALTEN IN BEZUG AUF HIV UND SCHUTZ		1993	1994	1996	2000
		N = 1119	N = 907	N = 944	N = 924
		%	%	%	%
BENUTZUNG VON GEBRAUCHTEM INJEKTIONSMATERIAL					
Mitbenutzung von Spritzen/Nadeln	% im Verlauf des bisherigen Lebens ^a	40	*37	44	45
	% in den letzten sechs Monaten ^b	17	9	11	12
	% im Gefängnis in den letzten zwei Jahren ^c			6	9
Abgabe von Spritzen/Nadeln ^b	% in den letzten sechs Monaten		*9	9	9
Mitbenutzung von anderem Material ^b	<i>in den letzten sechs Monaten</i>				
	% gemeinsame Benutzung von Löffeln			68	51
	% gemeinsame Benutzung von Filtern			46	38
	% gemeinsame Benutzung von Watte			3	*7
	% gemeinsame Benutzung von Wasser				*26
BENUTZUNG VON PRÄSERVATIVEN^d					
% Feste (r) Partner	<i>in den letzten sechs Monaten</i>				
	% immer Präservativ benutzt	60	*56	53	*56
	% nie Präservativ benutzt	26	*24	27	*29
	% Partner kein Drogenkonsument	55	*62	58	*55
% Gelegenheitspartner	% Partner kein Drogenkonsument		*50	52	*52
	% immer Präservativ benutzt	34	*29	31	*32
	% nie Präservativ benutzt	61	*71	67	*72
% Prostitution Frauen	% immer Präservativ benutzt	14	*14	13	*15
	% nie Präservativ benutzt		30	24	18
	% immer Präservativ benutzt		93	95	83
% Prostitution Männer	% nie Präservativ benutzt		0	0	5
	% immer Präservativ benutzt		3	2	4
	% nie Präservativ benutzt		67	43	33
% Letzter Sexualverkehr	% Benutzung eines Präservativs		22	29	17
			*46	51	*48

* für Zürich keine Daten vorhanden

a Rate bezieht sich auf die Injizierenden im Laufe des bisherigen Lebens

b Rate bezieht sich auf die Injizierenden in den letzten sechs Monaten

c Diese Rate bezieht sich auf sämtliche Personen, welche in den letzten zwei Jahren im Gefängnis waren.

d in den letzten sechs Monaten. Drei Benutzungshäufigkeiten: immer, manchmal, nie (Summe = 100%).

vativen bei Gelegenheitspartnern war mit derjenigen der Allgemeinbevölkerung vergleichbar. Auch bei der Prostitution waren Verhütungsmassnahmen weit verbreitet. Bei festen Partnern wurde hingegen ungenügend verhütet. Angesichts der recht hohen Prävalenz von HIV bei den Drogenabhängigen und angesichts der Tatsache, dass es sich bei der Hälfte der festen Partner nicht um Drogenkonsumierende handelt, ist diese Situation problematisch.

Die Mitbenutzung von Material zur Vorbereitung einer Injektion kommt weiterhin häufig vor und stellt wahrscheinlich ein besonderes Risiko einer Ansteckung mit dem Hepatitis-C-Virus dar. Dieser wird einfacher übertragen als der HI-Virus.

Internationaler Vergleich

Seit Mitte der 1990er Jahre hat sich die Anzahl neuer Fälle von HIV-Infektionen bei den Drogenkonsumierenden in den meisten EU-Ländern allgemein stabilisiert. Hingegen ist die Prävalenz von HIV bei den Injizierenden in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich. Während diese in Grossbritannien 1 % beträgt, beläuft sie sich in Spanien auf 32 %. Auch innerhalb

eines Landes (Italien) variiert sie je nach Region. In gewissen Ländern könnte sich hingegen ein Wiederanstieg neuer Fälle abzeichnen (Luxemburg, Irland).

Bei der Hepatitis C gibt es nur wenige Daten zur Prävalenz. Diese ist vermutlich in sämtlichen Ländern sehr hoch (zwischen 40 und 90 %). Während in den meisten Ländern offenbar eine steigende Tendenz zu beobachten ist, scheint sie in einigen Fällen eher rückläufig zu sein (Griechenland, Portugal) ^{5,14}.

In der Schweiz wird die Mitbenutzung von Spritzen verhältnismässig wenig praktiziert (etwa 10 %). Im internationalen Vergleich erreicht sie einen der tiefsten Werte in Europa (Tabelle 4.4). Die übrigen mit einer Injektion verbundenen Risikopraktiken (Mitbenutzung von Löffeln, Watte und Wasser) sind sowohl in der Schweiz als auch in den anderen Ländern weiterhin weit verbreitet.

Beim Sexualverhalten werden in der Schweiz die gleichen Tendenzen wie in Europa beobachtet. Während sich die Benutzung von Präservativen in sexuellen Beziehungen mit Freiern (bei den sich prostituierenden Frauen) oder mit Gelegenheitspartnern ziemlich durchgesetzt hat, ist der Präservativgebrauch in Beziehungen mit einem Dauerpartner wenig verbreitet ²⁸.

Tabelle 4.4

Mitbenutzung von Spritzen (in%) in verschiedenen Ländern: 1992-2000

Länder/Städte	Ort	Jahr	Zeit	Rate (%)
Deutschland ²⁹	multizentrisch	1992-1993	sechs Monate	39
Australien ³⁰	niederschwellig	1995	letzter Monat	31
UK ³¹	niederschwellig	1994	zwölf Monate	17-48
Frankreich ²⁹	niederschwellig	1996	letzter Monat	13
Norditalien ³²	Kohorte	1996	sechs Monate	15-29
Vancouver ³³	Kohorte	1997	sechs Monate	20
New York ³⁴	multizentrisch	1997-1998	sechs Monate	26-31
UK ³⁵	multizentrisch	1997-1998	letzter Monat	42-44
Irland ⁵	multizentrisch	1997-1998	letzter Monat	29-64
UK ⁵	Community survey	1998	sechs Monate	50
Niederlande ⁵	Community surveys	1997-1999	sechs Monate	10-17
Dänemark ⁵	Behandlungen	1998	sechs Monate	59
Frankreich ³⁶	niederschwellig	1998	letzter Monat	18
Luxemburg ⁵	Behandlungen	1999	sechs Monate	29
Norditalien ³²	Kohorte	1999	sechs Monate	10-20
Portugal ⁵	Behandlungen	1999	sechs Monate	32
Spanien/Katalanien ³⁷	niederschwellig	2000	sechs Monate	31

Demografische Merkmale und soziale Eingliederung der abhängigen Konsumierenden

Die demografischen und sozialen Merkmale der Konsumierenden, die die verschiedenen Anlauf- und Behandlungseinrichtungen aufsuchen, geben Auskunft über:

- das Bestehen von verschiedenen Subpopulationen von Konsumierenden (in verschiedenen Stadien des Konsums oder verschiedenen "Drogenkarrieren");
- über die soziale Situation der Konsumierenden;

- indirekt zur Entwicklung der Zahl der Konsumierenden. Würde nämlich in diesen verschiedenen Bevölkerungsgruppen die Zahl der Personen, die eine Behandlung aufnehmen, derjenigen entsprechen, die eine solche beenden, müsste das Durchschnittsalter gleich bleiben.

Die Tabelle 4.5 zeigt die Entwicklung von einigen demografischen Merkmalen und Konsumerfahrungen in verschiedenen Einrichtungstypen.

Tabelle 4.5

Demografische Merkmalen und Konsumerfahrung der Klienten verschiedener Einrichtungstypen (Schweiz, 1993-2001) ^{18,19,22-27,38-45}

Ort	% Frauen	Durchschnitts- oder mittleres Alter (m)	Durchschnitts- oder mittleres Alter (m) beim Erstkonsum		% erst seit kurzem Konsumierende *
			Heroin	Kokain	
Niederschwellige Einrichtungen ^r					
Niederschwellige Einrichtungen 93			18.5	19	30
Niederschwellige Einrichtungen 94	27	27 m	18	20	24
Niederschwellige Einrichtungen 96	27	29 m	18	19	14
Niederschwellige Einrichtungen 2000	27	32 m	18	20	7
Heroinbehandlung (PROVE, HeGeBe) ^s					
PROVE 94-96	30	30.8			im Prinzip 0 ^t
HeGeBe 96		31.5 m			idem
HeGeBe 98		31.9 m			idem
HeGeBe 99		31.9 m			idem
HeGeBe 2000		32.6 m			idem
HeGeBe 2001					idem
Ambulante Behandlungen					
SAMBAD 95	27.7	F: 25.7 M: 26.4			
SAMBAD 96	28	27.6 m	F: 18 m M: 19 m		
SAMBAD 97	27.8	25-29	F: 18 m M: 19 m		
SAMBAD 98		25-29	F: 18 m M: 19 m		
SAMBAD 99	27.7				
Stationäre Therapien					
FOS 94	28	23-25	17-19		
FOS 95	22.9	26-28	19		
FOS 97	21.7	25	18.9		
FOS 98	22.7	28	18		16
FOS 99	25.7	28	18		14.2
FOS 2000	25.5	29	18		10.1
FOS 2001	28	28	18		12.2

* weniger als 2 Jahre für die Statistiken der niederschweligen Einrichtungen
weniger als 3 Jahre für die FOS-Statistiken

Tabelle 4.6

Soziale Merkmale (Unterkunft, Anstellung und Einkommensquellen ausserhalb einer Anstellung) der Klienten verschiedener Einrichtungstypen (Schweiz, 1993-2001)

Ort	% ohne festen Wohnsitz	% ohne Anstellung	Einkommensquellen		
			% AHV/IV/Arbeitslosenvers.	% Fürsorge	% illegales Einkommen
Niederschwellig					
Niederschwellige Einrichtungen 93	12	54			
Niederschwellige Einrichtungen 94	15	56	22	27	123
Niederschwellige Einrichtungen 96	10	55	27	36	26
Niederschwellige Einrichtungen 2000	10	59	29	46	18
Ambulante Behandlung					
ZHZOKL 92	21	59			
SAMBAD 95			F: 8 M: 6		
SAMBAD 96	F: 4 M: 4		F: 10 M: 9		
SAMBAD 97			F: 7 M: 6		
SAMBAD 98			F: 9 M: 7		
SAMBAD 99			F: 9 M: 7		
Stationäre Therapie					
FOS 90	11	46			
FOS 95	10.1	41.7	5	39.5	250.2
FOS 97	5.9	39.9	11.7	38.7	57.4
FOS 98	5.5	39.4	5	41.7	53.2
FOS 99	6.5	42.4	5.8	45.5	52.5
FOS 2000	4.5	42.2	9.1	42.2	42
FOS 2001	4.6	41.8	5.9	44.9	41.8

¹ im letzten Monat

² in den letzten zwölf Monaten, ständig, meistens oder periodisch.

Es zeigt sich, dass der Frauenanteil in diesen verschiedenen Einrichtungen immer etwa gleich hoch ist, nämlich zwischen 25 und 30%. Hingegen variiert das Durchschnitts- oder mittlere Alter der Konsumierenden in diesen verschiedenen Einrichtungstypen. In den niederschweligen Einrichtungen und bei den Behandlungen mit ärztlicher Verschreibung von Heroin ist es höher als in den ambulanten Behandlungszentren und den Einrichtungen für stationäre Therapien.

Betrachtet man die Entwicklung im Laufe der Zeit, zeichnet sich in sämtlichen Einrichtungskategorien ein

Alterungstrend ab. Dieser ist in den niederschweligen Einrichtungen und bei den Behandlungen mit ärztlicher Verschreibung von Heroin besonders stark. Dort scheinen sich sowohl die ältesten Konsumierenden als auch jene aufzuhalten, deren Situation am prekärsten ist (siehe weiter unten). Während das Durchschnittsalter bei der Aufnahme des Konsums im Laufe der letzten zehn Jahre wenig variiert hat, hat die Prozentzahl der erst seit kurzem Konsumierenden (meist Heroin) abgenommen. Dies gilt für beide Einrichtungstypen (niederschwellig und stationär), zu denen entsprechende Informationen vorliegen.

^r Wiederholte Querbefragungen bei den Konsumierenden, welche diese Einrichtungen aufsuchen.

^s Beim Behandlungseintritt erstellte Statistiken.

^t Eines der Aufnahmekriterien ist der regelmässige Konsum während mindestens zwei Jahren.

Wie die Tabelle 4.6 zeigt, hat sich die soziale Situation im Hinblick auf die Unterkünfte der Drogenkonsumierenden in den letzten Jahren etwas verbessert. Dies zeigt sich daran, dass der Anteil der Personen ohne festen Wohnsitz zurückgegangen ist.

Bezüglich der Erwerbstätigkeit hat sich hingegen wenig gebessert, und die Inanspruchnahme von Versicherungen (IV, Arbeitslosenversicherung) und Fürsorge ist gestiegen. Hingegen sind die illegalen Einkünfte (darunter der Verkauf von Betäubungsmitteln) im Rückgang begriffen.

Die Klienten der niederschweligen Einrichtungen erweisen sich als diejenigen Personen, die sich hinsichtlich Unterkunft und Arbeit in den prekärsten Situationen befinden. Häufig beziehen sie auch eine IV-Rente (29% im Jahr 2000).

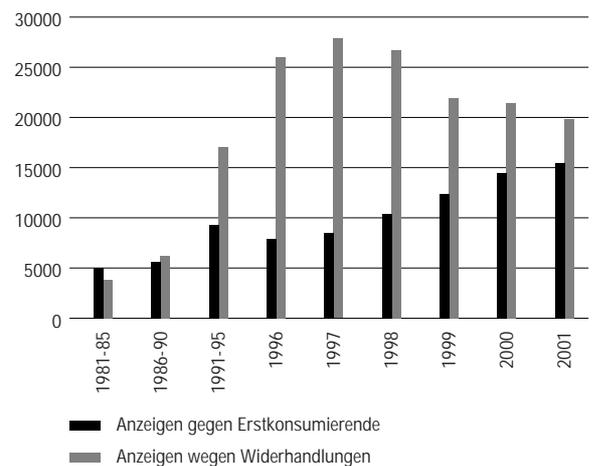
Repressionsstatistiken

Die Statistiken zur Anwendung des Betäubungsmittelgesetzes (BetmG), die das Bundesamt für Polizei führt, reflektieren das Ausmass von Konsum und Drogenhandel, aber auch der Intensität der polizeilichen Aktivitäten²¹. Da es zu den letztgenannten keine Indikatoren gibt, lässt sich nicht abschätzen, in welchem Masse die bei den Anzeigen beobachteten Tendenzen tatsächlich Veränderungen in der Drogenbenutzung entsprechen.

Die Gesamtzahl der Strafanzeigen wegen Drogenkonsums hat regelmässig zugenommen, von etwa 9000 in den Jahren 1981-85 auf rund 35'500 im Jahr 2001. Der Höchstwert wurde im Jahr 1998 mit 37'000 erreicht. Die Strafanzeigen gegen Erstkonsumierende und die Anzeigen wegen Widerhandlungen gegen das Betäubungsmittelgesetz entwickelten sich jedoch unterschiedlich. Während die Zahl der Anzeigen gegen Erstkonsumierende – für sämtliche Substanzen – seit 1996 gestiegen ist und sich im Jahr 2001 bei etwa 15'000 eingependelt hat, ist die Zahl der Anzeigen wegen Widerhandlungen seit 1997 rückläufig (Abbildung 4.10).

Abbildung 4.10

Anzeigen gegen Erstkonsumierende und Anzeigen wegen Widerhandlungen (sämtliche Drogen) in der Schweiz von 1981 bis 2001



Die Abbildung 4.11 zeigt die Entwicklung der Anzahl Anzeigen wegen Drogenkonsums nach der Art der Substanz von 1974 bis 2001 in der Schweiz. Je nach untersuchter Substanz zeichnen sich unterschiedliche Tendenzen ab^u. Die Zahl der Anzeigen wegen Cannabisderivaten (Marihuana, Hanf, Haschisch und Haschischöl) ist ständig am Zunehmen. Dies trifft in besonderem Masse auf die letzten zehn Jahre zu. So gab es im Jahr 2001 32'580 Anzeigen. Hingegen sind die Anzeigen wegen Heroin- oder Kokainkonsums rückläufig. Nach einem Spitzenwert im Jahr 1993 (20'374) nahmen die Anzeigen wegen Heroinkonsums bis 2001 deutlich ab (9'579). Die Anzeigen wegen Kokainkonsums erreichten ihren Spitzenwert (10'515) im Jahr 1997 und sind seither rückläufig (8'206 im Jahr 2001).

^u Es ist zu beachten, dass jede Anzeige so oft aufgeführt wird, wie entsprechende Arten von Betäubungsmitteln konsumiert werden. Die Anzeigen pro Substanz stammen von einer anderen Datenbank, als die der Anzeigen gegen Erstkonsumierende oder Widerhandlungen.

Abbildung 4.11

Anzeigen gegen Erstkonsumierende oder wegen Widerhandlungen nach Art der Substanz – Cannabis, Heroin, Kokain – in der Schweiz von 1974 bis 2001

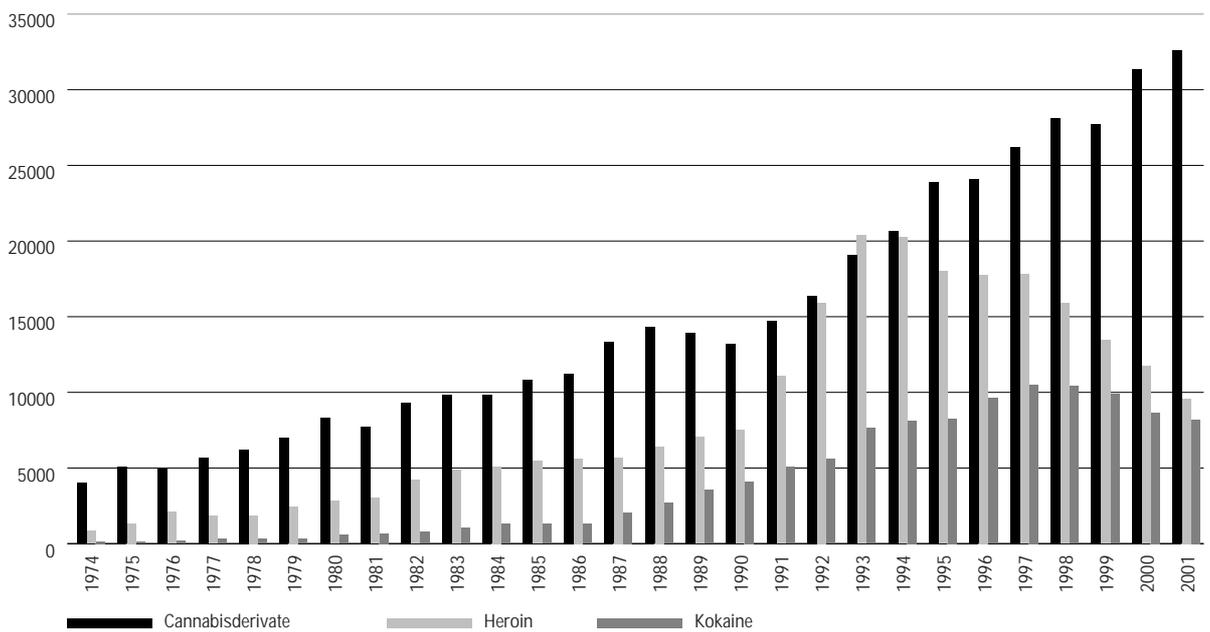
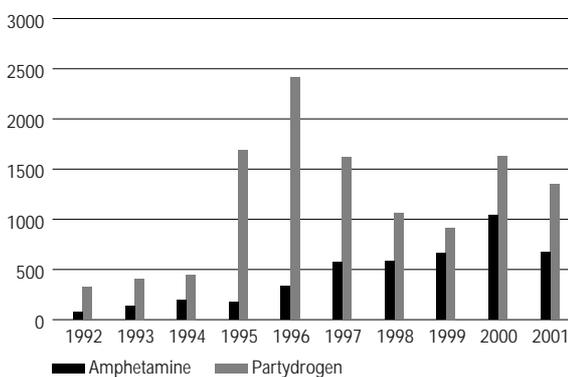


Abbildung 4.12

Anzeigen (gegen Erstkonsumierende oder gegen Widerhandlungen) wegen des Konsums von Amphetaminen und Partydrogen in der Schweiz, von 1992 bis 2001.



Auch wenn die Anzeigen wegen des Konsums von Partydrogen und Amphetaminen nur einen kleinen Teil der Verzeigungen wegen Drogenkonsums darstellt, zeichneten sich Veränderungen ab. So stieg die Anzahl Anzeigen zwischen 1999 und 2000 deutlich an und nahm im Jahr 2001 wieder ab. Die Anzahl Anzeigen wegen des Konsums von Amphetaminen stieg von 662 im Jahr 1999 auf 1043 im Jahr 2000 und wegen des Konsums von Ecstasy von 916 im Jahr 1999 auf 1627 im Jahr 2000 (Abbildung 4.12). Im Jahr 2001 ging die Anzahl Anzeigen wegen des Konsums von Amphetaminen auf 671 und wegen Ecstasy auf 1353 zurück.

Ideal wären Angaben zu den Anzeigen gegen Erstkonsumierende nach Substanzen. Bei der jetzigen Form der Datensammlung sind diese aber nicht erhältlich.

Zusammenfassung

Im ersten Teil dieses Abschnitts wird eine Analyse der verschiedenen Indikatoren für die Anzahl Konsumierenden verschiedener illegaler und legaler Substanzen angestellt. Im zweiten Teil folgt eine Analyse der Konsequenzen des Konsums verschiedener Drogen.

An dieser Stelle sei an die Ziele des MaPaDro erinnert:

- Senkung der Anzahl abhängiger Konsumierenden durch eine gleichzeitige Senkung der Aufnahme eines Konsums und eine Erhöhung der Ausstiege aus der Abhängigkeit;
- Reduzierung der schweren Schäden des Konsums durch die Milderung sozialer und gesundheitlicher Schäden für die Konsumierenden.

Zahl der Konsumierenden

Heroin

Die Messung der Indikatoren für den Konsum der erwachsenen Allgemeinbevölkerung aus verschiedenen Altersklassen zeigt einen leichten Anstieg der Lebenszeiterfahrung gegen Ende der 1980er Jahre mit einer Stabilisierung – beziehungsweise Abnahme – ab der zweiten Hälfte der 1990er Jahre. Diese vor kurzem erfolgte Stabilisierung wird durch die Daten über den aktuellen Drogenkonsum bestätigt. Aus der stark unterschiedlichen Prävalenz beim aktuellen und der deutlich höheren Lebenszeitprävalenz des Drogenkonsums geht hervor, dass ein Teil des angegebenen Konsums wohl experimenteller Art oder von begrenzter Dauer war. Bis anhin gibt es keine Daten, die Aufschluss über die Entwicklung des Einstiegs in den Konsum geben würden (Jugendliche und junge Erwachsene). Die Statistiken zur Aufnahme einer Behandlung lassen jedoch nicht auf eine Senkung des Alters beim ersten Konsum schliessen.

Andere Indikatoren, welche die Zahl der Konsumierenden indirekt messen, weisen in die gleiche Richtung:

- Aus den Repressionsstatistiken lässt sich ab 1995 ein klarer Rückgang der Anzeigen wegen Heroinkonsums erkennen. Diese Statistiken bilden aber auch einen Indikator für die Aktivitäten der Polizei, welche ihre Praktiken geändert haben kann.

- Die Statistiken zur Aufnahme einer Behandlung und die in den niederschweligen Einrichtungen durchgeführten Befragungen weisen auf einen Anstieg (niederschwellige Einrichtungen, HeGeBe, FOS) oder eine Stabilisierung (SAMBAD) des mittleren oder des Durchschnittsalters der Konsumierenden hin. Man kann auch einen Rückgang der Prozentzahl der erst seit kurzem Konsumierenden feststellen (niederschwellige Strukturen, FOS). Dies kann auf eine Verringerung des Einstiegs in die Sucht oder längere Verweildauer in der Behandlung (alternde Kohorte) hinweisen.

Nicht erfasst mit diesen Statistiken werden die sogenannten "versteckten" Konsumierenden, welche keine Behandlung wünschen, keine niederschweligen Einrichtungen benutzen und nie von der Polizei verhaftet wurden. Eine vor einigen Jahren durchgeführte Befragung hat jedoch gezeigt, dass die wirklich versteckte Gruppe der Heroinkonsumierenden wahrscheinlich nicht sehr gross ist. Dies gilt besonders für diejenigen Personen, die Drogen injizieren^{46,47}.

Dank den bei den jüngsten Bevölkerungsgruppen laufenden Befragungen wird es möglich sein, die Entwicklung des frühen Konsums abzusehen.

Schliesslich möchten wir darauf hinweisen, dass die Zahl der Behandlungseintritte (sämtliche Behandlungen), welche hauptsächlich die abhängigen Heroinkonsumierenden (mit oder ohne Konsum von Kokain oder anderen Drogen) betreffen, in den letzten zehn Jahren zugenommen hat. Angesichts sämtlicher Daten kann aus der Entwicklung dieses Indikators wahrscheinlich eher darauf geschlossen, dass die Auswirkungen des Konsums (eine grössere Zahl von Personen wird – manchmal sogar wiederholt – betreut) weniger schwerwiegend sind als dass die Anzahl abhängiger Personen gestiegen ist.

Mehrere Indikatoren werden nicht systematisch gesammelt. So gibt es keine Gesamtdaten zu den beendeten Therapien. Dies würde wichtige Aufschlüsse über die Entwicklung der Anzahl Abhängiger in der Schweiz sowie einen Vergleich der jährlichen Behandlungseintritte und -austritte ermöglichen. Ausserdem fehlt es in der Schweiz an kontinuierlichen Daten zum Indikator "erste Anfragen nach einer Behandlung", wie sie von

der Europäischen Union empfohlen werden. Damit könnten die erstmaligen von den nachfolgenden Behandlungen unterschieden werden, wie sie in den "Drogenkarrieren" der Abhängigen häufig auftreten.

Kokain

Aus den Bevölkerungsumfragen geht hervor, dass die Lebenszeitprävalenz des Kokainkonsums ansteigt, während sich der aktuelle Konsum dieser Droge stabilisiert. Dies weist darauf hin, dass es sich teilweise um einen experimentellen oder gelegentlichen Konsum handelt.

Trotzdem ermöglichen die indirekten Konsumindikatoren eine differenziertere Sicht der Dinge in Bezug auf den Konsum dieser Substanz:

- Die Repressionsstatistiken weisen auf einen Rückgang der Anzeigen wegen Kokainkonsums hin, der neueren Datums ist als derjenige beim Heroin (seit 1998). Allerdings ist der Konsum von Kokain als Partydroge unauffälliger als derjenige von Heroin. Ausserdem betrifft er die unterschiedlichsten Bevölkerungsgruppen.
- In den niederschweligen Einrichtungen ist der Anteil der Konsumierenden von Kokain oder Cocktails zwischen 1993 und 1996 gestiegen. Im Jahr 2000 ging er leicht zurück (gleiche Entwicklung wie bei den Anzeigen). Bezüglich der Zahl der durchschnittlichen wöchentlichen Injektionen bei diesen Konsumierenden konnte die gleiche Entwicklung beobachtet werden. Trotzdem macht es den Anschein, dass die Situation hinsichtlich der Injektion von Kokain je nach Region und Individuen sehr unterschiedlich ist (bei kleineren Gruppen kann es zu einer starken Häufigkeit von Injektionen kommen, die deutlich "sichtbar" ist).

Aufgrund dieser Daten kann angenommen werden, dass der Kokainkonsum bei den Personen, die diese Droge als Partydroge konsumieren, wahrscheinlich am Zunehmen ist. Hingegen wird beim heroinabhängigen Teil der Bevölkerung (seit kurzem) eine leichte globale Abnahme festgestellt, dies mit sehr grossen räumlichen und individuellen Schwankungen. Auf diesen Punkt werden wir bei der Art des Drogenkonsums nochmals zurückkommen.

Cannabis

Beim Cannabiskonsum ist die Situation klar und die Daten stimmen überein. Die Bevölkerungs-umfragen weisen auf einen kürzlich erfolgten Anstieg der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums sowie eine vermehrte frühe Aufnahme des Konsums seit Mitte der 1990er Jahre hin. Besonders deutlich ist dieser Anstieg bei den 15-Jährigen, wo er sich von 1990 (8.5%) bis 1998 (30.8%) mehr als verdreifachte. Bei zwei Dritteln handelt es sich um wiederholten Konsum. Die neuste, im Jahr 2000 durchgeführte Umfrage ergab ausserdem, dass 6.5% von den 15-19-Jährigen täglich und 5% mindestens einmal wöchentlich Cannabis konsumierten.

Bei den Älteren (17-30 Jahre) ist der Anstieg etwas weniger deutlich. Ein Teil der Lebenszeitprävalenz des Konsums war auf frühere Generationen zurückzuführen, die ihren Konsum wahrscheinlich eingestellt haben. Insgesamt hat mehr als ein Drittel der Bevölkerung dieser Altersstufe schon einmal weiche Drogen konsumiert.

Mit zunehmendem Alter nimmt die Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums ab. Dies ist wahrscheinlich gleichzeitig auf ein Einstellen des Konsums im Erwachsenenalter und auf einen Generationeneffekt zurückzuführen.

Der Cannabiskonsum ist in der Westschweiz höher als in der Deutschschweiz und im Tessin.

Die Experten stellen auch einen Anstieg des THC-Gehalts der auf dem Markt angebotenen Cannabisprodukte fest.

Die Daten zum Konsum werden durch folgende indirekte Indikatoren bestätigt:

- Die Anzeigen wegen Cannabiskonsums nehmen seit den 1970er Jahren ständig zu.
- Der kürzlich erfolgte Anstieg der Anzeigen gegen Erstkonsumierende (für alle Drogen zusammen) könnte hauptsächlich auf Cannabis zurückgeführt werden.
- Die Zahl und Entwicklung der Anzeigen ist in den einzelnen Kantonen sehr unterschiedlich und weist wahrscheinlich eher auf unterschiedliche Praktiken bei der

Verfolgung als auf eine unterschiedliche Prävalenz des Konsums hin.

Andere illegale Drogen

Zu diesen Drogen gibt es weniger Angaben. Sie werden weniger systematisch gesammelt und es gibt keine wiederholten Bevölkerungsumfragen zu diesem Thema. Grössere Klarheit schaffen werden zwei momentan bei den Jugendlichen durchgeführte Umfragen. Die bereits vorliegenden Befragungen in der Technoszene weist auf das Vorhandensein einer Gruppe von Benutzern hin, welche die Drogen als Freizeitdroge verwenden, wobei diese einen erhöhten Konsum verzeichnen und die Substanzen häufig mischen. Die Indikatoren für die Repression lassen auf eine unbeständige Entwicklung in diesen letzten Jahren schliessen. Der Spitzenwert lag bei etwa 3000 Anzeigen wegen Drogenkonsums (Amphetamine und Freizeitdrogen zusammen).

Alkohol und Tabak

Der Alkoholkonsum (Bier und hochprozentige Getränke) stieg bei den Jugendlichen zwischen 1986 und 1998 stark an. Dieser Anstieg ist insbesondere auf gelegentlichen (am Wochenende) sowie missbräuchlichen Konsum (Zustand der Trunkenheit) zurückzuführen. Die jungen Frauen sind stärker betroffen.

Das gleiche Bild ergibt sich beim Tabakkonsum: Auch hier lässt sich ein Anstieg des regelmässigen und täglichen Konsums bei den Schülern und insbesondere bei den Mädchen feststellen.

Dieser erhöhte Konsum sogenannter legaler Drogen sowie von Cannabis bei den Jugendlichen ist sinnbildlich für ein Umfeld⁴⁸, in dem die wahrscheinliche Stabilisierung beziehungsweise der Rückgang des Heroinkonsums berücksichtigt werden muss. Gemeint ist ein Anstieg der Anzahl Konsumierender (auch wenn einige nicht über ein experimentelles Stadium hinausgehen) und eine zunehmende Intensität des sogenannten Genussmittelkonsums von Substanzen:

- Gewisse Drogen, die eine starke süchtig machende Wirkung (Nikotin) haben und für die Gesundheit sehr schädlich sind.

- Andere Drogen (Alkohol, Cannabis), deren länger anhaltender oder missbräuchlicher Konsum sich insbesondere bei Personen mit schwacher Konstitution gesundheitsschädigend auswirken kann.

Dieses Phänomen könnte – einfach aufgrund der gestiegenen Zahl – langfristig zu einem erneuten Anstieg des Heroin- und Kokainkonsums führen. Dies obwohl bei den Konsumierenden anderer Substanzen der Anteil der Personen, die mit diesen Drogen experimentieren, minimal ist.

Schweregrad des Konsums

Analysiert werden an dieser Stelle die gesundheitlichen und sozialen Indikatoren, welche die abhängigen Drogenkonsumierenden betreffen (hauptsächlich Heroin und Kokain).

Gesundheit

Gemäss den Indikatoren zeichnet sich in diesem Bereich eine mehr oder weniger grosse und/oder schnelle Verbesserung ab, wobei einige besondere Probleme auftreten:

- Gemäss den bei den Klienten niederschwelliger Einrichtungen durchgeführten Befragungen nimmt die Zahl der Drogen injizierenden Personen allmählich ab. Dies gilt auch für Personen, die erst seit kurzem Drogen injizieren. Auch der Durchschnitt der wöchentlichen Injektionen sowie die Zahl der Multikonsumierenden geht zurück. Darüber darf aber nicht vergessen werden, dass es sich bei der letztgenannten Praxis um die Regel handelt (2/3 der Konsumierenden) und dass manchmal intravenös Produkte konsumiert werden, die eigentlich nicht injiziert werden können (z.B. aufgelöste Tabletten von Benzodiazepinen).
- Die Zahl der sich in Behandlung befindenden Personen nimmt weiterhin zu. Die Philosophie der Gesundheitserhaltung und Schadenminderung (kein automatischer Ausschluss von einer Behandlung bei gleichzeitigem Konsum sowie Beharren auf eine anhaltende therapeutische Einbindung) hat jedoch bei einer Minderheit der behandelten Personen ein weiterhin bestehendes – wenn auch vermindertes – Risiko zur Folge, welches sich aus dem intravenösen

- Konsum (insbesondere von Kokain und Benzodiazepinen) ergibt.
- Die Zahl der Todesfälle geht zurück (von ungefähr 750 im Jahr 1994 auf etwas über 200 im Jahr 2001). Dieser Rückgang betraf vor allem die durch Aids bedingten Todesfälle, lässt sich aber auch bei den drogenbedingten Todesfällen feststellen. Diese pendelten sich in den letzten vier Jahren bei etwa 200 Fällen ein.
 - Die Anzahl neuer HIV-Fälle nahm seit 1989 (etwa 600) stark ab und scheint sich bei 70 Fällen pro Jahr einzupendeln. Die HIV-Prävalenz hat je nach Datenerhebungsort abgenommen oder ist stabil geblieben (gemäss den Quellen zwischen 5 und 11 % in den letzten Jahren^v).
 - Hingegen ist die Prävalenz von Hepatitis und insbesondere von Hepatitis C hoch. Dies insbesondere bei Personen, die niederschwellige Einrichtungen aufsuchen.
 - Die Mitbenutzung von Injektionsmaterial und Material zur Vorbereitung einer Injektion ist insgesamt zurückgegangen, dies bei einem tendenziell leichten Anstieg der Mitbenutzung von Spritzen in den letzten Jahren.
 - Die Benutzung von Präservativen bei verschiedenen Partnertypen ist stabil oder in einem leichten Rückgang begriffen. Ausser bei festen Partnern wird vermehrt verhütet (Gelegenheitspartner, Freier).

Soziale Situation

Für Rückschlüsse auf die soziale Situation der Konsumierenden werden vor allem die Daten zur Arbeits-, Einkommens- und Wohnsituation der Drogenkonsumierenden bei der Aufnahme verschiedener Behandlungsformen oder bei den Befragungen in den niederschweligen Einrichtungen herangezogen:

- Die Wohnsituation hat sich verbessert (Rückgang der Konsumierenden ohne festen Wohnsitz).
- Der Zugang zum Arbeitsmarkt hat sich in den letzten Jahren nicht verbessert: 59% der Kunden niederschwelliger Einrichtungen und 42% der Personen, die eine stationäre Behandlung aufnehmen, sind erwerbslos.

- Die Anzahl Personen, die Leistungen der Sozialversicherungen (IV, Arbeitslosenversicherung) beziehen, sowie die Anzahl Personen, die von der Sozialhilfe/Fürsorge unterstützt werden, hat zugenommen. Hingegen ist der Anteil der Personen mit illegalen Einkommen (hauptsächlich *Dealern*) zurückgegangen.

Insgesamt kann somit von einem besseren Funktionieren des sozialen Auffangnetzes und folglich von einer sozialen Schadenminderung gesprochen werden, aber sicher nicht von einem markanten Fortschritt bei der sozialen Wiedereingliederung, insbesondere in die Arbeitswelt.

Es fehlt an Verlaufsdaten für die Zeit nach der Beendigung einer Behandlung. Dies würde eine genauere Abklärung dieser Feststellung ermöglichen, die bisher vor allem diejenigen Personen betrifft, welche eine Behandlung beginnen oder sich nicht in Behandlung befinden. Vorhanden sind jedoch – teilweise auf verschiedene Institutionen beschränkte⁴⁹ – Verlaufsdaten⁵⁰⁻⁵², die auf eine positive Entwicklung hinweisen⁵³.

Schlussfolgerungen

Beim Heroin wurde die angestrebte Stabilisierung bzw. der Rückgang der Anzahl der Abhängigen, die harte Drogen konsumieren, erreicht. Insbesondere scheint der Suchteinstieg bei dieser Substanz zurückgegangen zu sein. Weniger klar ist die Situation beim Kokain. So ist es zwar möglich, dass der Kokainkonsum bereits heroinabhängiger Personen etwas zurückgegangen ist; die Benutzung von Kokain als Partydroge hat aber wahrscheinlich zugenommen.

Bei allen übrigen Substanzen wird eine tendenzielle Zunahme festgestellt.

Die bemerkenswertesten Fortschritte wurden vermutlich im Bereich der Schadenminderung erzielt. Dies gilt insbesondere für die Milderung gesundheitlicher Schäden und das Aufrechterhalten eines gewissen sozialen Funktionierens. Es fehlt jedoch gesamthaft an Informationen über den Gesundheitszustand und die soziale Eingliederung der Personen in den verschiedenen Phasen; beim Eintritt in die Behandlung, beim Austritt aus der Behandlung und im späteren Lebensverlauf.

^v Beim Heroinprogramm gibt es keine neueren Daten zur HIV-Prävalenz beim Eintritt in die Behandlung. In diesem Programm wurde Mitte der 1990er Jahre die höchste Prävalenz verzeichnet.

Tabelle 4.7

Entwicklung der wichtigsten indirekten Indikatoren für die Anzahl abhängiger Drogenkonsumierender und für den Schweregrad der Suchtprobleme*: Zusammenfassung und Änderungshypothesen für 1999/2001

Indikatoren**	Entwicklung	Änderungshypothesen	
		bzgl. der Anzahl der Drogensüchtigen	bzgl. des Schweregrads der Suchtprobleme
Anzahl der Strafanzeigen:		▼	▼
Heroin	↘		
Kokain	↘		
Durchschnittsalter der Konsumierenden	↗	▼	●
Anzahl der Personen in Behandlung	↗	±	▼
Anzahl drogenbedingter Todesfälle	→	±	▶
Neue HIV-Fälle	→	●	▶
HIV-Risikoverhalten	→	●	▶
Mehrfachsucht (Polytoxikomanie)	→	●	▶
Häufigkeit der Injektionen***	↘	●	▼
Prostitution	→	●	▶
Soziale Integration:			
Wohnen	↘	●	▼
Soziale Integration:			
Arbeit	→	●	▶
Sozialhilfe und IV	↗	●	▶
Legende	↗ Zunahme ↘ Abnahme → Stabil	± Indikator nicht eindeutig ▲ Indikator für Zunahme ▼ Indikator für Abnahme ▶ Indikator für Stabilisierung ● Indikator nicht relevant	

* Erklärung der Tabelle:
Die epidemiologischen Daten werden in den Trends zusammengefasst, die sich vor dem Hintergrund der wichtigsten Indikatorenabzeichen (erste und zweite Spalte). Bei Fehlen direkter Indikatoren für die Anzahl der Konsumierenden und den Schweregrad der mit dem Drogenkonsum verbundenen Probleme werden die Informationen der ersten beiden Spalten in den letzten zwei Spalten als indirekte Indikatoren für diese beiden Phänomene benutzt und interpretiert.

** Interpretationsbeispiel: PROSTITUTION
2. Spalte: Die Prostitution ist stabil
3. Spalte: Die Prostitution ist kein indirekter Indikator für die Anzahl der Drogenkonsumierenden.
4. Spalte: Die Prostitution ist ein indirekter Indikator für den Schweregrad der Suchtprobleme.
Da die Prostitution stabil ist, kann folgende Hypothese formuliert werden: Die mit der Sucht in Zusammenhang stehenden Probleme verschlimmern sich nicht.

*** Variiert je nach Kanton

Bibliografische Referenzen

- 1 Maag V. *Prävalenzschätzungen der Heroinabhängigkeit in der Schweiz: Trend stieg bis 1993/94, dann Trendumkehr bis 1998*. BAG Bulletin 2000; (21): 396-9.
- 2 Jeannin A, Schmid M, Dubois A, Dubois-Arber F, Meystre-Agustoni G, Benninghoff F, et al. *Programme national VIH/sida 1999-2003: état et dynamique de la mise en œuvre à fin 2001*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 81).
- 3 Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, editor. *Zahlen und Fakten zu Alkohol und anderen Drogen 1999*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA); 1999.
- 4 Narring F, Tschumper A, Michaud PA, Vanetta F, Meyer R, Wydler H, et al. *La santé des adolescents en Suisse: rapport d'une enquête nationale sur la santé et les styles de vie des 15-20 ans*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994. (Cah Rech Doc IUMSP, 113a).
- 5 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), editor. *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2001*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2001. URL: <http://www.emcdda.org>.
- 6 Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), editor. *Drogues et dépendances: indicateurs et tendances 2002*. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT); 2002.
- 7 Aujean S, Murphy R, King L, Jeffery D, Dorn N, editors. *Annual report on the UK drug situation 2001*. London: DrugScope; 2001. URL: <http://www.drugscope.org.uk>.
- 8 *Schweizerische Cannabisbefragung: Cannabis auf der Schwelle zum legalen Rauschmittel; was die Schweizer und Schweizerinnen vom Cannabiskonsum halten; eine Repräsentativstudie*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 2001.
- 9 Gmel G, Müller R, Fahrenkrug H. *Cannabiskonsum in der Schweiz: Ein Synthesebericht zum Cannabiskonsum und dessen Entwicklung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1992/93 und 1997*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA); 2002.
- 10 Delgrande M, Kuntsche EN, Schmid H. *Befragung zum Gesundheitsverhalten von 12- bis 15-jährigen Schülerinnen: Deskriptive Statistik der 1998 erhobenen Gesamtschweizer Daten*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA); 1999.
- 11 Ayer S, Gmel G. *Consommation d'ecstasy en Suisse romande: rapport final d'un projet soutenu par l'Office fédéral de la santé publique*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 1996. (Rapport du département de recherche).
- 12 Allemann D, Pauli H. *Pilot-e, ein Präventionsprojekt des Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern und der Stiftung Contact Bern: Bericht 1998-1999*. Bern: Stiftung Contact Bern; 2000.
- 13 Delprat T. *Les drogues synthétiques en Europe: uniformisation et généralisation du phénomène*. Tendances 1999; (3): 1-4.
- 14 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), editor. *Rapport annuel sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne, 2000*. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes; 2000. URL: <http://www.emcdda.org>.
- 15 Tossmann P, Boldt S, Tensil MD. *Variabilität und Stabilität des Drogenkonsums in der Techno-Party-Szene*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 1999.

- ¹⁶Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Zweiter zusammenfassender Bericht 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Kurzfassung).
- ¹⁷Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). *Le rôle clé de la substitution dans le traitement de la toxicomanie*. Objectif drogues: briefing 2002; (1): 1-4.
- ¹⁸Bundesamt für Gesundheit, editor. *Die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) im Jahre 1999*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2000. URL: <http://www.suchtund aids.bag.admin.ch/themen/sucht/drogen/>
- ¹⁹Bundesamt für Gesundheit, editor. *Die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) im Jahre 2000*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2001. URL: <http://www.suchtund aids.bag.admin.ch/themen/sucht/drogen/>
- ²⁰European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA). *2001 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union online*. European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA), Ed. 2001. URL: <http://www.emcdda.org/infopint/publications.shtml>.
- ²¹*Polizeiliche Kriminalstatistik PKS mit Kriminalitätsentwicklung der letzten 10 Jahre: Schweizerische Betäubungsmittelstatistik*. Bern: Bundesamt für Polizei (BAP); 2002.
- ²²Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. *Health and social trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000)*. [in submission].
- ²³Grichting E, Dobler-Mikola A, Reichlin M. *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie Fos im Jahr 1997: Tätigkeitsbericht (Kurzfassung): Jahresstatistik*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 1998. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung).
- ²⁴Grichting E, Dobler-Mikola A, Reichlin M, Bolliger H. *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1998: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik (inkl. Vergleich der Eintrittsdaten 1995 bis 1998) Kurzfassung*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 1999. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 76).
- ²⁵Schaaf S, Berger Hoins C, Reichlin M, Grichting E, Wettach RHU, Dobler-Mikola A, et al. *Koordinationsstelle des FOS, editor. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1999: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik: Gegenüberstellung von Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie*. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2000. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 101).
- ²⁶Schaaf S, Reichlin M, Grichting E, Rehm J, Bolliger H. *Koordinationsstelle des FOS, editor. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2000: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik: Vergleich von Klientinnen und Klienten mit unterschiedlichem Konsummuster*. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2001. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 119). URL: <http://www.suchtforschung.ch>
- ²⁷Schaaf S, Berger Hoins C, Reichlin M, Grichting E, Wettach RHU, Dobler-Mikola A, et al. *Koordinationsstelle des FOS, editor. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2001: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik: Vergleich von Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung*. Zurich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2002. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 146).

