

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

KURZGUTACHTEN ZU ROLLE UND NUTZEN
VON ANLAUFSTELLEN MIT KONSUMRAUM
(ASTK) IN BEZUG AUF DIE VERMINDERUNG
DER DROGENPROBLEME IN DER SCHWEIZ

Gutachten im Auftrag des
Bundesamtes für Gesundheit

Frank Zobel, Françoise Dubois-Arber

Lausanne 2004

Finanzierung

Diese Studie wurde durch das Bundesamt für Gesundheit, Bern finanziert.

Empfohlene Zitierweise

Zobel F, Dubois-Arber F. Kurzgutachten zu Rolle und Nutzen von Anlaufstellen mit Konsumraum (ASTK) in Bezug auf die Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz: Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004.

Dank

Dagmar Hedrich, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), Régine Linder und Ruedi Hotz, Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD), Fabienne Benninghoff, Sophie Arnaud und Myriam Maeder, Abteilung Evaluation von Präventionsprogrammen des IUMSP.

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung	4
1 Einleitung	6
1.1 Art des Gutachtens	6
1.2 Fragestellung	6
1.3 Verwendete Daten	7
2 Die Schweizer Drogenpolitik und die Rolle der ASTK	8
2.1 Die Schadenminderung	8
2.2 Die Anlaufstellen mit Konsumraum (ASTK)	8
3 Epidemiologie der Drogenabhängigkeit in der Schweiz	10
3.1 Zahl der abhängigen Drogenkonsumierenden in der Schweiz	10
3.2 Konsumarten	10
3.3 Sozio-demografische Merkmale der Drogenkonsumierenden	10
3.4 Infektionsrisiken und Schutzverhalten	11
3.5 Infektionskrankheiten	11
3.6 Mortalität	12
3.7 Zugang zur Therapie	12
3.8 Zusammenfassung	12
4 Beantwortung der Fragestellungen	13
4.1 Tragen die ASTK zu einer Verringerung der Morbidität bei den Drogenkonsumierenden bei, insbesondere durch eine Verringerung der Übertragung von viralen Infektionen (HIV, Hepatitis)?	13
4.2 Tragen die ASTK zu einer Verringerung der Mortalität bei den Drogenkonsumierenden bei, insbesondere durch eine Verringerung von tödlichen Überdosierungen?	16
4.3 Tragen die ASTK zu einer besseren Betreuung der Drogenkonsumierenden bei, indem sie insbesondere als Zugangsstelle zum sozialmedizinischen Netz dienen?	17
4.4 Tragen die ASTK zu einer Verbesserung der Situation im Bereich der öffentlichen Ordnung bei, insbesondere durch eine Verringerung des Konsums im öffentlichen Raum?	19
4.5 Tragen die ASTK dazu bei, dass die Zahl der Personen, die Drogen injizieren, und/oder die Häufigkeit der Injektionen bei diesen Personen zunehmen?	20
4.6 Wirken sich die ASTK bei den Drogenkonsumierenden negativ auf die Aufnahme einer Therapie, den Verbleib in der Therapie sowie auf den Therapieerfolg aus?	22
4.7 Die ASTK mit Inhalationsraum	26
5 Schlussfolgerungen	30
Bibliographie	32

ZUSAMMENFASSUNG

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne (IUMSP) beauftragt, ein Kurzgutachten zur Rolle und zum Nutzen von Anlaufstellen mit Konsumraum (ASTK) in Bezug auf die Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz durchzuführen. Diese Arbeit stützt sich auf die besten zurzeit verfügbaren Erkenntnisse (*best available knowledge*), d. h. auf die Resultate von Studien und Evaluationen, die in der Schweiz und im Ausland durchgeführt wurden.

Für dieses Gutachten wurden sechs Fragen formuliert:

- Tragen die ASTK zu einer Verringerung der Morbidität bei den Drogenkonsumierenden bei, insbesondere durch eine Verringerung der Übertragung von viralen Infektionen (HIV, Hepatitis)?
- Tragen die ASTK zu einer Verringerung der Mortalität bei den Drogenkonsumierenden bei, insbesondere durch eine Verringerung von tödlichen Überdosierungen?
- Tragen die ASTK zu einer besseren Betreuung der Drogenkonsumierenden bei, indem sie insbesondere als Zugangsstelle zum sozialmedizinischen Netz dienen?
- Tragen die ASTK zu einer Verbesserung der Situation im Bereich der öffentlichen Ordnung bei, insbesondere durch eine Verringerung des Konsums im öffentlichen Raum?
- Tragen die ASTK dazu bei, dass die Zahl der Personen, die Drogen injizieren, und/oder die Häufigkeit der Injektionen bei diesen Personen zunehmen?
- Wirken sich die ASTK bei den Drogenkonsumierenden negativ auf die Aufnahme einer Therapie, den Verbleib in der Therapie sowie auf den Therapieerfolg aus?