- ²⁸European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA). *Joint action on new synthetic drugs*. European monitoring centre for drugs and drug addiction (EMCDDA), Ed. 2002. URL : http://www.emcdda.org/policy_law/joint_action.sht.
- ²⁹Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. *Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).
- ³⁰MacDonald M, Wodak A, Ali R, Crofts N, Cunningham PH, Dolan KA, Kelaher M, Loxley WM, van Beek I, Kaldor JM. *HIV prevalence and risk behaviour in needle exchange attenders: a national study*. *Med J Aust* 1997; 166 (5): 237-40.
- ³¹Gossop M, Griffiths P, Powis B, Williamson S, Fountain J, Strang J. *Continuing drug risk behaviour: shared use of injecting paraphernalia among London heroin injectors*. *AIDS Care* 1997; 9 (6): 651-60.
- ³²Sabbatini A, Carulli B, Villa M, Correa Leite ML, Nicolosi A. *Recent trends in the HIV epidemic among injecting drug users in Northern Italy, 1993-1999*. *AIDS* 2001; 15 (16): 2181-5.
- ³³Strathdee SA, Patrick DM, Currie SL, Cornelisse PG, Rekart ML, Montaner JS, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. *Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study*. *AIDS* 1997; 11 (8): F59-F65.
- ³⁴Diaz T, Des Jarlais DC, Vlahov D, Perlis TE, Edwards V, Friedman SR, Rockwell R, Hoover D, Williams IT, Monterroso ER. *Factors associated with prevalent hepatitis C: differences among young adult injection drug users in lower and upper Manhattan, New York City*. *Am J Public Health* 2001; 91 (1): 23-30.
- ³⁵Hope VD, Judd A, Hickman M, Lamagni T, Hunter G, Stimson GV, Jones S, Donovan L, Parry JV, Gill ON. *Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working?* *Am J Public Health* 2001; 91 (1): 38-42.
- ³⁶Valenciano M, Emmanuelli J, Lert F. *Unsafe injecting practices among attendees of syringe exchange programmes in France*. *Addiction* 2001; 96 (4): 597-606.
- ³⁷Centre d'estudis epidemiològics sobre l'HIV/sida de Catalunya (CEESCAT). Casabona J, editor. SIVES 2001: *Integrated HIV/AIDS surveillance system of Catalonia*. Barcelona: Departament de sanitat i seguretat social; 2002. (Technical document n° 14).
- ³⁸Voll P, Gauthier JA, Regazzoni A. *Ambulante Suchtberatung 1996: Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich = Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 1996: statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue*. Berne: Office fédéral de la statistique (OFS); 1998. (Statistique de la Suisse, 14 Santé).
- ³⁹Galliker M, Gauthier JA, Regazzoni A. *Ambulante Suchtberatung 1997: Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich = Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 1997: statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS); 1999. (Statistique de la Suisse, 14 Santé).
- ⁴⁰Galliker M, Gauthier JA, Delgrande M, Regazzoni A, Beringer R. *Ambulante Suchtberatung 1998: Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich = Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 1998: statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS); 2000. (Statistique de la Suisse, 14 Santé).

- ⁴¹ Galliker M, Gauthier JA, Delgrande M, Boujon L, Beringer R. *Ambulante Suchtberatung 1999: Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich = Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 1999: statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS); 2001. (Statistique de la Suisse, 14 Santé).
- ⁴² Voll P, Gauthier JA, Regazzoni A. *Ambulante Suchtberatung 1995: Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich = Prises en charge ambulatoires des problèmes de dépendance en 1995: statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue*. Berne: Office fédéral de la statistique (OFS); 1997. (Statistique de la Suisse, 14 Santé).
- ⁴³ Schüpbach-Wiedemann E, Wettach RHU, Dobler-Mikola A, editors. *Der Forschungsverbund therapeutischer Gemeinschaften im Jahre 1994: Tätigkeitsbericht und Beschreibung der Pool-Klientel (KOOS/Pool)*. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich; 1995. (Wissenschaftliche Informationen, Serie V).
- ⁴⁴ Uchtenhagen A, Dobler-Mikola A, Gutzwiller F. *Medically controlled prescription of narcotics: A Swiss national project*. International Journal of Drug Policy 1996; 7 (1): 28-33.
- ⁴⁵ Dobler-Mikola A, Grichting E, Wettach RHU, Schaaf S, editors. *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Pilotjahr 1995: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistiken der Koordinationsstelle des FOS*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 1996. (Forschungsinformationen des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie (FOS), interne Reihe).
- ⁴⁶ Hausser D, Kübler D, Dubois-Arber F. *Characteristics of heroin and cocaine users unknown to treatment agencies: Results from the Swiss hidden population study*. Soz und Praeventivmed 1999; 44 (5): 222-32.
- ⁴⁷ Kübler D, Hausser D. *Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical: étude exploratoire auprès d'une population cachée*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.7).
- ⁴⁸ Gutzwiller F. *Hohe Suchtbereitschaft in der Schweiz: Welche Richtung für ein neues Betäubungsmittelgesetz [Editorial]*. Soz Praeventivmed 2002; 47: 3.
- ⁴⁹ Perneger TV, Mino A, Giner F, Broers B. *Patterns of opiate use in a heroin maintenance programme*. Psychopharmacology (Berl) 2000; 152 (1): 7-13.
- ⁵⁰ Blättler R, Dobler-Mikola A, Steffen T, Uchtenhagen A. *Decreasing intravenous cocaine use in opiate users treated with prescribed heroin*. Soz Praeventivmed 2002; 47: 24-32.
- ⁵¹ Rehm J, Gschwend P, Steffen T, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A, Uchtenhagen A. *Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study*. Lancet 2001; 358 (9291): 1417-23.
- ⁵² Zimmer-Hofler D, Dobler-Mikola A. *Swiss heroin-addicted females: career and social adjustment*. J Subst Abuse Treat 1992; 9 (2): 159-70.
- ⁵³ Broers B, Giner F, Dumont P, Mino A. *Inpatient opiate detoxification in Geneva: follow-up at 1 and 6 months*. Drug Alcohol Depend 2000; 58 (1-2): 85-92.

Monitoring und Beurteilung des MaPaDro Phase 4

Dieses Kapitel bildet den Kernteil dieses Berichts; sein Inhalt soll die wichtigsten Fragen beantworten, die für die Globalevaluation festgelegt worden sind:

- 1 Sind die allgemeinen Ziele des MaPaDro sowie diejenigen jedes Bereichs angemessen?
- 2 Wie organisiert sich das BAG, um MaPaDro umzusetzen?
- 3 Welche Kontrolle übt es auf die Entwicklung seiner Aktionen aus?
- 4 Welche Probleme tauchten auf und mit welchen Mitteln wird Abhilfe geschaffen?
- 5 Fügt sich MaPaDro nahtlos in die gesamten Massnahmen ein, die in der Schweiz von anderen Partnern getroffen wurden (Kantone, Organisationen, Institutionen)? Unter welchen Bedingungen?
- 6 Welche Aktionen wurden durchgeführt und mit welchen Resultaten (Zwischenoutputs)?

Für die Beantwortung der Evaluationsfragen und gleichzeitig die detaillierte Beschreibung der verschiedenen mit dem Programm verbundenen Herausforderungen und Projekte wurde für dieses Kapitel ein spezielles Konzept ausgearbeitet. Jedem Bereich des MaPaDro ist ein separates Unterkapitel gewidmet, das folgende Themen zusammenfasst:

- 1 Allgemeine Situation in der Schweiz: Welche Bedürfnisse bestehen und welche Mittel sind vorhanden?
- 2 Ziele und Strategie des BAG: Welche Veränderungen möchte das BAG mit dem MaPaDro erreichen und wie soll dies geschehen (Antwort auf die Evaluationsfrage 2)?
- 3 Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten: Welche Massnahmen wurden umgesetzt und welche Aktivitäten wurden durchgeführt (Antworten auf die Evaluationsfrage 6)?
- 4 Beurteilung der Aktion des BAG: Stimmen die Ziele und die Strategie mit den Bedürfnissen und Mitteln in der Schweiz überein (Antworten

auf die Evaluationsfragen 1 und 5) und entspricht die Umsetzung der Massnahmen den Zielen des BAG (Antworten auf die Evaluationsfragen 3 und 4)?

Aufgrund der Bedeutung, die ihnen im Rahmen des Programms zukommt, sind die Beschreibungen und Analysen zu den Bereichen (oder Säulen) Prävention, Behandlung und Schadenminderung ausführlicher als die der anderen Bereiche.

Prävention

Aufgabe der Prävention ist es zu verhindern, dass Gesundheitsprobleme auftreten (Primärprävention) oder sich verschlimmern (Sekundärprävention). Die Gesundheitsförderung soll die Mittel stärken, die das physische, psychische und soziale Wohlbefinden von Gruppen und Individuen fördern. Am häufigsten geschieht dies mittels Information, Sensibilisierung und Motivierung des Publikums. Die Mittel können auf das individuelle Verhalten und/oder den jeweiligen Kontext, in dem dieses Verhalten auftritt, ausgerichtet werden sowie verschiedene Gruppen oder Lebensräume anpeilen. Bei den verwendeten Ansätzen, Strategien und Mitteln werden die oben erwähnten Elemente meist kombiniert.

Allgemeine Situation in der Schweiz

Gemäss Artikel 15a des Betäubungsmittelgesetzes ist die Prävention des Missbrauchs von Betäubungsmitteln Sache der Kantone. Diese müssen die Information und Beratung fördern und die dafür notwendigen Institutionen schaffen. Der Bereich der Suchtprävention wurde somit in den Kantonen, aber auch in den Städten ausgebaut. Oft erfolgte diese Entwicklung über private Organisationen, welche subventioniert wurden.

In den lokalpolitischen Debatten war die Prävention eher nebensächlich. Es gibt nur wenige Stellungnahmen und Entscheide von Kantonen und Städten zu diesem Thema und Auseinandersetzungen scheinen selten zu sein¹. Davon ausgenommen sind zweifellos nur die laufende Revision des Betäubungsmittelgesetzes und vor allem die Entkriminalisierung des Cannabiskonsums.

Die Prävention bildet eine der vier Säulen der Drogenpolitik des Bundes. Gemäss den gesetzlichen Bestimmungen besteht das Engagement des Bundes in diesem Bereich darin, die Interventionen von Kantonen und Städten zu unterstützen.

Bedürfnisse

Der rasche Anstieg des Heroinkonsums, der Ende der 1980er Jahre und Anfang der 1990er Jahre beobachtet wurde, scheint gestoppt zu sein. Es gibt jedoch noch keine Hinweise auf eine bedeutende Abnahme der Zahl der Personen in der Schweiz, die Opiate und Kokain konsumieren. Im Übrigen stellt man fest, dass die sich in einer Behandlung befindenden Personen immer älter werden. Dies könnte auf einen verminderten Suchteinstieg, insbesondere beim Heroin, hinweisen.

Die Indikatoren zum Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabis lassen hingegen eine andere Entwicklung erkennen. Sie weisen auf einen deutlichen Anstieg des Konsums dieser Substanzen bei den Jugendlichen sowie auf ein tieferes Einstiegsalter hin. Das hat verschiedene Folgen. So wirkt sich der allgemeine Anstieg mittel- und langfristig sicherlich auf die Gesundheit der Bevölkerung aus. Dies könnte sich durch das gesunkene Einstiegsalter noch verstärken. Vor allem beim Tabak ist bekannt, dass dieses Phänomen sich auf die Kontrolle und die Fähigkeit auswirkt, den Konsum einzustellen. Schliesslich könnte die Häufung der konsumierten Substanzen sowie der Fälle von gelegentlicher Trunkenheit kurzfristig eventuell zu einem erneuten Anstieg des Konsums härterer und schädlicherer Drogen führen. Diese Hypothese muss jedoch erst noch überprüft werden. Die derzeitigen Herausforderungen im Bereich der Überwachung sowie der Primär- und Sekundärprävention sind jedenfalls sehr gross.

Der Konsum von synthetischen Stimulanzien und Halluzinogenen bei den Jugendlichen ist bisher kaum dokumentiert. Mit den bestehenden Mitteln ist es schwierig, die Substanzen einzuordnen und sich auf die Entwicklung des Drogenschwarzmarktes einzustellen. Es macht jedoch den Anschein, dass der Konsum von synthetischen Drogen (Partydrogen) kein vorübergehendes Phänomen ist. Aus den wenigen an Techno-Abenden durchgeführten Befragungen geht hervor, dass der Konsum ein hohes Ausmass erreicht hat. Zudem werden häufig mehrere Substanzen (Amphetamine, Cannabis, Alkohol) gleichzeitig konsumiert und der Einstieg in den Konsum erfolgt relativ früh. Hier besteht somit ein echter Bedarf nach Präventionsarbeit.

Die Aussicht auf eine mögliche Einstellung der Strafverfolgung des Cannabiskonsums sowie die Einführung eines kontrollierten Marktes haben zweifellos den Konsum dieser Substanz bei den Jugendlichen bereits beeinflusst. Aufgrund dieser Entwicklungen könnte es sein, dass die Präventionsarbeit neue Bedürfnisse bewältigen muss. Die Entwicklung von Massnahmen zur Früherkennung und Frühintervention, wie sie im Entwurf zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes ebenfalls vorgesehen sind, bilden somit eine neue Herausforderung für diesen Bereich.

Angebot/Mittel

Bisher gibt es kein systematisches Inventar der in der Schweiz ergriffenen Präventionsmassnahmen. Die jüngsten diesbezüglichen Angaben stammen aus dem Zeitraum 1993-1996^{2,3}. Man geht jedoch davon aus, dass die damals festgestellte Entwicklung der Interventionen in der Folge angedauert hat. Die meisten neuen Präventionsprojekte wurden im Informationsbereich umgesetzt und wandten sich an ein breites Publikum. Schule und Gemeinden wurden etwas weniger oft und die Familie und die Arbeitswelt sogar nur selten angesprochen. Die neuen Interventionen richteten sich vor allem an Erwachsene (Eltern, Lehrkräfte, Multiplikatoren). An zweiter Stelle folgten Projekte, die gleichzeitig an Erwachsene und Jugendliche oder nur an Jugendliche gerichtet waren. Hingegen gab es nur wenige Projekte für Kinder. Die übrigen Bestrebungen richteten sich vor allem auf den angestrebten Ausbau der Sekundärprävention, die Weiterbildung der Lehrkräfte,

die Gesundheitsförderung und die Koordination unter den Kantonen.

Allgemein lässt sich feststellen, dass die Entwicklung der Interventionen zur Prävention in der Schweiz in den letzten zehn Jahren durch eine vermehrte Koordination sowie eine Vernetzung verschiedener Aktivitäten geprägt war. Die oft auf eine bestimmte Substanz (Alkohol oder illegale Drogen) ausgerichteten lokalen Projekte wurden zusammengelegt und in eine umfassendere Sichtweise der Suchtprobleme gestellt.

Auf gesamt-schweizerischer Ebene haben mehrere Organisationen besondere Kompetenzbereiche aufgebaut. Die Stiftung Radix Gesundheitsförderung leitet und unterstützt Aktivitäten in der ganzen Schweiz – vor allem aber auf lokaler und regionaler Ebene. Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) setzt sich sehr aktiv für die Prävention des Konsums und Missbrauchs von Tabak, Alkohol und illegalen Drogen ein. Sie stellt unter anderem Unterrichtsmaterial für die Schulen zusammen, arbeitet Präventionskampagnen aus und berät die Unternehmen. Die Gesundheitsförderung Schweiz^a hingegen engagiert sich für die Gesundheit der in der Schweiz lebenden Bevölkerung. Diese Stiftung, welche aufgrund der Artikel 19 und 20 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) über ein Jahresbudget von etwa 17 Millionen verfügt, lanciert und unterstützt verschiedene Projekte zur Gesundheitsförderung.

Ziele und Strategie des BAG

Ziele

Langfristig verfolgt die Präventionsarbeit im Rahmen des MaPaDro das Ziel, dass weniger Menschen in den Drogenkonsum einsteigen und dass keine Drogenabhängigkeit entsteht. Damit möchte man erreichen, dass der Drogenkonsum abnimmt und dass die Folgen der damit verbundenen Probleme für die Gesellschaft verringert werden. Zu diesem Zweck muss die Suchtprävention die Entwicklung der persönlichen und sozialen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen unterstützen und sich für die Schaffung einer sozialen

Umgebung einsetzen, die den Drogenkonsum und insbesondere den Drogenmissbrauch als unnötig und unattraktiv macht⁴.

Strategie

Zur Verwirklichung seiner Ziele erarbeitet das BAG Präventionsprogramme, die in den **Lebensräumen der Jugendlichen (Settings)** durchgeführt werden. Solche Programme wurden für Gemeinden und Quartiere, Sportclubs, Jugendheime, Jugendverbände, Freizeitzentren, Familien und gefährdete Jugendliche entwickelt. Geplant ist zudem ein neues Programm in der Technoszene. Diese Programme sind auf eine **Institutionalisierung der Prävention** in den verschiedenen Lebensräumen angelegt und richten sich an Jugendliche und Multiplikatoren (Lehrkräfte, Ausbilder, Trainer, Erzieher, Eltern), die sich dort aufhalten. Meist sind die Aktivitäten nicht auf den Drogenkonsum ausgerichtet, sondern auf die Früherkennung gefährdeter Jugendlicher (Sekundärprävention) und/oder auf die Förderung von Aktivitäten, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Wird der Drogenkonsum trotzdem einbezogen, geschieht dies meistens mit einem Ansatz, der sämtliche Substanzen (legale wie illegale) umfasst. Die einzige Ausnahme ist Cannabis. Aufgrund der Änderungen, die sich aus der Revision des Betäubungsmittelgesetzes ergeben könnten, wurde beschlossen, dem Konsum dieser Substanz im Rahmen der bestehenden Programme besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Auf organisatorischer Ebene verfügt das BAG seit dem 1. Januar 2002 über eine Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention, die sämtliche am MaPaDro beteiligten Programme leitet. Ausserdem wurde eine neue Stelle für die Prävention des Cannabiskonsums geschaffen.

Die vom BAG entwickelten Programme beruhen auf der Devise "national konzipiert – regional umgesetzt"^{5,6}. Sie stellen einen allgemeinen Rahmen dar, mit dem eine **landesweite Abdeckung** angestrebt wird. Innerhalb dieses Rahmens können Kantone, Gemeinden und Fachstellen Projekte ihren Bedürfnissen entsprechend eingliedern. Langfristig liegt es an ihnen, die Aktivitäten selbstständig durchzuführen.

^a Vormalig "Schweizer Stiftung für die Gesundheitsförderung" und "Stiftung 19".

Die Umsetzung solcher Programme basiert auf drei Elementen: Für die allgemeine **Steuerung**, Mitfinanzierung sowie Koordination der Programme ist der Bund zuständig. Bei der konkreten **Umsetzung** wird hingegen mit einer nationalen (oder regionalen) Institution oder Vereinigung zusammengearbeitet (Mandat), die in den von den jeweiligen Programmen angepeilten Lebensräumen tätig

sind. Die **Realisierung** der Präventionsaktivitäten schliesslich wird meist von den lokalen Vereinigungen besorgt, die mit den wichtigsten Akteuren der Prävention zusammenarbeiten. Diese Methode beruht auf Allianzen des BAG mit den betroffenen Akteuren und soll eine **Verankerung** der Prävention in den Lebensräumen der Jugendlichen ermöglichen.

Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Das BAG führt auf dem Gebiet der Prävention zahlreiche Aktivitäten durch. Daher ist es nicht möglich, die gesamte Umsetzung und alle realisierten Aktivitäten mit Hilfe standardisierter Indikatoren darzustellen. Ausserdem variierte der Mittelaufwand von Programm zu Programm. Im Jahr 2000 beispielsweise wurden bei weitem die meisten Mittel für die Prävention bei

gefährdeten Jugendlichen sowie für die Gesundheitsförderung an den Schulen aufgewendet. Es folgten weitere Programme in Sportclubs, Gemeinden und Quartieren, Jugendverbänden und Freizeitzentren. Weniger Investitionen brauchten die Programme in Jugendheimen und bei den Eltern.

Programm zur Suchtprävention in den Gemeinden

Setting	Zielpublikum	Ziele	Verwaltung
Gemeinden und Quartiere	Jugendliche und ihre Umgebung in ihren Lebensräumen	Beratungsangebot, Koordination und finanzielle Unterstützung der Projekte auf Gemeindeebene; Förderung und Ausbau bewährter Präventionsmodelle. Vermehrte Aufmerksamkeit gilt in Zukunft den lokalen Fortbildungs- und Ausbildungsprojekten für Multiplikatoren in Verbindung mit der Cannabisprävention.	Radix Gesundheitsförderung

Die Leitung dieses Programms wurde von Zürich nach Bern verlegt, vor allem um die Bedürfnisse der Westschweiz besser berücksichtigen zu können. Während des letzten Mandats (1998-2001) gingen 456 Gesuche um finanzielle Unterstützung für lokale Präventionsprojekte ein. Mehr als zwei Drittel (357) davon wurden berücksichtigt und unterstützt. Im Rahmen des Programms wurden sämtliche Kantone abgedeckt und 580 von insgesamt 3000 Gemeinden wurden erreicht. Dank der speziellen Förderung von als qualitativ her-

ausragend eingestuften Programmen^b konnten auch andere Städte erreicht werden. Im neuen Mandat (2002-2005) ist vorgesehen, die Unterstützung kleiner Projekte einzuschränken und durch die Rekrutierung und Ausbildung lokaler Multiplikatoren vermehrt in den Gemeinden tätig zu sein. Dieser neue Ansatz ist im Zusammenhang mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes und insbesondere der Schaffung von Systemen zur Früherkennung und Betreuung gefährdeter Jugendlichen zu sehen.

^b Zwei Qualitätsprogramme wurden gezielt gefördert. Diese können unter www.femmestische.ch und www.preventfete.ch eingesehen werden.

Das Projekt FemmesTISCHE wurde in 16 Schweizer Städten durchgeführt und es nahmen 4'500 Frauen aus 125 Gemeinden daran teil.

^c Vom Hochschulinstitut für öffentliche Verwaltung (IDHEAP) realisiert.

^d Hochschule für Soziale Arbeit Luzern HSA.

^e Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (Westschweizer Vereinigung für Alkohol- und Suchtforschung – Great).

^f Siehe Bereich Ausbildung des MaPaDro.

Programm in den Sportclubs: Sport und Drogen/LaOla

Setting	Zielpublikum	Ziele	Verwaltung
Sportclubs	Personen, die Sport treiben, und Sporttrainer	Ausbildung von Sporttrainern und Unterstützung der Sportverbände und – clubs bei ihren Präventionsaktivitäten	BASPO und Swiss Olympic

Das Programm Sport und Drogen wurde bis 1999 vom Bundesamt für Sport (BASPO) geleitet und war hauptsächlich auf die Ausbildung von Sporttrainern zur Suchtprävention bei den Jugendlichen ausgerichtet. Anschliessend wurde dieses Programm ausgebaut und in LaOla umbenannt. Zusätzlich zu den Ausbildungsaktivitäten des BASPO wird in Zukunft der Dachverband Swiss Olympic mit der Unterstützung von Präventionsaktivitäten bei sechs nationalen Sportverbänden (Gymnastik, Basketball, Ski, Snowboard, Fussball und Handball) betraut sein. Diesen Verbänden gehören 9718 Clubs und 1'124'800 Mitglieder an.

An den Jugend + Sport-Kursen für die Wintersportarten hat das BASPO im Rahmen des Programms rund 6000 Sporttrainer erreicht. Hingegen ist nicht bekannt,

wie viele Trainer in anderen Disziplinen ausgebildet wurden. Swiss Olympic realisierte ebenfalls verschiedene LaOla-Produkte (Homepage, Spruchbänder, Bar, Pass, Unterlagen, Broschüren) für die Sportverbände. Über die Präventionsaktivitäten dieser Verbände ist nur bekannt, dass sie vielfältig und unterschiedlich sind. Sie umfassen insbesondere Präventionsmodule für die Sporttrainer, eine Charta für Spitzensportler, alkohol- und tabakfreie Zonen und eine Preisreduktion auf alkoholfreien Getränken an Sportveranstaltungen. Genaue Zahlen liegen nicht vor, aber eine Evaluation der Umsetzung des Programms ist momentan im Gang^c.

Programm in den sozialpädagogischen Institutionen für Jugendliche: Fil rouge

Setting	Zielpublikum	Ziele	Verwaltung
Sozialpädagogische Institutionen für Jugendliche	Heimpersonal Kinder/Jugendliche in Heimen	In der Deutschschweiz ein Coaching für Erziehungsteams zu Fragen der Suchtprävention, um deren Fähigkeiten zur Früherkennung zu verbessern. In der Westschweiz wird dasselbe Ziel mit einem Ausbildungsangebot sowie Erfahrungsaustausch-Plattformen verfolgt.	HSA Luzern ^d + Vereinigung Fil rouge von GREAT ^e

In der Westschweiz wurden in fünf Regionen Erfahrungsaustausch-Plattformen durchgeführt. In den Jahren 1998 bis 2001 fanden insgesamt 73 Treffen statt, dies hauptsächlich in den Regionen BEJUNE, GE und VS. Die Zahl der Institutionen, die sich anschlossen, stieg innerhalb von vier Jahren von 45 auf 87 (von insgesamt 100). Ausserdem nahmen an den acht Bildungsveranstaltungen, welche sich an sämtliche Erziehungsanstalten der Westschweiz richteten, je nach Thema 35 bis 120 Personen teil. Sieben Institutionen wandten sich ausserdem an Fil Rouge, um eine spezielle Ausbildung zu organisieren. An einem erstmalig

durchgeführten Lehrgang "Präventionsakteur" nahmen in einer ersten Phase elf und in einer zweiten Phase zehn Personen teil. Weitere 94 Personen beteiligten sich an anderen Ausbildungsaktionen, die von 1998 bis 2001 angeboten wurden. Trotzdem ist bei diesen ein tendenzieller Rückgang der Beteiligung feststellbar. Dies könnte auf eine gewisse Sättigung des Ausbildungsangebots zum Thema Sucht in der Westschweiz zurückzuführen sein^f.

Im Gegensatz zur Westschweiz wollte man mit dem Programm in der Deutschschweiz nicht sämtliche

Heime und Erzieher ansprechen. Vielmehr sollte die Arbeit in einer beschränkten Zahl von Institutionen verbessert werden. Daher beteiligten sich 23 Heime in drei Regionen (Bern, Luzern und Basel/Schaffhausen) mit insgesamt 680 Mitarbeitern und 750 Jugendlichen am

angebotenen Coaching. Gemäss den Evaluatoren⁷ umfassten die Aktivitäten Arbeiten von Steuergruppen (10 Aktivitäten), Wissensinput (17 Ausbildungen), Problembearbeitung im Team (42 Aktivitäten) und an Heimbewohner gerichtete Interventionen (32).

Programm in den Jugendverbänden : Voilà

Setting	Zielpublikum	Ziele	Verwaltung
Jugendverbände	Kinder und Jugendliche	Unterstützung der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in den Ferienlagern durch Ausbildung von Trainern/Trainerinnen und Multiplikatoren der Präventionsbotschaften.	SAJV ⁹

Besonders auffallend am Programm Voilà ist der wichtige Stellenwert der Freiwilligenarbeit. Jährlich leisten die beteiligten Freiwilligen etwa 30'000 Arbeitsstunden. Der Beitrag des BAG dient hauptsächlich der Organisation, der Betreuung der Einrichtungen und der Ausbildung sowie der Förderung und Verankerung des Programms in den Kantonen. Das Programm hätte im Jahr 2001 abgeschlossen werden sollen, was aber nicht gelang. Somit wurde die Finanzierung des BAG mit anderen Partnern um weitere zwei Jahre verlängert.

Die zahlenmässigen Indikatoren für dieses Programm weisen momentan auf einen leichten Rückgang der Zahl der durchgeführten Lager hin. Daher verringert sich logischerweise auch das Zielpublikum, das im Rahmen dieses Programms mit den Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung erreicht wird. Die Zahl der beteiligten kantonalen Institutionen stieg hingegen von zwölf im Jahr 1997 auf neunzehn im Jahr 2001.

Erreichte Bevölkerung				
	1999	2000	2001	Entwicklung'99/'00/'01
Anzahl Voilà-Lager	522	471	447	↘
Teilnehmende an den Voilà-Lagern	17 320	14 735	13 956	↘
Trainer/Trainerinnen der Voilà-Lager	4 762	5 119	4 408	↗ - ↘
Trainer und Begleiter mit Grundausbildung oder Fortbildung	1 890	1 253	1 194	↘
Anzahl zuständige kantonale Institutionen	18	18	19	→ - ↗

⁹ Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände.

Programm in den Freizeitzentren: *fantasy projects*

Setting	Zielpublikum	Ziele	Verwaltung
Freizeitsektor (Freizeitzentren)	Jugendliche und junge Erwachsene	Logistische und finanzielle Unterstützung von Projekten zur Gesundheitsförderung sowie Ausbildung von Freizeitgestaltern	Vereinigung <i>fantasy projects</i>

Fantasy projects richtet sich an Jugendliche, die bei den Freizeitveranstaltungen der Jugend- und Sportverbände nicht erreicht werden können. Zu den Aktivitäten, die während der Evaluationsphase des Programms unternommen wurden, gehören insbesondere die finanzielle und logistische Unterstützung kleiner Projekte in der ganzen Schweiz. Ausserdem kamen zwölf in Freizeitzentren tätige Jugendarbeiter und Jugendarbeiterinnen der Westschweiz im Jahr 2001 in den Genuss einer Ausbildung zur Gesundheitsförderung. Ab 2002 stehen die Förderung bewährter Modelle im Freizeitsektor sowie die Weiterbildung von Fachleuten im Vordergrund. Ziel ist eine Verankerung der Präven-

tion/Gesundheitsförderung hauptsächlich in den Freizeitzentren.

Die meisten von *fantasy projects* unterstützten Projekte fanden im Jahr 2000 statt. In dieser Zeit wurde auch die grösste Zahl von Jugendlichen erreicht. Später nahmen im Durchschnitt immer weniger Jugendliche an der Organisation dieser Projekte teil; so sank deren Zahl von fünfzehn auf sechs. Im Jahr 2001 wurden weniger neue Projekte unterstützt und das Programm konzentrierte sich vermehrt auf neue Aktivitäten (Förderung bewährter Modelle, Fortbildung).

Erfasste Bevölkerung				
	1999	2000	2001	Entwicklung'99/'00/'01
Laufende <i>fantasy projects</i>	16	42	18	↗ - ↘
Teilnehmende an der Organisation von Projekten	260	200	110	↘
Von den Projekten erreichte Jugendliche (Schätzung)	2000	2600	1000	↗ - ↘
Jugendarbeiter/innen <i>fantasy projects</i>	17	17	12	→ - ↘

Programm in den Familien: Auch mein Kind...

Setting	Zielpublikum	Ziele	Verwaltung
Familien	Eltern	Erzieherische Unterstützung der Eltern mittels Broschüren und Sensibilisierungskursen.	Pro Juventute

Die Broschüre "Auch mein Kind..."⁸ wurde überarbeitet und in sieben Sprachen neu herausgegeben. Mit Hilfe gezielter Werbung in den Präventionsstellen und den Institutionen der Elternbildung sollten bis Ende

2002 60'000 Exemplare verteilt werden. Im Zeitraum 2001-2002 wurden ausserdem fünf Pilotkurse durchgeführt, welche sich an die Eltern richteten und rund hundert Personen erreichten.

Programm für gefährdete Jugendliche : supra-f

Setting	Zielpublikum	Ziele	Verwaltung
Gefährdete Jugendliche im Alter von 12-20 Jahren		Koordination und Gewährung finanzieller Unterstützung von Projekten der Sekundärprävention, bei denen Jugendliche sechs Monate lang in Tageseinrichtungen mit einem sozialpädagogischen Programm betreut werden.	SFA und Pro Juventute

Im Rahmen dieses Programms, das auch eine Forschungsarbeit über die Wirkungen der Sekundärprävention beinhaltet^h, wurden siebzehn lokale Projekte finanziert. Die Unterstützung der Jugendlichen, deren Dauer auf maximal sechs oder zehn Monate beschränkt ist, umfasst Hilfe beim Lernen und bei den Hausaufgaben, den Erwerb beruflicher Qualifikationen oder sozialer Kompetenzen, die Freizeitgestaltung

sowie Gespräche mit der Familie. Momentan laufen zwölf Projekte, die Hälfte davon in der Deutschschweiz und die andere in der Westschweiz. Diese dauern bis 2004. Jedes Projekt muss fünfzehn Plätze anbieten und kann jährlich mindestens zwanzig Jugendliche aufnehmen. In den Jahren 1999-2001 wurden auf diese Weise 530 Personen erreicht.

Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung an den Schulen

Schulteam

Setting	Zielpublikum	Ziel	Verwaltung
Schulen	Lehrer	Bildung von Lehrerteams, die vernetzt arbeiten, um für eine angemessene Frühintervention zu sensibilisieren.	HSA Luzern

Schulteam ist ein Pilotprojekt zur Früherfassung in der Schule, das in einer ersten Phase an 22 Deutschschweizer Schulen umgesetzt wurde. Ziel der Periode 1999-2001 war es, in den beteiligten Schulen und Gemeinden einen politischen und finanziellen Verankerungsprozess in Gang zu bringen. In dieser Phase wurden sieben Projekte in sieben Gemeinden und sechs Kantonen durchgeführt. Daran beteiligten sich 20

Schulen, 385 Lehrkräfte und 3341 Schüler. Die meisten Verankerungskriterien auf der Stufe der Schulbehörden, der Schuldirektionen, der Lehrerteams und des Netzwerks von Fachleuten konnten ganz oder teilweise erfüllt werden. Nur der Anschluss an das Schweizerische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen wurde in dieser Phase nicht erreicht.

Schulen und Gesundheit

Setting	Zielpublikum	Ziele	Verwaltung
Schulwesen in den Kantonen	Lehrer, Schüler und weitere Akteure	Stärkung der Rolle der Schulen, damit diese zu einem Ort des Erlernens und Erprobens gesundheitsfördernder Verhaltensweisen werden. Langfristig geht es darum, möglichst viele Schulen ans Schweizerische Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen anzuschliessen sowie die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention im Schulbereich auszubauen und zu verankern.	EDK, BAG und Gesundheitsförderung Schweiz

Mit dem Programm Schule und Gesundheit, das früher Projekt Santé Jeunesse hiess, wurden die Bemühungen zur Einbindung der Gesundheitsförderung in den Schweizer Schulen weiterverfolgt. Mit zwei aufeinander folgenden Ausschreibungen wurden jeweils für eine Dauer von drei Jahren (1997-1999 und 2000-2002) zwei Serien von Projekten ausgewählt und umgesetzt. Insgesamt wurden 33 Projekte lanciert, von denen 29 im Jahr 2001 noch am Laufen waren. Das Programm erfasste nahezu alle Kantone und die meisten Projekte gingen über die Kantons-grenzen hinaus. Ein Projekt befasste sich anscheinend speziell mit dem Thema Sucht.

Momentan wird das Programm umstrukturiert. Das BAG, die Schweizerische Konferenz der Kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) und die Gesundheitsförderung Schweiz beabsichtigen, das Programm bis ins Jahr 2010 weiter laufen zu lassen, es aber gleichzeitig umzustellen und seine Umsetzung professionell zu gestalten. Mit thematischen oder regionalen Mandaten, die den Kompetenzzentren erteilt werden, wird es möglich sein, die Projekte an den Schulen zu lancieren oder zu begleiten. Ein solches Kompetenzzentrum ist für das Thema Sucht vorgesehen.

Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen

Setting	Zielpublikum	Ziele	Verwaltung
Schulen	Lehrkräfte und Schüler/-innen sowie weitere Akteure	Gesundheitsförderung an den Schulen mittels Förderung der Beteiligung am Netzwerk und an der Finanzierung lokaler Projekte.	Radix Gesundheitsförderung

Die Schulen, die sich dem Schweizerischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen anschliessen, müssen bestimmte Bedingungen erfüllen. So müssen sie in ihrem Schulbetrieb ein Reflexionsteam "Gesundheitsprojekte" einsetzen und für eine Dauer von zwei Jahren ein Rahmenprogramm entwickeln. Das BAG und die Gesundheitsförderung Schweiz stellen über Radix auch zwei Fonds zur Verfügung, mit denen Gesund-

heitsprojekte an den Schulen unterstützt werden. Die Mitglieder des Netzwerks und die Nichtmitglieder können jeweils den für sie bestimmten Fonds in Anspruch nehmen. Jährlich kommen 50 bis 60 Schulen in den Genuss einer solchen Finanzierung. Schliesslich wurden auch regionale Netzwerke zur Unterstützung der teilnehmenden Schulen geschaffen, aber bisher kooperieren diese in sehr unterschiedlichem Masse.

Erfasste Bevölkerung				
	1999	2000	2001	Entwicklung '99/'00/'01
Kantone	26	26	26	100%
Schulen in der Deutschschweiz	85	105	129	↗
Schulen in der Westschweiz	42	41	44	→
Schulen in der italienischen Schweiz	2	1	4	↗
am Netzwerk beteiligte Schulen in der Schweiz	129	147	177	↗
Schüler und Schülerinnen	34 200	44 410	51 184	↗

Wie die Entwicklung des Programms in der Evaluationsphase zeigt, nehmen immer mehr Schulen daran teil. Dieses positive Ergebnis ist jedoch hauptsächlich den Schulen in den Deutschschweiz zu verdanken.

Angesichts der Gesamtzahl der Schulen in der Schweiz beteiligen sich jedoch weiterhin nur wenige Bildungsinstitutionen am Programm Schule und Gesundheit sowie am Schweizerischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen.

Sonstige Aktivitäten

Das BAG ist auch an verschiedenen Aktivitäten beteiligt, die zum Teil an die erwähnten Programme (Veröffentlichung von Unterlagen, Präventionsbroschüren, punktuelle Unterstützung) gebunden sind und zum Teil unabhängig davon erfolgen. Im Rahmen dieses Berichtes ist es aber nicht möglich, ein Inventar dieser Aktivitäten zu erstellen.

Beurteilung der Aktion des BAG

Nebst dem Bereich der Behandlungen wurden im MaPaDro die meisten Mittel in die Prävention investiert. Das BAG ist somit fest entschlossen, sich aktiv für diesen Bereich zu engagieren und auf diese Weise dafür zu sorgen, dass das von der Vier-Säulen-Politik des Bundes angestrebte Gleichgewicht erreicht werden kann. Dieses Engagement in einem weitgehend unumstrittenen Bereich hat zweifellos auch andere Interventionen wie die ärztliche Verschreibung von Heroin oder die Spritzenabgabe in den Gefängnissen erleichtert. Somit konnten Bereiche profitieren, die vermehrt Anlass zu Kontroversen geben.

Bei der Beurteilung der Aktivitäten im Präventionsbereich stellen sich verschiedene Probleme. So lässt sich vor allem die erzielte Wirkung schwer abschätzen, da diese oft erst auf lange Sicht erkennbar wird. Ausserdem können andere Variablen wie die Entwicklung von neuen Moden und des Drogenschwarzmarktes die Resultate stark beeinflussen. Darüber hinaus hat die Prävention auch die Aufgabe, die Gemeinschaft zu mobilisieren sowie die einzelnen Personen "beharrlich" an ihr Gesundheitsverhalten zu erinnern. Auch hier ist

es schwierig, die Wirkungen dieser Facetten der Präventionsarbeit abzuschätzen und zu bewerten. Das BAG hat auf diese Schwierigkeit reagiert, indem es für fast alle von ihm finanzierten Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung Evaluationen in Auftrag gab. Diese sind meist auf die Umsetzung geplanter Aktivitäten ausgerichtet und ermöglichen dem Bundesamt eine bessere Planung der Programme. Allerdings wurde die Gesamtstrategie, also die gemeinsame Entwicklung verschiedener Programme, keiner derartigen Evaluation unterzogen.

Angemessenheit der Ziele und der Strategie

Zu den grössten Herausforderungen des BAG gehört die Einführung einer Strategie, die sich gut in den nationalen Kontext einfügt. Dieser ist gekennzeichnet durch gegensätzliche und manchmal nicht klar abgegrenzte Bedürfnisse im Präventionsbereich. Es scheint sich um einen angemessenen Ansatz zu handeln, da die entwickelten Programme die Aktivitäten der Kantone und Städte ergänzen. Sie ermöglichen zudem eine auf das Angebot und die vorhandenen Bedürfnisse abgestimmte Aktion. Mit den verfügbaren Indikatoren lässt sich jedoch nicht abschätzen, ob die Programme bestehende Lücken schliessen oder eher das Angebot von bereits sehr aktiven Regionen ergänzen.

Die Partner des BAG haben die Aufgabe, bei den Kantonen und anderen Akteuren Allianzen für die Finanzierung und Realisierung der Präventionsprojekte zu bilden. Dies müsste zu einer Erweiterung des Angebots, aber auch zu dessen lokaler Verankerung führen. Trotzdem stellt sich die Frage, ob die Kantone und Städte – wie vom BAG gewünscht – langfristig in der Lage sind, die im Rahmen der Programme entwickelten Aktivitäten alleine zu übernehmen. Aus einer kürzlich erschienenen Studie zur Verankerung/Institutionalisierung der Präventionsprogramme des BAG⁹ ging insbesondere hervor, dass die vom BAG gebotene Unterstützung, vor allem in Form von finanziellen Mitteln sowie in Sachen Dynamik und Legitimation, nicht eingestellt werden könnte, ohne dass dies für die lokalen Projekte negative Folgen hätte.

Der vom BAG entwickelte allgemeine Ansatz für den Präventionsbereich scheint seinem Kontext ebenfalls angemessen zu sein. Dank dem Willen, die Jugendlichen anzusprechen, auf Multiplikatoren zurückzugreifen und die Früherkennung zu bevorzugen, gelingt es offenbar, das richtige Publikum auf angemessene Weise zu erreichen. Die Anerkennung der Realität des Drogenkonsums bei den Jugendlichen erlaubt es, ein Präventivsystem zu entwickeln, das diesen Konsum nicht bloss verhindern will, sondern ihn möglichst gut unter Kontrolle zu bringen versucht.

Der bedeutende Anstieg des Konsums von Tabak, Alkohol und Cannabis und wahrscheinlich von synthetischen Drogen (Partydrogen) bei den Jugendlichen zeigt zweifellos einen stark gestiegenen Bedarf nach einer Prävention an, die sämtliche Substanzen einbezieht. Auch hier ist die Strategie des BAG auf die Umgebung abgestimmt. Diese schliesst aber nicht aus, dass ein spezifisches Vorgehen gewählt wird, wenn ein besonderes Bedürfnis auftaucht. Dies trifft auf die Arbeiten im Zusammenhang mit dem Cannabis zu, wo mit der geplanten Entkriminalisierung die Zugangsbedingungen demnächst ändern dürften. Es gilt auch für die Partydrogen, für die das BAG ein Programm in der Technoszene vorbereitet.

Angesichts dieser Überlegungen zu den Präventionsbedürfnissen in der Schweiz sollte man sich bemühen, diesbezüglich mehr Kenntnisse zu gewinnen. Das BAG sollte somit der Entwicklung eines Systems für die Überwachung des Drogenkonsums und insbesondere eines Frühwarnsystemsⁱ, der Ausarbeitung eines neuen Kantonsberichts zur besseren Erfassung des bestehenden Angebots^j und ganz allgemein dem Erwerb von Kenntnissen über die neuen Konsumpraktiken der Jugendlichen Priorität einräumen.

Umsetzungsgrad und durchgeführte Aktivitäten

Was die Realisierung der direkt mit der Präventionsstrategie des BAG verbundenen Ziele betrifft, so lässt sich mit Hilfe bestehender Indikatoren beobachten, dass die Ansätze der Programme zuweilen noch sehr stark voneinander abweichen, dass ihr Entwicklungsstand beträchtlich variiert und der Umfang der unternommenen Aktivitäten nicht zwangsläufig den aufgewendeten Mitteln entspricht. Während gewisse Programme (Voll-, Prävention in Gemeinden und Quartieren) derzeit kontrolliert und schrittweise entwickelt werden, macht sich bei anderen (Sportprogramm, Schule und Gesundheit) regelmässig ein Bedürfnis nach einer Neuorientierung bemerkbar. Ausserdem lässt sich die Gesamtzahl der erreichten Kinder, Jugendlichen und Multiplikatoren nur schwer abschätzen, da die Aktivitäten der verschiedenen Programme variieren, die Kriterien nicht sehr einheitlich sind und die Genauigkeit der Datensammlung mangelhaft ist. In Verbindung mit der Schaffung der Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention des BAG wäre es zweifellos sinnvoll, standardisierte Monitoringinstrumente einzuführen und eine Standortbestimmung zur Qualität und zu den realisierten Aktivitäten der verschiedenen Programme durchzuführen. Dabei sollten auch die investierten Mittel berücksichtigt werden.

ⁱ Siehe Bereich Epidemiologie des MaPaDro.

^j Siehe Bereich Koordination des MaPaDro.

Bezüglich der Harmonisierung der Programme sind bereits Teilarbeiten im Gang. Tendenziell wird das Schwergewicht inzwischen stärker auf die Rekrutierung und Ausbildung von Multiplikatoren oder Vermittlern in den Lebensräumen der Jugendlichen gelegt, während die Mitfinanzierung sehr unterschiedlicher kleiner Projekte an Bedeutung verliert. Bei Schule und Gesundheit, den *fantasy projects* und dem Programm in den Gemeinden und Quartieren sind momentan derartige Neuorientierungen im Gange. Dies ermöglicht eine bessere Integration in die Gesamtstrategie. Dadurch wird die Aktivität des BAG in Zukunft zweifellos an Transparenz gewinnen. Sobald die Informationssammlung systematischer durchgeführt wird, wird man die realisierten Aktivitäten der verschiedenen Programme besser miteinander vergleichen können.

Bezüglich der Angleichung von Zwecken und Zielen des BAG an die epidemiologischen Indikatoren können folgende Feststellungen gemacht werden: Nicht erreicht wurde zumindest bei den neuen Generationen im Konsumalter ein Rückgang des Einstiegs in den Drogenkonsum, dies unabhängig von den Substanzen. Hingegen scheint bei der vorherigen Generation ein Rückgang der Entstehung einer Abhängigkeit zumindest teilweise erreicht worden zu sein. Dies zeigt die Stabilisierung des Konsums der schädlichsten Drogen. Auch das Bestreben, den Drogenkonsum unattraktiv zu gestalten, war teilweise von Erfolg gekrönt, dies allerdings nur beim Heroinkonsum. Bei den anderen Substanzen wurde das Ziel hingegen nicht erreicht. Zur Entwicklung persönlicher und sozialer Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen, wie sie mit der Prävention erreicht werden soll, liegen hingegen nur wenige Informationen vor. Die Forschungsarbeit supra-f wird jedoch Datenmaterial zu diesem Thema liefern können.

Aus diesen Feststellungen muss man den Schluss ziehen, dass die in der Schweiz umgesetzten Präventionsmassnahmen insgesamt ihren Zweck nur teilweise erfüllt haben. Dies gilt im Übrigen auch für die Repression. Allerdings muss angefügt werden, dass dies in den Nachbarländern nicht anders ist und die Trends im Bereich des Drogenkonsums den angestrebten Zielen im Wege stehen. Somit stellt sich die Frage, wie man am besten auf diese Entwicklungen reagieren soll, um die Auswirkungen auf die Volksgesundheit verringern zu können. Die Massnahmen zur Früherkennung und frühzeitigen Betreuung sowie zur Schadenminderung sollten zweifellos noch weiter ausgebaut werden. Die Bestimmungen des Entwurfs für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes weisen in diese Richtung.

Die wichtigsten Empfehlungen

Wir empfehlen:

- die Massnahmen zur Früherkennung und frühzeitigen Betreuung zu erweitern;
- die verschiedenen Programme zu harmonisieren und die Informationsbeschaffung systematisch zu organisieren;
- die Strategie zu evaluieren und wenig leistungsfähige Programme zu verbessern oder zu streichen;
- sich für eine Verbesserung des Überwachungssystems (Epidemiologie) und eine Inventarisierung des Präventionsangebots in der Schweiz (Koordination) einzusetzen.

Therapien und Behandlungen

Allgemeine Situation in der Schweiz

Der Bund legt zwar bestimmte Rahmenbedingungen für die Behandlungen von Drogenkonsumierenden in der Schweiz fest, doch für deren Umsetzung sind in erster Linie die Kantone und die betroffenen Berufsgruppen zuständig. Die Kantonsverwaltungen organisieren den Grossteil der Behandlungsangebote und kontrollieren die Praktiken der in ihrem Gebiet tätigen Fachleute. Parlamente und Kantonsregierungen beschäftigten sich ebenfalls mit diesen Fragen. In den Jahren 1991 bis 2000 nahmen sie dazu über 400-mal Stellung oder trafen diesbezügliche Entscheide. Dieses Thema der Drogenpolitik wurde von den Kantonen am häufigsten behandelt. So betrafen die meisten Entscheide und Stellungnahmen die ärztliche Verschreibung von Heroin¹.

Bedürfnisse

Die Zahl der regelmässig Heroinkonsumierenden in der Schweiz wird auf etwa 28'000-30'000 Personen geschätzt^{10,11}. Das Behandlungs- und Therapieangebot für Drogenkonsumierende richtet sich in erster Linie an diese Bevölkerungsgruppe, der Menschen mit den unterschiedlichsten Profilen hinsichtlich Gesundheitszustand und sozialer Situation angehören. Ausserdem hatten die Zunahme des Konsums von Kokain und anderen Substanzen (Benzodiazepinen, Amphetaminen) in den 1990er Jahren und die Übertragung von Infektionskrankheiten (HIV/Aids, Hepatitis) bei den drogeninjizierenden Personen zur Folge, dass sich die Bedürfnisse in Bezug auf die Behandlung dieser Bevölkerungsgruppe noch vielfältiger und komplexer gestalteten.

Bisher liegen nur sehr spärliche oder gar keine Informationen über den Behandlungsbedarf von Personen vor, die missbräuchlich synthetische Drogen (Partydrogen) und/oder Cannabis konsumieren. Eine mögliche Erklärung für diese Lücke ist die Tatsache, dass Behandlungsgesuche nicht an die spezialisierten Institutionen, sondern an Allgemeinmediziner und Psychiater/Psychologen gerichtet werden. Diese Situation, bei der die an der Front tätigen Fachleute als erste mit den auftauchenden

Bedürfnissen konfrontiert werden, kommt im Drogenbereich übrigens häufig vor. Da bei diesen Medizinalpersonen nicht systematisch Datenmaterial gesammelt wird, lässt sich das Ausmass der Bedürfnisse in diesem Bereich nicht abschätzen.

Angebot/Mittel

Das Behandlungsangebot für Drogenkonsumierende (hauptsächlich Heroin) in der Schweiz umfasst zwei Sektoren, denjenigen der ambulanten Behandlungen durch den Einsatz von Substitutionsprodukten und den Sektor der Entzugseinrichtungen und stationären Therapien.

Im ambulanten Sektor stellt die Methadonbehandlung die älteste und am weitesten verbreitete Behandlungsform dar. Bis in die zweite Hälfte der 1980er Jahre wurden relativ wenige Verschreibungen bewilligt (im Jahr 1987 waren es 1804); zudem sollten diese kurzfristig zu einem Entzug führen. Die Situation änderte sich Ende der 1980er Jahre insbesondere mit der Entstehung des Begriffs Schadenminderung. Von diesem Zeitpunkt an wurde bei diesen Behandlungen auch eine Aufrechterhaltung der Situation angestrebt. In der Folge erhöhte sich ihre Zahl rasch (4754 Bewilligungen im Jahr 1989). Diese Änderungen bei den Zugangskriterien und den Behandlungszielen schlugen sich auch in den Richtlinien nieder, die der Bund und die meisten Kantone zur therapeutischen Anwendung von Methadon erliessen¹².

Im Jahr 2000 wurden in der Schweiz 18'393 Bewilligungen für Methadonbehandlungen gezählt^{k, 13}. Während die meisten von Hausärzten eingereicht wurden, stammten die übrigen vor allem von den spezialisierten Institutionen¹⁴. Das bevorzugte Verfahren besteht dabei darin, dass diese die problematischsten Patienten beurteilen und stabilisieren und sie anschliessend an Allgemeinmediziner weiter verweisen, die idealerweise ebenfalls von der Supervision durch die Spezialisten profitieren können.

^k Die Zahl der jährlichen Bewilligungen entspricht nicht der Zahl der Patienten, die sich in einer Methadonbehandlung befinden. Momentan ist es nicht möglich, deren genaue Zahl zu erfahren.

Laut einer kürzlich durchgeführten Meta-Analyse¹⁵ liegen nur beschränkte Kenntnisse über die Modalitäten und Wirkungen der Methadonbehandlung in der Schweiz vor. Ausserdem ist die Qualität der Forschungsarbeiten nicht optimal. Insbesondere die Verschreibungspraktiken geben Anlass zu Befürchtungen. Allgemein scheinen die Dosierungen zu schwach zu sein, was zu Entzugserscheinungen führen könnte, die durch eine gleichzeitige Einnahme von Opiaten kompensiert würden. Die pharmakologischen Interaktionen, insbesondere mit Antidepressiva, und die Therapien von HIV/Aids und Tuberkulose können ebenfalls zu solchen Auswirkungen führen. Schliesslich hat auch der gleichzeitige Konsum von Kokain Folgen für die Methadondosierung^l. Ein vorzeitiger Ausstieg (*drop out*) aus der Behandlung könnte somit durch eine inadäquate Dosierung und Betreuung bedingt sein.

Die Verschreibung von Buprenorphin^m als Substitutionsprodukt ist seit 1999 erlaubt. Sie ermöglicht zwar eine Diversifizierung der Ersatzbehandlungen, wird jedoch nur beschränkt eingesetzt. Aufgrund der Empfehlungen des BAG für die Indikation kommt einerseits nur eine beschränkte Zielgruppe in Frage, andererseits sind die Kosten sehr hoch.

Die Heroingestützte Behandlung (HeGeBe) richtet sich gezielt an die Gruppe der am stärksten abhängigen Drogenkonsumierenden, deren soziale und gesundheitliche Situation am prekärsten ist. Bei der Lancierung eines Versuchsprogramms wurde die Zahl dieser Personen auf etwa 3000 und somit auf 10% der regelmässig Heroinkonsumierenden geschätzt. Aufnahmekriterien sind Alter, Dauer des Konsums, Anzahl frühere Behandlungsversuche sowie der auf den Drogenkonsum zurückzuführende körperliche und psychische Gesundheitszustand¹⁶. In Spezialkliniken profitieren momentan etwa tausend Personen von einer solchen Verschreibung. Diese Behandlungsart wird durch eine Bundesverordnung geregelt und sollte im Rahmen der aktuellen Revision des Betäubungsmittelgesetzes institutionalisiert werden.

Die Behandlungen und Therapien in den stationären Einrichtungen stellen die älteste Form der Behandlung von Drogenkonsumierenden dar. Das Besondere daran ist, dass dabei eine vollständige Rehabilitation der Konsumierenden angestrebt wird (physische und psychische Gesundheit, Sozialisierung, Arbeitsplatz, Ausbildung). Die Aufgabe des Konsums ist somit ein wichtiger Schritt, der häufig eine Voraussetzung für den Beginn einer Behandlung darstellt. In letzter Zeit hat sich diese Situation leicht verändert, da inzwischen mindestens 48 Schweizer Institutionen eine Fortführung der Substitutionsbehandlungen erlauben¹⁷.

Die Personen, die sich in den stationären Einrichtungen einer Therapie unterziehen, zeichnen sich vor allem durch sehr unterschiedliche Profile aus, was ihren Konsum und ihren Weg durch die verschiedenen Therapien anbelangt. Diesem Sektor scheinen sich insbesondere Personen mit zahlreichen (sozialen, gesundheitlichen, persönlichen) Problemen zuzuwenden. Ein Teil der Betroffenen ist aufgrund einer gerichtlichen Anordnung in Behandlung. Ansonsten lässt sich ein tendenzieller Anstieg des Durchschnittsalters sowie der Abhängigkeitsdauer der Klientel feststellen¹⁸⁻²⁰.

Im Jahr 2000 wurden in diesem Sektor 994 Behandlungsplätze angeboten. Diese waren stärker als zuvor auf die individuellen Bedürfnisse der Behandelten ausgerichtet. Die Belegungsrate wird seit drei Jahren unverändert auf etwa 80% geschätzt. Die veränderten Finanzierungspraktiken des Bundesamtes für Sozialversicherung (BSV) im Jahr 1996ⁿ hat die Neuorganisation des Sektors beschleunigt. Von 1999 bis 2001 mussten an die dreissig Institutionen schliessen²¹.

^l Kokain führt zu einem bedeutenden Anstieg der Zahl der Opiatrezeptoren im Gehirn. Deshalb ist es möglich, dass das Methadon ohne entsprechende Anpassung der Dosierung nicht ausreicht, um ein zufriedenstellendes Gleichgewicht zu erhalten.

^m Buprenorphin ist in erster Linie ein Analgetikum. In deutlich höherer Dosierung wird es bei Ersatzbehandlungen eingesetzt (Subutex®). Es hat teilweise antagonistische Effekte und soll weniger Nebenwirkungen mit sich bringen als Methadon. Seine Anwendung ist besonders in Frankreich weit verbreitet.

ⁿ Das BSV hat beschlossen, die Behandlungen nur bei strikter Anwendung der Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) zu subventionieren.

Auch im Gefängnissektor gibt es Behandlungen für Drogenkonsumierende. In den letzten dreissig Jahren stieg die Anzahl der Anzeigen wegen des Konsums und Handels von Betäubungsmitteln beträchtlich. 20% der Einweisungen in Schweizer Gefängnissen sind auf einen Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz zurückzuführen. Im Jahr 1997 boten knapp über 70% der Strafanstalten die Möglichkeit eines Entzug oder einer Methadon- beziehungsweise Heroinbehandlung an²². In gewissen Gefängnissen kann eine solche Behandlung nicht nur weitergeführt, sondern sogar begonnen werden.

Ziele und Strategie des BAG

Ziele

Im Bereich der Behandlungen und Therapien hat sich das BAG zum Ziel gesetzt, die Möglichkeiten für einen Ausstieg aus der Drogensucht zu verbessern, um dadurch die Zahl der Drogenabhängigen spürbar zu senken. Dieses Ziel kann durch eine quantitative und qualitative Verbesserung des bestehenden Angebots erreicht werden. Durch eine Diversifizierung und Individualisierung der Behandlungen sollen diese vermehrt auf die gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse der jeweiligen Personen ausgerichtet werden²³.

Strategie

Entsprechend der im Betäubungsmittelgesetz festgelegten Aufgabenverteilung verfolgt das BAG die Strategie, sich in Form von strukturellen Beiträgen an der Entwicklung der Systeme zur Unterstützung der Drogenkonsumierenden in der Schweiz zu beteiligen. Diese Beiträge sind hauptsächlich für die Koordination, die Qualität sowie die Umstrukturierung der Finanzierungsart der Behandlungen gedacht. Sie sind auf die in den verschiedenen Sektoren ermittelten Bedürfnisse abgestimmt. Dazu gehören der Bereich der ambulanten Behandlung (Methadon und Buprenorphin), der ärztliche Verschreibung von Heroin, der stationären Behandlungen sowie der Strafvollzug.

Bei den Behandlungen mit Methadon und Buprenorphin im ambulanten Sektor werden die Planer und die verschreibenden Ärzte und Ärztinnen auf unterschiedliche Art und Weise unterstützt. Während man für die Planer an der Entwicklung der Methadonstatistik und von Instrumenten für die Verwaltung von Behandlungsbevollmächtigungen arbeitet, steht bei den Verschreibern die Entwicklung von *Guidelines*, von Bildungsangeboten und Unterstützungsgruppen im Vordergrund.

Das BAG hat bei der ärztlichen Verschreibung von Heroin eine Führungsrolle übernommen. Nach einer Versuchsphase (PROVE)^o und dem Inkrafttreten des dringlichen Bundesbeschlusses übernimmt es im Rahmen der Behandlungen Kontrollaufgaben und unterstützt Fachleute und Institutionen mittels Schulungen und Arbeiten zur Behandlungsqualität. Ausserdem unterstützt es die Kantone und Institutionen, welche diese Art der Behandlung einführen möchten.

Im stationären Sektor wurden zahlreiche Massnahmen zur Koordination, Qualitätsverbesserung und Finanzierung ergriffen. Mitte der 1990er Jahre wurde eine Koordinationsstelle (KOSTE)^p geschaffen, um die Aktivitäten in diesem Sektor besser koordinieren zu können. Diese verwaltet auch einen Impulsfonds, mit dem bestimmte Institutionen ihr Angebot erweitern oder neu ausrichten können. Ausserdem wurden Arbeiten zur Qualitätsverbesserung der Behandlungen realisiert. Dies geschah zuerst in Form eines Projektes in Verbindung mit der Einführung der Statistik der stationären Behandlungen^q, dann mittels der Umsetzung und Einführung eines Qualitätsmanagementsystems. Infolge der veränderten Praktiken für die Subventionierung dieser Behandlungen durch die Invalidenversicherung wurde an einem neuen Finanzierungsmodell gearbeitet. Um die Wartezeit bis zur Anwendung dieses Modells zu überbrücken, hat das Eidgenössische Departement des Innern Übergangskredite freigegeben, mit denen die Institutionen dieses Sektors unterstützt werden sollen.

^o Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln.

^p Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich.

^q Siehe Bereich Epidemiologie des MaPaDro.

Table 5.1

Entwicklung der ärztlichen Verschreibung von Heroin in der Schweiz

	Dezember 1999	Dezember 2000	Dezember 2001	Entwicklung
Anzahl Patienten	937	1 038	1 098	↗
Anzahl Plätze	1 065	1 194	1 237	↗
Belegungsrate	88%	87%	89%	→
Anzahl Zentren	16 ^u	20 ^v	21 ^w	↗
Anzahl Kantone	8	11	11	↗

Im Bereich des Strafvollzugs ist das BAG nicht sehr engagiert. Sein Beitrag umfasst nur einige wenige Massnahmen (Arbeitsgruppe, Konferenz), die hauptsächlich der Koordination dienen und nicht spezifisch auf die Behandlungen ausgerichtet sind^r. In diesem Zusammenhang muss jedoch der namhafte Beitrag des Bundesamtes an die beiden Schweizer Gefängnisse erwähnt werden, welche künftig die ärztliche Verschreibung von Heroin praktizieren.

Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Ersatzbehandlungen mit Methadon und Buprenorphin

Im September 2001 führte das BAG eine Nationale Substitutionskonferenz (NaSuKo) über die Modalitäten der ärztlichen Verschreibung von Methadon in der Schweiz durch. Diese Konferenz ist Bestandteil eines Prozesses, der drei Forschungsarbeiten^{15,24,25} sowie die Arbeit eines Expertenausschusses gemäss der *Rand appropriateness method*^s umfasst. Dieser Ausschuss ist mit der Erstellung von *Guidelines* für die Indikation und Verschreibung von Methadon beauftragt. Die Ergebnisse dieses Prozesses wurden noch nicht veröffentlicht und es steht noch nicht fest, ob dies in Form eines neuen Methadonberichts (84, 89, 95) oder bloss mittels *Guidelines* geschehen soll.

Das BAG unterstützt auch ein Projekt zur interkantonalen Zusammenarbeit (Jura und Berner Jura). Um die bestehenden ambulanten Einrichtungen medizinisch zu versorgen, wurde die Stelle eines reisenden Facharztes geschaffen. Gleichzeitig muss ihre Vernetzung mit einer medizinischen Facheinheit entwickelt werden. Dieses

Projekt schloss sich an die Projekte zur Unterstützung der Methadon verschreibenden Ärzte und Ärztinnen im Rahmen der Projekte MedRoTox und MeTiTox^t an.

Beim Buprenorphin hat das BAG die notwendigen Schritte unternommen, damit diese Substanz als Substitutionsprodukt eingesetzt werden kann. Im Januar 2000 veröffentlichte das Bundesamt auch *Guidelines* für deren Anwendung.

Heroingestützte Behandlung

Die untenstehende Tabelle zeigt die Entwicklung dieser Behandlungsform in der Schweiz.

Von 1999 bis 2001 hat sich die ärztliche Verschreibung von Heroin in der Schweiz stetig ausgebreitet. So wurde sowohl bei den Behandlungsplätzen (+161) und den Zentren (+5) als auch bei den betroffenen Kantonen (+3) ein Anstieg verzeichnet. Im Jahr 2002 sollten mindestens zwei neue Zentren eröffnet werden. Die Belegungsrate lag stabil bei etwa 90%.

^r Siehe Bereich Schadenminderung des MaPaDro.

^s Diese Methode verbindet Kenntnisse aus der Fachliteratur mit Beurteilungen der Fälle durch einen Expertenausschuss.

^t Siehe Bereich Ausbildung des MaPaDro.

^u BS (Basel), BE (Bern, Biel, Thun), GE (Genf), LU (Luzern), SO (Olten, Solothurn, Gefängnis Schöngrün), SG (St. Gallen), ZG (Zug), ZH (Horgen, Winterthur, Zürich-crossline, Zürich-lifeline, ARUD).

^v AG (Brugg), BL (Reinach), BE (Burgdorf), GR (Chur).

^w GR (Gefängnis Realta).

Im Zuge der Institutionalisierung der ärztlichen Verschreibung von Heroin hat das BAG die verschiedenen Schritte übernommen, die notwendig sind, um diese Behandlung in die Grundleistungen der Krankenkasse aufzunehmen. Dieses Ziel wurde 2002 erreicht.

Im Jahr 2000 wurde ein Konzept zur Qualitätsverbesserung²⁶ erarbeitet, das sich nach der Verordnung über die ärztliche Verschreibung von Heroin²⁷ richtet. Ziel ist es, ausgehend von Vergleichen der verschiedenen Zentren Leitlinien für die Behandlung zu erarbeiten. Eine Kommission, die aus Zentrumsleitern, Ärzten, kantonalen Vertretern und Forschern besteht, soll die wichtigsten Themen im Zusammenhang mit der Behandlungsqualität ermitteln. Es wurden neun Themen ausgewählt, darunter die Langzeitbehandlungen und der Parallelkonsum. Drei davon wurden im Jahr 2001 untersucht. Zu diesen werden Richtlinien erlassen, die in das im Jahr 2000 veröffentlichte Handbuch (Ordner) zur ärztlichen Verschreibung von Heroin aufgenommen werden¹⁶.

Weitere Arbeiten befassen sich mit der Fortbildung der im Bereich der ärztlichen Verschreibung von Heroin tätigen Personen. Eine jährliche Bedarfsanalyse ermöglicht die Auswahl derjenigen Themen, die es zu behandeln gilt, sowie des betroffenen Zielpublikums. Jedes Jahr wurden an den rund zehn Fortbildungsveranstaltungen, an denen 80 bis 140 Fachleute teilnahmen, durchschnittlich fünf Themen behandelt.

Schliesslich wurde im Jahr 2002 mit der Unterstützung des BAG ein Buch (in deutscher Sprache) über die ärztliche Verschreibung von Heroin veröffentlicht²⁸.

Stationärer Sektor

Koordination der stationären Therapie

Die Koordinationsstelle KOSTE unterstützt die Institutionen mittels Impulsgeldern (früher "Starhilfen"). Diese Gelder sollen künftig vermehrt zur Anpassung der bestehenden Angebote, insbesondere an die Bedürfnisse bestimmter Benutzergruppen, denn zur Eröffnung neuer Institutionen dienen. Auch die Modalitäten dieser Beiträge haben sich geändert, wurden doch die Beitragshöhe sowie die Unterstützungsdauer gesenkt. In der Periode 1997-2002 erhielten dreizehn Projekte eine solche Unterstützung.

KOSTE veröffentlicht auch ein Verzeichnis der stationären Einrichtungen, führt eine Liste der Einrichtungen, die geschlossen wurden, und verfügt über eine stets auf dem neuesten Stand gehaltene Datenbank im Internet. Alle drei Monate holt die Stelle Informationen über die Belegungsrate der Institutionen ein.

Im Informationsbereich hat KOSTE im Oktober 2000 die Leitung des Projektes Infoset übernommen. Im Durchschnitt verzeichnet diese Internet-Plattform zu Suchtfragen monatlich 9000 Besucher.

Tabelle 5.2

Von KOSTE unterstützte Projekte (1997-2002)

Name der Institution	Zeitraum	Projektart ^x
Wendepunkt, AG	1997-2000	Ergänzungsangebot Integration durch Arbeit
Sprungbrett, BE	1998-2000	Qualität Gender
Saurehorn, BE	1998-2000	Starthilfe Innovation
Foyer André, NE	1998-1999	Starthilfe Regionale Abdeckung
Life-Impuls, BE	1998-2000	Originales Angebot Integration
Espace Santé, Fondation Bartimée, VD	1999-2000	Erweiterung des Angebots
Centre Clos-Henri, JU	1998-1999	Integratives Konzept Vernetzung
Casa Mobile, SO	1999-2002	Doppeldiagnose Integration
Gemma, VS	1999-2001	Professionalisierung Patientenbeschäftigung
KWG Courtemaiche, JU	1999-2001	"Arbeitsprojekte"
Klein-Lilith, SO	2000-2001	Doppeldiagnose
Drogenforum Innerschweiz, LU	2001-2003	Begleitung nach Ausstieg
Klein-Lilith, SO	2002-2004	Erweiterung des auf Frauen und Kinder aus gerichteten Angebots

^x Die Themen werden von uns zusammengefasst.

Schliesslich wurde KOSTE von der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) beauftragt, eine Plattform für den gegenseitigen Austausch zu schaffen. Damit soll die Entwicklung der Qualität stationärer Therapien in den Kantonen koordiniert werden. Im Mai 2002 nahm die Qualitätsplattform Kantone-Bund ihre Arbeit auf.

Qualitätsmanagementsystem (QuaTheDA)^y

Ende 2000 wurde der erste Teil des Projektes zur Qualitätsentwicklung veröffentlicht. In diesem Referenzsystem werden die Qualitätsanforderungen für drei Arbeitsbereiche der stationären Einrichtungen aufgeführt, nämlich für die Dienstleistungen, die Ressourcen und das Management. Auch die 19 vom Bundesamt für Sozialversicherung im Invaliditätsbereich festgelegten Qualitätsanforderungen gehören dazu. Das Referenzsystem muss von den verschiedenen Institutionen übernommen werden. Diese legen einen Teil der Kriterien und Indikatoren fest, die für ihre Arbeit gelten.

Der zweite Teil umfasst die Grundausbildung für die Qualitätsverantwortlichen der Institutionen. Diese Grundausbildung wurde bisher von 140 Teilnehmern aus 90 verschiedenen Institutionen absolviert. Sie fand während dreizehn Tagen in der Zeit von April 2000 bis Dezember 2001 statt. Im Jahr 2002 gab es zwei weitere Ausbildungsangebote. Ausserdem wurde ein Handbuch veröffentlicht, das als Arbeitsinstrument für die Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems QuaTheDA in den Institutionen dient.

Das Zertifizierungsverfahren QuaTheDA bildet den dritten Teil der Qualitätsentwicklung. Bisher erteilte die Schweizerische Akkreditierungsstelle (SAS) drei Stellen die Bewilligung, eine solche Zertifizierung vorzunehmen. Einundzwanzig Institutionen wurden durch diese Stellen bereits mit dem Label QuaTheDA ausgezeichnet¹⁷.

Ausserdem wurden Fragebogen zum Zufriedenheitsgrad der Patienten ausgearbeitet und im November 2001 bei sechzehn Institutionen in der Deutsch- und Westschweiz getestet. Für die Institutionalisierung von QuaTheDA braucht es die Akzeptanz der Kantone. Deshalb wurde eine Informations- und Koordinations-Plattform geschaffen (siehe vorhergehendes Unterkapitel). Ausserdem plant das BAG momentan eine Evaluation des Systems QuaTheDA.

Entwicklung des Finanzierungssystems (FiSu)^z

Zu den grundlegenden Prinzipien dieses neuen Systems gehören die prospektive Finanzierung der Leistungen, die Ausarbeitung eines Pauschal tariffs, eine Qualitätssicherung, Regeln für die Gleichbehandlung, eine Stärkung der Rolle der Kantone und die Weiterführung der jetzigen Aufteilung der Finanzierung unter den Kostenträgern. Das wichtigste Element dieses Systems ist die Ausarbeitung eines Pauschal tariffs. Dazu müssen die Grund- und Zusatzleistungen der Institutionen festgelegt und eine diesbezügliche Tarifordnung erstellt werden.

Ein erstes Pilotprojekt, das in elf Institutionen durchgeführt wurde, ermöglichte die Festlegung von vier Interventionsbereichen. Dazu gehören Primärgruppen (Alltagsleben und Integrationsfähigkeit), Bildung, Arbeit sowie Freizeit. Für die drei letztgenannten wurden Leistungsniveaus festgelegt. In einem zweiten Pilotprojekt, das in acht Kantonen realisiert wurde, sollten die Kosten für die verschiedenen Leistungen ermittelt werden. Dieses Projekt ist inzwischen abgeschlossen. Es wurde eine Tarifgrundlage für die Langzeitaufenthalte im Bereich der illegalen Drogen sowie für die Aufenthalte mittlerer Dauer im Bereich der legalen und illegalen Drogen geschaffen. In einer nächsten Phase wird es darum gehen, diese Tarife in einer Versuchsregion anzuwenden.

^y Qualität -Therapie – Drogen – Alkohol.

^z Finanzierung Suchthilfe.

Bei den rechtlichen Grundlagen ist im Juni 2002 die veränderte Verordnung über die Invalidenversicherung in Kraft getreten. Damit wird in Zukunft die Gewährung von Pauschalbeiträgen gemäss den Leistungen der Institutionen nach dem Modus des FiSu eingeführt. Artikel 3d des Entwurfs für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes konkretisiert zudem die im Gang befindlichen Änderungen und erteilt dem Bund die Aufgabe, die Finanzierungsart der Institutionen festzulegen.

Beurteilung der Aktion des BAG

In den letzten zehn Jahren hat sich im Behandlungs- und Therapiebereich eine spektakuläre Entwicklung vollzogen. Die Zunahme und Diversifizierung der Behandlungen mit Methadon und Buprenorphin, die Institutionalisierung der ärztlichen Verschreibung von Heroin sowie die Neugestaltung des stationären Sektors waren Schlüsselemente der Schweizerischen Gesundheitspolitik in Sachen Drogenkonsum.

Angemessenheit der Ziele und der Strategie

Das BAG hat sich sehr stark für die Einführung der ärztlichen Verschreibung von Heroin sowie die Neugestaltung des stationären Sektors eingesetzt. Im Bereich der Methadonbehandlung ist es hingegen nur vereinzelt aktiv geworden. Angesichts der Menge von Behandlungen, die in jedem dieser Sektoren durchgeführt werden, erstaunt diese Feststellung. Sie ist aber darauf zurückzuführen, dass die Methadonbehandlung nur selten zu Kontroversen führte. Diese fällt ausserdem grösstenteils in den Zuständigkeitsbereich des nicht spezialisierten Sektors des Gesundheitswesens. Eine Intervention gestaltet sich somit schwieriger als in dem auf Drogenprobleme spezialisierten Sektor.

Zahlreiche Fragen bezüglich der Modalitäten und Wirkungen der Methadonbehandlung bleiben jedoch noch unbeantwortet. Gemäss den Autoren, die Meta-Analysen zur Literatur über diese Behandlungen erstellt haben, müssen zu den Dosierungs- und Betreuungspraktiken, dem Entzug, dem vorzeitigen Abbruch, den Problemen im Zusammenhang mit bestimmten Bevölkerungsgruppen und noch vielen anderen Fragestellungen präzisere Antworten gefunden werden als die bisher vorhandenen.

Verschiedene Kantone entwickelten Forschungs-, Ausbildungs- oder Evaluationssysteme, mit denen die Methadonbehandlung besser dokumentiert und verbessert werden kann. Dank der nationalen Substitutionskonferenz NaSuKo konnte das BAG diesbezügliche Erfahrungen und Erkenntnisse zusammentragen und sie den Behörden und Fachleuten zur Verfügung stellen. Diese Arbeit ist zwar lobenswert, reicht aber nicht aus. Vom Bundesamt wird erwartet, dass es seine Aktivitäten in diesem Sektor regelmässig weiterführt, vorhandene Kenntnisse und Erfahrungen zusammenträgt, Lücken schliesst und erprobte Projekte fördert. Konkret geht es also darum, ein eigentliches nationales Rahmenprogramm zur Verschreibung von Methadon (und Buprenorphin) einzuführen, das über Personal und Finanzen verfügt. Diesem sollen bestimmte Aufgaben in Bezug auf die Koordination, Entwicklung von Kenntnissen, Qualitätssicherung und Information zugeteilt werden. Bei jährlich über 18'000 Bewilligungen für Behandlungen erscheint die Einführung eines solchen Programms als absolut notwendig.

Die Einführung der ärztlichen Verschreibung von Heroin ist eine der erfolgreichen Errungenschaften der schweizerischen Drogenpolitik und insbesondere des BAG. Die Versuchsergebnisse (PROVE), auch wenn sie in verfahrenstechnischer Hinsicht zu Kritik Anlass geben, haben jedoch deutlich gemacht, dass sich eine interdisziplinäre Betreuung mit ärztlicher Verschreibung von Heroin positiv auf den Gesundheitszustand, die soziale Situation sowie die Kriminalität und Sterberate der am stärksten abhängigen Drogenkonsumierenden²⁹ auswirkt. Diese Behandlungsart trug somit zu einer Abnahme der drogenbedingten Todesfälle in der Schweiz bei, die ab Mitte der 1990er Jahre festgestellt wurde.

Im stationären Sektor liegen die Dinge völlig anders, da dieser sich in einer Umstrukturierungsphase befindet. Dies ist nicht nur auf die seit kurzem herrschende Finanzkrise^{aa}, sondern vor allem auch auf eine allgemeine Umgestaltung des Behandlungsbereichs zurückzuführen. Dieser Sektor entwickelte sich zu einer Zeit, als die stationäre Betreuung, der sozialpädagogische Ansatz und die angestrebte Abstinenz bei der Bekämpfung der Drogenprobleme die Norm darstellten. Der seit Mitte der 1980er Jahre zu beobachtende Anstieg der Anzahl Drogenkonsumierender sowie das Auftauchen von HIV/Aids führten dazu, dass die Methadonbehandlung leichter zugänglich und die Einführung der Heroinbehandlung erleichtert wurden. Dies hatte zur Folge, dass sich in diesem Bereich neue Praktiken entwickelten und neue Akteure auftraten. Auch die Erwartungen der Konsumierenden nahmen weiter zu. Die jetzige Umstrukturierung hat somit vor allem Auswirkungen auf die Festlegung der Aufgaben sowie auf die Rolle des stationären Sektors in diesem neuen Umfeld. Das BAG hat diese Bedürfnisse erkannt und entsprechende Arbeiten in Angriff genommen.

Stand der Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Entsprechend seiner Strategie gewährte das BAG jedem Behandlungssektor einen strukturellen Beitrag. Im ambulanten Sektor unterstützte es verschiedene Aktivitäten, die auf eine verbesserte Praktik bei der Behandlung mit Methadon und Buprenorphin abzielen. Wie bereits erwähnt, sollten diese Aktivitäten noch erweitert werden, damit sie zu einer nachhaltigen Verbesserung dieser Behandlungsform beitragen können.

Die Institutionalisierung der ärztlichen Verschreibung von Heroin ist im Gang. Das BAG ist massgeblich daran beteiligt, indem es das Verfahren zur Aufnahme dieser Behandlung in die Grundleistungen der Krankenversicherung leitet. Ausserdem gewährleistet es die Überwachung und Vergabe von Bewilligungen (Institutionen, Ärzte, Patienten) und fördert die Verbesserung der Kompetenzen sowie der Qualität in den Behandlungszentren. Der zahlenmässige Anstieg der Therapieplätze und Zentren sowie der beteiligten Kantone ist Ausdruck einer kontrollierten Entwicklung dieser Behandlungsform. Zu den wichtigsten Herausforderun-

gen in den nächsten Jahren wird es gehören, die Qualität der Behandlungen ständig zu verbessern, die Arbeit mit den anderen Sektoren zu koordinieren und vor allem diese Behandlungen sämtlichen Drogenbenutzern zugänglich zu machen, die davon profitieren sollten. Ausserdem wäre es wünschenswert, dass das Know-how und die Erkenntnisse aus der Erfahrung mit der ärztlichen Verschreibung von Heroin auch dem Bereich der Methadontherapie zugute kommen.

Die Arbeiten des BAG im stationären Sektor betrafen die Bestimmung der Klientel mit Hilfe der Behandlungsstatistik^{bb}, die Festlegung der Leistungen sowie die Integration dieses Sektors in das neue System zur Behandlung drogenbedingter Probleme. Die Koordinationsstelle KOSTE spielte dabei eine wichtige Rolle. Dies aufgrund ihrer Bemühungen, die Angebote ausfindig zu machen und ihre Entwicklung zu verfolgen, die Neuorientierung gewisser Institutionen mittels Finanzhilfen zu unterstützen sowie – allgemeiner gefasst – die Weitergabe von Informationen in diesem Sektor zu gewährleisten.

Die beiden anderen wichtigen Projekte, das Qualitätsmanagementsystem QuaTheDA und das Finanzierungssystem FiSu, sind den Arbeiten der KOSTE vorgelagert. Sie legen die Aufgaben und Leistungen in diesem Sektor neu fest und sollten zu seiner Entwicklung und langfristigen Verbesserung beitragen. Welche Wirkung diese verschiedenen Arbeiten haben werden, lässt sich jedoch noch nicht beurteilen.

Sein Endziel, einen merklichen Rückgang der Anzahl Drogenabhängiger, hat das BAG noch nicht erreicht. Zum jetzigen Zeitpunkt scheint deren Zahl jedoch stabil zu bleiben. Das Zwischenziel, die qualitative und quantitative Verbesserung des Behandlungsangebots, wurde zumindest teilweise erreicht. Mit über 50% Heroinkonsumierenden, die sich in Behandlung befinden, und einem breiten Angebot gehört die Schweiz zu den europäischen Ländern mit dem höchsten Deckungsgrad der Nachfrage und dem vielfältigsten Behandlungsangebot.

^{aa} Der vom Bund gewährte Übergangsbetrag zur Erhaltung dieser Institutionen ist höher als derjenige, der infolge der veränderten Finanzierung durch die Invalidenversicherung gestrichen wurde.

^{bb} Statistik des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie.

Die wichtigsten Empfehlungen

Wir empfehlen:

- die Arbeiten, die sich mit der Qualität der ambulanten Behandlungen (Methadon und Buprenorphin) befassen, mit Hilfe eines Rahmenprogramms fortzusetzen;
- die Übertragung der Erkenntnisse aus der HeGeBe auf den Methadonbereich zu fördern;
- die kontrollierte Entwicklung der ärztlichen Verschreibung von Heroin weiterzuführen;
- die Situation im stationären Sektor zu evaluieren, insbesondere bei der Einführung von QuaTheDA und FISu;
- die Koordination zwischen den verschiedenen Behandlungssektoren zu fördern;
- Empfehlung für den Bereich des Strafvollzugs: siehe Bereich Schadenminderung.

einandersetzungen steht somit oft die Einführung von Massnahmen zur Schadenminderung in bestimmten Wohnvierteln³⁰.

Der Bund beteiligt sich hingegen an der Entwicklung von Interventionen in diesem Bereich, indem er das Konzept zur Schadenminderung institutionalisiert und Städte und Kantone beim Aufbau ihrer Projekte unterstützt.

Bedürfnisse

Die Personen, die Massnahmen zur Schadenminderung benötigen, sind in erster Linie die Heroin- und Kokainkonsumierenden. Diese werden in der Schweiz auf etwa 28'000-30'000 geschätzt. Die Untergruppe der drogeninjizierenden und der am stärksten marginalisierten Personen ist die Bevölkerungsgruppe mit dem grössten Bedarf.

Schadenminderung

Das Konzept der Schadenminderung beruht auf der Feststellung, dass abhängige Drogenkonsumierende dauerhaft unfähig sein können, eine Therapie zu beginnen, mit der eine Abstinenz angestrebt wird. In dieser Phase geht es darum, ihren Gesundheitszustand und ihre soziale Integration zu bewahren. Dies erfolgt mit der Entwicklung eines sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungsangebots, mit dem die Risiken von Tod und Krankheit gemindert werden können und ein Zugang zu annehmbaren Lebensbedingungen (Arbeit und Wohnen) geschaffen wird.

Allgemeine Situation in der Schweiz

Zu den Besonderheiten der Schadenminderung gehört, dass sie meist auf lokaler Ebene lanciert und umgesetzt wird. Dies zeigt sich daran, dass die grossen Deutschschweizer Städte die verschiedenen Massnahmen in diesem Bereich als erste umsetzten und die Kantone erst später folgten. Noch immer lässt sich feststellen, dass am häufigsten Stadtbehörden und Stadtparlamente über solche Massnahmen entscheiden. So erarbeiteten Exekutive und Legislative der Städte in der Periode 1991-2000 fast doppelt so viele Beschlüsse und Stellungnahmen zur Schadenminderung wie die entsprechenden kantonalen Behörden¹. Im Zentrum der lokalen Debatten und Aus-

Umfragen bei den Drogenkonsumierenden, welche sich in den niederschweligen Einrichtungen aufhalten^{cc}, ermöglichen Aufschlüsse über die Situation und somit die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe. Der Anteil der Personen, welche kürzlich – also in den letzten sechs Monaten – eine gebrauchte Spritze oder Nadel benutzt haben, ist recht tief und liegt bei knapp 10%, wobei dieser Anteil in den letzten Jahren leicht zugenommen hat (1994: 9%, 1996: 11%, 2000: 12%). Die Mitbenutzung von Injektionsmaterial (Löffel, Wasser, Filter) kommt viel häufiger vor und könnte die hohe Infektionsrate beim Hepatitis-C-Virus (HCV) erklären. So gaben 40% der befragten Benutzer der niederschweligen Einrichtungen im Jahr 2000 ein positives Testergebnis für Hepatitis B und 59% für Hepatitis C an. Die berichtete HIV-Prävalenz ist stabil (10% im Jahr 1993, 11% im Jahr 2000). In diesem Zusammenhang hat ein im Jahr 2001³¹ durchgeführter internationaler Vergleich gezeigt, dass die HIV-Prävalenzrate in der Schweiz etwa gleich hoch (Deutschland) oder tiefer (Frankreich, Italien) ist als diejenige der Nachbarländer. Aus dem Vergleich geht auch hervor, dass das Risikoverhalten bei den Drogeninjizierenden (Mitbenutzung von Spritzen) allgemein abnimmt, mit einer momentan leicht tieferen Prävalenz in der Schweiz.

^{cc} Einrichtungen dieser Art geben Spritzen ab. Dazu gehören insbesondere sämtliche Einrichtungen in der Schweiz, die über einen Injektionsraum verfügen.

Die soziale Situation der in den niederschweligen Einrichtungen befragten Konsumierenden ist prekär. Jeder Zehnte hat keinen festen Wohnsitz und die Zahl derjenigen Personen, die arbeitslos sind und Geld von einer Versicherung oder Sozialhilfe beziehen, ist im Zunehmen begriffen. Die meisten Benutzer waren schon einmal inhaftiert.

Angebot/Mittel

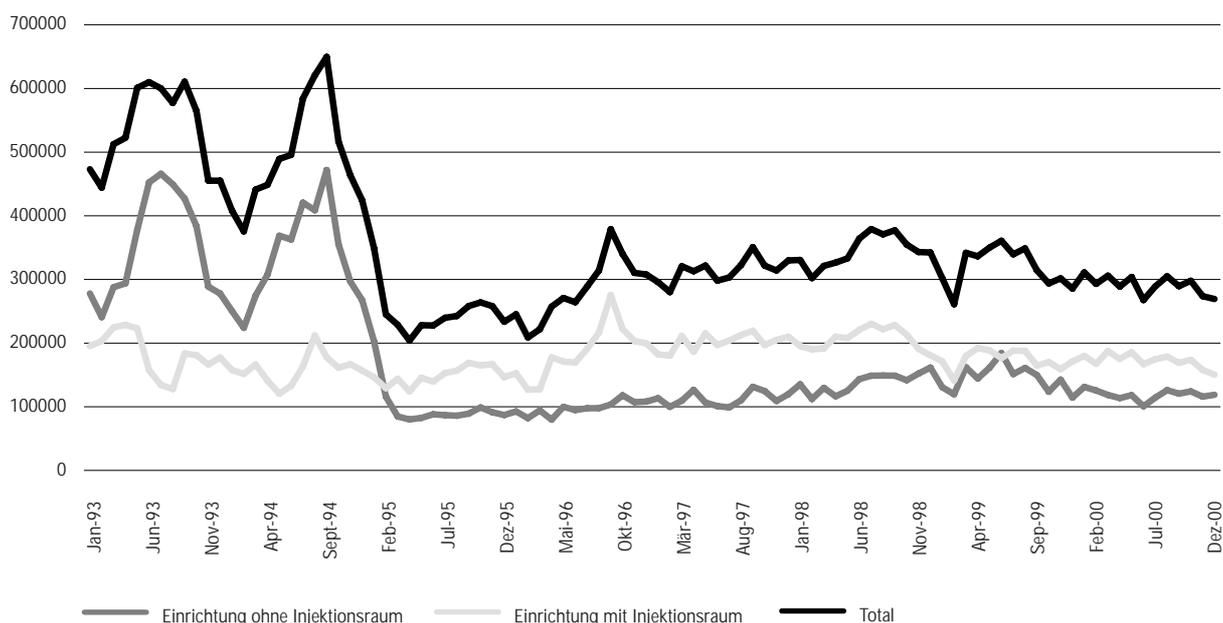
Ende 2000 beteiligten sich 28 niederschwellige Einrichtungen an einem nationalen Monitoring zur Abgabe von Injektionsmaterial. Die Einrichtungen befanden sich in elf Kantonen^{dd}, die meisten davon in der Deutschschweiz. Im Tessin gab es überhaupt keine derartige Einrichtung. Im Jahr 2002 verfügten dreizehn niederschwellige Einrichtungen über einen Injektionsraum^{ee}. Ausserdem beabsichtigt die Stadt Lausanne (VD), demnächst einen solchen Raum zur Verfügung zu stellen.

Nach Spitzenwerten in den Jahren 1993 und 1994 ging die Spritzenabgabe in den niederschweligen Einrichtungen im Jahr 1995 stark zurück, nämlich von etwa 6'400'000 Spritzen im Jahr 1993 auf etwa 3'000'000 im Jahr 1995. Dieser Rückgang wurde auf die Schliessung der offenen Drogenszenen und die zahlreichen Aufnahmen von Substitutionsbehandlungen mit Methadon und anschliessend mit Heroin zurückgeführt. In der Folge stieg die Menge abgegebener Spritzen bis 1998 (etwa 4'100'000) stetig an. Im Jahr 2000 ging diese Zahl leicht auf rund 3'500'000 Spritzen zurück.

In fünfzehn Kantonen stellen die Apotheken die wichtigste Versorgungsquelle für die Spritzen dar. Verglichen mit den Kantonen, die über niederschwellige Einrichtungen verfügen, ist die zur Verfügung gestellte Menge jedoch relativ gering. Die von den Apotheken monatlich abgegebenen Spritzen werden auf 120'000 geschätzt³². Im Rahmen des Programms zur Heroingestützten Behandlung HeGeBe wird auch steriles Injektionsmaterial zur Verfügung gestellt. Im Jahr 2000 wurden monatlich

Abbildung 5.1

Entwicklung der Anzahl der in den niederschweligen Einrichtungen der Schweiz abgegebenen Spritzen (1993 -2000)*



* Zahl der Institutionen: 1993 : N = 28, 1994 : N = 23, 1995 : N = 23, 1996 : N = 24, 1997 : N = 25, 1998 : N = 27, 1999 : N = 27, 2000 : N = 28.

schätzungsweise 93'500 Spritzen benutzt. Insgesamt wurden somit in der Schweiz jeden Monat an die 500'000 Spritzen abgegeben oder verkauft.

Einige Gefängnisse stellen den Insassen steriles Injektions- oder Desinfektionsmaterial zur Verfügung. Gemäss den neuesten Daten aus dem Jahr 1999³³, die aus verschiedenen Quellen stammen, trafen mehrere Strafanstalten Präventionsmassnahmen im Zusammenhang mit der Injektion. So wurde steriles Injektionsmaterial zur Verfügung gestellt (acht Strafanstalten) oder Desinfektionsmittel mit Gebrauchsanweisung abgegeben (zehn Strafanstalten). In diesen Strafanstalten befinden sich etwa ein Drittel der in der Schweiz inhaftierten Personen. Auch wenn der momentane Umfang des Angebots nicht bekannt ist, so ist dieses seither zweifellos ausgebaut worden. Eine Evaluation des Spritzenaustauschprogramms (mittels Aufstellung eines Spritzenautomaten) im Gefängnis von Realta³⁴ machte ausserdem deutlich, dass dieses sowohl von den Gefängnisangestellten wie auch von den Insassen gut aufgenommen wurde. Damit wurden auch die Resultate einer bereits früher im Frauengefängnis Hindelbank³⁵ durchgeführten Studie bestätigt. Aus der Studie ging ausserdem hervor, dass der Drogenkonsum und die Mitbenutzung von Spritzen in den Haftanstalten eine Realität ist.

Zahlreiche Kantone verfügen über Hilfsangebote in den Bereichen Wohnen und Arbeit, die sich teilweise speziell an die Drogenkonsumierenden richten. Da es keine neuere Untersuchung des Angebots in diesem Bereich gibt, lässt sich die derzeitige Abdeckung nicht abschätzen. Ende 2002 sollte jedoch eine Situationsanalyse vorliegen.

Ziele und Strategie des BAG

Ziele

Die Schadenminderung im Rahmen des MaPaDro soll speziell zur Verminderung gesundheitlicher Schäden sowie zur Verbesserung der Lebensbedingungen bei den abhängigen Drogenkonsumierenden beitragen. Dazu müssen die Gesundheit sowie die soziale Eingliederung dieser Personen erhalten und gefördert werden, so dass die negativen Folgen ihrer Abhängigkeitsphase möglichst gering bleiben und sie eines Tages zu einem normalen Leben zurückfinden können.

Strategie

Die diesbezügliche Strategie des BAG besteht darin, sich für den Ausbau und die Verbesserung der Massnahmen zur Schadenminderung in der Schweiz einzusetzen. Die Unterstützung von innovativen Projekten, die Vernetzung der verschiedenen Akteure, die Professionalisierung und Einführung von Instrumenten zur Qualitätssicherung in diesem Bereich bilden die wichtigsten Elemente dieser Strategie.

Hauptsächlich umgesetzt wird die Strategie über die Aktivitäten der Schweizerischen Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD). Diese wird vom BAG finanziert und ist dem Schweizerischen Arbeiterhilfswerk (SAH) angeschlossen. Es handelt sich um ein Kompetenzzentrum, das über Koordinatoren für die Deutschschweiz und die lateinische Schweiz verfügt. Zu seinen Aufgaben gehört es, die Akteure zu vernetzen und den Informationsaustausch zwischen ihnen zu fördern. Es verwaltet auch einen Impulsfonds, der Starthilfen für Projekte gewährt, mit denen die Qualität der in der Schadenminderung tätigen Institutionen verbessert werden soll. Unterstützt wurden zunächst vorwiegend Projekte in den Bereichen Wohnen und Arbeit. Ab 1999 wurde die Hilfe auch auf gesundheitsbezogene Aktivitäten zur Schadenminderung und insbesondere auf Projekte zur Spritzenabgabe ausgedehnt. Für diesen Bereich war vorher direkt das BAG zuständig. Inzwischen werden auch Projekte unterstützt, die für besondere Milieus oder Bevölkerungsgruppen (Prostituierte, Kinder usw.) bestimmt sind.

^{dd} AG, BE, BS, GE, JU, LU, SG, SH, SO, VD, ZH.

^{ee} Die dreizehn Einrichtungen, die über einen Injektionsraum verfügen, befinden sich in BE (2), BS (3), ZH (5), SO (1), SH (1), GE (1).

Ausserhalb der Aktionen der FASD setzt das BAG seine Strategie auch mit anderen Aktivitäten um. Es kann innovative Projekte direkt unterstützen und/oder die institutionelle Abdeckung im Bereich Schadenminderung verbessern. Besonders unterstützt werden ebenfalls Projekte, die sich an Drogen konsumierende Frauen richten. Diese kommen so in den Genuss eines speziell auf ihre Bedürfnisse ausgerichteten Angebots.

Eine weitere Aktion betrifft die Gesundheitsförderung in den Gefängnissen. Im Vordergrund stehen dabei Beratung und Information, Spritzenabgabe, Tests und Behandlung von Aids und Hepatitis-Infektionen. Dies soll mit Hilfe der Fachgruppe Gesundheitsförderung im Freiheitsentzug erreicht werden. Sie hat den Auftrag erhalten, ein Handbuch der Good Practices sowie Empfehlungen auszuarbeiten, die sich in den Gefängnissen umsetzen lassen. Eine weitere Aktivität in diesem Bereich ist der Aufbau einer Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Ausbildungszentrum für das Gefängnispersonal mit dem Ziel, ein Fortbildungsangebot zum Thema Schadenminderung zu schaffen.

Durch die Zusammenarbeit mit Vermittlern fördert das BAG auch seine Politik auf lokaler Ebene. Die Vermittler haben den Auftrag, die Bevölkerung für die Themen der Drogenabhängigkeit und Schadenminderung zu

sensibilisieren. Damit soll die Integration abhängiger Personen gefördert werden. Diese Aktivität findet vor allem im Rahmen einer aus Fachleuten bestehenden Arbeitsgruppe zur Schadenminderung statt. Diese stellt verschiedene Überlegungen zum Thema an und erteilt Empfehlungen.

Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Schweizerische Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD)

Die FASD unterstützt die Lancierung neuer Projekte. Sie prüft die Finanzierungsgesuche, berät die Initianten neuer Projekte und verwaltet den Impulsfonds. Es werden maximal 50'000 Franken jährlich gewährt, dies während zwei Jahren. Mit dieser Finanzhilfe sind zwei Verpflichtungen verbunden: So soll der Unterstützungsbetrag 50% des Gesamtbudgets des Projektes nicht übersteigen und darf nicht für Investitionskosten, Defizite oder Defizitgarantien verwendet werden.

Von 1999 bis 2001 stieg der Gesamtbetrag des Fonds um 50% und in den jeweiligen Jahren wurden zwölf, zwanzig beziehungsweise siebzehn Projekte bewilligt. Etwa 80% der Subventionen wurden für Projekte in

Tabelle 5.3

Verteilung der vom Impulsfonds finanzierten Projekte, 1999-2001

	1999		2000		2001	
	Anzahl Projekte	Kantone	Anzahl Projekte	Kantone	Anzahl Projekte	Kantone
Tätigkeitsbereich						
Arbeit	4	SG, LU, ZH, NE	3	NE, LU, VS	4	BE, LU, VS
Tageseinrichtung	4	NE, VD, ZH	2	NE, VD	2	BE, ZH
Wohnen	4	GR, BE, AG	3	BE (2), GR	2	VD, GR
Prostitution F			3	VD, BE, TI	3	VD, SO, BE
Prostitution M			1	ZH	1	ZH
Kinder			1	LU	1	LU
Erziehung			2	VD	1	VD
Freizeit, Ausbildung			1	BE	2	BE, VD
Gesundheit			4	VD, ZH	1	ZH
Total	12	8	20	8	17	7

den Bereichen Arbeit, Wohnen, Tageseinrichtungen und Prostitution verwendet. Die Westschweiz, in der die Projekte zur Schadenminderung oft weniger weit fortgeschritten sind, profitiert ausgiebig von diesem Fonds. Etwa 40% davon kommen ihr zugute (1999-2003) ^{ff}.

Mit bescheideneren Beiträgen finanziert der Impulsfonds auch Publikationen (z.B. die Neuauflage der Broschüre Partydrogen 2001), Evaluationen von Projekten (beispielsweise eines Projektes, das sich an Mediatoren in Zürich richtet, oder eine Analyse des Angebots der niederschweligen Einrichtungen in der Schweiz) und Fortbildungsveranstaltungen.

Ausserdem gab die FASD eine Situationsanalyse in der Schweiz bezüglich der Unterstützung im Bereich Wohnen und Arbeit in Auftrag. Diese ist seit Ende 2002 erhältlich und ermöglicht eine Bestandsaufnahme des Angebots sowie der bestehenden Lücken.

Schliesslich beteiligt sich die FASD auch an Fortbildungslehrgängen und an der Vernetzung der in diesem Bereich tätigen Institutionen. Sie stellt auch eine Dokumentation, in denen die Informationen über die in der Schweiz realisierten Projekte gesammelt sind, sowie einige nationale und internationale Fachzeitschriften zur Verfügung.

Direkte Unterstützung innovativer Projekte

Parallel zur Arbeit der FASD hat das BAG jedes Jahr einige Projekte direkt unterstützt. So finanzierte es im Jahr 2001 ein Ausbildungsprojekt betreffend Hepatitis C, das sich an das im niederschweligen Sektor tätige Personal richtete. Acht Deutschschweizer Städte nahmen daran teil und es wurden dreissig Teams von Fachleuten erreicht. Pro Team besuchten mindestens zwei Mitarbeiter einen halben Ausbildungstag. Im Jahr 2002 wurde das Projekt auch auf die Westschweiz ausgedehnt.

Beitrag an die Gesundheitsförderung in den Gefängnissen

Der Fachgruppe Gesundheit im Freiheitsentzug gehören Vertreter der Strafanstalten (Direktoren, Ärzte,

Präventionsleiter), der Bundesverwaltung (Bundesamt für Justiz – BJ, BAG) sowie Kantonsärzte an. In der Evaluationsphase war die Tätigkeit dieser Gruppe sehr eingeschränkt und die Ziele wurden kaum erreicht. Dies war insbesondere auf Probleme bei der Festlegung der Kompetenzen und auf Uneinigkeiten innerhalb der Gruppe zurückzuführen. So konnte man sich nicht einigen, welche Empfehlungen im Anschluss an einen Bericht über die psychische Gesundheit im Gefängnis ausgesprochen werden sollten. Kürzlich stand die Frage zur Diskussion, ob diese Gruppe umstrukturiert und der Konferenz der nationalen Justiz- und Polizeidirektoren unterstellt werden solle. Eine Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Ausbildungszentrum für das Gefängnispersonal kam nicht zustande. Hingegen unterstützt das BAG die Arbeit einer Mediatorin, die sich mit Fragen zur Gesundheit im Gefängnis von Saxenried beschäftigt.

Auf internationaler Ebene beteiligt sich das BAG an der WHO-Gruppe *Health in Prison*. Im September 2001 führte es – zusammen mit der WHO und dem Europarat (Gruppe Pompidou) – eine internationale Konferenz über die mit Drogen zusammenhängenden Gesundheitsprobleme im Strafvollzug durch.

Unterstützung von frauenspezifischen Projekten

Im Rahmen des MaPaDro hat das BAG verschiedene Arbeiten finanziert, die sich speziell mit der Situation abhängiger Frauen befassten. Im Jahr 1995 erschien eine erste Publikation, zudem wurde eine Konferenz zu diesem Thema durchgeführt. Mit der Unterstützung des BAG wurde 1997 die Arbeitsgruppe Frauen und Drogenabhängigkeit geschaffen. Diese Gruppe förderte die Vernetzung der Beteiligten und stellte verschiedene Mittel bereit oder unterstützte diese. Dazu gehörten ein Argumentarium für die Verbände, Behörden und Fachleute³⁶, ein Handbuch für die Umsetzung neuer Interventionsformen und für die Qualitätssicherung in den niederschweligen Einrichtungen für abhängige Frauen³⁷, ein Informationsdossier und ein Inventar des auf Internet zugänglichen spezialisierten Angebots⁹⁹.

^{ff} Nicht publizierte Quelle des BAG.

⁹⁹ www.drugsandgender.ch.

Beurteilung der Aktion des BAG

Die Aktionen zur Schadenminderung in der Schweiz entstanden auf Initiative einiger Deutschschweizer Städte und unter dem Druck der drohenden HIV/Aids-Epidemie vor der Einführung des MaPaDro. Das BAG erkannte die Bedeutung dieser Aktionen und institutionalisierte ihre Rolle im Rahmen des Programms. Dies war ein entscheidender Beitrag, da er eine Normalisierung sowie eine koordinierte Entwicklung der Arbeiten im Bereich der Schadenminderung in der Schweiz ermöglichte.

Angemessenheit der Ziele und der Strategie

Die vorhandenen Daten zeigen, dass die Schweiz über ein ausgedehntes und relativ stabiles System von Interventionen im Bereich der Schadenminderung verfügt, vor allem was die gesundheitliche Schadenminderung angeht. In Anbetracht der Umgebung, in der sie eingebettet ist, scheint die vom BAG in diesem Bereich durchgeführte Tätigkeit somit angemessen zu sein. Aufgrund der lokalen Verankerung der Projekte und Institutionen sowie der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen bei der Bekämpfung der Drogenprobleme ist das BAG aufgefordert, die Massnahmen zur Schadenminderung in der Schweiz zu unterstützen und zu koordinieren. Es wird auch in Zukunft diejenige Instanz sein, welche die Weiterführung und Verteilung des Angebots überwacht, punktuelle Interventionen unterstützt, mit denen verschiedene Lücken gefüllt werden, und zur Koordination, Verbesserung sowie Harmonisierung der Massnahmen in diesem Bereich beiträgt. In unmittelbarer Zukunft sollten die Bemühungen um eine Reduktion der Übertragung der Hepatitiden höchste Priorität haben. Wie das neue vom BAG unterstützte Projekt beweist, hat das Bundesamt das Problem erkannt.

Es ist nicht einfach abzuschätzen, ob die von der FASD gewährte Unterstützung wirklich bestehende Lücken füllt oder ob dieses Angebot von denjenigen Kantonen genutzt wird, die bereits im Bereich der Schadenminderung tätig sind. Die Feststellungen, dass die neuen Projekte im Bereich Wohnen und Arbeit vor allem Westschweizer oder Kantone ohne grosse Stadt betreffen und die Projekte in den neuen Bereichen

(Erziehung, Freizeit, Gesundheit usw.) in Kantonen durchgeführt werden, die bereits über ein grosses Angebot an Massnahmen zur Schadenminderung verfügen, sprechen eher für die Hypothese, dass bestehende Lücken gefüllt werden. Die momentan von der FASD durchgeführte Analyse des Angebots wird mehr Licht in diese Angelegenheit bringen. Dank der Einführung eines neuen PR-Konzepts im Jahr 2002 konnte die Informationsarbeit der FASD verbessert werden. Dies sollte die Chancengleichheit für den Zugang zum Fonds begünstigen.

Die Arbeiten zur Verbesserung des Angebots für drogenabhängige Frauen wurden in den letzten Jahren intensiv vorangetrieben. Die Bemühungen des BAG in diesem Bereich sind zu begrüssen, da sie den Aufgaben entsprechen, die sich dieses vorgenommen hat, nämlich die Entwicklung zu unterstützen und bestehende Angebotslücken zu schliessen.

Die Arbeiten im Bereich des Strafvollzugs sind zwar beachtlich, kommen momentan aber nicht voran. Dies ist sehr bedauernd, da die Schweiz in der Vergangenheit auf dem Gebiet der Schadenminderung im Gefängnis eine Pionierrolle gespielt hat. So wurden beispielsweise innovative Projekte lanciert (Abgabe von sterilem Injektionsmaterial und Desinfektionsmitteln, Erweiterung des Behandlungsangebots (Methadon und Heroin). Die Projekte waren von Evaluationen begleitet, mit denen die Tauglichkeit und Durchführbarkeit der Interventionen belegt werden sollte. Bis gemeinsam mit den Strafvollzugsbehörden neue Anstrengungen in Angriff genommen werden können, wäre es sinnvoll, die Informationen über das bestehende Angebot zur Gesundheitsförderung und –erhaltung in den Gefängnissen der Schweiz regelmässig auf den neuesten Stand zu bringen. Ein derartiges regelmässiges Inventar würde die Absprache zweifellos erleichtern.

Stand der Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

In den letzten Jahren hat das BAG seine Aktion verbessert, indem es die Finanzierung der Starthilfe für neue Projekte vollständig der Fachstelle für Schadenminderung übertragen hat. Die bescheidenere Direktfinanzierung des BAG umfasst praktisch nur noch Beiträge an Projekte nationaler Grössenordnung.

In Bezug auf die Verwendung des von der FASD verwalteten Fonds scheint die Situation zufriedenstellend zu sein. Innerhalb von drei Jahren wurden 49 Projekte in elf Kantonen finanziert. Die Fachgruppe Schadenminderung trat ebenfalls regelmässig zusammen und nahm im Jahr 2000 unter anderem zur Spritzenkonfiskation durch die Polizei Stellung.

Das Endziel des BAG, die gesundheitlichen Schäden und die Verschlechterung der sozialen Situation der Drogenabhängigen zu begrenzen, wurde zu einem guten Teil erreicht. Die verfügbaren Indikatoren ergeben jedoch ein kontrastreiches Bild. Einerseits sind die HIV-Infektionen und das dazu führende Risikoverhalten (Mitbenutzung von Injektionsmaterial, ungeschützte sexuelle Kontakte) stark zurückgegangen, um sich dann in den letzten Jahren zu stabilisieren. Andererseits wird aus der gemeldeten Prävalenz von Hepatitis B und C bei den Benutzern der niederschweligen Einrichtungen und der sich in stationärer Behandlung befindenden Personen deutlich, dass die Massnahmen zur Prävention von HIV nicht genühten, um die Übertragung dieser Viren zu verhüten. Ausserdem hat sich wohl der Zugang zu einer Unterkunft leicht verbessert, beim Zugang zur Arbeit konnten hingegen keine nennenswerten Verbesserungen festgestellt werden. Die Schadenminderung hat also ihr Ziel zwar teilweise erreicht, aber es bleibt noch viel zu tun.

Wichtigste Empfehlungen

Wir empfehlen:

- das Angebot und dessen Verteilung zu überwachen, punktuelle Interventionen zur Schliessung von Lücken durchzuführen sowie die Planung und Harmonisierung in diesem Bereich zu unterstützen;
- die Aktivitäten zur Prävention von Hepatitis-Infektionen zu erweitern;
- das Schadenminderungs- und Behandlungsangebot in den Schweizer Gefängnissen regelmässig auf den neuesten Stand zu bringen.

Ausbildung

Allgemeine Situation in der Schweiz

Die wichtigsten Berufe im Umgang mit Drogenproblemen sind die medizinischen Berufe (Ärztenschaft, Psychiater/-innen), die paramedizinischen Berufe (Apothekerschaft, Pflegepersonal) sowie die Berufe des psychosozialen Sektors (Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Psychologen). Diesem Sektor gehören die meisten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der ambulanten und stationären Behandlungsstellen für Drogenkonsumierende an³⁸. Weitere Fachleute wie Lehrkräfte oder Polizeibeamte können ebenfalls mit diesen Problemen zu tun haben.

Bedürfnisse

Fachleute, welche mit Drogen- und/oder Suchtproblemen konfrontiert sein können, sollten über die für die Betreuung notwendigen Grundkompetenzen verfügen. Sie sollten sich in diesem Bereich spezialisieren können und die Möglichkeit haben, ihre Kenntnisse mittels Fortbildung auf den neuesten Stand zu bringen. Die Umsetzung dieser Ziele ist jedoch schwierig, da die Berufe, Ausbildungsinstitutionen und kantonalen Praktiken sehr unterschiedlich sind.

Angebot/Mittel

Die Grundausbildung der meisten Akteure erfolgt an den Universitäten oder Berufsschulen. Im Allgemeinen sind die Kantone für die Organisation der Kurse zuständig. Bei den Medizinerinnen und Apothekern gilt eine Sonderregelung, hier müssen die Kurse den Anforderungen des Bundes entsprechen. Diese Situation hat sich jedoch mit den Fachhochschulen (FH) geändert, die ab 2003 dem Bund unterstellt sein sollen. Der Umgang mit Drogenproblemen hat bei der Grundausbildung der universitären Berufe meist nur eine beschränkte Bedeutung. So werden die Ärzte und Apotheker im Rahmen von allgemeinen Kursen für das Problem sensibilisiert. An den höheren Fachschulen für Sozialarbeit sieht die Lage etwas anders aus. Dort wird diese Problematik als wichtiges Thema erachtet, aber je nach Schule werden sehr unterschiedliche Kurse erteilt. Bei

Praktika in Institutionen, welche Drogenkonsumierende betreuen, erwerben die Studierenden der verschiedenen Berufe auch praktische Kenntnisse³⁹.

In den meisten Berufen gibt es zudem nur wenige Möglichkeiten für eine Spezialisierung im Drogen- oder Suchtbereich. Es werden jedoch Anstrengungen unternommen, insbesondere in der Medizin, um zu erreichen, dass die Suchttherapie von der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) als eigene Fachrichtung anerkannt wird. An den Fachhochschulen werden Nachdiplomstudiengänge zum Thema Sucht angeboten oder sind geplant.

Die Fortbildung ist meist regional organisiert und wird von den Berufsverbänden oder privaten Institutionen durchgeführt. Manchmal bieten auch die höheren Fachschulen für Sozialarbeit während kurzer Zeit derartige Fortbildungen an.

Ziele und Strategie des BAG

Ziele

Gemäss dem Betäubungsmittelgesetz (Art. 15c Abs. 3) hat der Bund die Aufgabe, die Ausbildung des Fachpersonals für die Behandlung betäubungsmittelabhängiger Personen zu fördern. Infolgedessen ist das BAG im Bereich der Fort- und Weiterbildung aktiv. Sein oberstes Ziel ist der Ausbau des medizinischen und sozialen Unterstützungsnetzes. Dies soll folgendermassen erreicht werden:

- durch eine Erhöhung der Anzahl Spezialisten, die über eine gute Ausbildung im Suchtbereich verfügen
- durch eine Verbesserung der beruflichen Qualifikation der Akteure
- durch die Förderung der berufsübergreifenden Zusammenarbeit⁴.

Strategie

In einer ersten Phase entschied sich das BAG für eine auf die Berufsverbände abgestützte Fortbildungsstrategie. Zu diesem Zweck wurden in der Deutsch- und der Westschweiz Weiterbildungsstellen geschaffen^{hh}. Aufgrund der Resultate einer Studie, die gewisse Struktur-schwächen der für diese Projekte zuständigen Institutionen aufgedeckt hatte, wurde diese Strategie jedoch aufgegeben⁴⁰.

Aufgrund der Empfehlungen einer zweiten Studie³⁸ entwickelte das BAG eine andere Strategie. Diese strebt die Strukturierung und Organisation einer berufsspezifischen und berufsübergreifenden Fortbildung in den Bereichen Drogen und Alkohol an. Mit diesem Angebot sollen die Bedürfnisse sämtlicher Akteure (Fachleute, punktuell Betroffene und Freiwillige)⁴¹ abgedeckt werden. Ausserdem soll die Fortbildung institutionalisiert werden, indem die Organisation und Durchführung der Kurse den Universitäten, Fachhochschulen und Fachschulen übertragen wird, welche bereits die Grundausbildung anbieten. Diese Strategie sollte auch zu einer besseren Qualität der Kurse beitragen und schliesslich eine Zertifizierung der Fortbildung einführen. Mit der Ausschreibung der Aktivitäten und dem dadurch entstehenden Wettbewerb zwischen den Institutionen soll zudem die Qualität des Angebots optimiert werden.

In organisatorischer Hinsicht legt eine Expertenkommission (EK) für die Ausbildung im Suchtbereich zunächst die betroffenen Berufsfelder fest. Anschliessend bestimmt die Kommission eine Instanz, die für die Umsetzung der Module in den einzelnen Bereichen zuständig istⁱⁱ. Schliesslich lanciert die Expertenkommission alle zwei Jahre eine Ausschreibung und gewährt den verantwortlichen Institutionen Finanzmittel für die Durchführung der Ausbildungsmodule. Diese Module können von der verantwortlichen Instanz selber oder von Dritten erteilt werden, die sich so als "Modulproduzenten" betätigen. Während bei berufsübergreifenden Modulen die Expertenkommission für die Auswahl der Themen und Inhalte zuständig ist, haben die verantwortlichen Institutionen bei den berufsspezifischen Modulen freie Hand.

Für die Grundversorger wurde eine besondere Aktion entwickelt, die ausserhalb des oben erwähnten Programms durchgeführt wird. Um ihre Leistungen zu verbessern und die Zahl der an der ärztlichen Verschreibung von Methadon beteiligten Ärzte zu erhöhen, hat sich das BAG für die Schaffung von Unterstützungsnetzwerken eingesetzt und einige strategische Überlegungen zu diesem Thema angestellt⁴².

Schliesslich hat das BAG auch verschiedene andere Fortbildungsaktivitäten im Bereich der Prävention und der Behandlung unterstützt. Diese wurden in den vorhergehenden Kapiteln bereits beschrieben.

Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Programm der Modulkurse

Im Rahmen der Umsetzung des neuen Fortbildungskonzepts bewilligte die Expertenkommission die externen Mandate, welche für die Profilbildung für sämtliche Berufe sowie für die West- und Deutschschweiz notwendig sind. Einige davon sind noch nicht abgeschlossen. Ausserdem wurden neun verantwortliche Institutionen bestimmt. Nicht abgedeckt ist einzig der Beruf der Psychologen in der Romandie. Die Festlegung von Ausbildungsprofilen bot einen geeigneten Rahmen für die Erarbeitung von Modulen durch die verantwortlichen Institutionen.

^{hh} In der Westschweiz handelt es sich um das Programm ARIA, das vom Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (Westschweizer Vereinigung für Alkohol- und Suchtforschung – GREAT) geleitet wird. Für das Deutschschweizer Programm Convers ist der Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz (VSD) zuständig. Das BAG hat diese beiden Programme bis 1999 unterstützt.

ⁱⁱ Als wichtigste Untergruppen sind hier die Ärzte/Psychiater, die Sozialarbeiter, das Pflegepersonal, die Psychologen sowie eine Kategorie "Andere" vertreten, der Akteure ohne Tertiärabschluss angehören.

Die allgemeine Organisation des Fortbildungssystems wurde jedoch in der Deutsch- und der Westschweiz unterschiedlich gestaltet. Während die Fortbildung in der Deutschschweiz wie geplant umgesetzt wurde, gründete man in der Westschweiz eine Vereinigung von Ausbildungsinstitutionen^{jj}. Diese dient als Vermittler zwischen der Expertenkommission und den verantwortlichen Institutionen. Dem Verband gehören sämtliche Fortbildungsakteure der Westschweiz an. Im Tessin ist hingegen bisher lediglich die wichtigste verantwortliche Institution bestimmt worden.

Die Module decken die fünf Berufskategorien ab, die der Zielgruppe angehören, nämlich die Ärzte und Psychologen, das Pflegepersonal, die Sozialarbeiter und "Andere"^{kk}. Die Grenzen zwischen den berufsspezifischen und den berufsübergreifenden Modulen sind fließend. So kommt es vor, dass gewisse Kurse zum Teil in berufsspezifischen Modulen, zum Teil aber auch in berufsübergreifenden Modulen angeboten werden. Die Kurse werden von 21 anerkannten Ausbildungsinstitutionen erteilt (FH, Universitäten usw.) und von der Expertenkommission sowie dem BAG zugelassen. Normalerweise dauert ein Ausbildungsmodul drei Tage.

Abgesehen von einem leichten Anstieg im Jahr 2000, der auf die Deutschschweiz zurückzuführen war, bleibt die Zahl der angebotenen Module stabil. Während das Angebot in der Westschweiz vorwiegend an Ärzte (bis zu fünf von sechs Modulen im Jahr 2000) gerichtet war, wurden in der Deutschschweiz am meisten die Sozialarbeiter (50% der Module) und die Kategorie "Andere" (25%) angesprochen. In beiden Sprachregionen dauerten die Module in etwa gleich lang: Während die Anzahl Tage pro Teilnehmer in der Deutschschweiz im Schnitt bei 3.52 lag, waren es in der Westschweiz im Schnitt 3.18 Tage.

In der Deutschschweiz war die Teilnehmerzahl an den Modulen immer etwa gleich hoch (durchschnittlich 17.5 Personen/Modul). In der Westschweiz hingegen wurde ein starker Rückgang festgestellt (7.5 Teilnehmer im Jahr 2001 gegenüber 16 Teilnehmern im Jahr 1999).

Tabelle 5.4

Anzahl der durchgeführten Module und Beteiligung

Berufskategorien	Anzahl Module			Anzahl Teilnehmer			Entwicklung	
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	Module	Teilnehmer
Ärzte	9	11	8	173	158	117	→	↘
Psychologen	3	5	1	54	85	16	↘	↘
Pflegepersonal	1	1	1	23	12	9	→	↘
Sozialarbeiter	11	7	14	173	133	223	→	↗
"Andere"	1	6	6	16	98	98	↗	↗
Total	25	30	30	439	486	463	→	→

^{jj} Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances (FORDD).

^{kk} Zu dieser Kategorie gehören die Mitarbeiter der auf Suchtfragen spezialisierten Zentren, die über keinen Tertiärabschluss verfügen.

Unterstützung der Grundversorger

In den Jahren 1998 bis 2000 wurden in den einigen Westschweizer Kantonen (Genf, Wallis, Freiburg und in der Region BEJUNE) unter der Bezeichnung MedRo-Tox Projekte zur Unterstützung der Grundversorger lanciert. Im Tessin wurde das entsprechende Projekt unter der Bezeichnung MeTiTox zusammengefasst. Sämtliche Zielkantone und –regionen verfügen über einen für die Koordination des Netzes zuständigen Arzt oder eine entsprechende Ärztegruppe.

Im Rahmen von MedRoTox/MeTiTox wurden verschiedene Aktivitäten realisiert. So ist in den meisten Kantonen/Regionen eine Hotline in Betrieb und es gibt Gruppen für den Erfahrungsaustausch. Es wurden auch punktuelle Fortbildungskurse durchgeführt, die regen Zulauf fanden, wenn sie in ein bereits bestehendes Programm eingebettet waren. In Genf wurde mit den Krankenkassen ein Abkommen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ausgehandelt. Dieses ermöglichte für 350 Patienten, die sich einer Methadonbehandlung unterzogen, die Garantie einer Rückzahlung privater medizinischer Leistungen. Schliesslich wurde den Ärzten in allen am Programm beteiligten Kantonen ein Arbeitsordner zur Verfügung gestellt⁴³.

Im Frühling 2000 wurde die Westschweizer Gesellschaft für Suchtmedizin (westschweizerische Gesellschaft für Suchtfragen – COROMA) gegründet, mit der das Unterstützungsnetz für Grundversorger ausgebaut wurde. Diese Gesellschaft wird von einem wissenschaftlichen Zentrum unterstützt, das an den Divisions d'abus de substances der Universitäten Lausanne und Genf eröffnet wurde. Sie nimmt unter anderem an der Organisation der jährlichen Fortbildungstage teil, veröffentlicht eine halbjährlich erscheinende Zeitschrift, hat eine Website⁴⁴ gestaltet und war massgeblich an der Gründung der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin (SSAM) beteiligt.

⁴³ www.romandieaddiction.ch.

Beurteilung der Aktion des BAG

Angemessenheit der Ziele und der Strategie

Mit seiner neuen Strategie passt sich das BAG einer Situation an, in der zweifellos ein grosser Fortbildungsbedarf besteht, jedoch nur beschränkte Kenntnisse für die Planung eines Angebots vorhanden sind. Die Entwicklung eines spezifischen Angebots für die verschiedenen Berufe und Sprachregionen, das in den bereits mit der Grundausbildung beauftragten Institutionen eingebettet ist, erscheint in Anbetracht des gegenwärtigen Kontextes somit als angemessen. Dank der mit dem BAG-Programm bewirkten Strukturierung der Fortbildungsanbieter sollte es ausserdem möglich sein, die Evaluation zu verbessern und die vielfältigen in der Schweiz bestehenden Bedürfnisse zu berücksichtigen.

Diese Strukturierung des Angebots wurde in den beiden Sprachregionen jedoch unterschiedlich gehandhabt. So entwickelte sich der Westschweizer Verband zu einem regionalen Vermittler und änderte somit das vom BAG vorgesehene Konkurrenzprinzip zwischen den Leistungsträgern. Im Zentrum stand der Wunsch nach einem Zusammenschluss und einer vernetzten Arbeit, welche die Zusammenarbeit und Interdisziplinarität im Ausbildungsbereich begünstigt. Hingegen befürwortete die Expertenkommission mit ihrem Konzept eine eher dezentrale Vorgehensweise.

Angesichts dieser Situation stellt sich die Frage nach der Angemessenheit des Konkurrenzprinzips zwischen den Leistungserbringern in einem Umfeld, das gleichzeitig durch zwei Faktoren geprägt ist: durch die beschränkte Zahl der Ausbildungsinstitutionen und durch das Bedürfnis, die Arbeit der Ausbilder mittelfristig zu stabilisieren. Da in der Deutsch- und der Westschweiz zwei verschiedene Modelle nebeneinander bestehen, wird es künftig möglich sein, deren Entwicklung zu beobachten und die jeweiligen Vorzüge zu beurteilen, um damit eine globale Verbesserung des Ausbildungsangebots zu erreichen. Während der Evaluation des Fortbildungskonzeptes des BAG wurde bereits eine erste Erkenntnis gewonnen. So hat das Bundesamt unter anderem empfohlen, dass sich die Berufsverbände vermehrt an der Bestimmung der Bedürfnisse und Ausbildungsinhalte beteiligen⁴⁴. Das auf Anregung der FORDD¹⁷ entwickelte "Certificat en

addiction" ist ausserdem das Resultat eines berufsübergreifenden Bildungsgangs in der Westschweiz.

Die Projekte MedRoTox/MeTiTox in der Westschweiz und im Tessin erlaubten es, die Methadon verschreibenden Ärzte zu unterstützen. Ausserdem wurden dadurch die Grundversorger vermehrt auf die Bedeutung der Suchtprobleme aufmerksam gemacht. Der Ansatz, bei dem die Ausbildung und die Unterstützung durch Peergroups im Vordergrund standen, wurde von den Ärzten sehr geschätzt. Indem diese Projekte den Aufbau von Netzwerken der Akteure förderten, ermöglichten sie eine verbesserte Zusammenarbeit insbesondere zwischen den Methadon verschreibenden Medizinalpersonen und den Kantonsärzten. Allgemeiner betrachtet haben diese Projekte auch den Vorteil, dass sie sich auf einen bereits bestehenden lokalen Kontext stützen können, eine grosse Flexibilität ermöglichen und dass dafür nur geringe Investitionen erforderlich sind. Künftig wird es somit darum gehen, dieses Modell in anderen Regionen der Schweiz einzuführen.

Stand der Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Im Bereich der Ausbildung des MaPaDro wird eine Erhöhung der Anzahl ausgebildeter Spezialisten, eine allgemeine Verbesserung der beruflichen Qualifikation sowie die Förderung der Kooperation zwischen den Berufen angestrebt. Sämtliche in diesem Bereich durchgeführten Arbeiten tragen zur Erreichung dieser Ziele bei.

Bezüglich der Entwicklung der angebotenen Module sowie der Teilnehmerzahl lassen sich grosse Unterschiede zwischen der Deutsch- und der Westschweiz feststellen. Diese können zweifellos teilweise auf die Besonderheiten bei der Organisation des Angebots in der Westschweiz zurückgeführt werden. Die in der FORDD zusammengefassten Ausbildungsangebote beschränken sich nämlich nicht auf die vom BAG finanzierten modularen Lehrgänge, sondern umfassen auch Angebote anderer Berufsverbände und Institutionen. Dies führt zu einem Wettbewerb unter dem Ausbildungsangebot innerhalb der FORDD, was die schwächere Beteiligung an den durch die Expertenkommission finanzierten Modulen erklären könnte. Es

wäre somit zu begrüssen, dass die verschiedenen Angebote besser bekannt gemacht werden, damit die Kursteilnehmer die Angebote besser ihren Bedürfnissen und ihrem Ausbildungsgang entsprechend auswählen können. Trotzdem stellt sich die Frage, ob Module, die sich im Schnitt an weniger als zehn Personen richten, noch den festgelegten Zielen entsprechen.

Bisher nahm die Expertenkommission keinerlei Einfluss auf den Inhalt der berufsübergreifenden Module. Dadurch hat sich die Umsetzung dieses Programmteils verzögert und es wurde nicht gezielt nach bestehenden Lücken geforscht. Im Übrigen besteht eines der Anliegen der Expertenkommission darin, das Ausbildungsangebot allen Betroffenen und insbesondere den Berufen zugänglich zu machen, die punktuell mit Suchtproblemen konfrontiert sind. Auch diese Entwicklung fand nicht statt. Eine derartige Erweiterung des Angebots auf andere Berufskategorien wäre jedoch erstrebenswert, insbesondere im Hinblick auf die Entkriminalisierung des Cannabiskonsums, wie sie mit der geplanten Revision des Betäubungsmittelgesetzes angestrebt wird.

Bislang wollte man mit dem Programm hauptsächlich eine Verbesserung der beruflichen Qualifikationen der Beteiligten erreichen. Ein weiteres, längerfristiges Ziel ist die Integration des Suchtthemas in die an den Universitäten und Fachschulen erteilten Grundausbildungen. Noch sind in diesem Bereich kaum Fortschritte feststellbar. Und die Zertifizierung der Fortbildungen, ein weiteres Programmziel, erfolgte erst in wenigen Fällen.

Die wichtigsten Empfehlungen

Wir empfehlen:

- die Projektmodelle MedRoTox und MeTiTox gesamtschweizerisch einzuführen und zu verankern;
- die Entwicklung des Rahmenprogramms in der Deutsch- und der Westschweiz zu vergleichen, insbesondere um die Dauerhaftigkeit und Qualität des Ausbildungsangebots zu prüfen; die Strategie sollte dementsprechend gesamtschweizerisch optimiert werden;
- berufsübergreifende Module, Ausbildungskurse für punktuell betroffene Berufe, die Integration des Suchtthemas in die Grundausbildung und die Zertifizierung der Fortbildung weiter zu entwickeln.

Forschung

Allgemeine Situation in der Schweiz

Die Schweizer Politik im Bereich der Forschung basiert auf dem Forschungsgesetz (FG) aus dem Jahr 1983. Ziel dieses Gesetzes ist es, die wissenschaftliche Forschung zu unterstützen und die Umsetzung und Bekanntmachung ihrer Resultate zu fördern. In diesem Gesetz ist die finanzielle Unterstützung der freien Forschung (etwa drei-viertel der Mittel), deren wichtigsten Ziel die Sicherstellung der wissenschaftlichen Ausbildung und Qualität ist, und der sogenannten orientierten Forschung vorgesehen. Diese wird in Form von Nationalen Forschungsprogrammen (NFP), Schwerpunktprogrammen (SPP) sowie speziellen Programmen (z.B. HIV/Aids) umgesetzt, mit denen die Kenntnisse zu bestimmten Themen vertieft werden sollen. Für die Förderung der Forschung ist vor allem der Schweizerische Nationalfonds (SNF) zuständig. Bisher spielte das Suchthema unter den im Rahmen dieser Politik subventionierten Themen nur eine Nebenrolle. Die Bundesverwaltung verfügt auch über eigene Mittel zur Förderung von Forschungsarbeiten, mit deren Hilfe sie sich das für ihre Aktivitäten erforderliche Expertenwissen aneignen kann.

Bedürfnisse

Die zunehmenden Probleme im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum seit Ende der 1980er Jahre führten dazu, dass ein neuer Bedarf nach den im Umgang mit diesem Phänomen notwendigen Kenntnissen entstand. Die Aktion der öffentlichen Körperschaften (Bund, Kantone, Städte), der Institutionen (Kliniken, Heime, Beratungsstellen) und der Fachleute (Ärzte, Sozialarbeiter) muss sich auf ein Wissen stützen können, das es ermöglicht, die Zweckmässigkeit und Effizienz der durchgeführten Aktionen zu optimieren. Vor allem werden Kenntnisse über die Zielbevölkerung (Drogenkonsumierende) und ihr soziales Umfeld, die verschiedenen Interventionsmethoden (Prävention, Behandlung, Schadenminderung) und ihre Wirkungen, die Programme und die Politik im Drogenbereich sowie deren Auswirkungen benötigt.

Um qualitativ hoch stehende Forschung betreiben zu können, muss diese Aufgabe Universitätsinstituten und Forschungszentren anvertraut werden, da diese über die notwendigen Kompetenzen und Infrastrukturen verfügen. Die Mobilisierung der Wissenschaftler stellt in diesem Bereich somit ebenfalls ein Bedürfnis dar.

Schliesslich ist die Forschung im Drogenbereich auf finanzielle Unterstützung angewiesen, welche oft nicht von den Gemeinde- und Kantonsbehörden geleistet werden kann. Meist braucht es ein Engagement des Bundes, damit die Forschungsarbeiten durchgeführt werden können.

Angebot/Mittel

Die zunehmende Beteiligung des Bundes an der Bekämpfung der Drogenprobleme hatte zur Folge, dass für die Forschung deutlich höhere Mittel zur Verfügung gestellt wurden. Dies erfolgte mittels einer Erhöhung der Budgets für die Forschung im Rahmen des MaPaDro. Infolgedessen entwickelte sich das BAG in diesem Bereich zu einem Hauptakteur in der Schweiz.

Die Entwicklung der Forschung in den 1990er Jahren trug zu einer Steigerung der Kompetenzen und einer Spezialisierung gewisser Institutionen in diesem Bereich bei. So beschäftigt sich das 1994 in Zürich gegründete Institut für Suchtforschung hauptsächlich mit der Interventionsforschung im Bereich der Substitutionsbehandlungen und stationären Therapien. Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) in Lausanne hingegen ist unter anderem für die Sammlung epidemiologischer und ätiologischer Daten in den Bereichen legale und illegale Drogen zuständig. Die Institute für Sozial- und Präventivmedizin^{mm}, mehrere Universitätenⁿⁿ psychiatrische Dienste sowie Dienststellen der Kinder- und Jugendpsychologie^{oo} in der Schweiz haben ebenfalls Kompetenzen im Zusammenhang mit Suchtproblemen erworben.

Ziele und Strategie des BAG

Die Forschungspolitik des BAG im Suchtbereich stützt sich auf zwei Vorschriften des Bundes. So wird einerseits bei den Massnahmen zur sogenannten sektoriellen Forschung des Bundes präzisiert, dass dieser mit den für die Forschungsaktivitäten der Bundesverwaltung zur Verfügung gestellten Mitteln die Möglichkeit haben sollte, durch die Beschaffung von wissenschaftlichen Daten ein Expertenwissen zu erwerben⁴⁵. Andererseits ist in Artikel 15c Absatz 1 des Betäubungsmittelgesetzes festgehalten, dass der Bund die wissenschaftliche Forschung über die Wirkungsweise der Betäubungsmitteln sowie die Ursachen, Auswirkungen und Bekämpfungsmöglichkeiten des Betäubungsmittelmissbrauchs mit Mitteln oder andern Massnahmen fördern soll.

Ziele

Ziel der Forschungspolitik des BAG ist es, die für eine rationale Beschlussfassung notwendigen Daten zu beschaffen und bereitzustellen, um die Interventionen sowie die Politik im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum unterstützen und steuern zu können. Zu den weiteren Forschungszielen gehört es, vorgefasste Ideen in Frage zu stellen, Ersatzlösungen für die derzeit übliche Praxis zu entwickeln und diese mit geeigneten Methoden zu überprüfen. Um diese Ziele zu erreichen, ist die Mitwirkung der Sozialakteure, Institutionen und privaten Organisationen auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene unerlässlich.

^{mm} Insbesondere das IUMSP in Lausanne (Globalevaluation der Massnahmen des Bundes im Bereich der illegalen Drogen) sowie die ISPM in Bern und Zürich (Forschung und Evaluation im Zusammenhang mit der Tabakproblematik).

ⁿⁿ Lausanne (Kriminologie, Psychologie und Wirtschaftspolitik DEEP), Genf (gesetzgebende Aspekte – CETEL), Freiburg (Psychologie und Journalismus), Neuenburg (wirtschaftliche Aspekte – IRER), Bern (Psychologie, Pharmakologie, Ethnologie und Fortbildung), Zürich (Psychologie), ETH Lausanne (städtebauliche Aspekte – IREC), usw.

^{oo} Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) in Lausanne, HCU Genf (Abteilung Psychiatrie, Division des abus de substances), die psychiatrischen Polikliniken der Universitäten Lausanne, Zürich und Basel (PUK), die psychiatrischen Dienste der Universität Bern (UPD) usw.

Strategie

Die wichtigsten Fragestellungen und Forschungsthemen des BAG sind:

- Wie wirken die Drogen (Grundlagenforschung in der Pharmakologie und Neurologie)?
- Wie viele Personen sind betroffen und welche gesundheitlichen Folgen sind nachgewiesen (Epidemiologie)?
- Wie entsteht und entwickelt sich das Problem des Substanzgebrauchs (ätiologische Forschung)?
- Wie soll auf den Substanzgebrauch Einfluss genommen werden (Interventionsforschung)?
- Welche Wechselwirkung besteht zwischen dem Substanzgebrauch und dem sozialen Umfeld (Gesellschaftsforschung)?
- Welche Wirkungen haben die ergriffenen Massnahmen (Evaluationsforschung)?

Eine interne Koordinationsgruppe des BAG, welcher Vertreter der wichtigsten Einheiten sowie der betroffenen Sektionen angehören, wurde damit beauftragt, Prioritäten zu setzen und Forschungsaufträge zu bestimmen. Es können auch externe Experten hinzugezogen werden^{pp}.

Die Vergabe von Forschungsaufträgen erfolgt nach zwei Verfahren:

- Die Ausschreibung, die je nach aufgewendeten Mitteln nach dem Einladungsverfahren oder durch eine öffentliche Ausschreibung erfolgt. Das BAG fordert die Bewerber somit gelegentlich zur gegenseitigen Kooperation auf.
- Spontan an das BAG gerichtete Forschungsprojekte^{qq}. Damit diese finanziert werden, müssen sie dem forschungspolitischen Konzept entsprechen oder besonders innovativ sein^{rr}.

Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Die drei Interventionsforschungen über die ärztliche Verschreibung von Heroin (HeGeBe)^{ss}, die Sekundärprävention (supra-f)^{tt} sowie den Entzug (Swi-De-Co)^{uu}, sind die wichtigsten Projekte, die das BAG im Evaluationszeitraum finanziert hat. Anschliessend folgen die Ätiologieforschung und die Gesellschaftsforschung. Zur Grundlagenforschung wurden hingegen nur wenige

Aufträge erteilt. Die epidemiologische und die Evaluationsforschung werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

Bezüglich der ärztlichen Verschreibung von Heroin sind noch verschiedene Analysen und Bewertungen der Daten aus der experimentellen Forschung (PROVE)^{wv} im Gang. Mit der Institutionalisierung dieser Verschreibung (HeGeBe) wird die Forschung neu auf das Monitoring der Behandlungen, die Patientenkohorte sowie die Evaluation der bei den Patienten festgestellten psychischen Co-Morbidität ausgerichtet.

Das Programm supra-f umfasst eine experimentelle Forschungsarbeit, welche sich mit der Klientel von zwölf sozialpädagogischen Hilfsprogrammen in der Deutsch- und der Westschweiz befasst. Diese Projekte richten sich an Jugendliche zwischen zwölf und zwanzig Jahren, die als suchtgefährdet erachtet werden. Wichtigstes Ziel der Forschung ist die Sammlung wissenschaftlicher Daten über die Effizienz der an diese Jugendlichen gerichteten Sekundärpräventionsmassnahmen. Es handelt sich um eine Studie, welche die Entwicklung der Heranwachsenden, welche die Angebote der supra-f-Projekte in Anspruch nehmen, mit derjenigen einer Testgruppe vergleicht. Die Studie dauert von 1999 bis 2005. Die Zwischenresultate wurden kürzlich vorgestellt, sind aber noch nicht publiziert worden.

^{pp} Für gross angelegte Forschungsaufträge wurde ein internationaler Expertenausschuss beigezogen. Vereinzelt wurden die Experten auch um eine Teilnahme an einer *Peer Review* der Artikel ersucht, die im Rahmen der in Auftrag gegebenen Forschungsarbeiten veröffentlicht worden sind.

^{qq} Es geht um die sogenannte freie Forschung, für die etwa 20% der Mittel aufgewendet werden.

^{rr} Die Auswahlkriterien können auf der Website des BAG konsultiert werden.

^{ss} Heroingestützte Behandlung.

^{tt} Suchtpräventions-Forschungsprogramm.

^{uu} *Swiss Detoxification Coordination*

^{wv} Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln.

Swi-De-Co ist eine multizentrische Studie, mit der vergleichbare Daten im Bereich des Entzugs (Heroin) gesammelt werden sollen. Ziel ist es, die Effizienz der Behandlungen anhand folgender Kriterien zu bewerten: Erfolg des Entzugsprogramms, Patientenkomfort während des Programms, Drogenkonsum und Verbesserung der psychosozialen Aspekte nach erfolgtem Entzug. Die Resultate dieser Studien sollten 2002 vorliegen.

Unter den ätiologischen Studien können insbesondere die klinischen Studien über die Betreuung von Heranwachsenden erwähnt werden, die Suchtmittel missbrauchen oder von solchen abhängig sind. Ebenfalls erwähnenswert sind zwei ethnologische Studien – die eine zum Thema "Migration und Drogen", die andere über die Vorstellungen im Zusammenhang mit dem Heroinkonsum – sowie eine Studie zu den Biographien von "Drogenkarrieren". Die sogenannten Gesellschaftsforschungen befassen sich vor allem mit rechtlichen Fragen, der Entwicklung der Kriminalität oder den sozialen Kosten des Konsums illegaler Drogen in der Schweiz.

Seit 2000 werden die Daten über die vom BAG finanzierten Forschungsarbeiten systematisch in der Datenbank ARAMIS^{ww} erfasst. Mit dieser Datenbank sollen die Forschungen des Bundes besser verwertet und bekannt gemacht sowie Fachleute und Entscheidungsträger besser informiert werden.

Das BAG fördert auch die Valorisierung von Studien, zu deren Finanzierung oder Mitfinanzierung es durch die Durchführung von Konferenzen sowie die Unterstützung der Herausgabe von Büchern, Broschüren oder wissenschaftlichen Artikeln beigetragen hat. Seit 1997 veröffentlicht es auch eine Zusammenstellung der wichtigsten Studien, die es in Auftrag gegeben hat⁴⁶. Diese Publikation erschien kürzlich in einer aktualisierten vierbändigen Ausgabe⁴⁷⁻⁵⁰.

^{ww} Diese Datenbank kann auf der Homepage des BAG abgerufen werden.

Beurteilung der Aktion des BAG

Angemessenheit der Ziele und der Strategie

Im Forschungsbereich wird das BAG mit zweierlei Anforderungen konfrontiert. Einerseits soll es die Entwicklung der Forschung über den Drogenkonsum in der Schweiz unterstützen und lenken. Andererseits soll es Forschungen zur Unterstützung seines eigenen Programms in Auftrag geben. Auch wenn diese beiden Anliegen keinesfalls immer unvereinbar sind, basieren sie doch auf einer unterschiedlichen Logik.

Auch bei der Überprüfung der Zielen und Methoden sowie der Strategie des BAG lässt sich diese Ambivalenz feststellen. Während bei den Zielen und der Strategie die allgemeinen Bedürfnisse in der Schweiz im Vordergrund stehen, werden die Projekte und die Auftragnehmer nach einem internen Verfahren ausgewählt, das sich hauptsächlich nach den Bedürfnissen des BAG richtet. Deshalb lässt sich nur schwer einschätzen, ob die Arbeiten in diesem Bereich mit den Bedürfnissen übereinstimmen. Es lässt sich auch nicht feststellen, warum gewissen Forschungsthemen gegenüber anderen der Vorzug gegeben wurde.

An dieser Stelle ist anzufügen, dass dank der Erarbeitung von Strategien für die Forschung, die Ausschreibungsverfahren, den beratenden Expertenausschuss, die Kredite für die freie Forschung sowie die Präsentation der Forschungsarbeiten auf ARAMIS die Verfahren für die Auswahl und Kontrolle der Forschungen transparenter gestaltet werden konnten als in der Vergangenheit. Trotzdem wurde der Kern des Problems noch immer nicht getroffen. So liegen die Entscheidungen über die Auswahl von Forschungsarbeiten in erster (Definition der Themen) sowie letzter Instanz (Erteilung des Auftrags) noch immer ausschliesslich in der Zuständigkeit des BAG, obwohl die Forschungsarbeiten zu einer Erweiterung der allgemeinen Kenntnisse führen sollten. Wie schon in der Vergangenheit wird bei der Evaluation somit die Ernennung eines unabhängigen Entscheidungsausschusses empfohlen, dem die Verantwortlichen des BAG, aber auch die Experten auf diesem Gebiet angehören. Abermals wird also das Ziel darin bestehen, die Bedürfnisse des Bundesamtes auf die in der Schweiz bestehenden Bedürfnisse abzustimmen und übereinstimmende Entscheidungen über die

Auswahl der Forschungsarbeiten, welche die Verbesserung des Nutzens sowie der Qualität der Forschung begünstigen, zu treffen.

Stand der Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Ziel der Forschung im Rahmen des MaPaDro ist es, auf wissenschaftlichen Grundlagen basierende Entscheidungen ("*evidence based health policy*") zu unterstützen, vorgefasste Ideen in Frage zu stellen und sich an der Entwicklung neuer Aktionen zu beteiligen. Da das BAG seit zehn Jahren zur Erweiterung der Kenntnisse im Drogenbereich beiträgt, wurden diese Ziele teilweise erreicht. Mit Hilfe von Interventionsforschungen förderte das BAG auch die Entwicklung einiger innovativer Ansätze in diesem Bereich. Ebenfalls behandelt wurden die verschiedenen vom ihm festgelegten Forschungsthemen. In jüngster Zeit wurden ausserdem Mandate zu neuen Inhalten (Wirksamkeit der Sekundärprävention und des Entzugs) erteilt. Auch weiterhin werden zahlreiche Forschungen finanziert und die Valorisierung der Arbeiten wurde verbessert.

Angesichts ihrer grossen Zahl ist eine Beurteilung der Umsetzung sämtlicher vom BAG finanzierter Forschungsarbeiten im Rahmen der Evaluation nicht möglich. Beurteilen lassen sich hingegen die Rahmenbedingungen für die in Zusammenhang mit dem MaPaDro durchgeführten Forschungsarbeiten. So wurden in den letzten Jahren Systeme zur Qualitätssicherung der Forschungen entwickelt. Dies erfolgte insbesondere durch die Einsetzung einer Expertengruppe, die hinzugezogen werden kann, sowie durch die Lancierung eines Ausschreibungsverfahrens. Noch unklar ist hingegen, ob diese Systeme auch tatsächlich genügen. Die Probleme bei der Umsetzung der Forschung *supra-f* sind zweifellos ein Hinweis darauf, dass sich systematische Verfahren zur Qualitätssicherung als nützlich erweisen könnten. So könnte das BAG für die von ihm in Auftrag gegebenen Studien jeweils immer eine Begleitgruppe (*Board*) einsetzen.

Die wichtigsten Empfehlungen

Wir empfehlen:

- einen gemischten unabhängigen Ausschuss zu bilden, der die Forschungsarbeiten und Auftragnehmer auswählt;
- Begleitgruppen für die Betreuung von Forschungsaufträgen einzusetzen, um die Forschungsqualität zu verbessern;
- die Valorisierung der vom BAG unterstützten Arbeiten weiter zu verbessern.

Epidemiologie

Die Epidemiologie ist die Fachrichtung, die sich mit der Verbreitung von Krankheiten und ihren Determinanten in der Bevölkerung befasst. Die Resultate der epidemiologischen Studien dienen unter anderem der Steuerung der Interventionen und der Gesundheitspolitik.

Allgemeine Situation in der Schweiz

Bedürfnisse

Für die Erarbeitung von Interventionen sowie einer Gesundheitspolitik im Zusammenhang mit den illegalen Drogen werden im Wesentlichen folgende Informationen benötigt:

- das Ausmass und die Entwicklungen des Drogenkonsums;
- die gesundheitlichen Probleme und der mit dem Drogenkonsum verbundene Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen;
- neu auftauchende Probleme im Bereich des Drogenkonsums;
- die mit den Drogenproblemen verbundenen Risiko- und Schutzfaktoren.

Epidemiologischer Daten werden hauptsächlich von den öffentlichen Institutionen benutzt, genauer gesagt von den Verantwortlichen des Gesundheit- und Sozialwesens, sowie den Fachleuten, die bei der von Drogenproblemen betroffenen Bevölkerung Interventionen durchführen. Solche Daten sind aber auch für die Gesamtbevölkerung interessant, vor allem wenn diese über die

Einführung von Gesetzen oder Massnahmen im Zusammenhang mit der Drogenproblematik abstimmen soll.

Angebot/Mittel

Um das Ausmass und die Entwicklungen des Drogenkonsums abschätzen zu können, werden hauptsächlich Queruntersuchungen über das Verhalten der Gesamtbevölkerung, der Bevölkerung im Konsumalter und der drogenkonsumierenden Personen durchgeführt. Für solche Beurteilungen sind mindestens zwei Befragungen in einem Zeitraum von zehn Jahren erforderlich. In der Schweiz gibt es vier Queruntersuchungen zum Gesundheitsverhalten der Gesamtbevölkerung (15 bis 74 Jahre)^{xx}, der Schüler und Schülerinnen (11 bis 16 Jahre)^{yy}, der Jugendlichen (15 bis 20 Jahre)^{zz} sowie der Gesamtbevölkerung im Alter von 17 bis 45 Jahren^{aaa}. Weitere – weniger regelmässig durchgeführte – Queruntersuchungen befassen sich ebenfalls mit der einen oder anderen Frage im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum (abweichendes Verhalten, Rauschzustand).

Mit Hilfe weiterer Instrumente können die Daten über den Konsum ergänzt und darüber hinaus auch die Folgen des Konsums sowie der Pflegebedarf abgeschätzt werden. Es handelt sich um vier Suchthilfestatistiken für den stationären^{bbb} und den ambulanten^{ccc} Sektor sowie für das Methadon-^{ddd} und das Heroinprogramm^{eee}, zudem eine nationale Umfrage bei der Klientel der niederschweligen Einrichtungen^{fff}, Statistiken der polizeilichen Anzeigen und der drogenbedingten Todesfälle^{ggg} sowie Register der Infektionskrankheiten und der ärztlichen Meldungen^{hhh}. Hingegen gibt es keine nationale Statistik über die drogenbedingten Spitaleinlieferungen.

Momentan gibt es in der Schweiz kein nationales Frühwarnsystem. Die Erkennung neu auftauchender Probleme erfolgt mit Hilfe von bestehenden Instrumenten, durch den Informationsaustausch in den nationalen Koordinationsforen und die Nachforschungen über neue Entwicklungen, von denen Fachleute oder Medien berichten⁵¹.

Längsschnittstudien werden in der Schweiz nur selten durchgeführt. Diese stellen die klassischen Instrumente

zur Erkennung der mit einer Krankheit oder einem Verhalten verbundenen Risiko- und Schutzfaktoren dar. Nur in wenigen Fällen wurde bei der Interventionsforschung (PROVE, supra-f) oder Begleitforschung von Drogenkonsumierenden auf ein solches oder ähnliches Studienkonzept zurückgegriffenⁱⁱⁱ.

Nebst den Befragungen und den nationalen Studien können die Kantone auch ihre eigenen Daten hinzuziehen, um Entwicklungen und Probleme im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum zu erkennen. Diese Daten betreffen hauptsächlich die Klientel der Sozial- und Gesundheitsdienste auf dem Gebiet des betreffenden Kantons. Da jedoch ein Bericht über die Situation in sämtlichen Kantonen fehlt, können diese Daten nicht auf nationaler Ebene verwendet werden.

^{xx} Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB): Vom Bundesamt für Statistik (BFS) dreimal durchgeführt (1992, 1997 und 2002). Die Sekundäranalysen zum Drogenkonsum wurden von der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) erstellt.

^{yy} *Health behaviour in school-aged children (HBSC)*: Von der SFA sechsmal durchgeführt (78, 86, 90, 94, 98, 02).

^{zz} *Swiss multicentric adolescent health survey on health (SMASH)*: Von den Instituten für Sozial- und Präventivmedizin in Lausanne und Bern zweimal durchgeführt (92, 02).

^{aaa} Evaluation der Aids-Prävention in der Schweiz: Vom IUMSP in Lausanne von 1987 bis 1992 jährlich und danach dreimal durchgeführt (1994, 1997, 2000).

^{bbb} Statistik des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie (FOS): Vom Institut für Suchtforschung (ISF) seit 1995 durchgeführt.

^{ccc} Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (SAMBAD): Vom BFS und der SFA seit 1995 durchgeführt.

^{ddd} Nationale Methadonstatistik: Vom BAG seit 1999 systematisch durchgeführt.

^{eee} Monitoring der Heroinbehandlungen: Vom ISF und vom BAG durchgeführt.

^{fff} Nationale Umfrage bei der Klientel niederschwelliger Einrichtungen, die Spritzen abgeben: Vom IUMSP in Lausanne viermal durchgeführt (1993, 1994, 1996, 2000).

^{ggg} Vom Bundesamt für Polizei (fedpol. ch) durchgeführt.

^{hhh} Vom BAG durchgeführt. Das Sentinella-Meldesystem deckte das Thema des Drogenkonsums jedoch nur einmal ab, nämlich zu Beginn der 1990er Jahre.

ⁱⁱⁱ Siehe Bereich Forschung des MaPaDro.

Ziele und Strategie des BAG

Ziele

Die gesetzlichen Bestimmungen und die Ziele des BAG im Bereich der Epidemiologie des Drogenkonsums decken sich mit denjenigen im Forschungsbereich. So soll die Datensammlung und – analyse gefördert werden, damit anschliessend rationale Entscheide über die Interventionen und die Politik zur Verminderung der Drogenprobleme getroffen werden können.

Strategie

Um dieses Ziel zu erreichen, möchte das BAG ein nationales epidemiologisches Monitoring durchführen, mit dem Basisdaten beschafft sowie die aktuellen und künftigen Entwicklungen im Hinblick auf den Drogenkonsum, die Sucht, die Morbidität, die Mortalität, die Behandlungen und die drogenbedingte Kriminalität ermittelt werden können. Danach gilt es, die Resultate dieser Arbeiten bei den betreffenden Akteuren bekannt zu machen.

Zur praktischen Umsetzung des Monitorings gehört die Steuerung und Finanzierung verschiedener epidemiologischer Instrumente. Für den Einsatz dieser Instrumente und die Zusammenfassung der verfügbaren Daten wurden verschiedenen Institutionen Aufträge erteilt. Einige Instrumente unterstehen auch direkt der Zuständigkeit des BAG (Methadonstatistik, Register der Infektionskrankheiten).

Gemeinsam mit dem BFS will das BAG die Instrumente und Verfahren für das epidemiologische Monitoring harmonisieren. Erreicht werden soll dieses Ziel mit Hilfe von zwei Neuerungen, nämlich mit der Einführung einer umfassenden Suchthilfestatistik^{jjj} und der Schaffung einer nationalen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, die sich an das europäische Modell anlehnt^{kkk}.

Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Querbefragungen

Im Zuge der Umsetzung des epidemiologischen Monitorings wurden verschiedene Arbeiten ausgeführt. So wurde die Querbefragung bei den 15-45-Jährigen (Evaluation der Aids-Prävention in der Schweiz) im Jahr 2000 erneut durchgeführt. Daneben wurden gestützt auf die Befragung der Gesamtbevölkerung im Jahr 1997 (Schweizerische Gesundheitsbefragung) Sekundäranalysen über den Drogenkonsum erstellt. Drei Befragungen werden derzeit wiederholt, nämlich diejenigen zum Gesundheitsverhalten der Schüler und Schülerinnen (HSBC), der Jugendlichen (SMASH) und der Gesamtbevölkerung (Schweizerische Gesundheitsbefragung). Die entsprechenden Resultate sollten 2003-2004 vorliegen.

^{jjj} Harmonisierte Suchthilfestatistik als Informationsnetzwerk (Act-Info).

^{kkk} Die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) koordiniert insbesondere das REITOX-Netz, das Daten über den Drogenkonsum der Gesamtbevölkerung, die Prävalenz des problematischen Konsums, die Anzahl Behandlungsgesuche sowie die Mortalität und Prävalenz von Infektionskrankheiten bei den Drogeninjizierenden in fünfzehn Länder sammelt.

Suchthilfestatistiken

Die Aufträge zu den Suchthilfestatistiken wurden bis Ende 2003 weitergeführt. Im Evaluationszeitraum hat sich die Beteiligung an diesen Statistiken nur geringfügig verändert.

Noch immer gibt die Methadonstatistik lediglich Auskunft über die Zahl der Therapie-Bewilligungen in der Schweiz. Vierzehn Kantone setzen aber inzwischen ein neues, standardisiertes Instrument ein (Fragebogen und Erfassungssoftware), das demnächst eine genauere Beschreibung der sich in Behandlung befindlichen Bevölkerung liefern wird. Die Zahl der an diesem Projekt beteiligten Kantone steigt laufend und die neue Statistik erfasst inzwischen fast die Hälfte (8000) der Behandlungen in der Schweiz.

Die Beteiligung an der Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (SAMBAD) ist im Evaluationszeitraum gleich geblieben. Allerdings werden zahlreiche Behandlungen immer noch sowohl in der SAMBAD als auch in der Methadonstatistik erfasst.

Das Monitoring zur Heroinbehandlung deckt sämtliche laufenden Behandlungen ab.

Die Beteiligung an der Statistik des stationären Sektors (FOS) ist stabil geblieben; diese Statistik erfasst die wichtigsten Institutionen in der Schweiz.

Das Projekt Act-Info, mit dem eine Harmonisierung der Suchthilfestatistiken angestrebt wird, ist weniger rasch als erwartet vorangekommen. Im Jahr 2001 wurde ein einheitlicher Fragebogen ausgearbeitet. Anschliessend konnten in den verschiedenen Kategorien von Einrichtungen (ambulant und stationär, Alkohol und illegale Drogen) Pilotversuche gestartet werden, auf deren Basis dann der Fragebogen überarbeitet wurde. Aus-

serdem wurde eine Ausschreibung für die Entwicklung einer Erfassungssoftware lanciert.

Anderes

Unter den Arbeiten zur Umsetzung und Verwertung der epidemiologischen Daten sind die Arbeiten der SFA sowie die Globalevaluation des MaPaDro hervorzuheben, die eine Lagebeurteilung zum Suchtmittelgebrauch in der Schweiz darstellen. Ebenfalls erwähnenswert sind die Publikationen über die verschiedenen Querbefragungen und Suchthilfestatistiken.

Eine Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht wurde noch nicht eingerichtet. Die Schaffung einer solchen Stelle ist jedoch in der geplanten Revision des Betäubungsmittelgesetzes vorgesehen (Art. 29c), wobei Form, Standort und Aufgaben noch festgelegt werden müssen.

Verschiedene Arbeiten für die Vorbereitung und Begleitung der Revision des Betäubungsmittelgesetzes wurden vom BAG in Auftrag gegeben oder vom Bundesamt selber ausgeführt. Für drei internationale Gutachten, die sich mit der Entkriminalisierung des Cannabiskonsums befassten, wurden Aufträge an Forschende in Kanada⁵², Italien⁵³ und Deutschland⁵⁴ vergeben. Ausserdem wurden eine ergänzende Analyse der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung und eine Umfrage zum Cannabiskonsum in der Schweiz durchgeführt⁵⁵. Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) hat ebenfalls einen Bericht zu diesem Thema erstellt^{III}. Im Mai 2002 wurde schliesslich gemäss Artikel 29a der geplanten Revision eine Ausschreibung für die wissenschaftliche Evaluation des neuen Betäubungsmittelgesetzes publiziert.

Tabelle 5.5

Beteiligung an verschiedenen Statistiken

	Methadon			FOS			SAMBAD			HeGeBe		
	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Zentren	-	-	-	84	79	79	110	113	113	16	20	21
Kantone	8	9	14	19	18	19	26	25	24	8	11	11

Beurteilung der Aktion des BAG

Angemessenheit der Ziele und der Strategie

Die Verantwortung und Leitung eines nationalen epidemiologischen Datensystems zum Drogenkonsum kann nur der Bund übernehmen, wobei das BAG und das Bundesamt für Statistik (BFS) die Ausführung dieser Aufgabe in die Hand nehmen können.

Momentan verfügt die Schweiz über ein recht umfassendes System von epidemiologischen Instrumenten im Bereich der illegalen Drogen. Die Querbefragungen und Suchthilfestatistiken haben sich seit Ende der 1980er Jahre stark weiterentwickelt. Doch ungeachtet der individuellen Fortschritte weist das System in Bezug auf die Überwachung immer noch erhebliche Mängel auf. Dies liegt in erster Linie daran, dass eine klare Zielvorstellung fehlt. Die Instrumente, aus denen das epidemiologische System besteht, sind nur unzureichend koordiniert und harmonisiert, so dass eine eigentliche Zersplitterung festzustellen ist. Dadurch ist das angestrebte Ziel, die Einrichtung eines eigentlichen Überwachungssystems für den Drogenkonsum, immer noch nicht erreicht.

In seiner jetzigen Form ist das System zu wenig leistungsfähig und vermag den vorhandenen Wissensbedarf nur teilweise zu decken. Trotz den vier Querbefragungen und den vier Suchthilfestatistiken wurden Ausmass und Entwicklungen des Drogenkonsums nur zum Teil erfasst. Dasselbe gilt für die gesundheitlichen Probleme und die mit dem Drogenkonsum verbundenen Bedürfnisse im Gesundheitswesen. Die Erkennung von auftauchenden Problemen erfolgt lediglich ad hoc und stützt sich meist auf die persönliche Einschätzung der Akteure an der Front. Ausserdem werden die mit den Drogenproblemen verbundenen Risiko- und Schutzfaktoren nur sporadisch behandelt.

Erste Priorität hat somit die Entwicklung eines Überwachungsmodells durch das BAG. Dieses Modell soll die bestehenden Instrumente integrieren, harmonisieren und stabilisieren. Wichtig ist auch, dass das BAG wirklich die Verantwortung dafür übernimmt. Ausserdem sollte es die genauen Verknüpfungen zwischen diesem Überwachungssystem, der nationalen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht sowie den wissenschaftlichen Forschungsarbeiten zur Einführung des revidierten Betäubungsmittelgesetzes festlegen. Zum jetzigen Zeitpunkt sind diese Verbindungen unklar und die verschiedenen Projekte scheinen jeweils einer eigenen, nicht aufeinander abgestimmten Logik zu folgen. Zudem sollte die Einführung eines Frühwarnsystems in Betracht gezogen werden.

Stand der Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Ziel des BAG ist es, mit einem epidemiologischen Monitoring Daten zu beschaffen und bereitzustellen, auf deren Basis man rationale Entscheidungen über die Interventionen und die politischen Massnahmen im Drogenbereich treffen kann. Zu diesem Zweck hat das BAG verschiedene Befragungen und Statistiken zum Drogenkonsum und den Konsumierenden in Auftrag gegeben oder selber durchgeführt. Anhand der gewonnenen Daten können gewisse aktuelle Entwicklungen abgeschätzt werden. Hingegen fehlt beispielsweise eine Beschreibung der aktuellen Entwicklung bei den Partydrogen, was die Einführung von Interventionen und angemessenen politischen Massnahmen erschwert. Dies liegt daran, dass die epidemiologischen Instrumente hinsichtlich Methode, Periodizität, Fragestellung und Darstellungsform der Resultate markante Unterschiede aufweisen, was Vergleiche und Validierungen sehr schwierig macht. Mit Hilfe der verschiedenen Instrumente können zwar gewisse Entwicklungen sichtbar gemacht werden, aber es ist schwierig, sämtliche erforderlichen Daten für auf wissenschaftlichen Grundlagen basierende (*Evidence-based*) Aktionen zu erhalten. Das Ziel des BAG ist somit bisher nur teilweise erreicht worden.

■ Siehe Koordinationsbereich des MaPaDro.

Das Projekt zur Harmonisierung der Suchthilfestatistiken Act-Info bildet einen ersten geeigneten Lösungsansatz für diese Situation. Die derzeit laufende Entwicklung einheitlicher Methoden (Fragebogen, Erfassungssoftwares) sollte es ermöglichen, den Nutzen dieser Instrumente zu verbessern. Offenbar sind zwischen BAG und BFS momentan noch Gespräche im Zusammenhang mit der Verantwortung über diese Projekte im Gang. Dies lässt befürchten, dass sich die Arbeiten weiter verzögern und erneut niemand die Führungsrolle im Bereich der Epidemiologie der Drogensucht übernehmen will.

Die wichtigsten Empfehlungen

Wir empfehlen:

- ein eigentliches Überwachungssystem für den Drogenkonsum in der Schweiz zu entwickeln;
- die Ziele der verschiedenen Elemente (epidemiologisches Monitoring, Statistik Act-Info, Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, Forschung zum Betäubungsmittelgesetz) sowie die Rollen der verschiedenen Akteure (BAG, BFS, Forschungsinstitute) zu präzisieren und zu vereinheitlichen;
- ein Frühwarnsystem zu entwickeln.

Evaluation

Allgemeine Situation in der Schweiz

Die Evaluation öffentlicher Aktionen geht auf die 1970er Jahre zurück. Damals sahen sich die Behörden zunehmend genötigt, die effiziente Verwendung der öffentlichen Mittel zu belegen. In den 1980er und 1990er Jahren wurde diese Praktik dann institutionalisiert. Heute hat die Bundesversammlung gemäss Artikel 170 der Bundesverfassung den Auftrag, die Wirksamkeit der Bundesmassnahmen zu evaluieren.

Bedürfnisse

Im Bereich der Gesundheit sehen sich die Regierungen aufgrund verschiedener Faktoren wie der Alterung der Bevölkerung, der Entwicklung neuer Technologien oder auch der Erwartungen der Bevölkerung veranlasst, Massnahmen zur Kostenkontrolle und zur Prüfung der Wirksamkeit der Interventionen in Betracht zu ziehen. Die Evaluation bietet sich somit offenbar als ideales Mittel an, um auf die Informationsbedürfnisse der Entscheidungsträger zu reagieren, welche ihre Wahl gegenüber einer immer anspruchsvolleren Öffentlichkeit rechtfertigen müssen⁵⁶.

Die seit Ende der 1980er Jahre zu beobachtende rasche Zunahme der Drogenprobleme in der Schweiz hatte zur Folge, dass die Interventionen in diesem Bereich intensiviert wurden. In einem Umfeld, in dem auffallend viele Innovationen auftraten (Injektionsräume, Spritzenabgabe, ärztliche Verschreibung von Heroin usw.), benötigten Kantone, Städte und der Bund Kenntnisse, die es ihnen erlaubten, bessere Einsätze durchzuführen und gezieltere politische Massnahmen zu ergreifen. Aus diesem Grunde wurden zahlreiche Evaluationen in Auftrag gegeben. Diese erfüllten noch eine zweite Funktion: Sie sollten die strategischen Entscheide in Drogenfragen gegenüber der Öffentlichkeit rechtfertigen. In einem stark belasteten politischen Umfeld (drei Abstimmungen auf Bundesebene sowie zahlreiche Gemeinde- und Kantonsabstimmungen) spielte diese Funktion bei der Entwicklung des schweizerischen Systems zur Bewältigung der Drogenprobleme bisweilen eine entscheidende Rolle.

Heute präsentiert sich die Situation etwas anders, da häufig der Institutionalisierung und Harmonisierung der Systeme zur Bekämpfung der Drogenprobleme Priorität eingeräumt wird. Die Evaluationsbedürfnisse betreffen somit nun häufiger die Wirksamkeit bereits bestehender Systeme denn die Innovationen.

Angebot/Mittel

Die Evaluation hat sich schrittweise als neue Disziplin etabliert, die sich zunehmend professionalisiert hat. Die Zahl der Forschenden und Publikationen zu diesem Thema ist beträchtlich gestiegen, vor allem im Gesundheitswesen, und die Disziplin wurde zunehmend in die höheren Ausbildungen integriert. 1996 wurde die Schweizerische Evaluationsgesellschaft (SEVAL) gegründet, der die in diesem Bereich tätigen Fachleute angehören. Diese Gesellschaft hat auch Standards entwickelt, mit deren Hilfe die Evaluationsarbeiten ausgewählt und bewertet werden können.

In den letzten Jahren sind in der Schweiz zahlreiche Evaluationen im Drogenbereich durchgeführt worden. Diese betreffen Pilotprojekte, aber auch öffentliche Programme sowie die öffentliche Politik. So ordneten einige Kantone, wie der Kanton Waadt, eine Evaluation ihres Systems zur Prävention und Behandlung der Drogenprobleme an^{57,58}.

Ziele und Strategie des BAG

Eine Verordnung aus dem Jahr 1992, die sich mit der Evaluation von Projekten zur Drogenprävention sowie der Verbesserung der Lebensbedingungen Drogenabhängiger befasst, regelt die Unterstützung des Bundes in diesem Bereich. Ihr Ziel ist es, die Wirksamkeit und Rentabilität von Projekten und Versuchen zu messen. Dieses Ziel wird in Artikel 29a der laufenden Revision zum Betäubungsmittelgesetz übernommen. Darin wird eine Evaluation der durch dieses neue Gesetz erlassenen Massnahmen angeordnet.

Ziele

Im Rahmen des MaPaDro hat sich das BAG folgende Ziele gesetzt⁵:

- Überprüfung der Wirksamkeit der Strategien mit Hilfe wissenschaftlicher Methoden;
- Überprüfung der Relevanz von Innovationen, die noch nicht auf breiter wissenschaftlicher Ebene anerkannt sind;
- Realisierung der tatsächlichen Weitergabe der Ergebnisse von Evaluationen im Drogenbereich an die in der Praxis tätigen Fachleute sowie an die Entscheidungsträger, um damit zur Erstellung eines Katalogs von *Good Practices* beizutragen.

Strategie

Zur Erreichung der beiden ersten Ziele werden zwei Instrumente eingesetzt. Das erste ist die Globalevaluation des MaPaDro, die 1991 gestartet wurde und seit 2000 durch eine Evaluation der politischen Verankerung dieses Programms ergänzt wird. Diese Mandate dienen der Steuerung des MaPaDro und ihre Resultate sind somit vor allem für die Programmleiter bestimmt. Das zweite – herkömmlichere – Instrument setzt sich aus den gesamten Evaluationen der Projekte zur Bekämpfung von Drogenproblemen zusammen. Im Wesentlichen handelt es sich um Projekte, die im Rahmen des MaPaDro finanziert werden. Die Resultate dieser Evaluationen dienen der Steuerung der Projekte und richten sich vor allem an die zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des BAG^{mmm}.

^{mmm} In ihrem Leitfaden für die Planung der Evaluation verlangte die Facheinheit Evaluation (inzwischen CCE), dass bei jedem Projekt 10-15% des Budgets für eine externe Evaluation reserviert werden sollten. Erweist sich eine solche Evaluation nicht nötig, müssen 5% für eine Selbstevaluation zurückbehalten werden⁶⁶.

Auf organisatorischer Ebene hat das BAG zuerst einen Dienst Evaluation geschaffen. Dieser war für die Globalevaluation des MaPaDro zuständig und bot den Mitarbeitern, die Evaluationen der Projekte in Auftrag gaben, technische Unterstützung an. Im Jahr 1999 änderte sich die Situation ein erstes Mal, als der Dienst Evaluation die Verwaltung sämtlicher Evaluationsmandate übernahm. Im September 2001 entstand das Kompetenzzentrum für Evaluation (CCE), welches direkt mit der Stabsstelle des BAG verbunden ist und sämtliche Aktivitätsbereiche dieser Verwaltung abdeckt. Dieses Zentrum übernimmt die Aufgaben und Mandate des Dienstes Evaluation, welche bisher auf die Bereiche Aids und Sucht beschränkt waren, und erweitert sie auf sämtliche Aktivitäten des Amtes.

Für die Auswahl von Projekten und Programmen, die eine Evaluation im Drogenbereich erfordern, ist inzwischen eine Steuergruppe zuständig, der das CCE und die Verantwortlichen des MaPaDro angehören. Diese Gruppe legt die Prioritäten, Bedürfnisse und Rollen im Zusammenhang mit den Evaluationsmandaten fest. Ausschlaggebende Kriterien für die Vergabe einer Evaluation können der innovative Charakter eines Projekts und/oder sein strategischer Nutzen für das BAG sein.

Zur Qualitätssicherung wird den externen Evaluationen eine Begleitgruppe zugeordnet, welcher der Leiter des vom BAG evaluierten Projekts, ein Mitarbeiter des CCE und mindestens ein externer Experte angehören. Im Übrigen werden die von der SEVAL erarbeiteten Evaluationsstandards zur Festlegung von Mandaten und zur Bewertung der Resultate externer Evaluationen verwendet. Auch bei der internen Valorisierung der Resultate sind Entwicklungen feststellbar, wobei sämtliche an den Evaluationen beteiligten Mitarbeiter des BAG in die Valorisierung einbezogen sind.

Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Das Mandat zur Globalevaluation des MaPaDro wurde im Zeitraum 2000-2003 fortgesetzt. Es umfasst einerseits die Begleitung und Bewertung des gesamten Programms und andererseits besondere Untersuchungen, mit denen bestimmte Aspekte des Programms gründlich analysiert oder Erkenntnisse erschlossen werden können. Eine Studie über die institutionelle Ver-

ankerung der Projekte⁹ und eine zweite über das Innovationsmanagement⁵⁹ befassten sich mit besonderen Aspekten des MaPaDro. Zwei weitere Studien, die eine zur Planung eines Frühwarnsystems⁵¹ und die andere zur Rolle der Justiz und der Polizei im Rahmen der Suchtprävention bei den Jugendlichen⁶⁰, dienten dazu, den Verantwortlichen des Programms Kenntnisse zur Verfügung zu stellen. In Rahmen dieses Mandats wurden ferner auch zwei ungeplante Arbeiten realisiert, nämlich eine Bilanz der Projekte MedRoTox/MeTiToxⁿⁿⁿ und ein kurzes Gutachten über die gestiegene Zahl der Fälle von HIV-Infektionen zu Händen des BAG.

Im Jahr 2000 wurde ein neues Mandat für die Evaluation der politischen Verankerung des MaPaDro erteilt. Dabei geht es darum, die politische Verankerung der Massnahmen des Programms auf Bundes-, Kantons- und Gemeindeebene zu beschreiben, zu erklären und zu bewerten. Zu diesem Zweck wurden drei Teilstudien erstellt, nämlich eine Bestandesaufnahme der politischen Entscheide über Drogenfragen in der Schweiz, eine Analyse verschiedener Entscheidungsprozesse auf Kantons- und Gemeindeebene sowie eine Analyse einiger lokaler Netzwerke⁶¹. Der Schlussbericht soll im Sommer 2003 erscheinen.

Drei Bereiche des MaPaDro waren Gegenstand vertiefter Evaluationen, nämlich die nationale Koordination⁶², die Ausbildung⁴⁴ sowie der Bereich Migration und Gesundheit⁶³. Die drei Evaluationen sind inzwischen abgeschlossen und mit Ausnahme des Berichts über die nationale Koordination der Öffentlichkeit zugänglich. Die beiden letzten Evaluationen bewirkten zudem, dass die betreffenden Bereiche teilweise umgestaltet wurden.

Drei Projekte (oder Programme) waren ebenfalls Gegenstand von Evaluationen, nämlich das Projekt *Internetz* (Bereich Migration und Gesundheit)⁶⁴ sowie die Programme *LaOla* und Schule und Gesundheit (Präventionsbereich)⁶⁵. Beim ersten Programm ist die Evaluation abgeschlossen und der Öffentlichkeit zugänglich. Die Evaluation des Präventionsprogramms im Sport *LaOla* wird hingegen erst Ende 2003 beendet werden. Die Evaluation des Programms zur Gesundheitsförderung Schule und Gesundheit ist im Jahr 2002

ⁿⁿⁿ Siehe Bereich Ausbildung des MaPaDro.

infolge einer Neuausrichtung des Programms eingestellt worden.

Im Rahmen der Evaluation wurde auch eine Studie über die Gesundheitsförderung in den Gefängnissen finanziert. Diese ist abgeschlossen, aber noch nicht öffentlich zugänglich.

Beurteilung der Aktion des BAG

Angemessenheit der Ziele und der Strategie

Das BAG hat sich aktiv an der Entwicklung von Evaluationsaktivitäten im Drogenbereich in der Schweiz beteiligt. Unter seinen Beiträgen seien folgende erwähnt: die Ausarbeitung eines Leitfadens⁶⁶, die Finanzierung und Leitung der Evaluation zahlreicher Pilotprojekte, darunter auch solchen, die ausserhalb des Bundesprogramms laufen, sowie die langfristige Erteilung eines Mandats zur Globalevaluation des MaPaDro.

Ziel der Umstrukturierung sowie der gegenwärtigen Strategie in diesem Bereich ist es, die Evaluationsaktivitäten noch mehr auf die Bedürfnisse des BAG auszurichten. Somit werden gewisse strategische Ziele wie die Anregung der Übernahme von Interventionsmodellen in der Schweiz oder das Bestreben, allgemeine Kenntnislücken zu füllen, die vorher mit gewissen Projektevaluationen sowie im Rahmen der Globalevaluation des MaPaDro verfolgt wurden, mehr und mehr fallengelassen. Stattdessen will man vielmehr die Leitung derjenigen Aktivitäten aktiv unterstützen, für welche die Bundesverwaltung direkt zuständig ist. Die Evaluation dient somit nur noch selten als Instrument zur Unterstützung von Projekten, die ausserhalb des Programms entwickelt werden.

Stand der Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Die Evaluation des MaPaDro dient zur Überprüfung der Wirksamkeit von Strategien und Innovationen und zur Weitergabe der dabei gewonnenen Erkenntnisse an die Praktiker und die Entscheidungsträger. Die zahlreichen Mandate für die Evaluation von Projekten sowie das Mandat zur Globalevaluation weisen darauf hin, dass sich das BAG intensiv für seine Ziele eingesetzt hat.

Dies gilt auch für den letzten Evaluationszeitraum, da Mandate zur Evaluation der globalen Strategien sowie der Strategien für die einzelnen Bereiche oder für innovative Projekte erteilt wurden. Ausserdem hat man Anstrengungen unternommen, um die angestrebte Weitergabe von Kenntnissen an die Praktiker und die Entscheidungsträger zu erreichen. Allerdings ist festzuhalten, dass sich der Kreis der betroffenen Personen immer stärker auf die Mitarbeiter des BAG beschränkt.

Diese strategische Neuausrichtung hat auch bewirkt, dass die Evaluationen beim BAG besser verwertet und genutzt werden. Die Kriterien und Verfahren für die Auswahl von Evaluationen sowie die Methoden zur Steuerung und Valorisierung sind nun transparenter und wirksamer als in der Vergangenheit. Den Evaluationen werden klare Funktionen zugeteilt und sie werden direkt von den Anwendern geleitet.

Ansonsten wurde die Evaluation dank der Gründung des CCE auf eine hohe strategische Ebene des BAG angehoben. Dort ist die Drogenpolitik eine von vielen Komponenten der Aktivität dieser Institution. Es gehört jedoch nicht zur Globalevaluation des MaPaDro, die Umsetzung einer Strategie zu bewerten, welche sich an die gesamte Verwaltung richtet. Auch die Reformen, deren Folgen erst in einigen Jahren absehbar sind, lassen sich nur schwer einschätzen.

Die wichtigsten Empfehlungen

Wir empfehlen:

- aus dem Verzicht auf die externe Globalevaluation die Konsequenzen zu ziehen; so sollten die Bedingungen für die Durchführung einer Selbstevaluation innerhalb des BAG gewährleistet werden;
- die angestrebte Verbesserung der Qualitätskontrolle sowie der internen und externen Valorisierung der in Auftrag gegebenen Evaluationen weiterzuverfolgen.

Koordination

Allgemeine Situation in der Schweiz

In der Schweiz sind die Aufgaben und Zuständigkeiten im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Drogenprobleme im Betäubungsmittelgesetz festgelegt. Die Kantone haben die Aufgabe, die für dessen Anwendung (Art. 15a) erforderlichen Systeme einzurichten, wobei sie vom Bund bei diesem Prozess unterstützt werden (Art. 15c). Jeder Kanton hat somit sein eigenes System und seine eigenen Modalitäten für den Vollzug des Gesetzes entwickelt¹. Auch die Gemeinden und vor allem die mittelgrossen und grossen Städte haben ihre eigenen Aktionen entwickelt. Diese wurden entsprechend den vom jeweiligen Kanton eingeräumten Kompetenzen sowie den auftretenden Problemen gestaltet. Diese Situation führte insbesondere seit Mitte der 1980er Jahre dazu, dass eine Vielzahl von Praktiken zur Bekämpfung von Drogenproblemen in der Schweiz entstanden ist.

Bedürfnisse

Die Vielfalt der politischen Strategien und öffentlichen Strukturen im Drogenbereich in der Schweiz hat dazu geführt, dass hinsichtlich der lokalen und nationalen Koordination unterschiedliche Bedürfnisse entstanden:

- Bei der internen Koordination für jede politische und administrative Ebenen wie die Städte, die Kantone und der Bund geht es darum, die Zusammenarbeit der verschiedenen Verwaltungen und Institutionen zu fördern, damit die Kohärenz und Wirksamkeit der bestehenden Strukturen optimiert werden kann.
- Bei der horizontalen Koordination zwischen den Vertretern der Städte einerseits und den Kantonen andererseits werden der Austausch von Kenntnissen und die Zusammenarbeit unter den Akteuren angestrebt, die sich mit vergleichbaren Problemen und Zwängen auseinandersetzen müssen.
- Die vertikale Koordination zwischen Städten, Kantonen und Bund soll die Kohärenz der Aktionen und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gemeinwesen, die mit den Drogenproblemen in der Schweiz zu tun haben, sicherstellen.

Es haben sich auch andere Koordinationsbedürfnisse ergeben, welche bestimmte Bereiche der Bekämpfung von Drogenproblemen betreffen (Prävention, Therapien, Schadenminderung).

Angebot/Mittel

In der Schweiz wurden verschiedene Systeme zur Förderung der internen Koordination innerhalb der Gemeinwesen entwickelt:

- Die Kantone und die grössten Städte verfügen über Beauftragte für Suchtfragen und Kommissionen im Drogenbereich, welche für die Koordination der öffentlichen Intervention zu diesem Thema zuständig sind. Die Kommissionen übernehmen oft auch eine Beraterfunktion für die lokalen Exekutivbehörden.
- 1994 hat der Bund die Interdepartementale Arbeitsgruppe Drogen (IDAD) eingesetzt, der unter anderem Vertreter von fünf Bundesämtern angehören. Eine Arbeitsgruppe "Koordination mit der Polizei" (AgZuPo) befasst sich zudem mit der Koordination und Zusammenarbeit zwischen dem BAG und dem Bundesamt für Polizei. Ausserdem verfügt der Bund über eine Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF), welche für den Bundesrat eine Beraterfunktion ausübt. Dieses Organ trat 1997 an die Stelle der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission.

Auch in Bezug auf die horizontale Koordination zwischen den einzelnen Kantonen einerseits und den Städten andererseits lassen sich gewisse Entwicklungen feststellen:

- Die Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS) bildet seit 1994 das wichtigste Instrument zur Koordination zwischen den Kantonen. Andere interkantonale Konferenzen wie diejenige der Kantonsärzte oder der Sozialdirektoren können ebenfalls von den Drogenfragen betroffen sein.
- Der Städtischen Konferenz der Beauftragten für Suchtfragen (SKBS) gehören seit 1991 Vertreter der Polizei, des Sozial- und des Gesundheitswesens der meisten von diesen Problemen betroffenen Städte an. Die Drogenplattform des schweizerischen Städteverbandes (DSSV) setzt sich aus Exekutivmitgliedern der grossen und mittleren Schweizer Städte zusammen.

Für die vertikale Koordination zwischen Bund, Kantonen und Städten wurde schliesslich eine besondere Instanz gegründet:

- der Nationale Drogenausschuss (NDA), dem 18 Vertreter angehören, deren Sitze gleichmässig auf Bund, Kantone und Städte verteilt sind.

Ziele und Strategie des BAG

Für die Koordinationsaktivitäten (Beauftragte, Kommissionen) im Drogenbereich ist seit der Einführung des ersten Betäubungsmittelgesetzes im Jahre 1924 das Eidgenössische Departement zuständig, das mit dem Gesundheitswesen betraut ist. Noch immer obliegt diese Aufgabe dem BAG und das geltende Gesetz (Art. 15c) schreibt vor, dass der Bund ein Amt für die Dokumentation, Information und Koordination gründet, um die Tätigkeiten der Kantone zu unterstützen.

Ziele

Im Rahmen des MaPaDro hat sich BAG vorgenommen, den Dialog zu institutionalisieren und den Konsens zwischen den Bundes-, Kantons- und Gemeindebehörden zu fördern, um gemeinsame Interventionsstrategien zu entwickeln. Gleichzeitig möchte das BAG die Beteiligung der Kantone an den drogenpolitischen Entscheidungen und Strategien des Bundes fördern.

Strategie

Einzig die interne Koordination von Kantonen und Städten und die damit verbundenen Aufgaben fallen nicht in die Zuständigkeit des BAG. Hingegen hat sich dieses in der ersten Hälfte der 1990er Jahre für den Aufbau der oben erwähnten Konferenzen und Plattformen zur nationalen Koordination eingesetzt. Zusammen mit dem Bundesamt für Polizei schuf es 1996 zudem eine zentrale Stelle: die Koordinations- und Dienstleistungsplattform Sucht (KDS). Diese besorgt das Sekretariat der direkt dem Bund unterstellten Organe (nationaler Drogenausschuss, interdepartementale Arbeitsgruppe, eidgenössische Kommission, Zusammenarbeit mit der Polizei) und bietet den interkantonalen und interkommunalen Instanzen logistische Unterstützung an.

Zum Zuständigkeitsbereich der KDS gehören noch mehrere weitere Aktivitäten, mit denen sie die Arbeit der Plattformen und Kommissionen unterstützen kann. Der Kantonsbericht ist eine Bestandesaufnahme der Probleme und Interventionen im Zusammenhang mit den Drogen in der Schweiz. Mit der Einsetzung einer Arbeitsgruppe für neu auftretende Problemen will man langfristig erreichen, dass neue Entwicklungen beim Drogenkonsum erkannt werden und man möglichst schnell darauf reagieren kann. Schliesslich sollte es dank der Durchführung einer nationalen Kokainkonferenz möglich sein, die Kenntnisse über die Probleme im Zusammenhang mit dieser Substanz und geeignete Gegenmassnahmen zu erweitern.

Es wurden auch Massnahmen zur internationalen Koordination ergriffen, insbesondere im Zusammenhang mit der ärztlichen Verschreibung von Heroin. Diese fallen jedoch nicht in den Bereich des MaPaDro⁰⁰⁰. Dasselbe gilt für die Umfragen, welche das BAG bezüglich den gesetzlichen Bestimmungen im Suchtmittelbereich durchführt. Hingegen wurden im Rahmen des Programms nationalen Koordinationsaktivitäten durchgeführt, welche speziell bestimmte Bereiche betreffen (stationäre Therapien, Schadenminderung usw.). Diese sind in den vorgängigen Kapiteln dieses Berichts bereits vorgestellt worden.

⁰⁰⁰ Siehe Kapitel 1 des vorliegenden Berichts.

Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Der Stand der nationalen Koordination lässt sich mit Hilfe der Tätigkeit der zu diesem Zweck eingerichteten Plattformen und Konferenzen ermitteln.

Die verschiedenen Organe halten regelmässig Sitzungen ab (ein- bis fünfmal pro Jahr). Einzig die Interdepartementale Arbeitsgruppe Drogen (IDAD) scheint nur sporadisch aktiv zu sein. Bei den anderen Organen sind hingegen die Zahl der Sitzungen und die Teilnahmequote stabil. Die Arbeitsgruppe Zusammenarbeit zwischen Polizei und Sozialarbeit im Drogen- und Aidsbereich (AgZuPo) ist die aktivste Gruppe und verzeichnet zudem die stärkste Mitgliederbeteiligung. Am wenigsten aktiv sind die interkommunalen Organe, welche auch die tiefsten Teilnehmerquoten aufweisen. Es muss jedoch angefügt werden, dass die Städtevertreter bei den Versammlungen des Nationalen Drogenausschusses (NDA), an denen Bund, Kantone und Städte zusammenkommen, die aktivsten Mitglieder sind.

Je nach behandeltem Thema können aus den Diskussionen innerhalb der Organe Stellungnahmen in Form von Pressemitteilungen, Antworten auf Vernehmlassungsverfahren sowie Briefen an die politischen oder administrativen Behörden resultieren. Zwischen 1999 und 2001 ist deren Zahl jedoch merklich zurückgegangen, nämlich von dreizehn auf zwei. Dieser Rückgang ist zweifellos auf die politische, soziale und gesetzgebende Aktivität und insbesondere auf die ärztliche Verschreibung von Heroin, die Finanzierungsart der stationären Therapien sowie die geplante Revision des Betäubungsmittelgesetzes zurückzuführen, welche das Jahr 1999 geprägt haben.

Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (EKDF) hat einen Cannabisbericht verfasst⁶⁷. Momentan arbeitet sie an einem Dokument, das sich mit der Zukunft der Drogenpolitik befasst. Im Rahmen der Globalevaluation des MaPaDro wurde eine Studie zur Einführung eines nationalen Frühwarnsystems realisiert. Dieses soll es ermöglichen, besser auf neu auftretende Probleme zu reagieren. Im gleichen Rahmen wurde eine weitere Studie über die Zusammenarbeit zwischen der Polizei und den sozialen Institutionen im Präventionsbereich durchgeführt^{PPP}. Die Resultate dieser Arbeiten werden momentan von Arbeitsgruppen

Tabelle 5.6

Aktivitäten der Koordinationsorgane

Koordinations-ebene	Plattformen	Sitzungen			Teilnahmequote			Stellungnahmen		
		1999	2000	2001	1999	2000	2001	1999	2000	2001
Bund	IDAD	-	1	-	-	k.A.	-	-	-	-
	EKDF	7	4	4	50%	71%	69%	3	3	-
	AgZuPo	6	4	5	57%	80%	90%	1	1	-
Kantone	KKBS	3	3	4	64%	54%	60%	3	-	2
Städte	SKBS	2	2	2			47%	-	-	-
	Mitglieder				36%	41%				
	Städte				61%	55%				
	DSSV	2	n. av.	1	50%	k.A.	k.A.	3	k.A.	-
Bund, Kantone, Städte	NDA	3	1	1	57%	k.A.	57%	3	-	-
	TOTAL	23	15	17				13	4	2

Quelle: BAG
(k.A.): keine Angabe

^{PPP} Siehe Kapitel Spezielle Studien

des BAG analysiert. Bisher liegt noch kein neuer Bericht über die Situation in den Kantonen vor, doch figuriert dieser Punkt weiterhin unter den Zielen des Bundesamtes. Im Jahr 2003 ist eine nationale Kokainkonferenz geplant, die in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Polizei veranstaltet wird.

Seit 2001 ist die KDS auch für die Finanzierung des Sekretariats der Nationalen Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (NAS) zuständig. Diesem Organ gehören dreissig aktive Vereinigungen und Institutionen in der Schweiz an.

Beurteilung der Aktion des BAG

Die für den helvetischen Föderalismus typische Aufteilung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten hatte in den 1980er und 1990er Jahren zur Folge, dass eine Vielzahl von Interventionen, Systemen und politischen Strategien im Drogenbereich entwickelt wurden. Zwar förderte diese Situation das Experimentieren sowie die Innovationen in diesem Bereich, liess gleichzeitig aber auch bedeutende Unterschiede in Bezug auf die Gleichbehandlung der Bürger entstehen. So können beispielsweise die Ahndung des Cannabiskonsums oder der Zugang zu Behandlungen für Heroinkonsumierende von einem Kanton zum anderen variieren. Mit der geplanten Revision des Betäubungsmittelgesetzes sollten diese Unterschiede abgebaut werden.

Angemessenheit der Ziele und der Strategie

Mit der steigenden Zahl verschiedenartiger Ansätze und Angebote in der Schweiz sind auch die Koordinationsbedürfnisse gestiegen, sowohl im organisatorischen wie auch im strategischen Bereich. Diese Bedürfnisse sollten durch die verschiedenen Koordinationsplattformen und Kommissionen gedeckt werden, die seit Beginn der 1990er Jahre gebildet wurden. Inzwischen decken diese Organe die verschiedenen Koordinationsbereiche in der Schweiz ab, so dass es diesbezüglich keine grössere Lücke gibt. Ausserdem hatte die Gründung von Kommissionen und Plattformen sowohl auf nationaler als auch lokaler Ebene zur Folge, dass der Informationsaustausch zwischen den betroffenen Akteuren in der Schweiz weit verbreitet und gut ausgebaut ist.

Die Koordinations- und Dienstleistungsplattform Sucht (KDS) stellt ein wichtiges Instrument zur Unterstützung der auf nationaler Ebene aktiven Koordinationsorgane dar. Sie fördert auch den Informationsaustausch zwischen diesen verschiedenen Organen. Ihre Existenz ist offenbar gerechtfertigt und sie sollte daher mit genügend Mitteln ausgestattet werden⁶⁸.

Stand der Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Ziel der Koordination im Rahmen des MaPaDro ist es, den Dialog und den Konsens zwischen den verschiedenen von den Drogenproblemen betroffenen Behörden (Bund, Kantone, Städte) zu unterstützen und die Beteiligung der Kantone und Gemeinden an der eidgenössischen Politik zu fördern. Die Studie über die politische Verankerung des MaPaDro wird zeigen, in welchem Umfang diese Ziele erreicht worden sind. Man kann jedoch bereits feststellen, dass das BAG die für die Erreichung dieser Ziele erforderlichen Voraussetzungen geschaffen hat. Die Unterstützung der verschiedenen Plattformen und die Verbreitung von Informationen tragen tatsächlich dazu bei, das gemeinsame Engagement der verschiedenen Gemeinwesen zu begünstigen.

Nicht immer ist die tatsächliche Wirksamkeit jeder einzelnen Plattform und Kommission erwiesen. Die äusserst schwache Aktivität der Interdepartementalen Arbeitsgruppe Drogen (IPAD), die schwache Beteiligung an den interkommunalen Instanzen oder die genaue Rolle des Nationalen Drogenausschusses (NDA) müssen erst noch aufmerksam untersucht werden. Demgegenüber sind die Rollen der Arbeitsgruppe Zusammenarbeit zwischen Polizei und Sozialarbeit im Drogen- und Aidsbereich (AgZuPo), der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF) und der Interkantonalen Konferenz (KKBS) allem Anschein nach besser definiert; die Arbeit dieser Instanzen liess zudem auch eine grössere Konstanz erkennen.

Für die Mittel zur Unterstützung der Koordination erweist es sich als grosser Schwachpunkt, dass noch kein neuer Bericht zur Situation in den Kantonen vorliegt. Dieser würde es ermöglichen, Koordinations- oder Harmonisierungsbedürfnisse zu ermitteln. Dank der Bildung von Arbeitsgruppen, die sich mit den Ergebnissen von Studien über die Einführung eines Frühwarnsystems und die Zusammenarbeit zwischen der Polizei/Justiz und den sozialen Einrichtungen im Präventionsbereich befassen, werden die Aktionen zu diesen Themen verbessert werden können. Die geplante Kokainkonferenz sollte ebenfalls dazu beitragen, die an Konsumenten dieser Substanz gerichteten Interventionen zu verbessern.

Die wichtigsten Empfehlungen

Wir empfehlen:

- eine neue Bestandesaufnahme der Aktivitäten in den Kantonen zu erstellen;
- die Aktivitäten der Koordinationsorgane im Rahmen der geplanten Revision des Betäubungsmittelgesetzes fortzusetzen;
- die geringe Aktivität (IDAD, Plattformen der Städte) und die Rolle (NDA) gewisser Koordinationsorgane zu analysieren und daraus die notwendigen Konsequenzen zu ziehen;
- die erforderlichen Mittel für ein gutes Funktionieren der KDS bereitzustellen.

Migration und gesundheit

Allgemeine Situation in der Schweiz

Bei einem Fünftel der in der Schweiz lebenden Bevölkerung handelt es sich um Personen ausländischer Herkunft. Die grössten Ausländergruppen stammen aus Ex-Jugoslawien, Italien, Portugal, Deutschland, Spanien, der Türkei und Frankreich. Die Hälfte der Ausländer und Ausländerinnen ist in der Schweiz geboren oder seit über fünfzehn Jahren hier ansässig. Etwa zwei Drittel der ausländischen Bevölkerung verfügt über eine Daueraufenthaltsbewilligung und ein Viertel über eine Kurzaufenthaltsbewilligung. Bei den meisten übrigen Personen handelt es sich um Asylbewerber. In Bezug auf ihre Struktur zeichnet sich die ausländische Bevölkerung durch einen hohen Anteil an Männern sowie von Personen im Erwerbsalter aus⁶⁹.

Bedürfnisse

Die wenigen verfügbaren Indikatoren für die Gesundheit der ausländischen Bevölkerung lassen erkennen, dass die durchschnittlichen Werte für die wahrgenommene und die psychische Gesundheit, die Betriebsunfälle, die Abtreibungen und gewisse Infektionskrankheiten schlechter sind als bei der Schweizer Bevölkerung. Bei einem grossen Anteil der in den europäischen Ländern festgestellten HIV-Neuinfektionen handelt es sich um Personen aus Ländern, in denen HIV/Aids am stärksten verbreitet ist. Betrachtet man die sozialen Indikatoren, so stellt man fest, dass die Personen ausländischer Herkunft ein tieferes Ausbildungs- und Lohnniveau sowie eine höhere Arbeitslosenquote als die einheimische Bevölkerung aufweisen. Ausserdem zeigen gewisse Untersuchungen, dass die ausländische Bevölkerung weniger leicht Zugang zum Gesundheitssystem erhält als die Schweizerinnen und Schweizer. Dies gilt insbesondere für Asylbewerber und für Personen, die sich illegal im Land aufhalten⁷⁰.

Hinsichtlich der Drogenprobleme wurde in einer kürzlich durchgeführten Vorstudie geschätzt, dass 20-30% der Drogenbenutzer der Berner Drogenszene italienischer Herkunft sind⁷¹. Bei den Neueintritten in eine stationäre Therapie für Drogenkonsumierende machen die Personen ausländischer Herkunft 24% der Klientel aus^{19,20}. Und aus den Daten der Bundespolizei wird ersichtlich, dass 32% der Anzeigen wegen Betäubungsmittelmissbrauchs in der Schweiz ausländische Staatsangehörige betreffen⁷². Aus der Schätzung für den Zeitraum 1995-98 lässt sich zudem entnehmen, dass nur die europäischen Staatsangehörigen ein hohen Anteil (23.8%) von Drogeninjizierende unter den neuen HIV-Fällen verzeichnen⁷³. Die Studie Migration und Drogen⁷⁴ weist darauf hin, dass es den meisten im Drogenbereich tätigen Institutionen an gewissen Kompetenzen fehlt, welche für die Arbeit mit Migranten erforderlich sind. So wird die Kommunikation unter anderem durch ungenügende Kenntnisse und eine zu wenig gründliche Reflexion über die mit der Migration verbundenen Aspekte sowie durch Sprachprobleme behindert. Infolgedessen wenden sich die Drogenkonsumierenden oder ihre Angehörigen nur selten – oder nur ein einziges Mal – an die Beratungsstellen.

Angebot/Mittel

Im Hinblick auf die Gesundheit der Migranten wurde in den 1990er Jahren in den Kantonen und Städten der Schweiz einiges unternommen. So haben Facheinrichtungen und Dienststellen wie das Centro Scuola e Famiglia in Zürich oder Appartenances in Lausanne verschiedene ausschliesslich für Migranten bestimmte Angebote entwickelt. Gewisse Einrichtungen wie die MuSuB⁹⁹⁹ in Basel haben sich ebenfalls auf Suchtfragen spezialisiert. Die öffentlichen Körperschaften haben Koordinationsinstrumente eingeführt und in einigen Fällen wurden politische Massnahmen speziell für Migranten ausgearbeitet. All diese Entwicklungen führten dazu, dass zahlreiche Pilotversuche realisiert wurden und dass eine Vielzahl unterschiedlicher kantonaler Aktivitäten entstanden ist. Auf nationaler Ebene führte das Schweizerische Forum für Migration- und Bevölkerungsstudien (SFM) verschiedene Forschungsarbeiten zur Situation und Gesundheit der Migranten durch.

Ziele und Strategie des BAG

Ziele

Das Recht auf Gesundheit für alle ist ein erklärtes Ziel der WHO, dem sich auch das BAG anschliesst. Dieses Ziel umfasst sowohl die Gleichbehandlung von Minderheiten und die Verhinderung von diskriminierenden Massnahmen als auch die Berücksichtigung der Bedürfnisse und der Ressourcen von Migranten.

Im Rahmen des MaPaDro hat sich das BAG folgende Ziele gesetzt: Man will die Migranten befähigen, sich der Gesundheitsprobleme anzunehmen, und ein auf sie zugeschnittenes Angebot in den Sozial- und Gesundheitsdiensten der Schweiz institutionalisieren⁷⁵. Diese Ziele betreffen somit sämtliche Gesundheitsfragen.

Strategie

Während des Evaluationszeitraums wurde die Strategie geändert. Zu Beginn der 1990er Jahre wollte das BAG mit Hilfe eines partizipativen Ansatzes und dem Grundsatz des gleichberechtigten Zugangs seine Präventionsbotschaften und -massnahmen bei den grössten Migrantengemeinschaften verbreiten. Das Projekt Migration und Gesundheit (PMG) setzte diese Aufgabe um, indem es nationale Präventionsbeauftragte sowie Mediatoren und regionale Multiplikatoren einsetzte. Diese Personen stammten alle aus den wichtigsten Migrantengemeinschaften.

⁹⁹⁹ Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel.

Die neue Strategie wurde vom BAG und den anderen Bundesämtern schrittweise ausgearbeitet. Im Jahr 2002 wurde sie offiziell eingeführt⁷⁰. Sie beruht auf einem transkulturellen und integrativen Ansatz, d.h. nach dieser Strategie ist die Entwicklung von Massnahmen geplant, die sämtliche Migranten einbeziehen und die zu ihrer sozialen Integration in der Schweiz beitragen. Dabei will man vor allem den Zugang zum Gesundheitssystem verbessern und Leistungen erbringen, welche die spezifischen Bedürfnisse der Migranten berücksichtigen. In operationeller Hinsicht wurden für diese neue Strategie fünf Interventionsbereiche festgelegt:

- **Bildung:** Aus- und Weiterbildung von Dolmetschern, Mediatoren (interkulturellen Vermittlern) und Gesundheitsfachleuten;
- **Information, Prävention und Gesundheitsförderung:** die Interventionen in diesem Bereich richten sich an die Migranten, aber auch an die Leistungserbringer und sollen das gegenseitige Verständnis fördern;
- **Gesundheitsversorgung,** die über Mediations- und Koordinationsstellen, leicht zugängliche Gesundheitsangebote in den Städten sowie durch den Einsatz von Dolmetschern verbessert werden kann;
- **Therapieangebote für Traumatisierte,** die besser differenziert und leichter zugänglich gemacht werden sollen;
- **Forschung,** welche insbesondere die Evaluation von Massnahmen sowie ein Monitoring der Gesundheit von Migranten und Migrantinnen ermöglicht.

Diese verschiedenen Interventionsbereiche schliessen natürlich auch die Prävention und Behandlung von Drogenproblemen mit ein.

Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Das Projekt Migration und Gesundheit (PMG) ging 2001 zu Ende. Während der Dauer des Projekts führten die Präventionsbeauftragten und die Mediatoren verschiedene Interventionen durch. Bei den Drogenproblemen konzentrierten sich die Aktivitäten des PMG auf den Aufbau und die Leitung von Selbsthilfegruppen zur Unterstützung der Eltern von Drogenabhängigen. Solche Gruppen gibt es in einigen Kantonen der Deutschschweiz für die italienische und portugiesische sowie die spanischsprachige Bevölkerungsgruppe.

Das BAG hat zudem dem *Centro Scuola e Famiglia* in Zürich Unterstützung für dessen Aktivitäten gewährt. Diese umfassen eine Hotline "*Linea droga*", die Gründung einer Selbsthilfegruppe für die Unterstützung von Eltern und Angehörigen junger Drogenkonsumierender, die Durchführung von Präventionsaktionen an den italienischen Schulen und die Herstellung eines Heftes zur Gesundheitsförderung im Unterricht. Infolge der Umstrukturierung der Institution wurde dieses Mandat nicht erneuert.

Im Rahmen der Forschungsstudie Migration und Drogen wurden verschiedene Projekte realisiert. So wurde eine Broschüre für die Institutionen im Suchtbereich⁷⁶ erstellt und ein Pilotprojekt durchgeführt. Das Berner Contact Netz, ein Netzwerk für Dienstleistungen im Drogenbereich⁷⁷, beschäftigt inzwischen einen Mitarbeiter, der selber über Erfahrung mit der Migration verfügt und dessen Aufgabe es ist, zusammen mit den Zentrumsleitern die Aktivitäten für Migranten zu entwickeln. Ziel ist es, passende Angebote zu schaffen und den Erfahrungsaustausch zu fördern sowie das Netzwerk strukturell so zu verändern, dass die Migrationsfrage von sämtlichen Akteuren berücksichtigt wird. Anschliessend sollte dieses Pilotprojekt weiter ausgeweitet werden.

Die übrigen vom BAG unterstützten Projekte betreffen den Bereich der Gesundheit im Allgemeinen. In der Ostschweiz wurde ein von der Caritas geleitetes regionales Kompetenzzentrum Migration und Gesundheit geschaffen. Ein anderes Zentrum dieser Art ist momentan in Zürich in Planung. Ein drittes Kompetenzzentrum, diesmal nationaler Grössenordnung, wird vom Roten Kreuz betrieben. Dieses verfügt im Bereich der Ausbildung des Pflegepersonals über besondere Kompetenzen. Darüber hinaus haben diese Zentren die Aufgabe, die Gesundheitsfachleute zu sensibilisieren, Präventions- und Beratungsaktivitäten bei den Migranten durchzuführen, die Entwicklung eines Angebotes für Gewaltopfer zu fördern und für die Koordination im Bereich Gesundheit und Migration zu sorgen. Ausserdem sollen sowohl die Migranten als auch die Gesundheitsfachleute dazu angeregt werden, die Dienste von Dolmetschern in Anspruch zu nehmen.

⁷⁷ Das Dienstleistungsnetzwerk umfasst die Beratung, die ambulante Therapie, Arbeitsprogramme, Injektionsräume, eine Arbeit zur Sekundärprävention sowie *Outreach-Work*.

Die Vereinigung *Appartenances* in Lausanne wurde vom BAG beauftragt, die Gesundheitsförderung, die Prävention und die Lösung von Gesundheitsproblemen bei den Migrantengemeinschaften in den Kantonen Waadt und Wallis zu unterstützen.

Das BAG hat zudem eine weitere Vereinigung (Interpret') mit der Förderung der Dolmetschertätigkeit und der kulturellen Vermittlung in den Bereichen Gesundheit, Soziales und Ausbildung beauftragt. Die Vereinigung erstellte eine dreisprachige didaktische Videokassette für die Dolmetscher und gab diese heraus. Sie soll auch Qualitäts- und Ausbildungsstandards für die Dolmetscherschulen erarbeiten sowie eine für die Dolmetscher gedachte Spezialisierung und Fortbildung in den Gesundheitsbereichen planen.

Schliesslich unterstützte das BAG auch die Evaluation und Verbreitung des Projektes Internetz in Basel. Ziel dieses Projektes ist es, die im Sozial- und Gesundheitswesen tätigen Behörden und Institutionen mit den Vertretern der ausländischen Gemeinschaften zusammenzubringen, um den Austausch von Kenntnissen und die Zusammenarbeit zwischen den Parteien zu fördern. Mehrere andere Deutschschweizer Städte haben ihr Interesse an einem solchen Projekt bekundet^{sss}.

Beurteilung der Aktion des BAG

Angemessenheit der Ziele und der Strategie

Die erste Feststellung betrifft die grossen Wissenslücken über die Prävalenz des Drogenkonsums und die damit verbundenen Probleme, die Nutzung der Angebote sowie der Bedarf nach solchen Dienstleistungen für die ausländische Bevölkerung. Diese Lücken sollten zumindest teilweise geschlossen werden, bevor die Einführung entsprechender Interventionen ins Auge gefasst werden kann. Die kürzlich mit Hilfe eines ethnologischen Ansatzes gesammelten Daten könnten so durch eine Sekundäranalyse der bereits bestehenden epidemiologischen Daten auf sinnvolle Weise ergänzt werden (Queruntersuchungen, Suchthilfestatistiken,

Gesundheitsregister). Dies würde es erlauben, die Problematik und den Informationsbedarf sowie die Inanspruchnahme bestehender Angebote besser zu beschreiben.

Das BAG hat sich wiederholt an Aktivitäten zum Drogenkonsum beteiligt. Diese mehrheitlich in der Deutschschweiz und insbesondere in der Region Bern durchgeführten Aktionen befassten sich oft mit Drogenproblemen in der italienischen Gemeinschaft. Den grössten Einsatz leistete das BAG zweifellos für das Forschungsprojekt Migration und Drogen mit den damit verbundenen Arbeiten. Die bei den Schweizer Institutionen verteilte Broschüre und das Pilotprojekt des Netzwerks Contact sollten ebenfalls dazu beitragen, das Angebot für Migranten in der Schweiz allgemein zu entwickeln und zu erweitern. Momentan lässt sich noch nicht abschätzen, ob dieses Ziel erreicht werden kann. Allerdings ist der bevorzugte Ansatz, nämlich die strukturelle Umwandlung der Institutionen, damit diese den Anforderungen einer transkulturellen Arbeit besser entsprechen, ein sehr ehrgeiziges und vielleicht zu spezifisches Konzept, um eine allgemeine Anwendung zu finden. Eine weniger eng gefasste Vision, nämlich die Verbesserung der Leistungen für die Migranten, bei der beispielsweise verschiedene Standorte und Ansätze berücksichtigt würden, hätte der Situation in der Schweiz vielleicht besser entsprochen.

Bei den nicht spezifisch auf Drogenprobleme ausgerichteten Aktivitäten hat das BAG eine Neuausrichtung angestrebt, die durch die Einstellung des PMG aufgrund der Resultate einer externen Evaluation⁶³ in die Tat umgesetzt wurde. Beim jetzigen Stand der Umsetzung der neuen Strategie kann diese Entscheidung jedoch noch nicht beurteilt werden. Verschiedene positive Aspekte machen sich jedoch bereits bemerkbar. So sollte der Aufbau von Kompetenzzentren, welche vor allem der regionalen Koordination dienen, einen besseren Wissens- und Erfahrungsaustausch ermöglichen. Damit könnte der häufig festgestellte Mangel im Bereich Migration und Gesundheit behoben werden. Eine andere erwartete Aktivität besteht in der Entwicklung der Ausbildung von Dolmetschern und deren Einsatz im Pflegebereich.

^{sss} BS hat das Projekt 2000 beendet. BL, LU, SH und SO übernehmen das Modell. BE und ZH entschieden sich dagegen.

Bei den weiteren künftigen Herausforderungen wird es darum gehen, weiterhin Mittel für Migranten zu mobilisieren, dies unter anderem mit Hilfe partizipativer Strategien, und Angebote für gewisse Kategorien von Ausländern zu schaffen, die aufgrund ihres Status (Asylbewerber und illegale Einwanderer) und ihrer kürzlich erfolgten Migrationserfahrung nur schwer mit einer transkulturellen und zugleich integrativen Strategie erreicht werden können.

Stand der Umsetzung und durchgeführte Aktivitäten

Die Ziele sowie die Strategie des BAG in diesem Bereich gehen weit über das Drogenprogramm hinaus, für das keine besonderen Ziele angestrebt werden. Das einzige spezifische Element ist die Absicht, ein Kompetenzzentrum im Suchtbereich zu schaffen, wobei das Pilotprojekt des Netzwerks *Contact* zweifellos mit dieser Absicht verbunden ist. Wie bereits erwähnt, kann dieses Projekt zum jetzigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden und es bestehen gewisse Zweifel darüber, ob es sich für eine Anwendung auf nationaler Ebene eignen würde.

Ansonsten betreffen die Ziele und die Strategie des BAG das gesamte Gesundheitssystem, wobei bedeutende strukturelle Veränderungen angestrebt werden. Die Globalevaluation des MaPaDro ist somit nicht in der Lage, ihre Umsetzung zu bewerten.

Die wichtigsten Empfehlungen

Wir empfehlen:

- eine Sekundäranalyse der epidemiologischen Daten zum Drogenkonsum und der Nutzung von Dienstleistungsangeboten durch die ausländische Bevölkerung in Auftrag zu geben, wobei Wissens- und Angebotslücken aufgespürt werden sollten;
- abzuklären, ob die vom BAG unterstützten Projekte, die den Drogenkonsum betreffen, für eine gesamtschweizerische Anwendung tauglich sind.

Bibliografische Referenzen

- ¹ Kübler D, Radaelli A, Neuenschwander P, Hirschi C, Widmer T. *Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung, Inventar der drogenpolitischen Entscheidungen*. Lausanne: Université de Lausanne, Institut d'études politiques et internationales; Universität Zürich, Institut für Politikwissenschaft; 2001. (Rapport de recherche).
- ² Meyer M, Zander U. *Alkohol, Tabak und illegale Drogen in der Schweiz 1993 bis 1996: die Antworten der Kantonsbefragung*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 1997.
- ³ Brenner D, Bushan C, el Fehri V, Estermann J, Fahrénkrug H, Müller R, et al. *Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 1997.
- ⁴ Bundesamt für Gesundheit. *Massnahmenpaket des Bundes im Bereich der Gesundheit zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) 1998-2002*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1998.
- ⁵ *Die Präventionsprogramme des BAG: national koordiniert, regional umgesetzt*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2001.
- ⁶ *Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen: Ziele, Strategien, Programme und Projekte*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2003. URL: <http://www.suchtund aids.bag.admin.ch/imperia/md/content/praevention/2.pdf>
- ⁷ Bähler G, Cloetta B, Stucki S. *Evaluation von fil rouge II: Befragung der teilnehmenden Heime*. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Abteilung für Gesundheitsforschung; 2002.
- ⁸ Vontobel J, Baumann A. *Auch mein Kind...? Elterngespräche über Süchte und Drogen*. Zürich: Pro Juventute; 2001. (FamilienPraxis. Gesundheit).

- ⁹ Jeannin A, So-Barazetti B, Spencer B. *Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie: l'appréciation des responsables de programme*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 82).
- ¹⁰ Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Zweiter zusammenfassender Bericht 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Kurzfassung).
- ¹¹ Maag V. *Prävalenzschätzungen der Heroinabhängigkeit in der Schweiz: Trend stieg bis 1993/94, dann Trendumkehr bis 1998*. BAG Bulletin 2000; (21): 396-9.
- ¹² Klingemann H, Hunt G, editors. *Drug treatment systems in an international perspective: drugs, demons, and delinquents*. Thousand Oaks: Sage; 1998.
- ¹³ Act-info: *Netzwerk der Suchtberatung und Suchttherapie in der Schweiz*. Available at: <http://www.act-info.ch>. Accessed July 15, 2002.
- ¹⁴ Falcato L, Eichenberger A, Zimmer-Höfler D, Rössler W. *Die Methadonverschreibung an Opiatabhängige im Kanton Zürich: Behandlungszahlen, Eintrittsmerkmale und Verlauf*. In: Maeder C, Burton-Jeangros C, Haour-Knipe M, eds. *Santé, médecine et société: contributions à la sociologie de la santé*. Zürich: Seismo; 1999. p. 332-357.
- ¹⁵ Rehm J, Uchtenhagen A. *Metaanalyse schweizerischer Arbeiten zur Verwendung von Methadon als Substitutionsmittel bei der Behandlung von Opioidabhängigkeit*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2001.
- ¹⁶ Bundesamt für Gesundheit (BAG), editor. *Heroingestützte Behandlung: Richtlinien, Empfehlungen, Information*. Bern: BAG; 2000.
- ¹⁷ *Infoset Direct: Drogen, Sucht, Therapie, Hilfe: Die Schweizer Web-Adresse im Suchtbereich*. Available at: <http://www.infoset.ch>. Accessed 16 July 2002.
- ¹⁸ Schaaf S, Berger Hoins C, Reichlin M, Grichting E, Wettach RHU, Dobler-Mikola A, et al. *Koordinationsstelle des FOS, editor. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1999: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik: Gegenüberstellung von Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2000. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 101).
- ¹⁹ Schaaf S, Reichlin M, Grichting E, Rehm J, Bolliger H. *Koordinationsstelle des FOS, editor. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2000: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik: Vergleich von Klientinnen und Klienten mit unterschiedlichem Konsummuster*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2001. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 119). URL: <http://www.suchtforschung.ch>
- ²⁰ Schaaf S, Berger Hoins C, Reichlin M, Grichting E, Wettach RHU, Dobler-Mikola A, et al. *Koordinationsstelle des FOS, editor. Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 2001: Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik: Vergleich von Klientinnen und Klienten mit unterschiedlicher Behandlungserfahrung*. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2002. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 146).
- ²¹ *KOSTE: Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich*. Available at: <http://www.coste.ch>
- ²² Hausser D. *Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses: analyse secondaire sur la base de la littérature disponible*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 40).

- ²³Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, et al. *Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Dritter zusammenfassender Bericht 1997-1999*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- ²⁴Herrmann H. *Actuelle Praxis der Substitutionsbehandlung mit Methadon in der Schweiz (2000)*. Basel: Büro für sozioökonomische Studien und Projekte; 2002.
- ²⁵van Beusekom I, Iguchi MY. *A review of recent advances in knowledge about methadone maintenance treatment*. Leiden: RAND Europe; 2001.
- ²⁶Hosek M. *Qualitätsentwicklung in der heroingestützten Behandlung (QE-HeGeBe): Konzept*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2000.
- ²⁷Der Schweizerische Bundesrat. *Verordnung vom 8. März 1999 über die ärztliche Verschreibung von Heroin (Stand am 6. April 1999): 812.121.6*. Bern: Bundeskanzlei; 1999. URL: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/812.121.6.de.pdf>
- ²⁸Bundesamt für Gesundheit, Rihs-Middel M, Jacobshagen N, Seidenberg A, editors. *Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln: Praktische Umsetzung und wichtigste Ergebnisse*. Bern: Huber; 2002.
- ²⁹Uchtenhagen A, Dobler-Mikola A, Steffen T, Gutzwiller F, Blättler R, Pfeifer S. *Prescription of narcotics for heroin addicts: main results of the Swiss National Cohort-Study*. Basel; Freiburg: Karger; 1999. (Medical prescription of narcotics, vol. 1/VIII).
- ³⁰Kübler D. *Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé: analyse des conflits de mise en oeuvre*. Paris: L'Harmattan; 2000. (Collection Logiques politiques).
- ³¹Balthasar H, Spencer B, Jeannin A, Dubois-Arber F. *Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida: rapport sur mandat de l'Instance d'évaluation de la politique de lutte contre le sida (France)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 83).
- ³²Jeannin A, Schmid M, Dubois A, Dubois-Arber F, Meystre-Agustoni G, Benninghoff F, et al. *Programme national VIH/sida 1999-2003: état et dynamique de la mise en oeuvre à fin 2001*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 81).
- ³³Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, et al. *Evaluation der AIDSPräventions-Strategie in der Schweiz: Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999.
- ³⁴Nelles J, Vincenz I, Fuhrer A, Hirsbrunner HP. *Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der kantonalen Anstalt Realta: Schlussbericht*. Bern: Universitäre psychiatrische Dienste Bern; 1999.
- ³⁵Nelles J, Fuhrer A. *Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank: Kurzbericht über die Evaluation*. Bern: Universitätsklinik für Klinische Psychiatrie; 1995.
- ³⁶Trinkler J, Spreyermann C. *Il faut des offres de prise en charge spécifiques pour les femmes et tenant compte de leurs besoins particuliers, car...: un argumentaire destiné aux associations et aux autorités, aux spécialistes et aux hommes et femmes politiques intéressés par l'intervention en matière de drogues*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1998.
- ³⁷Ernst M-L, Matt B, Middendorf S, Schaetti I, Vedova R. *Au féminin, s'il vous plaît: promotion des offres de prise en charge "à bas seuil" pour les femmes toxico-dépendantes*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.

- ³⁸Gertsch M. *Weiterbildungsbedarf der Institutionen der schweizerischen Drogenhilfe: Bericht über eine gesamtschweizerische empirische Studie zum quantitativen und qualitativen Weiterbildungsbedarf der Drogenhilfe*. Koordinationsstelle für Weiterbildung, Ed. Bern: Universität Bern; 1994.
- ³⁹von Matt HK, Beck T, Kummer B, Hilber K, Bürgisser H, Tschopp F, et al. *Concept-cadre pour la formation des spécialistes dans le domaine des dépendances: rapport final du groupe de travail; rapport complémentaire*. Lucerne: Conférence suisse des écoles supérieures de service social (CSESS); 1996.
- ⁴⁰Wicki M. *Komparative Evaluation zweier Fort- und Weiterbildungsprojekte im Suchtbereich: Studie der Koordinationsstelle für Weiterbildung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheitswesen*. 13 ed. Bern: Universität Bern Koordinationsstelle für Weiterbildung; 1994.
- ⁴¹*Formation dans le domaine des dépendances: promotion de la formation continue en matière de dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illégales; concept*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1998. URL: <http://www.cx.unibe.ch/kwb/sucht/concept.html>
- ⁴²Baierlé JL, Bertschy G, Conne G, Dubois JA, Hofner MC, Leckie M, et al. *Groupe de travail MedRoTox: propositions de mesures susceptibles d'améliorer les conditions de travail des médecins confrontés aux problèmes de dépendances, d'améliorer la qualité de leurs prestations et d'en augmenter le nombre*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1996.
- ⁴³Arnaud S, Zobel F. *Bilanz der Projekte MedRoTox und MeTiTox*. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 2002.
- ⁴⁴Binder HM, Furrer C, Maggi J, Cattacin S. *Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich: Schlussbericht der externen Evaluation*. Luzern: Interface, Institut für Politikstudien; 2001. URL: <http://www.interface-politikstudien.ch>
- ⁴⁵Das Schweizerische Bundesrat. *Botschaft vom 25. November 1998 über die Förderung von Bildung, Forschung und Technologie in den Jahren 2000 – 2003*. Bern: Bundesamt für Bildung und Wissenschaft (BBW); 1998. URL: <http://www.admin.ch/ch/f/ff/2003/2067.pdf>
- ⁴⁶Rihs-Middel M, Lotti H, editors. *Suchtforschung des BAG = Recherches de l'OFSP en matière de dépendances: 1993-1996*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 1997.
- ⁴⁷*Suchtforschung des BAG, Bd. 2/4, Prévention = Recherches de l'OFSP en matière de dépendances, Vol. 2/4, Prévention: 1996-98*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.
- ⁴⁸*Suchtforschung des BAG, Bd. 1/4, Grundlagenforschung = Recherches de l'OFSP en matière de dépendances, Vol. 1/4, Recherche fondamentale: 1996-98*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2000.
- ⁴⁹*Suchtforschung des BAG, Bd. 3/4, Behandlung und Betreuung = Recherches de l'OFSP en matière de dépendances, Vol. 3/4, Traitement, prise en charge et suivi: 1996-1998*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001.
- ⁵⁰*Evaluationen des BAG im Suchtbereich, Bd. 4/4 = Evaluations de l'OFSP en matière de dépendances, Vol 4/4: 1990-2000*. Bern: BAG; 2002.
- ⁵¹Zobel F, Arnaud S. *Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 79).
- ⁵²Single E, Christie P. *The consequences of cannabis decriminalization in Australia and the United States: report for the Swiss Federal Office of Public Health*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001.

- ⁵³Solivetti LM. *Drug use criminalization v. decriminalization: an analysis in the light of the Italian experience: report on mandate of the Federal Office of Public Health*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001.
- ⁵⁴Reuband KH. *Cannabiskonsum in Westeuropa unter dem Einfluss rechtlicher Rahmenbedingungen: eine vergleichende Analyse epidemiologischer Befunde (Expertise für das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit)*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001.
- ⁵⁵*Schweizerische Cannabisbefragung: Cannabis auf der Schwelle zum legalen Rauschmittel; was die Schweizer und Schweizerinnen vom Cannabiskonsum halten; eine Repräsentativstudie*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA); 2001.
- ⁵⁶Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Avargues MC. *L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes*. Rev Epidemiol Sante Publique 2000; 48: 517-39.
- ⁵⁷Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F. *Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1998. (Raisons de santé, 20a).
- ⁵⁸Huissoud T, Morency P, Samitca S, Benninghoff F, Geense R, Dupertuis V, et al. *Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud: deuxième phase d'évaluation 1998-2000*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2001. (Raisons de santé, 63).
- ⁵⁹Zobel F, So-Barazetti B. *La gestion de l'innovation dans le cadre du ProMeDro*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- ⁶⁰Ernst M-L, Spencer B. *Suchtprävention bei Jugendlichen: die Rolle der Polizei und der Jugendgerichte*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 84b).
- ⁶¹Widmer T, Kübler D, Rüegg E. *Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung: Evaluationskonzept*. Zürich: Institut für Politikwissenschaft; 1999.
- ⁶²Oesch D, Cattacin S, Verkooyen E. *Coordination, modération, information: évaluation de la "plateforme de coordination et de service dans le domaine des drogues"*. Genève: Laboratoire de recherches sociales et politiques appliquées (RESOP); 1999.
- ⁶³Efionayi-Mäder D, Chimienti M, Losa S, Cattacin S. *Evaluation des Gesamtprogrammes "Migration und Gesundheit" des Bundesamts für Gesundheit*. Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien; 2001. (Forschungsbericht 17).
- ⁶⁴Spreyermann C, in Zusammenarbeit mit Pascale Steiner. *Evaluation Internetz: Ein Vernetzungsprojekt zur Gesundheitsförderung für und von MigrantInnen in der Region Basel*. Bern: Sfinx Sozialforschung, Evaluationsberatung, Supervision; 1999.
- ⁶⁵Badan P, Dumont P, Gaberel PE, Stahl-Thuriaux A. *Evaluation du programme-cadre Ecoles et santé: premier rapport intermédiaire*. Genève: Collectif d'évaluation du Programme-cadre Ecoles et santé (CEPES); 1999.
- ⁶⁶Laeubli M. *Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1997.
- ⁶⁷Eidgenössische Kommission für Drogenfragen, editor. *Cannabisbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1999.

- ⁶⁸Kellerhals C, Thomas R, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. *Les mesures de santé publique de la Confédération en matière de drogues illégales: monitoring 1999-2000: étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4ème phase 1999-2003*. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 77).
- ⁶⁹Heiniger M, Fässler A, Salvisberg E, Achermann Y, Buhmann B, Calmonte R, et al. *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz: Bericht 1998*. Bern: Bundesamt für Statistik (BFS); 1999. (Statistik Schweiz, 1 Bevölkerung).
- ⁷⁰Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Flüchtlinge (BFF), dem Bundesamt für Ausländerfragen (BFA) und der Eidgenössischen Ausländerkommission (EKA). *Migration und Gesundheit: Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2002.
- ⁷¹Domenig D, Salis Gross C, Wicker HR, Rihs-Middel M. *Vorstudie Migration und Drogen: Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft (Bericht)*. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern; 1998.
- ⁷²Bundesamt für Polizei, editor. *Szene Schweiz, Lagebericht 2000: Kriminalstatistik, Drogen, Falschgeld, Pädophilie, Organisierte Kriminalität*. Bern: Bundesamt für Polizei (fedpol. ch); 2001.
- ⁷³*HIV-Infektionen: Unterschiedliche Trends je nach Herkunftsregion*. Bundesamt für Gesundheit Bulletin 2000; (23): 436-42.
- ⁷⁴Domenig D, Salis Gross C, Wicker HR. *Migration und Drogen: Implikationen für eine migrationsspezifische Drogenarbeit am Beispiel Drogenabhängiger italienischer Herkunft: Schlussbericht*. Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern; 2000.
- ⁷⁵Kellerhals C, Morency P, Zobel F, Dubois-Arber F. *Drogues illégales et santé publique: stratégies de la Confédération: étude menée dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro, 4ème phase 1999-2002*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 76).
- ⁷⁶Bundesamt für Gesundheit, editor. *Bedeutung einer migrationsspezifischen Drogenarbeit und deren Folgen für die Praxis*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2002.

Spezielle Studien

In der aktuellen Evaluationsphase wurden drei ergänzende Studien zum MaPaDro durchgeführt, die einige für wichtig befundene und in Absprache mit dem BAG ausgewählte Themen beleuchten:

- Studie über die Entwicklung von Szenarien für ein nationales Frühwarnsystem für illegale Drogen
- Studie über die Verankerung/Institutionalisierung der Aktionen des BAG zur Verminderung der Drogenprobleme
- Studie über die Suchtprävention bei Jugendlichen: die Rolle der Polizei, der Gerichte und Jugendrichter

Für jede dieser Studien wurden zusammen mit dem Auftraggeber spezifische Evaluationsfragen ausgearbeitet. Die Ergebnisse wurden anschliessend in einem separaten Bericht veröffentlicht. Auf den nachfolgenden Seiten werden diese Studien zusammenfassend präsentiert.

Ein Frühwarnsystem für illegale Drogen: Entwicklung von Szenarien¹

Auftrag

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verlangte vom IUMSP Arbeitsunterlagen für die Konzeption der Einführung eines Frühwarnsystems für illegale Drogen in der Schweiz. Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, den aktuellen Stand der Problematik, die wichtigsten Fragestellungen sowie mögliche Modelle für die Realisierung eines solchen Systems aufzuzeigen. Zudem wurde beschlossen, am Ende des Berichts einige Szenarien zu entwerfen, die es dem BAG ermöglichen sollen, eine strategische Entscheidung über den Fortgang dieser Arbeit zu treffen.

Die gesundheitspolitische Problematik, welcher mit der Einführung eines Frühwarnsystems im Bereich der illegalen Drogen entgegengetreten wird, hängt mit den Risiken zusammen, die sich aus der Entwicklung der Substanzen, der Formen des Drogenkonsums und der Konsumentengruppen ergeben. Von einem solchen System wird erwartet, dass damit auf Entwicklungen, die sich auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken, rasch reagiert werden kann.

Fragestellung

Diese Arbeit soll folgende Fragen beantworten:

- Welche hauptsächlichen Frühwarnsysteme sind international bereits vorhanden? Wie lassen sich diese hinsichtlich ihrer Zielsetzungen, Methoden und Resultate unterscheiden?
- Welche dem BAG zur Verfügung stehenden Mittel (Epidemiologie, nationale Koordination, Forschung usw.) lassen sich in ein Frühwarnsystem integrieren oder könnten ein solches System unterstützen oder für dieses als Anregung dienen? Welche Bedürfnisse bestehen beim BAG in Bezug auf ein solches System?
- Wie werden in einzelnen Kantonen oder Regionen die Informationen über neue Drogen und neue Formen des Drogenkonsums verbreitet? Welche Arten von lokalen Netzwerken dienen der Sammlung, Analyse und Verbreitung von Informationen über Probleme, die in der Schweiz auftreten?
- Welche Empfehlungen können für die Einführung eines gesamtschweizerischen Frühwarnsystems formuliert werden?

Methode

Das Vorgehen stützt sich auf die Prinzipien der Rapid Assessment and Response Method (RAR). Diese Methode ist auf Schnelligkeit, Effizienz und Zweckmässigkeit angelegt. Es wurden vier Arbeitsschritte durchgeführt, wobei die Brauchbarkeit der Informationen und Analysen stets stärker gewichtet wurde als ihre Vollständigkeit:

- Durchsicht und Analyse der Literatur, um die mit der Planung und Einführung eines Frühwarnsystems verbundenen Probleme zu eruieren;
- Sichtung und Analyse bereits bestehender Systeme^a, um realisierbare Modelle ausfindig zu machen;
- Ermittlung der Praktiken, Mittel und Bedürfnisse auf Bundesebene (BAG), um einige Merkmale, welche das schweizerische Frühwarnsystem aufweisen sollte, zu bestimmen;
- Ermittlung der auf kantonaler und überkantonaler Ebene bestehenden Praktiken, Mittel und Bedürfnisse, um festzustellen, welche Bedürfnisse die Akteure an der Front in Bezug auf ein solches System haben und mit welchen Mitteln dessen Betrieb unterstützt werden könnte.

Für die Ausarbeitung der Szenarien wurden die Informationen aus den vier Teilen der Studie zusammengefasst. Die Literaturschau steckte den Rahmen für die möglichen Szenarien ab. Bei der Sichtung der bestehenden Systeme kamen vier brauchbare Modelle zum Vorschein. Die Abklärung der Bedürfnisse auf Bundesebene und auf lokale Ebene erlaubte es, die Auswahl der für die Schweiz geeigneten Modelle auf zwei zu beschränken und diese an die schweizerischen Gege-

benheiten anzupassen. Zudem wurde ein Szenario in Betracht gezogen, das nur wenig von der heutigen Situation abweicht.

Resultate

Gegenstand und Problematik

Vor der Ausarbeitung eines Frühwarnsystems muss bestimmt werden, was überhaupt unter einem solchen System zu verstehen ist, welche Ziele damit verfolgt werden und welche inhaltlichen Elemente das System kennzeichnen:

- Ein Frühwarnsystem ist ein **relativ unabhängiges System, mit dem Ereignisse erfasst werden sollen, die sich auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken und gesundheitliche Massnahmen erforderlich machen können**.
- In operationeller Hinsicht soll ein solches Frühwarnsystem die **Empfindlichkeit der Datenerhebungsinstrumente verbessern und das Sammeln, Analysieren und Verbreiten der Informationen schneller und effizienter machen**.
- Das System beruht somit einerseits auf einer **methodischen Entwicklung**, mit der die Empfindlichkeit der Informationsinstrumente verbessert werden soll, andererseits auf einer **organisatorischen Entwicklung**, die es erlauben soll, die Kenntnisse schneller zu verarbeiten und zu verbreiten.
- Zur **methodischen Entwicklung** gehören die Verbesserung der bestehenden Informationsinstrumente und die Entwicklung neuer Instrumente. Der Einbezug vieler verschiedener Quellen erlaubt es, eine Triangulation vorzunehmen, mit der sich gewisse Verzerrungen verringern lassen.
- Die **organisatorische Entwicklung** umfasst die Einführung von Strukturen, mit deren Hilfe Informationen zusammengetragen und ausgewertet sowie rasche und geeignete gesundheitliche Massnahmen getroffen werden können. Es wäre empfehlenswert, wenn eine einzige Institution diese drei Aufgaben übernimmt.

^a Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET)
South african community epidemiology network on drug use (SACENDU)
Community epidemiology work group (CEWG)
Drug abuse warning network (DAWN)
Ohio substance abuse monitoring network (OSAM)
The Maryland drug early warning system (DEWS)
The Australian illicit drug reporting system (IDRS)
Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND)
European joint action on new synthetic drugs
European emerging trends projekt

Bestehende Systeme

Rund zehn Beispiele wurden untersucht und dienen als Grundlage für die Aktualisierung von vier bereits bestehenden Modellen:

- 1 die epidemiologischen Netzwerke, die im Allgemeinen eher als Überwachungs- und weniger als Frühwarnsysteme funktionieren;
- 2 das Register der Notfälle und Todesfälle, das speziell auf akute Probleme in Zusammenhang mit dem Konsum illegaler Drogen ausgerichtet ist;
- 3 die unabhängigen Frühwarnsysteme, mit denen in erster Linie neue Tendenzen erkannt werden sollen. Dies erfolgt durch eine Verknüpfung von Überwachungsdaten mit eigens zu diesem Zweck gesammelten Ergänzungsdaten;
- 4 das Kontrollsystem, das auf die Einschätzung des Gefahrenpotenzials neuer Substanzen sowie die Anpassung der Gesetzgebung ausgerichtet ist.

Was die **methodische Entwicklung** anbelangt, sind die unabhängigen Frühwarnsysteme am weitesten fortgeschritten. Denn verschiedene Instrumente wurden eigens dafür erarbeitet, um Entwicklungen zu erfassen, die das bestehende Überwachungssystem nicht erkennt. Allerdings gibt es unzählige, völlig unterschiedliche Instrumente. Daher ist das System so zu gestalten, dass damit neue Drogenkonsumtrends ermittelt werden können, gleichzeitig aber das Funktionieren des gesamten Frühwarnsystems durch übermässige Komplexität und zu hohe Investitionen nicht beeinträchtigt wird.

Hinsichtlich der **organisatorischen Entwicklung** ist das Kontrollsystem zweifellos am klarsten strukturiert (*Guidelines*, Evaluations- und Aktionsstruktur) und daher möglicherweise am effizientesten. Die Systeme unterscheiden sich durch ihren *Output*. Während einige Systeme einfache, häufig eingesetzte und konzise Informationsmittel entwickelt haben, ist bei anderen der wissenschaftliche Jahresbericht immer noch das hauptsächliche Kommunikationsmittel.

Es empfiehlt sich daher, ein einfach gestaltetes unabhängiges Frühwarnsystem zu schaffen und gleichzeitig das organisatorische Dispositiv zur Veranlassung gesundheitspolitischer Massnahmen weiterzuentwickeln. Zu dieser Entwicklung gehört offenbar auch der Einsatz konziser Informationsinstrumente.

Situation, Bedürfnisse und Mittel in der Schweiz

Die mit einem Schweizer Frühwarnsystem verbundenen Bedürfnisse und Mittel wurden in drei Schritten eruiert:

- Ermittlung des derzeit bestehenden Informations- und Überwachungssystems für illegale Drogen in der Schweiz;
- Ermittlung der auf Bundesebene vorhandenen Bedürfnisse und Mittel durch eine Reihe von Interviews mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des BAG und des Bundesamtes für Polizei;
- Ermittlung der auf kantonaler und kantonsübergreifender Ebene vorhandenen Bedürfnisse und Mittel durch eine Reihe von Interviews mit den kantonalen Verantwortlichen und mit Berufsleuten.

Die Schweiz verfügt über ein relativ gut ausgebautes Überwachungssystem für illegale Drogen. Dieses kann als Ausgangsbasis für die Einführung eines Frühwarnsystems genutzt werden. Hilfreich sind dabei auch das in der Schweiz vorhandene umfangreiche Netzwerk für den Informationsaustausch und vor allem auch die Kommissionen, die auf Bundes- und Kantonsebene für die Koordination zuständig sind.

- Laut eigenen Angaben wünschen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BAG und des Bundesamtes für Polizei ein Frühwarnsystem, das es ihnen erlaubt, mit neu auftretenden Trends beim Konsum illegaler Drogen besser Schritt zu halten. Auf die Frage, welche Form dieses System annehmen sollte, nannten sie verschiedene Modelle, die unterschiedliche Bedürfnisse abdecken. Zur Sprache kamen zwei Modelle, die auf völlig unterschiedlichen Ansätzen beruhen, nämlich ein Netz von spontan eingehenden Informationen und ein System für die systematische Analyse von Risiken und Schäden in Verbindung mit den Substanzen. Daneben zeichnete sich ein Zwischenmodell ab, das die Möglichkeit bietet, anhand von Daten, die an einigen Beobachtungsstellen (Kantone oder Städte) gesammelt werden, neue Trends zu ermitteln.
- Ein Schweizer Frühwarnsystem sollte eine Ergänzung zum jetzigen Überwachungssystem für illegale Drogen bilden und sich auf die Informationsnetzwerke stützen, welche auf Gemeinde-, Kantons- und Bundesebene bereits vorhanden sind. Ein solches System sollte weder die bereits bestehenden Systeme ersetzen noch allzu komplex oder kostspielig sein.
- Betrachtet man die bereits bestehenden Modelle, so empfiehlt sich für die Schweiz ein System, das relativ einfach ist, auf einigen Beobachtungsstellen beruht und eine Triangulation der Überwachungsdaten mit den regelmässig bei den wichtigsten Auskunftgebern (Konsumenten, Akteure, Polizisten usw.) erhobenen Daten beinhaltet.
- Die organisatorischen Aspekte, also das Verfahren vom Erfassen eines Ereignisses bis zum Ergreifen gesundheitspolitischer Massnahmen, müssen vermehrt überdacht werden. Denn obwohl diese Aspekte für die Effizienz des Systems massgeblich sind, werden sie oft vernachlässigt. Vorrangige Themen sind die Zusammenstellung von Informationen, die Methode und Schnelligkeit der Analyse dieser Informationen sowie die Weitergabe von Nachrichten an die Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens.

Die Bemerkungen der Drogendelegierten und der Akteure treffen sich in einem Punkt: Das Netz der formellen und informellen Kontakte, das in der Schweiz auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene besteht, bildet ein relativ wirksames Frühwarnsystem. Seine grössten Schwächen betreffen den Drogenkonsum bei Jugendlichen, insbesondere in der "Partyszene". Die kantonalen Delegierten stehen der Einführung eines Frühwarnsystems skeptisch gegenüber. Sie sind grundsätzlich der Meinung, dieses System sei nicht sehr wirksam, erfordere jedoch erhebliche Mittel. Die übrigen befragten Akteure äusserten sich weniger kategorisch. Ihrer Ansicht nach kann die Erkennung neuer Entwicklungen und Probleme, vor allem was den Konsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen betrifft, die für die Einführung eines Frühwarnsystems notwendigen Anstrengungen durchaus rechtfertigen.

Schlussfolgerungen, Empfehlungen und Szenarien

Nachfolgend eine Zusammenfassung der wichtigsten Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus dieser Studie:

- Die Schweiz verfügt über zahlreiche passive Frühwarnsysteme, deren Wirksamkeit anerkannt ist. Allerdings lassen sich damit neue Entwicklungen innerhalb gewisser Konsumentenszenen nur beschränkt erkennen.
- Am Schluss des Berichts werden folgende drei Arbeitsszenarien vorgeschlagen:
 - Keine grössere Veränderung gegenüber der jetzigen Situation und somit keine Einführung eines Frühwarnsystems auf Bundesebene. Dieses Szenario ist mit zwei Forderungen verbunden: Einerseits müssen die europäischen Arbeiten auf dem Gebiet der Frühwarnsysteme verfolgt werden, und andererseits ist neuen Konsumtrends bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen grössere Aufmerksamkeit zu schenken.
 - Einführung eines einfachen Frühwarnsystems, das auf einigen Beobachtungsstellen beruht und die Triangulation der Überwachungsdaten mit den regelmässig bei den wichtigsten Auskunftgebern (Konsumenten, Akteure, Polizisten usw.) erhobenen Daten basiert. Eine nationale Institution wird mit der Sammlung und Zusammenstellung dieser Daten beauftragt. Ausserdem wird eine spezielle Instanz (Expertengruppe) geschaffen, welche die Informationen analysiert und entscheidet, welche Massnahmen zu treffen sind.

- Einführung eines breit angelegten Frühwarnsystems, das dem BAG angegliedert ist und der Überwachung der auf dem Drogenschwarzmarkt auftretenden Substanzen dient. Das System beruht auf Daten, die bei der Polizei, den Labors und Spitälern sowie bei einer Expertengruppe, welche die Gefahren und Interventionen anhand von vorher festgelegten *Guidelines* beurteilt, erhoben werden. Das Auftauchen einer neuen Substanz setzt somit umgehend einen standardisierten Prozess zur Beurteilung der damit verbundenen Risiken in Gang.

Verankerung/Institutionalisierung der Aktionen des BAG zur Verminderung der Drogenprobleme: Einschätzung der Programmleiter²

Auftrag

Seit 1991 hat das BAG im Rahmen des Massnahmenpakets zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) zahlreiche Programme zur Prävention und Schadenminderung in verschiedenen soziokulturellen Umgebungen (*Settings*) lanciert und unterstützt. Die Verankerung dieser Interventionen und somit die langfristige soziale Umwandlung, die eine Übernahme der Projekte oder ihres Inhalts durch die Akteure erfordert, ist ein grundlegendes Problem, das bisher noch nicht systematisch angegangen werden konnte.

Infolgedessen verlangte das BAG im Jahr 2000 im Rahmen der Globalevaluation des MaPaDro eine Analyse der Verankerung folgender Programme des MaPaDro:

- im Präventionsbereich: "Ohne Drogen, mit Sport", Fil rouge, Voilà, Suchtprävention in den Gemeinden (Radix), funtasy projects, Schule und Gesundheit, Mediatoren, Präventionsmaterial der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA);
- im Bereich Schadenminderung: die von der Schweizerischen Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD) unterstützten Projekte.

Evaluationsfragen

- Welche bleibenden Resultate wurden mit den vom BAG im Rahmen des MaPaDro unterstützten Projekte nach Ansicht der Programmleiter erzielt?
- Wie beschreiben die Programmleiter die Strategie und die Methoden zur Verankerung ihres Programms?
- Wie beurteilen die Programmleiter die Verankerungseffekte ihres Programms?
- Falls solche Effekte feststellbar sind, worauf führen die Programmleiter diese zurück?
- Wie kann das BAG im Rahmen der Unterstützung eines Programms eine Verankerungsstrategie weiterentwickeln?

Methode

Eine erste Phase der Untersuchung bestand hauptsächlich in der Durchsicht der Literatur zur Verankerung der Programme. Dabei konnten die Hindernisse, die einer Verankerung entgegenwirken, sowie die Faktoren, die diese begünstigen, ausfindig gemacht werden. Zudem konnten die bei der Analyse zu berücksichtigenden Aspekte bestimmt werden: Institutionalisierung, Finanzierung, Verbreitung, Übernahme durch die Gemeinschaft, Dauerhaftigkeit des Outputs und Erhaltung des gesundheitlichen Nutzens.

Die zweite Phase der Untersuchung konzentrierte sich auf die Verankerung der Programme. Sie begann mit einer Analyse der Organisation jedes einzelnen Programms. Dabei wurden der Aufbau und die Handlungslogik beleuchtet, wobei die für die Verankerung relevanten Punkte im Vordergrund standen. Es wurde ein vereinfachtes Organigramm entworfen, worin sämtliche vom Programm abgedeckten Ebenen dargestellt sind: die Leitung (nationale Ebene), eventuelle Zwischenstrukturen (kantonale Ebene) und das Zielpublikum (lokale oder Projektebene). Für jede Ebene wurden die als relevant erachteten Verankerungsaspekte angegeben. Die Problematik der Verankerung jedes Programms wurde somit entsprechend dem organisatorischen Aufbau, der Art der Umsetzung sowie der berücksichtigten Ebene beschrieben. Die ermittelten spezifischen Merkmale wurden anschliessend mittels Quervergleich analysiert, wobei sämtliche in die Studie einbezogenen Programme berücksichtigt wurden.

Für jedes Programm wurden aus zahlreichen Unterlagen, wie Verträgen, Berichten, Evaluationen und anderen Dokumenten (Prospekte, Statistiken, Protokolle, Webseiten usw.), Informationen über die Organisation und Verankerung gewonnen. Überdies wurden rund zehn persönliche Gespräche und Telefongespräche mit den Programmleitern oder anderen Personen geführt.

Bei diesen Gesprächen oder deren Vorbereitung wurden mehrere Instrumente eingesetzt, wie eine Checkliste der möglichen Hindernisse und der Faktoren, die eine Verankerung begünstigen, eine Checkliste der Verankerungsaspekte und ein Leitfaden für die Gespräche, in dem sämtliche spezifischen Fragen aufgelistet sind, die es bei jedem Programm zu stellen gilt. Die Organigramme der Programme wurden ebenfalls zur Vorbereitung der Gespräche verwendet und im Verlauf der Unterredung überprüft und abgeändert.

Resultate: Verankerung der Programme

Programm Suchtprävention in den Gemeinden

Seit 1993 leitet die Stiftung Radix Gesundheitsförderung im Auftrag des BAG das Programm zur Förderung und Finanzierung von Suchtpräventionsprojekten in den Gemeinden. Das von der Stiftung Radix betreute Programm hat sich landesweit gut institutionalisiert, doch die finanzielle Beteiligung des BAG ist weiterhin notwendig. Die nationale Fachmesse für Suchtprävention, die 1995, 1998 und 2001 stattfand, hat den Aufbau eines breit angelegten und fest etablierten Netzwerks ermöglicht. Das Programm ist bei den Partnern wohlbekannt und genießt einen guten Ruf.

In den Kantonen, mit Ausnahme des Tessins, hat das Programm eine gute Abdeckung erreicht. Die kantonalen Präventionsinstanzen werden bisweilen zu wenig einbezogen.

Auf lokaler Ebene lässt sich eine gute Zusammenarbeit mit den Präventionszentren feststellen. Das Design der Projekte weist immer häufiger Merkmale auf, die zu deren Verankerung und/oder Verbreitung beitragen (Modellprojekte). Die verlangte Kofinanzierung stellt kein Hindernis dar. Die Akzeptanz der vom Programm vorgeschlagenen Interventionen ist sehr gross, und die Leitlinien werden von den betreffenden Gemeinden übernommen.

Programm Fil rouge

Fil rouge ist ein Programm zur Sekundärprävention, das seit 1994 besteht und sich an das Personal von Kinder- und Jugendheimen richtet. Das Fehlen eines Dachverbandes in diesem Bereich erschwerte die Lancierung des Programms auf nationaler Ebene. Daher wurde das Programm den Gegebenheiten angepasst, wobei in der Deutsch- und Westschweiz eine unterschiedliche Organisation und Strategie entwickelt wurden. Inzwischen ist das Programm bekannt und genießt einen guten Ruf, doch die Finanzierung durch das BAG ist weiterhin notwendig.

Auf kantonaler Ebene begegnen die betroffenen Kreise den Interventionen von aussen mit einiger Zurückhaltung, weshalb der Programmausbau in den Kantonen nur zögerlich vorankommt. In der Deutschschweiz tragen die gute Informationspolitik und das auf die einzelnen Heime abgestimmte Interventionsangebot zu einer positiven Aufnahme des Programms bei.

Auf lokaler Ebene wird die verlangte Kofinanzierung der Ausbildung in der Westschweiz gut akzeptiert. Die individuell gestalteten Interventionsprojekte in der Deutschschweiz sind für eine langfristige Verankerung konzipiert. In der Westschweiz hingegen soll diese langfristige Wirkung durch die Ausbildung von Erziehern und Erzieherinnen erreicht werden.

Programm Voilà

Im Rahmen dieses Programms werden auf nationaler Ebene seit 1993 Ausbildungen in Suchtprävention und Gesundheitsförderung für Leiter und Leiterinnen von Ferienlagern angeboten. Hierbei hat sich die Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände (SAJV) bewährt, da sie zum Erfolg des Programms beigetragen hat. Auch wenn die Integration des Programms in diese Institution gelungen ist, bleibt die Finanzierung durch das BAG notwendig. Auf dieser Ebene wurde der Paradigmenwechsel (von der Prävention zur Gesundheitsförderung) gut aufgenommen.

Auf kantonaler Ebene verlief die Institutionalisierung des Programms bei den Jugendverbänden, die einen direkten oder indirekten Bezug zur Prävention haben, besser als in den anderen Vereinigungen. Das Programm ist in der Deutsch- und der Westschweiz gut etabliert, nicht aber im Tessin.

Auf lokaler Ebene wird eine gute Zusammenarbeit mit den Verbänden gepflegt. Die Freiwilligenarbeit trägt viel zur Akzeptanz und zur Wirksamkeit der Interventionen bei. Die Jugendverbände bilden ein Setting, das es erlaubt hat, eine breit angelegte Ausbildung einzuführen und einen grossen Personenkreis zu erreichen.

Programm funtasy projects

Das Programm bietet seit 1997 Unterstützung bei der Planung und Realisierung von Projekten an, die Themen aus dem Lebensumfeld der Jugendlichen aufgreifen. Es gibt keine nationale Dachorganisation, auf die sich das Programm bei Interventionen in diesem Bereich stützen könnte. Dieses Problem äusserte sich im mehrmaligen Wechsel der mit der Realisierung des Programms Beauftragten. Durch den Einsatz von Mediatoren in den Regionen konnte das Problem jedoch zumindest teilweise behoben werden. Die Übernahme des Programms durch die Sektion Drogen des BAG und die Verlängerung der Vertragsdauer mit dem neuen Beauftragten führte zu einer Konsolidierung des Programms. Die Finanzierung durch das BAG bleibt weiterhin notwendig, auch wenn Sponsoren gefunden werden konnten.

Das Programm läuft in nahezu allen Kantonen.

Auf lokaler Ebene stösst das Programm auf eine gute Akzeptanz. Die Kompetenzen, welche die Akteure im Rahmen dieser Projekte erworben haben, werden andernorts wieder eingesetzt, und die Projekte selber vermitteln zahlreiche Anregungen. Die verlangte Kofinanzierung stellt kein Hindernis dar.

Rahmenprogramm Schule und Gesundheit/Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen Schweiz (ENGS-CH)

Das Rahmenprogramm ist ein gemeinsames Programm des BAG, der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) und der Gesundheitsförderung Schweiz. In enger Zusammenarbeit mit dem Parallelprogramm ENGS-CH werden seit 1992 Gesundheitsförderungsprojekte an den Schulen ausgewählt und finanziert. Auf nationaler Ebene beruht die Zusammenarbeit zwischen den Partnern offenbar auf einem schwachen Konsens über die angestrebte Entwicklung günstiger Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung. Gewisse Unklarheiten bestehen auch in Bezug auf die Rollen- und Aufgabenteilung zwischen diesen Partnern.

Auf kantonaler Ebene ist die Auflage, dass die Projekte durch die Kantone unterstützt und an das ENGS-CH angeschlossen werden sollen, der Verankerung förderlich. Das Engagement des Bundes im Schulbereich stösst jedoch auf Skepsis. In vielen Kantonen gibt es keine auf Gesundheitsförderung spezialisierten Instanzen.

Bei den Projekten lassen sich die Kriterien für die Annahme manchmal nur schwer in die Praxis umsetzen. Die Ausrichtung der Projekte auf die Gesundheitsförderung lässt sich nur schwer durchsetzen, auch wenn das Gütesiegel "BAG" ein positives Argument darstellt.

Ausbildung von Schulmediatoren in der Westschweiz und im Tessin und Projekt Mediation

Das erste dieser beiden Projekte zielt seit 1994 auf die Schulung von Mediatoren als Ansprechpartner und Begleiter, das zweite seit 2000 auf die Entwicklung einer Mediationskultur in den Schulen. In der Westschweiz und im Tessin gestaltete sich die Ausbildung von Mediatoren schwieriger als erwartet. Es liegt kein Datenmaterial vor, das Aufschluss über die Wirkung der Ausbildungsangebote gibt. In den Kantonen Freiburg und Jura hatte die Einführung dieser Ausbildung durch das Institut de formation systématique de Fribourg (IFS) offenbar eine Impulswirkung. Die Teilnehmenden sind nach eigenen Angaben mit dem Angebot zufrieden. Nach Abschluss der Ausbildung stellt das IFS ein von den Kantonen anerkanntes Zertifikat aus. In der Westschweiz und im Tessin wurde ein Leitbild für die Schulmediation publiziert. Beim Projekt Mediation erwies sich die Webseite als wichtiges Instrument zur Verbreitung und zum Austausch von Informationen.

Programm Ohne Drogen, mit Sport, Fachstelle Sucht & Sport, Programm Drogen und Sport/La Ola

Seit 1992 ist das BAG im Setting des Sports tätig, wobei Organisation und Ziele dieses Interventionsbereichs im Laufe der Zeit erhebliche Änderungen erfahren haben. In der jetzigen Phase strebt das Bundesamt durch die Zusammenarbeit mit Swiss Olympic die Integration der Prävention und Gesundheitsförderung in die landesweiten Sportinstitutionen (nationale Verbände und Sportclubs) an. Das ursprüngliche Ziel der Integration des Sports in die Einrichtungen des Suchtbereichs hat hingegen stark an Bedeutung verloren.

Als Erfolg zu werten ist die Institutionalisierung der Fachstelle Sucht & Sport im Bundesamt für Sport (BASPO) und somit auch im Ausbildungsangebot für Sportlehrer und andere Sportinstruktoren in Magglingen.

Von der Schweizerischen Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD) unterstützte Projekte

Seit 1995 unterstützt die FASD, ein an das Schweizerische Arbeiterhilfswerk (SAH) angeschlossenes Kompetenzzentrum, im Auftrag des BAG die Lancierung von Projekten im Bereich der drogenpolitischen Säule "Schadenminderung". Die Kriterien für die Unterstützung von Projekten, welche auf die Verankerung ausgerichtet sind (vor allem die vorgängige Unterstützung einer Institution, die Bedarfsanalyse und die langfristige Finanzplanung), sind die wichtigsten Voraussetzungen für die Dauerhaftigkeit der Projekte. Die unterstützten Projekte sind hauptsächlich in der West- und der Deutschschweiz angesiedelt, wogegen im Tessin solche Projekte sehr selten sind.

Von der SFA hergestelltes Material zur Suchtprävention

Die Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) produziert verschiedene Unterlagen zur Suchtprävention (Broschüren, Prospekte usw.). Die meisten dieser Produkte können lange Zeit eingesetzt werden. In der Deutsch- und Westschweiz sind diese Unterlagen weit verbreitet, im Tessin dagegen weniger. Allerdings gibt es kaum Unterlagen für Gemeinschaften, die keine der Landessprachen sprechen. Die Produkte sind so gestaltet, dass sie immer wieder angepasst werden können. Bei den Berufsleuten und beim Zielpublikum werden sie gut aufgenommen.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu den Querelementen der Verankerung

Nationale Ebene

- Bei der Wahl eines nationalen Partners sind folgende, für die Verankerung zentralen Elemente zu beachten: die Vereinbarkeit zwischen dem Auftrag an diesen Partner und der Programmphilosophie sowie die Übereinstimmung der Struktur mit der angestrebten Verbreitung des Programms.

- Wichtige Faktoren für die Verankerung eines Programms sind ferner eine langfristige Vertragsdauer und eine Anpassung der Organisationsstruktur oder falls nötig sogar ein Wechsel des Partners.
- Die vollständige Übernahme der Finanzierung der nationalen Programmstruktur durch die Kantone und andere Partner kommt offenbar nicht in Betracht. Die Weiterführung der Programme hängt von der Fortsetzung der finanziellen Unterstützung durch das BAG ab.

Kantonale Ebene

- Die meisten Programme decken die Regionen, insbesondere das Tessin, nicht ausreichend ab.
- Die Schwierigkeiten, die manchmal bei der Arbeit im Netzwerk und der Zusammenarbeit festgestellt wurden, sind anscheinend nicht darauf zurückzuführen, dass potenzielle Partner schwer zu finden sind, sondern vielmehr auf deren Vorbehalte gegen eine solche Zusammenarbeit. Es wäre ratsam, sich darüber klar zu werden, welche Folgen die bestehende Vielfalt der angebotenen Modalitäten der Zusammenarbeit hat, und eine Harmonisierung in Betracht zu ziehen.

Lokale Ebene und Projekte

- Bei sämtlichen Programmen wurden in Bezug auf die Ausbildung beträchtliche Anstrengungen unternommen. Über deren langfristige Wirkung sind noch keine Informationen vorhanden.
- Das Konzept und das Design der Projekte schliessen meist Elemente ein, die sich auf eine Verankerung günstig auswirken. Diese Elemente werden in den Kriterien für die Projektunterstützung immer häufiger klar formuliert. Der zunehmende Einbezug des Verankerungsaspekts in die Projekte ist ein wesentlicher Faktor für deren Dauerhaftigkeit.
- Die verlangte Kofinanzierung der Projekte hat keine negativen Auswirkungen, sondern trägt vielmehr zu deren Qualität und Verankerung bei.
- Abgesehen vielleicht vom Projekt Schule und Gesundheit werden die angebotenen Programme von den betreffenden Gemeinschaften gut akzeptiert und scheinen von diesen sogar allmählich übernommen zu werden.

Weitere Querelemente

- In Anbetracht der grösseren Reichweite der Programme und der steigende Zahl von Projekten stellt sich die Frage nach den Bedürfnissen und ihrer Abdeckung. Neben einer umfassenden Abklärung, welche Bedürfnisse abgedeckt sind und welche nicht, ist auch eine Überprüfung der Aufgabenteilung erforderlich. Nur so kann im aktuellen Stadium der Intervention des Bundes eine optimale Abdeckung gewährleistet werden.
- Die Beteiligung des BAG gibt den Projekten Legitimation und Antrieb und bringt zudem einen Qualitätsanspruch mit sich. All diese Vorteile könnten verloren gehen, wenn sich das Bundesamt vollständig zurückziehen würde, wie es auf dieser Interventionsebene angestrebt wird.
- Der Akzeptanz von Projekten zur Gesundheitsförderung stehen einige Schwierigkeiten entgegen. Der Paradigmenwechsel der gesamten Präventionsprogramme hat ein stärkeres Bedürfnis nach einer Legitimation durch das "Gütesiegel" BAG zur Folge. Auch aus diesem Grund drängt sich die Frage auf, wie sinnvoll der vom Bundesamt angestrebte Rückzug auf dieser Interventionsebene ist.
- Das öffentliche Erscheinungsbild der Programme ist sehr unterschiedlich. Nicht bei allen wird auf den BAG-Ursprung verwiesen. Das "Gütesiegel" BAG verleiht jedoch zusätzliche Sichtbarkeit und Legitimation. Somit wäre es angebracht, über die Vor- und Nachteile einer gemeinsamen Corporate identity für sämtliche Programme nachzudenken.

Suchtprävention bei Jugendlichen: die Rolle der Polizei, der Gerichte und der Jugendrichter³

Auftrag

Im Rahmen des Massnahmenpakets des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro 1998-2002) will das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren der drei Säulen des Gesundheitswesens (Prävention, Therapie und Schadenminderung) und den Akteuren der Strafrechtspflege (Repression) verstärken. Zu dieser Zusammenarbeit sind jedoch nur wenige Informationen verfügbar. Um die Situation besser zu dokumentieren, hat das IUMSP in den Jahren 1998 und 1999 eine Untersuchung über die gesundheitlichen Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich durchgeführt⁴. In der vorliegenden Studie wird diese Fragestellung erweitert, wobei das Augenmerk spezifisch auf die Jugendlichen^b und die Interventionen auf lokaler Ebene gerichtet wird. Mit der Justiz und der Polizei werden alle Akteure der vierten Säule einbezogen. Dabei soll aufgezeigt werden, wie die Aufgaben zwischen diesen Akteuren und denjenigen der anderen Säulen aufgeteilt werden und wie die Zusammenarbeit zwischen ihnen funktioniert. Gemäss dem Schweizerischen Strafgesetzbuch, welches unter anderem auch das 1937 konzipierte und 1971 revidierte Jugendstrafrecht regelt, sollen Polizei und Justiz gegenüber straffälligen Minderjährigen in erster Linie präventiv tätig werden.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass diese Studie in einem entscheidenden Moment der Geschichte der Bekämpfung der Drogenproblematik durchgeführt wurde, da der Bundesrat kurz zuvor den Entwurf für ein revidiertes Betäubungsmittelgesetz verabschiedet hat. Die im Rahmen dieser Revision vorgesehenen Änderungen beschreiten insbesondere im Bereich des Jugendschutzes ganz neue Wege und werden sich auf die Arbeit der Akteure, mit denen sich diese Studie befasst, direkt auswirken.

^b Die Untersuchung bezieht sich ausschliesslich auf Minderjährige, denn Jugendliche über 18 Jahre werden rechtlich anders behandelt.

Fragestellung

Die vorliegende Arbeit soll folgende Fragen beantworten:

• Für die untersuchten Ortschaften:

Zur Rolle der Ortspolizei im Drogenbereich: Welche Entwicklungen sind bei den auf Jugendliche ausgerichteten Strategien und Aktionen in den Bereichen Prävention, Hilfe und Repression festzustellen? Wie lässt sich erreichen, dass die verschiedenen Interventionsformen (Prävention, Hilfe und Repression) sich ergänzen?

- Wie sieht die Polizei ihre Rolle bei der Verhütung von Drogensucht, Delikten und Gewalt bei Jugendlichen?
- Wie präsentiert sich die Zusammenarbeit zwischen der Polizei, den sozialmedizinischen Diensten, den Schulbehörden und den (Jugend-)Gerichten, und welches sind die möglichen Perspektiven für diese Zusammenarbeit?
- Wie definieren sich die verschiedenen Akteure, und wie teilen sie sich ihre Rollen im Rahmen der Prävention (Drogenkonsum und andere Delikte) auf? Ist diese Rollenverteilung angemessen?

Methode

Die Studie wurde anhand 12 konkreter Beispiele von lokalen Interventionen in den Kantonen Basel-Land, Basel-Stadt, Bern, Genf und Wallis durchgeführt. Die untersuchten Fälle zeichnen sich durch folgendes Merkmal aus:

"Es handelt sich um Beispiele polizeilicher oder richterlicher Interventionen präventiver Natur in Zusammenhang mit der Suchtproblematik bei Jugendlichen."

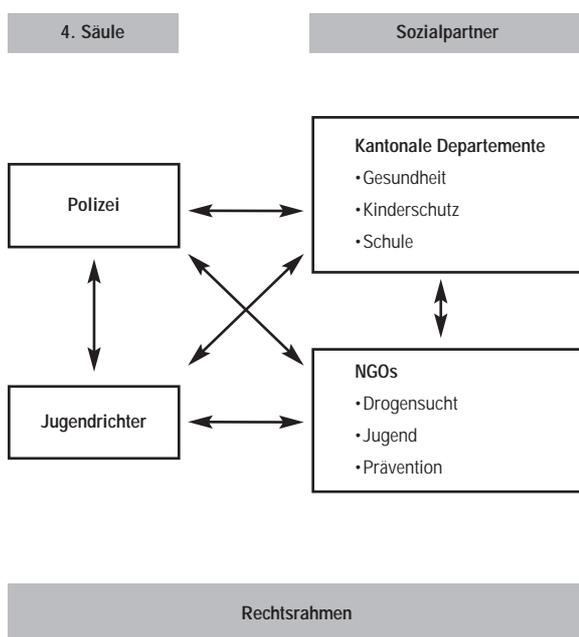
Die entsprechenden Informationen wurden im Jahre 2001 aus Gesprächen mit 20 Hauptauskunftgebern gewonnen und durch Kontakte mit einem Dutzend weiterer Akteure ergänzt. Diese Ergebnisse wurden mit Hilfe verschiedener Dokumente vertieft, die von den befragten Personen oder aus anderen Quellen stammten. Der rechtliche Kontext war Gegenstand einer besonderen Analyse.

In dieser Studie wird der Begriff der Suchtproblematik in einem weiten Sinne verwendet und speziell an die Situation der Jugendlichen angepasst. Schwerwiegende Suchtprobleme, wie Heroin- oder Kokainkonsum, werden dabei nicht behandelt, da nur sehr wenige minderjährige Jugendliche davon betroffen sind. Hingegen kann sich auf Grund ihres Verhaltens oder ihrer Lebenssituation (Konsum von Cannabis, Alkohol oder Tabak, strafbares Verhalten, schulische oder familiäre Probleme) ein besonderes Bedürfnis nach Hilfe ergeben.

Die Intensität der Eingriffe durch die Polizei oder den Justizapparat variiert je nach Fallbeispiel. In manchen Fällen ist die Polizei oder die Justiz der Hauptakteur, in anderen Fällen spielen sie nur eine Nebenrolle und arbeiten mit Akteuren eines anderen Sektors zusammen. Um die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sektoren besser einschätzen zu können, wurde von einem dreiseitigen Ansatz ausgegangen, wie das nachfolgende Schema zeigt.

Grafik 6.1

Dreiseitiger Ansatz für die Untersuchung der Fallbeispiele



Ergebnisse

Im Allgemeinen lassen die untersuchten Beispiele eine sehr komplexe Situation erkennen, die durch folgende Punkte geprägt ist:

- Der rechtliche Rahmen ist komplex: einerseits weil man zwischen dem Bundesrecht, welches für die ganze Schweiz identisch ist, und dem zum Teil recht unterschiedlichen kantonalen Recht unterscheiden muss; andererseits weil Gesetzesänderungen, etwa im Betäubungsmittelrecht, hängig sind und deswegen Unsicherheiten entstehen.
- Im Bereich der Prävention sind zahlreiche Akteure und Institutionen tätig. Dadurch kommen verschiedenste Konzepte zur Anwendung und stellt sich die Frage, wie die Verantwortlichkeiten verteilt sind.
- Obwohl mehrere Kantone von derselben Grundidee ausgehen, unterscheidet sich die Umsetzung je nach Kanton und manchmal sogar innerhalb eines Kantons.
- Die gesellschaftliche Wahrnehmung des Cannabis-konsums ändert sich. Abgesehen vom rechtlichen Rahmen bestehen keine objektiven Schranken, die den "problematischen Konsum" abgrenzen; dieser muss vielmehr von den beteiligten Akteuren – also auch den betroffenen Jugendlichen – gemeinsam definiert werden.

Die untersuchten Beispiele^c wurden nach einer bestimmten Typologie klassiert und untersucht, welche auf drei Interventionsmodellen beruht: Modelle, die auf der spezialisierten Rolle der Polizei basieren, Modelle, die von der Jugendgerichtsbarkeit ausgehen, und Modelle, die beim Verkauf legaler Drogen an Jugendliche ansetzen.

Interventionsmodelle, die auf der spezialisierten Rolle der Polizei basieren

In den drei gewählten Beispielen geht es um die Primär- und Sekundärprävention von Jugendkriminalität. Das Zielpublikum setzt sich aus (schulpflichtigen oder nicht mehr zur Schule gehenden) Jugendlichen sowie – bei Projekten, die den Schutz eines ganzen Quartiers anstreben – aus der lokalen Bevölkerung zusammen. Im Rahmen der Interventionen bei Jugendlichen erfüllt die Polizei die Rolle des Jugendbeauftragten im Polizeiposten und in den Schulen diejenige des Präventionsbeauftragten. Sie definiert sich in diesem Zusammenhang als bürgernahe Quartierpolizei.

Interventionsmodelle im Bereich der Jugendgerichtsbarkeit

Fünf Beispiele sollen dieses Modell veranschaulichen. Die Interventionen zielen auf Jugendliche, die vor den Jugendrichter treten müssen, in der Regel wegen des Konsums von Cannabis. Diese Jugendlichen werden aufgefordert oder verpflichtet, an einer Intervention teilzunehmen, die von Fachleuten des Sozialbereichs durchgeführt werden. So werden Präventionskurse und Evaluationssitzungen abgehalten, um die Jugendlichen für die Suchtproblematik zu sensibilisieren. Nehmen Jugendliche an solchen Aktivitäten teil, kann der Richter von einer Strafe oder Massnahme absehen.

Interventionsmodelle, die beim Verkauf von legalen Drogen an Jugendliche ansetzen

Für dieses Modell werden zwei Beispiele angeführt. Ziel ist es, den Alkohol- und Tabakkonsum bei Jugendlichen zu senken, indem der Zugang zu diesen Produkten erschwert wird. Die Verantwortlichen der Geschäfte und Verkaufsstellen von Alkohol- und Tabakprodukten sollen durch Information, Warnungen und Kontrollen sensibilisiert werden.

Untersucht man die Modalitäten der Umsetzung der verschiedenen Interventionen, so werden einige Faktoren sichtbar, die für die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren der Strafrechtspflege (Repression) und den

Tabelle 6.1

Günstige und ungünstige Faktoren für die Zusammenarbeit

Günstige Faktoren	Ungünstige Faktoren
Festlegung gemeinsamer Ziele	Mangelnde Klarheit bei der Rollenfestlegung
Klare rechtliche Grundlagen	Unklare Kommunikation der Prioritäten durch die Behörden
Gemeinsame Weiterbildung	Konkurrenz bei der Finanzierung
Gemeinsame Planung und Umsetzung der Interventionen	Überforderung der Partner
Schaffung neuer Funktionen	Mangelnde Übereinstimmung zwischen Gesetzen, gesellschaftlichen Normen und konkreten Verhaltensweisen
Gemeinschaftsorientierte Ansätze	Mangelnde Übereinstimmung zwischen den Rechtsnormen und ihrer Umsetzung
Erhaltung persönlicher Kontakte	Unklarer rechtlicher Rahmen
	Schlecht vermittelte Beispiele von good practices

^c Zwei der Beispiele entsprechen nicht dieser Typologie und wurden deshalb hier nicht berücksichtigt.

Akteuren der übrigen drei Säulen förderlich oder hinderlich sein können.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Im Folgenden werden die Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die drei untersuchten Beispiele dargestellt. Der unserer Ansicht nach geeignetste Partner für die Umsetzung der Empfehlungen ist die Arbeitsgruppe "Zusammenarbeit zwischen Polizei und Sozialarbeit im Drogen- und Aidsbereich" (AgZuPo).

Prävention, die auf der spezialisierten Rolle der Polizei basiert

Die Rolle und Identität der Polizei ändern sich, wobei der Prävention eine immer grössere Bedeutung zukommt. Dies zeigt sich unter anderem dadurch, dass die Polizisten neue, spezialisierte Rollen und Funktionen übernehmen. Gegenwärtig gibt es noch keine Datenbank, die all diese in der Schweiz entwickelten Innovationen zentral zusammenfasst.

- Damit alle Kantone und Gemeinden von den polizeilichen Innovationen im Bereich der Prävention profitieren können, wird empfohlen, sämtliche Erfahrungen auf diesem Gebiet in einer Datenbank der "good practices" zu sammeln und sie entsprechend zu bewerten und zu nutzen.

Im Bereich der primären Prävention wird die Revision des Betäubungsmittelgesetzes für die Polizei einige Änderungen zur Folge haben, denn sie wird künftig nicht mehr verpflichtet sein, den Konsum von Cannabis anzuzeigen. Allerdings ist schwer abzuschätzen, wie stark sich diese Änderungen auswirken werden. Mit der Ausweitung der Rolle der Polizei im Bereich der primären Prävention stellt sich die Frage der Rollenteilung zwischen den vor Ort tätigen Akteuren. Die Studie zeigt, dass zwischen der Polizei und den sozialen Akteuren ein Konfliktpotential besteht. Manche Aspekte der Prävention sind eindeutig dem Polizeibereich zuzuordnen, während andere Aspekte weniger leicht zu kategorisieren sind.

- Um die Kohärenz der Interventionen zwischen den verschiedenen Akteuren zu verbessern und die Aufgabenteilung festzulegen, sollte das BAG gemeinsam mit der Polizei ein Konzept erarbeiten, welches die Rolle der Polizei und der sozialen Akteure bei der primären Prävention im Hinblick auf die Gesundheit der Jugendlichen sowie die Problematik der Delinquenz näher umschreibt. Es wird empfohlen, dieses Konzept den betroffenen Institutionen zuzustellen und ihm an fachübergreifenden Zusammenkünften Nachachtung zu verschaffen.

Prävention im Bereich der Jugendgerichtsbarkeit

In den letzten Jahren hat sich die Zusammenarbeit zwischen der Justiz und den Partnern des Sozialbereichs sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht verbessert. Mit dem heutigen Gesetz können die Gerichtsbehörden auf verschiedene Weise eine "Hebelfunktion" ausüben, wobei sie sich stets auf die Gutachten der Fachleute aus dem sozialen oder medizinischen Bereich abstützen. Die heutige Regelung hat den Vorteil, dass sie die Rollen der Akteure klar festlegt: Die Interventionen und die Modalitäten der Zusammenarbeit werden zwar gemeinsam erarbeitet, doch bleibt die Justiz hauptverantwortlich für die Behandlung des Falls. Die Früherfassung von Drogenmissbrauch oder Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen wird gegenwärtig als ungenügend eingeschätzt⁵. Es fragt sich, ob adäquate "zivile" Mittel bereitgestellt werden können, um die sekundärpräventiven Interventionen zu ersetzen, die bisher vom Jugendrichter vorgenommen wurden.

- Unter dem bisherigen Gesetz wurden verschiedene Systeme der Zusammenarbeit zwischen der Justiz und den Akteuren des Sozialbereichs entwickelt; beim Übergang zum neuen Gesetz sollte darauf geachtet werden, dass diese Erfahrungen nicht verloren gehen.

Mit der Gesetzesrevision werden die Rahmenbedingungen der Prävention bei Jugendlichen grundlegend verändert. Der Jugendschutz soll mit verschiedenen Mitteln verbessert werden, da die heutige Situation als unbefriedigend empfunden wird. In seiner Botschaft zum Gesetzesentwurf kündigt der Bundesrat ein

Programm zur Förderung der Sekundärprävention und der Früherkennung an. Dieses vom BAG und den Kantonen gemeinsam durchzuführende Programm soll sich über eine Dauer von fünf Jahren erstrecken.

- Es wird empfohlen, in Zusammenarbeit mit den Akteuren der vierten Säule (Repression) Begleitmassnahmen zur Verstärkung der Sekundärprävention bei Jugendlichen zu erarbeiten.

Was die möglichen Auswirkungen der Gesetzesrevision betrifft, so gehen die Meinungen auseinander. Auf jeden Fall ist unbestritten, dass die durch das neue Gesetz bewirkten Veränderungen aufmerksam verfolgt werden müssen.

- Das Programm zur Erforschung und Evaluation der BetmG-Revision und ihrer Auswirkungen muss spezifisch auf Jugendliche abgestimmte Elemente enthalten und zugleich die Rolle der Justiz in der Sekundärprävention berücksichtigen. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob die getroffenen Massnahmen zweckmässig und wirksam sind. Es wird empfohlen, dieses Dispositiv in Zusammenarbeit mit den Akteuren der vierten Säule zu erarbeiten.

Prävention beim Verkauf von legalen Drogen an Jugendliche

Im Rahmen der Suchtprävention bei Jugendlichen liegt eines der Probleme darin, dass die Botschaften zu den legalen und den illegalen Drogen sich kaum in Einklang bringen lassen. Grundsätzlich ist der Verkauf von Alkohol und Tabak an Jugendliche unter 16 Jahren verboten. Die beiden gewählten Beispiele zu diesem Thema setzen sich mit dem Angebot an legalen Drogen auseinander und betonen somit einen anderen Aspekt der Prävention.

- Um diesen Präventionsansatz zu fördern, wird empfohlen, die Interventionen zur Bekämpfung des Tabak- und Alkoholverkaufs an Kinder zu zentralisieren und via Internet zugänglich zu machen.

Die im Rahmen der BetmG-Revision ins Leben gerufene Expertengruppe "Jugendschutz" weist in ihrem Schlussbericht auf die Unzulänglichkeit der heutigen

Rechtslage in Bezug auf Tabak und Alkohol hin. Sie empfiehlt deshalb, die Verantwortlichen von Geschäften und Verkaufsstellen gezielt zu informieren und zu motivieren.

- Gemäss den Empfehlungen der Expertengruppe "Jugendschutz" sollten beim Verkauf von Tabak und Alkohol ansetzende Massnahmen ergriffen werden, um ein wirksameres System zur Kontrolle und Verzeigung von Widerhandlungen zu schaffen.

Falls das neue Bundesgesetz über die Betäubungsmittel entsprechend dem heutigen Entwurf in Kraft tritt, werden zwei wichtige Änderungen zur Abgabe und zum Verkauf von Cannabis einerseits und von Tabak und Alkohol andererseits eingeführt werden: Die Abgabe von Cannabis an einen Jugendlichen unter 16 Jahren wird mit Gefängnis und Busse bestraft, während die Strafe bei Alkohol und Tabak lediglich auf Gefängnis oder Busse lautet. Was den legalen Verkauf dieser Substanzen betrifft, so wird – sofern das Opportunitätsprinzip für den Verkauf von Cannabis eingeführt wird – der Verkauf von Alkohol und Tabak an Jugendliche über 16 Jahren erlaubt sein, während die Altersgrenze bei Cannabis auf 18 Jahre festgelegt wird.

- Es wird empfohlen, sich über diese Unterschiede und vor allem auch die damit einhergehenden Probleme hinsichtlich der Legitimierung und Gesetzesanwendung klar zu werden.

Bibliographische Referenzen

- ¹ Zobel F, Arnaud S. *Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 79).
- ² Jeannin A, So-Barazetti B, Spencer B. *Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie: l'appréciation des responsables de programme*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 82).
- ³ Ernst M-L, Spencer B. *Suchtprävention bei Jugendlichen: die Rolle der Polizei und der Jugendgerichte*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 84b).
- ⁴ Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B. *Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich*. Lausanne: IUMSP; 1999. (Raisons de santé, 37a).
- ⁵ Der Schweizerische Bundesrat. *Botschaft vom 9. März 2001 über die Änderung des Betäubungsmittelgesetzes. Kap. 1.2.1.2 Expertisen zu verschiedenen Problembereichen (BBL 2001 3537)*. Bern: Bundeskanzlei; 2001.
URL : <http://www.admin.ch/ch/d/ff/2001/3715.pdf>

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Dieses Kapitel befasst sich mit der **allgemeinen Entwicklung des MaPaDro und bildet daher eine Beurteilung der Gesamtheit der im Rahmen dieses Programms durchgeführten Aktivitäten. Der erste Teil des Kapitels betrachtet den Ablauf des Programms unter zwei Gesichtspunkten:**

- aus Sicht der Prioritäten, die das BAG für das MaPaDro festgelegt hat;
- aus Sicht der Schlussfolgerungen und Empfehlungen des letzten Evaluationsberichts (1997-1999).

Der zweite Teil des Kapitels besteht aus einer **kurzen Synthese sämtlicher in diesem Bericht zusammengetragenen Daten und Einschätzungen. Er schliesst mit fünf Empfehlungen an die Verantwortlichen des Programms.**

Allgemeine Begleitung des MaPaDro

Beurteilung aufgrund der vom BAG festgelegten Prioritäten

Das BAG hat für seine Aktivitäten in den Jahren 1998-2002 eine Reihe von Prioritäten festgelegt¹. Da dieser Zeitraum nun zu Ende ist, sollte Bilanz gezogen und geprüft werden, was bei jeder dieser Prioritäten erreicht worden ist.

- Erweiterung der Verpflichtung des Bundes zur **Primär- und Sekundärprävention** sowie der Früherkennung und Früherfassung von Gefährdeten, um eine Entwicklung hin zur Abhängigkeit zu vermeiden. Die Notwendigkeit von langfristigen und im Gemeinwesen gut verankerten Ansätzen wird unterstrichen. Im Besonderen:
 - Umsetzung von Synergien der verschiedenen Primär- und Sekundärpräventionsprogrammen, welche vom BAG eingeführt oder unterstützt werden.
 - Realisierung eines Forschungsprogramms zur Früherfassung und Früherkennung von gefährdeten

Jugendlichen (supra-f). Wissenschaftliche Erforschung von Machbarkeit und Wirksamkeit dieses Ansatzes im schweizerischen Umfeld.

- Konzentration der Mittel des BAG auf die Prävention.

Bei den verschiedenen Präventionsprogrammen des BAG werden erste Synergien genutzt, wobei diese Entwicklung durch die Schaffung einer Dienststelle zur Prävention und Gesundheitsförderung, welche die Leitung der gesamten Programme innehat, begünstigt wird. Die Vereinheitlichung der in diesem Programmen verwendeten Ansätze ist ebenfalls im Gang, wobei sich das BAG an einem Modell orientiert, das auf der Erkennung und Ausbildung von Multiplikatoren in den Lebensräumen der Jugendlichen basiert. Auf diese Weise sollen unter anderem die Instrumente zur Früherfassung und Frühintervention verbessert werden. Derzeit sind die Aktivitäten der Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme jedoch noch sehr heterogen und das verfügbare Datenmaterial ist nicht genügend vergleichbar. Zudem sollte bei jedem Programm das Verhältnis zwischen den Investitionen und den erreichten Resultaten überdacht werden.

Das Forschungsprogramm zur Früherfassung von gefährdeten Jugendlichen (supra-f) ist angelaufen. Seine Durchführung stellt jedoch noch eine Reihe von Problemen. Ein Beleg dafür sind die häufigen Wechsel bei den an diesem Projekt beteiligten Forschern und Koordinatoren sowie einige methodologische Empfehlungen, die bei einer externen Evaluation formuliert wurden.

Aus dem verfügbaren Datenmaterial lässt sich nicht beurteilen, ob die Impulsmittel des BAG tatsächlich auf den Bereich der Prävention umgeleitet worden sind. Man stellt hingegen fest, dass für diesen Bereich beträchtliche Mittel bereitgestellt wurden und dass Langzeitprogramme, die entsprechende Investitionen erfordern, eingerichtet werden konnten. Daraus kann man folgern, dass der Bereich der Prävention im Rahmen des MaPaDro weiterhin eine hohe Priorität genießt.

- **Konsolidierung und Koordination von Therapieangeboten**, um die Möglichkeit des Drogenanstiegs zu erhöhen. Im Besonderen:
 - Vereinbarung für ein ausgeglichenes Finanzierungssystem der abstinenzorientierten Therapien innerhalb des Sozialversicherungssystems und des finanziellen Lastenausgleichs Bund/Kantone. Dies unter Berücksichtigung der verschiedenen notwendigen Angebote, eingeschlossen jene, die ein vorzeitiges therapeutisches Eingreifen vorsehen.
 - Einleiten einer Qualitätsverbesserung der Therapien mit Methadonsubstitution im Hinblick auf eine verbesserte Haltequote.
 - Ärztliche Verschreibung von Heroin als integriertes Angebot im Netz der Drogentherapien.
 - Verbesserung des Therapieangebotes und der Schadenminderung in Verbindung mit Drogenkonsum in mindestens 1/3 der Strafvollzugsanstalten, resp. bei 1/3 der Gefängnisplätze.

Die Realisierung der Mehrzahl der oben genannten Prioritäten ist im Gang. Die Einführung einer einheitlichen Finanzierung für stationäre Suchttherapien (FiSu) hat bereits gute Fortschritte gemacht. Der Grund, weshalb das System noch nicht fertig eingerichtet ist, liegt zweifellos darin, dass der Zeitplan zu optimistisch angesetzt worden ist, wenn man bedenkt, wie schwierig die Reorganisation des bisherigen hoch komplexen Systems ist, an dem zahlreiche Akteure (Kantone, Gemeinden, Bund, Institutionen) beteiligt sind. Ein anderes Projekt in diesem Sektor hat in den letzten Jahren ebenfalls an Bedeutung gewonnen. Es handelt sich um das vom BAG entwickelte Qualitätsmanagementsystem QuaTheDA, welches eine Ergänzung zum Finanzierungssystem darstellt und zu einer Neugestaltung der Leistungen und der Rolle der stationären Therapieeinrichtungen beiträgt.

Bei den ambulanten Behandlungen hat der in den Prioritäten des MaPaDro festgelegte Qualitätsverbesserungsprozess erst in der letzten Phase des Programms Fortschritte gemacht. Mit den Arbeiten im Rahmen der Nationalen Substitutionskonferenz (NaSuKo) sollte es möglich sein, in diesem Bereich bessere Praktiken einzuführen. Dies insbesondere dank den neuen *Guidelines* für die Indikation und Verschreibung von Methadon. Diese Arbeiten stehen jedoch noch am

Beginn und es wird erwartet, dass das BAG sich langfristig und beständig an den Bemühungen zur Verbesserung dieser Behandlungen beteiligt. So könnte es zum Beispiel vorteilhaft sein, sich die beim HeGeBe-Programm erworbenen Kompetenzen zunutze zu machen. Schliesslich sei hier auch auf die Projekte zur Vernetzung der verschreibenden Ärzte MedRoTox und MeTiTox verwiesen, die gezeigt haben, dass eine Unterstützung durch *Peers* (Berufskollegen) eine kluge und zugleich kosteneffiziente Strategie für Aktionen bei den Grundversorgern darstellt. Diese Erfahrung gilt es nun in der Deutschschweiz zu verbreiten.

Die Institutionalisierung der ärztlichen Heroinabgabe ist bereits weit fortgeschritten, wie es der Priorität entspricht, die sich das BAG gesetzt hat. In einigen Regionen der Schweiz ist diese Behandlungsform bereits erfolgreich in das bestehende Therapieangebot aufgenommen worden. Die nächste Aufgabe besteht nun jedoch darin, diese Integration auszuweiten und die Aktivitäten mit den anderen Therapiebereichen zu koordinieren. Gewisse Schritte in diese Richtung wurden in den Kantonen getan, welche die ärztliche Verschreibung von Heroin anbieten, vor allem im Zuge der Einführung dieser Behandlungsform im Strafvollzug und bei den Klienten von stationären Therapien. Die Koordination zwischen den Spezialkliniken, die Heroin abgeben, und den übrigen Institutionen und Fachleuten, die sich mit Behandlungen für Drogenkonsumierende befassen, muss jedoch noch generell verbessert werden. So könnten Behandlungspläne entwickelt werden, die auch einen Wegweiser durch die verschiedenen vorhandenen Angebote umfassen und es den Drogenabhängigen ermöglichen, ihre Situation allmählich zu stabilisieren.

Die angestrebten Zielwerte, die sich das BAG für den Strafvollzugsbereich vorgenommen hat, bereiten hingegen Probleme. Einerseits gibt es momentan keine regelmässig erhobenen Daten, mit denen die Entwicklung des Behandlungsangebotes im Gefängnis überprüft werden kann, andererseits scheint die Tätigkeit des BAG in diesem Bereich seit zwei oder drei Jahren nicht mehr vorrangig zu sein. Daher existiert eine beträchtliche Kluft zwischen dem, was nach der Prioritätensetzung in diesem Bereich angestrebt wird, und der Realität. Das BAG sollte diese Situation klären.

- Konsolidierung des Massnahmenangebotes zur **Schadensverminderung** und dem Erhalt des sozialen Netzes für Abhängige und Drogenkonsumenten. Im Besonderen:
 - Die Dauerhaftigkeit der notwendigen Massnahmen zur Schadensverminderung im Rahmen der Drogenpolitik von Städten und Kantonen sichern, die Kontinuität von Institutionen und ihre Finanzierung fördern.
 - Erhöhung der Zugänglichkeit zu Spritzenmaterial in noch unterdotierten Regionen und Städten, um diesbezüglichen Bedürfnissen flächendeckend im ganzen Land nachzukommen.
 - Qualitätsverbesserung der Massnahmen zur Schadenminderung und zum Erhalt der sozialen Integration, indem die Kooperation im Netz von Prävention und Therapie sowie Schutz der Bevölkerung verbessert wird.
 - Verbesserung des Therapie-Angebotes zur Schadenminderung in mindestens 1/3 der Strafanstalten resp. 1/3 der Anzahl Gefängnisplätze.

Das Engagement des BAG über seine Aids- und Drogenprogramme hat massgeblich zur Institutionalisierung der Schadenminderung (Risikoverminderung) in der Schweiz beigetragen. Damit hat das Bundesamt tatkräftig an der Verbesserung der sozialen und vor allem der gesundheitlichen Situation der abhängigen Drogenkonsumierenden mitgewirkt. Bezüglich den für das MaPaDro festgelegten Prioritäten ist die Situation jedoch weniger klar. Die Ziele sind sehr ehrgeizig und es fehlt noch an Instrumenten, mit denen sich kontrollieren liesse, ob sie erreicht worden sind. So ist es schwierig zu beurteilen, ob das BAG den Fortbestand der Schadenminderungsmassnahmen auf Kantons- und Gemeindeebene gesichert und inwieweit es dazu beigetragen hat, die Versorgung mit Injektionsmaterial in der Schweiz in den vergangenen Jahren zu verbessern. Zweifellos trägt das Engagement der Schweizerischen Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD) zur Erreichung der in diesem Bereich gesetzten Ziele bei. In welchem Ausmass dies bereits verwirklicht wurde, lässt sich allerdings ohne eine klare Abklärung der Bedürfnisse und der Lücken nicht feststellen. Sobald die aktuelle Bestandesaufnahme der Arbeits- und Wohnangebote sowie die nächste Evaluation der FASD vorliegen, wird eine bessere Einschätzung dieses Beitrags, auch hinsichtlich der Qualitätsverbesserung und der Vernetzung in diesem Bereich,

möglich sein. Man sollte jedoch auch ein neues Verzeichnis der Massnahmen zur Verminderung der Gesundheitsschäden erstellen, um das Schadenminderungsangebot gesamthaft beurteilen zu können.

Im Bereich des Strafvollzugs wurde die angestrebte Erweiterung des Schadenminderungsangebots, das für einen Drittel der Gefängnisinsassen in der Schweiz zugänglich sein sollte, bereits im Jahr 1999 erreicht.

- Einrichtung und effizienter Betrieb einer Beobachtungsstelle für ein **nationales epidemiologisches Monitoring** nach dem Modell der "REITOX-Knotenpunkte" der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD).

Dieses Ziel wurde noch nicht erreicht, womit der hauptsächlichste Schwachpunkt des MaPaDro noch nicht behoben ist. Dieser Punkt wird weiter unten in der Nachkontrolle der Empfehlungen des vorliegenden Evaluationsberichts erörtert.

- Zuverlässige Weiterleitung der Ergebnisse aus den **epidemiologischen Studien**, den **wissenschaftlichen Forschungsarbeiten** und den **Evaluationen** im Drogenbereich an die Fachleute vor Ort und an die Entscheidungsträger.

Das BAG hat zahlreiche Aktivitäten durchgeführt, um dieses Ziel zu erreichen. Dazu gehört das Zusammentragen von Resultaten der im Rahmen des MaPaDro durchgeführten Forschungs- und Evaluationsarbeiten, die Präsentation der laufenden Forschungsarbeiten auf dem ARAMIS-Informationssystem, die Verwertung und Bekanntmachung der Studien in der Informationszeitschrift spectra sowie die Organisation verschiedener Konferenzen zur Förderung des Austausches zwischen Forschern und Fachleuten. Der Wissenstransfer hatte somit für das BAG in der Tat einen wichtigen Stellenwert.

- Einleitung eines Verfahrens zur **Qualitätsförderung und zum Qualitätsmanagement** für das gesamte Massnahmenpaket Drogen. Dieses an die verschiedenen Bereiche angepasste Verfahren soll von mehr als der Hälfte der mit Drogenproblemen befassten Institutionen und Entscheidungsträgern (Bund, Kantone, Gemeinden, private Institutionen) verwendet werden bzw. für diese von Nutzen sein.

Die wichtigste Entwicklung in Zusammenhang mit dieser Priorität ist die Einrichtung des Qualitätsmanagementsystems im stationären Behandlungssektor. Dieses System sollte auch auf die ambulanten Behandlungen ausgeweitet werden und könnte wahrscheinlich als Modell für andere Bereiche (Prävention, Schadenminderung, usw.) dienen. Dagegen hat das BAG sein quantitatives Ziel noch nicht erreicht, ausser für die ärztliche Verschreibung von Heroin sowie für den stationären Sektor, wo es demnächst erreicht werden dürfte.

- Optimierung und **Koordination** der Zusammenarbeit zwischen den **verschiedenen Gremien**, insbesondere der Konferenz der kantonalen Delegierten für Suchtfragen (KKBS) und des Nationalen Drogenausschusses (NDA).

Das BAG hat eine Evaluation des nationalen Koordinationssystems in Auftrag gegeben, um dieses zu verbessern. Die Resultate der Evaluation haben bisher in diesem Bereich nicht zu Reformen geführt und somit ist das System offenbar noch nicht optimiert worden.

Die Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen (KKBS) ist regelmässig tätig und verzeichnet eine gute Mitgliederbeteiligung, womit der Nutzen dieser Konferenz voll und ganz erwiesen scheint. Der Nationale Drogenausschuss (NDA) ist hingegen nur sporadisch aktiv; gegenwärtig werden Diskussionen über seinen Nutzen und seine Form geführt.

Nachkontrolle anhand der Empfehlungen des vorliegenden Globalevaluationsberichts (1997-1999)

Der letzte Globalevaluationsbericht schloss mit dreizehn Schlussempfehlungen an die Verantwortlichen des MaPaDro. Diese werden unten nochmals aufgegriffen und anhand der seither durchgeführten Arbeiten kommentiert. Einige dieser Empfehlungen decken sich mit den oben erörterten Prioritäten, die sich das BAG gesetzt hat. Bereits genannte Anmerkungen werden daher hier nicht nochmals erwähnt.

- 1 Das BAG sollte mit besonderer Aufmerksamkeit an einer Harmonisierung der Statistiken im Suchtbereich arbeiten, um zuverlässige epidemiologische Indikatoren zur Hand zu haben. Das epidemiologische Überwachungssystem ist ein wichtiges Werkzeug für eine effiziente Gesundheitspolitik im Suchtbereich und sollte für das BAG daher einen Arbeitsschwerpunkt bilden.

Diese Empfehlung figurierte bereits im ersten Globalevaluationsbericht aus dem Jahr 1992 und bleibt weiterhin gültig. Gewiss, das BAG hat seit zehn Jahren aktiv an der Entwicklung verschiedener epidemiologischer Instrumente mitgewirkt und ein wichtiges Projekt zur Harmonisierung der Behandlungsstatistiken (Act-info) eingeführt. Die Umsetzung dieser Projekte wurde jedoch zu wenig koordiniert oder hat sich verzögert. So gibt es immer noch kein eigentliches System für die Überwachung des Drogenkonsums in der Schweiz und der Entscheid für die Realisierung eines solchen Systems ist noch hängig, da die Verhandlungen zwischen dem BAG und dem Bundesamt für Statistik (BFS) noch nicht abgeschlossen sind. Für die Umsetzung einer auf evidenzbasierten Daten (Evidence based) beruhenden Politik ist ein Überwachungssystem aber eine unabdingbare Voraussetzung und dessen Fehlen stellt immer noch den hauptsächlichen Schwachpunkt des MaPaDro dar. Daher wäre es ratsam, dass das BAG die Verantwortung und die Führung eines solchen Systems übernimmt und die erforderlichen Sachkenntnisse und Mittel bereitstellt. Zudem sollten die Ausgestaltung der Überwachungsarbeiten, die Einrichtung einer nationalen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, die Ausschreibung einer Forschungsarbeit über die Auswirkungen der Revision des Betäubungsmittelgesetzes sowie der Aufbau eines nationalen Frühwarnsystems geklärt werden. Diese verschiedenen Projekte sollten in hohem Masse koordiniert und miteinander verbunden werden, um damit ihren individuellen und kollektiven Nutzen zu optimieren.

- 2 Fast jeder zweite Drogensüchtige wird heute mit Methadon behandelt: Um die Qualität dieser Behandlungen zu sichern und die entsprechenden Kenntnisse zu erweitern, sind diesem Sektor entsprechende Ressourcen zuzuweisen.

Für diesen Bereich hat sich das BAG in den vergangenen zwei Jahren stärker eingesetzt. Seine Anstrengungen sind zu begrüßen, aber sein Engagement ist immer noch geringer als im Bereich der stationären Behandlungen und der ärztlichen Verschreibung von Heroin, obschon die Zahl der in einer Methadonbehandlung befindlichen Personen sehr viel höher ist. Daher wäre es zu begrüßen, dass das BAG in diesem Bereich die Rolle eines Hauptakteurs übernimmt, die vorhandenen Kenntnisse und Erfahrungen zusammenschliesst und die Qualitätsförderung der Langzeitbehandlungen unterstützt. Ein nationales Rahmenprogramm für die Behandlungen mit Methadon (und mit Buprenorphin) könnte sich hier als besonders nützliches Instrument erweisen.

- 3 Die Angebote zur Therapie und Überlebenshilfe sind von fundamentaler Bedeutung, und das BAG sollte sich konstant darum bemühen, sie vielfältiger und individueller auszugestalten ihre Professionalität und Zugänglichkeit zu erhöhen.

Diese Empfehlung wird vom BAG befolgt; der Zugang und die Qualität des Angebots für Drogenabhängige gehören zu seinen wichtigsten Prioritäten. Zu besonderen Fällen wie den Methadonbehandlungen, der Schadenminderung und der Überlebenshilfe für drogenkonsumierende Gefängnisinsassen könnten noch zusätzliche Arbeiten durchgeführt werden, vor allem was die Ermittlung bestehender Lücken und die Verbreitung erprobter Projekte betrifft.

- 4 Für Projekte unter Beteiligung des BAG muss allgemein ein Verankerungsprozess eingeführt werden, damit die Aktionen nicht auf den Subventionszeitraum beschränkt bleiben und ihre Wirkung und Zugänglichkeit langfristig gesichert sind.

Diese Empfehlung gilt besonders für den Bereich der Prävention. Eine kürzlich erstellte Globalevaluationsstudie³ hat die wichtigsten Aufgaben im Hinblick auf diese Verankerung aufgezeigt und unter anderem auch auf bestimmte Rollen und Funktionen hingewiesen, die das BAG auch nach einer allfälligen Beendigung der Projektfinanzierung beibehalten sollte. Die Ergebnisse dieser Studie sollten berücksichtigt werden, um die diesbezügliche Strategie des BAG zu optimieren.

- 5 Das BAG muss seine interne Koordination so ausbauen, dass sich seine Partner auf klar definierte Arbeitskonzepte und – methoden beziehen können. Dies gilt generell für die Prävention, aber auch für die Sektoren Substitutionstherapie, Überlebenshilfe und Sekundärprävention. Wenn Projekte und Studien ausgeschrieben und die Auswahlkriterien klarer erläutert würden, könnten sich die Akteure, die mit dem BAG zusammenarbeiten, besser auf die an sie gestellten Erwartungen einstellen.

Im Bereich der Prävention wird an der konzeptuellen Klärung und der genaueren Festlegung der Interventionsweisen gearbeitet. Dies sollte es erlauben, die Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme zu vereinheitlichen und ihre gemeinsamen Ziele zu verdeutlichen. Zudem sollte dank diesem Prozess auch eine Qualitätsverbesserung jedes einzelnen Programms ermöglicht werden. Hinsichtlich der Interaktion zwischen ambulanten Behandlungen, der Schadenminderung und der Sekundärprävention (Früherfassung von gefährdeten Jugendlichen) muss man feststellen, dass diese beschränkt ist, da diese Themen im MaPaDro unabhängig voneinander behandelt werden. Eine mögliche Lösung für diese Koordinationsprobleme könnte in der Unterstützung von lokalen Koordinationsprojekten bestehen, die es erlauben, die Verknüpfungsversuche zwischen den verschiedenen Betreuungsangeboten zu beobachten.

Die Definition der Auswahlkriterien für die im Rahmen des MaPaDro finanzierten Projekte und Studien sowie die Ausschreibungsverfahren wurden in den vergangenen Jahren verbessert und systematisiert. Trotzdem stellt man immer noch fest, dass das BAG darauf verzichtet, gewisse Aufgaben, etwa die Definition von Zielen und die Auswahl von Projekte oder Studien, an Dritte zu delegieren, die manchmal besser geeignet wären, die Qualität und die Brauchbarkeit der Vorschläge zu beurteilen. Dies gilt vor allem für die Forschung, wo es entsprechend den in diesem Bereich verwendeten Standards sinnvoll wäre, die Aufgaben und die Begleitung einer Gruppe von externen Experten zu übertragen, statt allein dem BAG zu überlassen.

- 6 Die Arbeit mit Delegataren hat sich als sehr positiv erwiesen und das BAG sollte diese Art der Intervention fortsetzen, gleichzeitig aber auch darauf achten, dass der Delegatar die erforderlichen Kompetenzen besitzt und ausreichende Ressourcen für seine Mission erhält.

Diese allgemeine Empfehlung bleibt weiterhin gültig. Die vorgenommenen Änderungen, die einige Delegatäre vor allem im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung betreffen, weisen darauf hin, dass zuweilen noch Projekte und Programme lanciert werden, ohne dass eine optimale Lösung gefunden wurde oder ohne dass die Ziele der Projekte an die besonderen Fähigkeiten der ausgewählten Delegatäre angepasst worden sind. Der Aufbau einer internen Projektmanagementausbildung, sofern eine solche noch nicht existiert, könnte hier Abhilfe schaffen.

- 7 Zu den wichtigsten Tätigkeiten des BAG gehört die Information der Partner und der Gesamtbevölkerung. Im Rahmen dieser Aufgabe baut es die nationale Koordination aus und fördert die soziale und politische Akzeptanz des Umgangs mit Suchtproblemen, vor allem durch Sensibilisierungskampagnen, Broschüren oder Berichte. Die Arbeit des BAG ist beispielhaft in diesem Bereich und es wäre wünschenswert, dass dies so bleibt.

Die Informationsarbeit, die das BAG leistet, ist immer noch bemerkenswert. Es sollte diesem Punkt jedoch wieder besondere Aufmerksamkeit widmen, wenn der Revisionsentwurf für das neue Betäubungsmittelgesetz in der vorliegenden Fassung eingeführt wird, d.h. mit den vorgesehenen erheblichen Änderungen hinsichtlich des Cannabis. Bei dieser Gelegenheit sollte auch eine neue Sensibilisierungskampagne, die sich beispielsweise mit der Zweckmässigkeit der Früherkennung eines Drogenmissbrauchs befasst, in Betracht gezogen werden.

- 8 Das BAG hat ebenfalls bewiesen, dass es fähig ist, auf die Bedürfnisse der Akteure vor Ort einzugehen. Es sollte in dieser Richtung weiterarbeiten und noch mehr Vermittler und Informationskanäle einsetzen.

Gesamthaft betrachtet bleibt diese Empfehlung gültig; die bereits in der letzten Globalevaluation⁴ festgestellten Interaktionen zwischen dem BAG und den übrigen Akteuren in der Schweiz sind weiterhin intensiv. Eine Ausweitung der Kanäle und damit der Menge an übermittelten Informationen sollte jedoch keine negativen Auswirkungen auf die Qualität dieser Informationen haben.

- 9 Die landesweite Koordination sowie die Rolle und das Zusammenspiel der für sie eingesetzten Plattformen sind noch genauer zu erläutern und auszubauen.

Dieser Punkt wurde bereits weiter oben im Abschnitt über die Prioritäten des MaPaDro behandelt.

- 10 Es ist unbestreitbar wünschenswert, dass das BAG die Erfahrungen und Erkenntnisse, die es im Bereich der illegalen Drogen gewinnen konnte, auf den Bereich der legalen Drogen überträgt. Ausserdem sollte es die Synergien zwischen beiden Bereichen ausbauen.

Die Globalevaluation des MaPaDro lässt eine allmähliche Tendenz zur Entwicklung von Projekten erkennen, welche auf die Abhängigkeitsfrage als Ganzes ausgerichtet sind und nicht nur auf die Abhängigkeit von illegalen Drogen. Da jedoch die übrigen Programme des BAG hier nicht evaluiert werden, ist es schwierig, den Umfang des eigentlichen Wissenstransfers zwischen dem MaPaDro und den übrigen Aktivitäten abzuschätzen. Es ist aber immer noch wichtig, dass die vom BAG im Rahmen des MaPaDro sowie des HIV/Aids-Präventionsprogramms erworbenen Erkenntnisse, die hauptsächlich die Schadenverminderung und die Diversifizierung des Angebots für Drogenabhängige betreffen, ebenfalls im Alkohol- und Tabakbereich genutzt werden.

11 Die Zusammenarbeit mit der Polizei muss fortgesetzt und verstärkt werden, und das BAG sollte dafür Sorge tragen, dass vorhandene Kenntnisse über die sanitären Aspekte der Sucht effektiv an die Polizei weitergegeben werden.

Im Rahmen der Globalevaluation widmeten sich zwei Studien der Zusammenarbeit zwischen der Polizei und den Akteuren des Gesundheitswesens im Zusammenhang mit den Drogenproblemen^{5,6}. Aus diesen Studien geht hervor, dass ein erheblicher Bedarf nach Koordination und Informationsaustausch besteht und dass Kooperationsmöglichkeiten, vor allem auf dem Gebiet der Prävention, vorhanden wären. Mit der möglichen Entkriminalisierung des Cannabiskonsums könnte dieser Bedarf noch ansteigen und es wäre wünschenswert, dass das BAG und das Bundesamt für Polizei ihre Anstrengungen, die Akteure der verschiedenen Sektoren zusammenzubringen, noch intensivieren.

12 Das BAG sollte sich auch auf die Zukunft einstellen, indem es schon heute die künftigen Fragen zum Thema Substanzmissbrauch identifiziert. Zukunftsszenarien könnten ein wertvolles Werkzeug für die langfristige Planung darstellen.

Die Eidg. Kommission für Drogenfragen (EKDF) hat sich energisch dieser Aufgabe angenommen, was eine sehr hilfreiche Entwicklung für die Zukunft darstellt. Der Entwurf für die Revision des Betäubungsmittelgesetzes kann ebenfalls als Mittel angesehen werden, das es erlaubt, neue Ansätze für den Drogenbereich zu entwickeln.

13 Und schliesslich muss das BAG die Kontinuität seiner Aktionen sicherstellen, wenn das Erreichte der letzten Jahren bewahrt werden soll.

Diese Empfehlung ist auch heute noch gültig, und dies aus mehreren Gründen. Erstens weil einige Arbeiten des BAG im Drogenbereich (Epidemiologie, Qualität (Methadon, Schadenminderung usw.)) noch nicht beendet sind. Zweitens weil die epidemiologischen Daten besorgniserregende Tendenzen bezüglich dem Konsum bei Jugendlichen zum Vorschein bringen und es wichtig ist, die Entwicklung dieser Tendenzen und deren Folgen für den Drogenmissbrauch zu verfolgen. Und schliesslich erfordert die Einführung einer Revision des Betäubungsmittelgesetzes, die erhebliche Änderungen mit sich bringt, ein verstärktes Engagement des BAG; es wäre daher nicht sinnvoll, das Drogenprogramm zu reduzieren, während grössere Reformen in Gang sind.

Synthese

Die wichtigsten Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Globalevaluation

Hinter dem im Jahr 1991 gefassten Beschluss des Bundesrates für die Einführung des MaPaDro stand die Absicht, das Betäubungsmittelgesetz nicht zu ändern, sondern pragmatisch vorzugehen, um die zahlreichen Drogenprobleme in der Schweiz zu verringern. Zehn Jahre später hat sich die Lage verändert. Die Zahl der sozialen und gesundheitsbezogenen Interventionen in diesem Bereich ist massiv gestiegen, die Kenntnisse wurden ebenfalls erweitert und das Schweizer Volk hat mehrmals bekräftigt, dass es das Vorgehen des Bundes unterstützt. Daher sollte nun der rechtliche Rahmen an diese neue Situation angepasst werden und der Bund hat entsprechende Vorkehrungen getroffen. Die Besonderheit der untersuchten Evaluationsperiode (1999-2002) liegt somit darin, dass die Arbeiten über die Rahmenbedingungen für die Bekämpfung der Drogenprobleme mindestens ebenso wichtig geworden sind wie die Unterstützung der Städte und Kantone für die Durchführung ihrer Aktionen.

Die Revision des Betäubungsmittelgesetzes, die kein Bestandteil des MaPaDro ist, hat zahlreiche Auswirkungen auf die gegenwärtige und künftige Arbeit des BAG. Die Vorbereitung für den Umgang mit den neuen gesetzlichen Bestimmungen bringt nämlich neue Herausforderungen mit sich, vor allem für die Bereiche der Prävention, der Koordination und der Epidemiologie. Die aktuelle Entwicklung des MaPaDro zeugt davon, dass man diese Herausforderungen erkannt und angenommen hat und dass neue Aktivitäten eingeführt wurden, um auf die Änderungen, die das neue Gesetz nach sich ziehen könnte, zu reagieren. Diese Arbeit muss nun weitergeführt werden, insbesondere im Zusammenhang mit folgenden Themen:

- Überwachung der Entwicklung des Drogenkonsums und des Drogenmarktes in der Schweiz;
- Ausbau der Früherfassung und Frühbetreuung gefährdeter Jugendlicher;
- klare Definition der neuen Rolle, die der Polizei und der Justiz zugewiesen wird;
- Harmonisierung und Koordination der kantonalen Hilfsangebote für Drogenkonsumierende (Therapien und Schadenminderung);
- Verankerung und Stabilisierung der Sozial- und Gesundheitsstrukturen für die Bekämpfung der Drogenprobleme.

Diese Aufgaben sind wichtig und erfordern eine Fortsetzung des Engagements des Bundes, insbesondere des BAG, in diesem Bereich. Daher kann der Umstand, dass das MaPaDro am Ende der letzten Programmperiode nicht formell erneuert wurde, einige Fragen aufwerfen. Denn eine Reduktion der Aktivitäten des BAG im Drogenbereich wäre noch verfrüht. Paradoxerweise wäre ein solcher Rückzug möglich gewesen, wenn man nicht mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes begonnen hätte. Aber so, wie die Dinge heute stehen, sollte der Rückzug erst nach einer Frist von fünf oder sechs Jahren geplant werden, wenn man die Auswirkungen des Gesetzes und die Art und Weise, wie diese bewältigt werden, besser kennt. So empfehlen die Evaluatoren eine Weiterführung des Programms bis 2007, wobei ein allmählicher Rückzug des BAG auf Ende des Zeitraums ins Auge gefasst wird.

Zu den geplanten Aktivitäten des BAG für das MaPaDro kann man festhalten, dass im Zeitraum 1999-2002 verschiedene Ziele erreicht wurden (Institutionalisierung der ärztlichen Verschreibung von Heroin, bessere Umsetzung und Nutzung der Forschungs- und Evaluationsarbeiten, schrittweise Reorganisation des Sektors der stationären Behandlungen, Durchführung einer Studie im Bereich der Sekundärprävention, Einführung eines neuen Ausbildungsprogramms usw.). In anderen Fällen (Qualitätsverbesserung der Behandlungen mit Methadon, Vereinheitlichung der Präventionsprogramme, Qualitätssicherung in den Bereichen der Forschung und der Evaluation, Einrichtung eines hochwertigen epidemiologischen Monitoring, Reorganisation der Koordinationsorgane usw.) konnten die angestrebten Ziele noch nicht erreicht werden. Diesbezüglich formuliert die Globalevaluation hier fünf wichtige Empfehlungen für die Verantwortlichen des MaPaDro, während die Empfehlungen für die einzelnen Bereiche in den entsprechenden Kapiteln zu finden sind:

1 Entwicklung eines kohärenten Überwachungssystem für den Drogenkonsum in der Schweiz: die Harmonisierung der verschiedenen vorhandenen Instrumente zu Ende führen, Wissenslücken schliessen (Indikatoren für die Therapien, Frühwarnsystem) und Optimierung der Koordination der verschiedenen Tätigkeiten (Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, epidemiologisches Monitoring, Studie über die Auswirkungen der Revision des Betäubungsmittelgesetzes). Dabei sollte das BAG das nötige Personal und die erforderlichen Finanzmittel für die Einrichtung eines solchen Systems aufbringen und die Führungsrolle übernehmen.

2 Entwicklung eines langfristigen Rahmenprogramms für die Methadonbehandlungen: Dieses soll Forschungsaktivitäten sowie die Unterstützung von Projekten zur Förderung der Qualität und des Informationsaustausches zwischen den betroffenen Akteuren (Kantonen, Fachleuten) umfassen. Die Arbeitsunterlagen zur Vorbereitung der Nationalen Suchtkonferenz sollten es erlauben, eine erste Liste von Prioritäten für dieses Rahmenprogramm festzulegen. Zudem sollte dieses Programm mit ausreichenden Mitteln ausgestattet werden. Ausserdem sollten das im Rahmen des Programms zur ärztlichen Heroinabgabe erworbene Know-how und die entsprechenden Erfahrungen auch auf die Methadonbehandlung übertragen werden.

- 3 Verstärkung der Harmonisierung, Kohärenz und Vergleichbarkeit der Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme. Diese scheinen noch heute meist auf einer individuellen, statt auf einer kollektiven Strategie zu basieren und ihre Ergebnisse werden offenbar nicht an den oft beträchtlichen Ressourcen gemessen, die in die Programme investiert wurden. Wünschenswert wäre, dass die verschiedenen Elemente der BAG-Strategie (nationale Abdeckung, Aktivitäten in den Lebensräumen der Jugendlichen, Einsatz von Multiplikatoren, lokale Verankerung der Aktivitäten, Verstärkung der Früherkennung und Frühintervention) bei sämtlichen Programmen im Zentrum stehen.
- 4 Weiterführung der Arbeiten zur Erstellung eines Inventars oder mehrerer Inventare für das Dienstleistungsangebot im schweizerischen Drogenbereich. Ein neuer Kantonsbericht würde es unter anderem erlauben, die bestehenden Lücken im Drogenbereich in der Schweiz zu ermitteln. Es geht hier um ein wichtiges Instrument, das bei der Planung des BAG zum Grundinstrumentarium gehören sollte.
- 5 Klärung der Situation im Bereich der Unterstützung von Drogenkonsumierenden im Strafvollzug. Das BAG hat sich in diesem Bereich ehrgeizige Ziele gesetzt, jedoch kurz danach seine Anstrengungen zur Erreichung dieser Ziele verringert. Es sollte zumindest regelmässig eine Bestandesaufnahme der in den schweizerischen Gefängnissen getroffenen Massnahmen erstellen und weiterhin innovative Projekte fördern.

Die mögliche Änderung des Status von Cannabis mit der Revision des Betäubungsmittelgesetzes wird eine stärkere Koordinierung der auf die legalen und illegalen Drogen ausgerichteten Gesundheitsprogramme erforderlich machen. Die Aktivitäten der Primär- und Sekundärprävention sowie jene im Bereich der Schadenminderung sollten aufeinander abgestimmt werden; zudem sollten sie vom reichen Erfahrungsschatz profitieren, der im Rahmen des MaPaDro erworben wurde. Wünschenswert wäre eine künftige Annäherung der Drogen-, Alkohol- und Tabakprogramme.

Bibliografische Referenzen

- ¹ Bundesamt für Gesundheit. *Massnahmenpaket des Bundes im Bereich der Gesundheit zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) 1998-2002*. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1998.
- ² Cattaneo M, Leuthold A, Paccaud F, Dubois-Arber F. *Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme, Phase I: Erste Bilanz 1991-1992*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81c).
- ³ Jeannin A, So-Barazetti B, Spencer B. *Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie: l'appréciation des responsables de programme*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 82).
- ⁴ Zobel F, Gervasoni JP, Jeannin A. *Enquête auprès des partenaires de l'Office fédéral de la santé publique dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 43).
- ⁵ Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B. *Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich*. Lausanne: IUMSP; 1999. (Raisons de santé, 37a).
- ⁶ Ernst M-L, Spencer B. *Suchtprävention bei Jugendlichen: die Rolle der Polizei und der Jugendgerichte*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 84b).

Anhänge

Während den Vier Etappen der Evaluation durchgeführte Studien

Studien zum/zur	1990-1992	1993-1996	1997-1999	2000-2002
Kontext	Presse ¹	Presse ²⁻⁵	Presse ⁶	
	Einstellungen der Bevölkerung ^{7,8}	Einstellungen der Bevölkerung ⁹	Einstellungen der Bevölkerung ¹⁰	
			Partner ¹¹	
			Polizeiarbeit ¹²	Prävention und Repression ¹³
BAG-Strategie			Entwurf/Planung ¹⁴	Innovation ¹⁵
		Umsetzung ¹⁶	Umsetzung ¹⁴	Umsetzung ¹⁷
			Delegierungsarten ¹⁸	Verankerung ¹⁹
Prävention	Nationale Kampagne ²⁰	Nationale Kampagne ²¹		
		Politik der Sekundärprävention ²²		
		Vorstellungen der Jugendlichen ²³		
Therapie/ Schadenminderung		Monitoring niederschwelliger Einrichtungen ²⁴	Monitoring niederschwelliger Einrichtungen ²⁵	
		Evaluation ABFD/Luzern ²⁶		
Epidemiologie		Klientel der niederschwelligen Einrichtungen I ¹⁶ , II ²⁷ , III ¹⁴		Klientel der niederschwelligen Einrichtungen IV ^{17,28}
	Konsum der Jugendlichen ²⁹	"Verdeckte" Bevölkerung ^{30,31}		Frühwarnsystem ³²
	Analyse vorhandener Daten ³³	Analyse vorhandener Daten ¹⁶	Analyse vorhandener Daten ¹⁴	Analyse vorhandener Daten ¹⁷

Entwicklung der Akzeptanz der verschiedenen Massnahmen zur Drogenbekämpfung – 1991 bis 1997, Anteil der Befürworter

	1991	1994	1997
Drogenprävention in der Schule	97	98	98
Therapieangebote	96	97	96
Strafverfolgung des Handels	97	96	95
Aids-Vorbeugung durch Spritzenabgabe	87	90	89
Überlebenshilfe für Drogenabhängige	90	94	94
Verschreibung von Heroin/Kokain durch Ärzte	67	74	69
Angebot von Lokalitäten für die Injektion	63	76	72
Toleranz bei Konsum/Verkauf von Haschisch und Marihuana	42	53	42
Freier Verkauf von Haschisch und Marihuana	29	35	35
Toleranz bei Konsum/Verkauf von Heroin und Kokain	15	17	21
Geld-/Gefängnisstrafen für alle Verbraucher	13	10	19
Zwangsentzug	38	36	40

Quelle: Longchamp C, Cattacin S, Wisler D, Lehmann P. Pragmatismus statt Polarisierung, die Entwicklung von Einstellungen und Verhaltensweisen zur Drogenpolitik der Schweiz in den 90er Jahren, mit einer Analyse der Volksabstimmung über Jugend ohne Drogen. Muri: Zentralsekretariat SGGP; 1998

Abkürzungen

Abkürzung	Genauere Bezeichnung
AgZuPo	Arbeitsgruppe Zusammenarbeit zwischen Polizei und Sozialarbeit im Drogen- und Aidsbereich
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BASPO	Bundesamt für Sport
BetmG	Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz)
BetmV-BAG	Verordnung des BAG über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe
BetmV-Swissmedic	Verordnung des Schweizerischen Heilmittelinstituts über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe
BFS	Bundesamt für Statistik
BJ	Bundesamt für Justiz
BSV	Bundesamt für Sozialversicherung
CCE	Kompetenzzentrum für Evaluation
CETEL	Centre d'étude, de technique et d'évaluation législatives (Studienzentrum für Gesetzesevaluation)
COROMA	Collège romand de médecine de l'addiction (westschweizerische Gesellschaft für Suchtfragen)
DSSV	Drogenplattform des schweizerischen Städteverbandes
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EDI	Eidgenössische Departement des Innern
EDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren
EKDF	Eidgenössische Kommission für Drogenfragen
EMA	Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln
EPSS	Evaluation der Aids-Prävention in der Schweiz
ETHL	Eidgenössische technische Hochschule Lausanne
EU	Europäische Union
EUROPOL	European Police Office
FASD	Schweizerische Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich
fedpol. ch	Bundesamt für Polizei
FG	Forschungsgesetz
FH	Fachhochschule
FISu	Finanzierung Suchthilfe
FMH	Verbindung der schweizer Ärztinnen und Ärzte
FORDD	Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances (Westschweizerische Einrichtung der Bildungsorganismen im Suchtbereich)
FOS	Forschungsverbund stationäre Suchttherapie
GREAT	Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (Westschweizer Vereinigung für Alkohol- und Suchtforschung)
HeGeBe	Heroingestützte Behandlung
HFS	Höhere Fachschule für Sozialpädagogik
IDAD	Interdepartementale Arbeitsgruppe Drogen
IDHEAP	Hochschulinstitut für öffentliche Verwaltung
IFS	Institut de formation systémique (Institut für systemische Ausbildung)
IREC	Institut de recherche sur l'environnement construit (Forschungsinstitut für Raum und Bau)
IRER	Institut de recherches économiques et régionales (Institut für Wirtschafts- und Regionalforschung)
ISF	Institut für Suchtforschung
IUMSP	Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne)
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung

KDS	Koordinations- und Dienstleistungsplattform Sucht
KKBS	Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen
KKJPD	Konferenz des kantonalen Justiz- und Polizeidirektoren
KOSTE	Schweizerische Koordinationsstelle für stationäre Therapieangebote im Drogenbereich
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MaPaDro	Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme
MedRoTox	Médecins romands toxicomanie (Westschweizer Ärzte für Suchtfragen)
MeTiTox	Medici ticinesi attivi contra la tossicomania (Tessiner Ärzte für Suchtfragen)
MuSuB	Multikulturelle Suchtberatungsstelle beider Basel
NAS	Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik
NaSuKo	Nationale Substitutionskonferenz
NDA	Nationaler Drogenausschuss
NFP	Nationales Forschungsprogramm
PMG	Projekt Migration und Gesundheit
PROVE	Projekt zur Verschreibung von Betäubungsmitteln
QuaTheDA	Qualität-Therapie-Drogen-Alkohol
SAH	Schweizerisches Arbeiterhilfswerk
SAJV	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände
SAMBAD	Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich
SAS	Schweizerische Akkreditierungsstelle
SDF	Sans domicile fixe (Obdachlose)
SEVAL	Schweizerische Evaluationsgesellschaft
SFA	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
SFM	Schweizerisches Forum für Migration- und Bevölkerungsstudien
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SGK-NR	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats
SKBS	Städtische Konferenz der Beauftragten für Suchtfragen
SNF	Schweizerischer Nationalfonds zur Förderung
SODK	Konferenz des kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
SPP	Schwerpunktprogramm
SSAM	Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin
SUPEA	Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
supra-f	Suchtprävention Forschung
SWI-DE-CO	Swiss Detoxification Coordination
UEPP	Unité d'évaluation de programmes de prévention
VSD	Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Bibliografische Referenzen

- ¹ Widmer J, Zbinden-Zingg P. *Discours sur la drogue dans les médias suisses 1991*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81.3).
- ² Boller B. *Der Drogendiskurs der Schweizer Presse: Zweijahresbericht 1993-1994*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.2).
- ³ Boller B, Coray R, Widmer J. *Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien I*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.6).
- ⁴ Widmer J, Tröhler M, Ingold G, Terzi C. *Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien II = Drogen, médias et société: études II*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no.111.8).
- ⁵ Boller B, Coray R. *Der Drogendiskurs der Schweizer Presse; Dreijahresbericht 1993-1995: eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1997. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.9).
- ⁶ Widmer J, Boller B, Coray R. *Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit: Logik der Medien und Institutionen*. Basel: Helbing & Lichtenhahn; 1997.
- ⁷ Leuthold A, Cattaneo M. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: phase I. Sichtbarkeit und Akzeptanz der Phase I der nationalen Drogenkampagne 1991-1992. Ergebnisse einer Umfrage*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1992. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81.2).
- ⁸ Leuthold A, Cattaneo M, Dubois-Arber F. *Die Schweizer Bevölkerung und das Drogenproblem: Problem-sicht und Lösungsvorschläge*. Soz- Präventivmed 1993; 38: 206-16.
- ⁹ Heim G, IPSO Sozialforschung. *Repräsentative Befragung (Phase T1) zur Wahrnehmung und Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -Konsum*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no.111.5).
- ¹⁰ Bergman M, Cattacin S, Lucas B, Wernli B. *Libéraliser, réduire les risques, soigner ou réprimer? L'opinion de la population suisse à l'égard de la politique en matière de drogue*. Genève: Université de Genève, Département de science politique; 1997. (Travaux et communications 8/1997).
- ¹¹ Zobel F, Gervasoni JP, Jeannin A. *Enquête auprès des partenaires de l'Office fédéral de la santé publique dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 43).
- ¹² Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B. *Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich*. Lausanne: IUMSP; 1999. (Raisons de santé, 37a).
- ¹³ Ernst M-L, Spencer B. *Suchtprävention bei Jugendlichen: die Rolle der Polizei und der Jugendgerichte*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 84b).
- ¹⁴ Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, et al. *Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Dritter zusammenfassender Bericht 1997-1999*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- ¹⁵ Zobel F, So-Barazetti B. *La gestion de l'innovation dans le cadre du ProMeDro*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, à paraître).
- ¹⁶ Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Phase II: deuxième rapport de synthèse, 1990-1996*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111).

- ¹⁷Zobel F, Thomas R, Arnaud S, De Preux E, Ramstein T, Spencer B, et al. *Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Vierter zusammenfassender Bericht 1999-2002*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.
- ¹⁸Kellerhals C, Gervasoni JP. *Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Raisons de santé, 42).
- ¹⁹Jeannin A, So-Barazetti B, Spencer B. *Ancrage/institutionnalisation des actions de l'OFSP visant à la réduction des problèmes liés à la toxicomanie: l'appréciation des responsables de programme*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 82).
- ²⁰Zeugin P, Panchaud C. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, phase I: enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1992. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81.1).
- ²¹Boller B, Martin G. *Action cirque, rapport de 1993 et 1994: évaluation d'une campagne de prévention et de sensibilisation de l'OFSP*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.4).
- ²²Devos T, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. *Prévention secondaire des toxicomanies: analyse d'une stratégie*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1999. (Rapport non publié).
- ²³Fahrenkrug H. *Prévention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.3).
- ²⁴Benninghoff F, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. *Monitoring des activités des structures à bas-seuil d'accès pour consommateurs de drogues en Suisse: remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux*. *Soz- Präventivmed* 1996; 41: 5-14.
- ²⁵Benninghoff F. *Monitoring der niederschweligen Einrichtungen mit Injektionsmaterial in der Schweiz 1993-1999*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000.
- ²⁶Ronco C, Spuhler G. *Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Phase II: Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums der Drogenabhängige in Luzern*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1994. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.1).
- ²⁷Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. *Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse*. *Revue Epidémiologique de Santé Publique* 1998; 46: 205-17.
- ²⁸Benninghoff F, Morency P, Geense R, Huissoud T, Dubois-Arber F. *Health and social trends among drug users attending needle exchange programmes in Switzerland (1994 to 2000)*. (in submission).
- ²⁹Konings E, Narring F, Michaud PA, Dubois-Arber F. *Identifying adolescent drug users: Results of a national survey on adolescent health in Switzerland*. *J Adolesc Health* 1995; 16: 240-7.
- ³⁰Kübler D, Hausser D. *Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical: étude exploratoire auprès d'une population cachée*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1996. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.7).
- ³¹Hausser D, Kübler D, Dubois-Arber F. *Characteristics of heroin and cocaine users unknown to treatment agencies: Results from the Swiss hidden population study*. *Soz Praeventivmed* 1999; 44 (5): 222-32.

³²Zobel F, Arnaud S. *Un système d'alerte pour les drogues illégales: développement de scénarios*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 79).

³³Cattaneo M, Leuthold A, Paccaud F, Dubois-Arber F. *Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme, Phase I: Erste Bilanz 1991-1992*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1993. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 81c).