Zu den ASTK mit Inhalationsraum wurde eine zusätzliche Frage gestellt und eine spezifische Analyse durchgeführt.

Allgemein zeigt das Gutachten anhand der verfügbaren Erkenntnisse, dass die ASTK die gestellten Ziele grösstenteils erreichen und dass sich die Kritik, die ihnen gegenüber vorgebracht wird, kaum bestätigen lässt. Die ASTK tragen dazu bei:

- Das Risikoverhalten in Bezug auf die Übertragung von Infektionskrankheiten – namentlich von HIV/Aids – in der Gruppe der Drogenkonsumierenden zu verringern, die von diesem Verhalten am stärksten betroffen sind;
- tödliche Überdosierungen und somit die Mortalität in dieser Gruppe zu verringern;
- den Kontakt zwischen dieser Gruppe und dem sozialmedizinischen Netz herzustellen und aufrechtzuerhalten; in diesem Netz sind die niederschweligen Einrichtungen durch die Betreuung und die soziale Unterstützung, die sie anbieten, häufig die erste Anlaufstelle;
- die Probleme im Bereich der öffentlichen Ordnung zu verringern, indem vor allen die offenen Szenen abgebaut werden, im öffentlichen Raum weniger konsumiert wird, gebrauchte Spritzen entsorgt werden und die Auswirkungen der Drogenprobleme auf Wohngebiete (Wohngebäude) verringert werden.

Umgekehrt weisen die vorliegenden Daten nicht auf spezifische negative Auswirkungen in Bezug auf die folgenden Aspekte hin:

- Die Zahl der Konsumierenden und die Häufigkeit des Konsums, die beide im Abnehmen begriffen sind;
- die Aufnahme und den Verbleib in einer Therapie; da sich die meisten Benutzerinnen und Benutzer der ASTK in einer Therapie befinden, der entsprechende Anteil zunimmt, dieses Thema im Rahmen der Einrichtungen angesprochen wird und die Benutzerinnen und Benutzer selbst angeben, die ASTK hätten keine grösseren Auswirkungen auf ihre Therapie.

All diese Beobachtungen beziehen sich auf die Ebene der öffentlichen Gesundheit und bedeuten nicht, dass sich die ASTK für einzelne Personen nicht schädlich auswirken können. Auf Grund der derzeitigen Erkenntnisse scheint es jedoch, dass sich die ASTK auf die mit Drogen verbundenen Probleme insgesamt positiv auswirken.

Bezüglich der ASTK mit Inhalationsraum sind die Ergebnisse weniger klar. Zwar gelingt es diesen Einrichtungen, eine Gruppe von inhalativ Konsumierenden anzusprechen. Allerdings lässt sich zurzeit weder bestätigen noch widerlegen, dass auch die angestrebten Ziele erreicht werden (Zugangsstelle zum sozialmedizinischen Netz für die inhalativ Konsumierenden, Verminderung der Probleme in Bezug auf die öffentliche Ordnung, Umstieg auf Konsumformen mit geringerem Risiko). Daher müssen weitere Studien durchgeführt werden, die sich insbesondere auf die folgenden Aspekte beziehen:

- Die Tauglichkeit der ASTK mit Inhalationsraum als Zugangsstelle zum sozialmedizinischen Netz für inhalativ Konsumierende;
- die Toxizität der verschiedenen inhalierten Substanzen und die erforderlichen Massnahmen, die sich daraus ergeben;
- der Umfang und die Dauerhaftigkeit des Übergangs von einer Konsumform zu einer anderen und die diesbezüglichen Folgen.

1 EINLEITUNG

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne (IUMSP) beauftragt, ein Kurzgutachten zur Rolle und zum Nutzen von Anlaufstellen mit Konsumraum (ASTK) in Bezug auf die Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz durchzuführen.

1.1 ART DES GUTACHTENS

In den letzten 15 Jahren waren in der Forschung und in der Evaluation im Bereich der mit Drogen verbundenen Probleme eine erhebliche Entwicklung zu verzeichnen. Dies führte zu einer Zunahme der Daten und Publikationen zu diesem Thema. Auf Grund der Art der Probleme, ihrer Dauer und der Vielfalt der Interventionen, die sich an die Drogenkonsumierenden richten, ist es in diesem Bereich jedoch schwierig, wissenschaftlich fundierte Beweise zu erbringen. Dies gilt sowohl für die Aktivitäten im Bereich der Prävention als auch für jene im Bereich der Betreuung (Therapie und Schadenminderung). Daher geht es bei der Erstellung eines wissenschaftlichen Gutachtens in diesem Bereich nicht darum, einen Komplex von unwiderlegbaren Beweisen zusammenzutragen, sondern vielmehr um die Zusammenstellung der besten verfügbaren Erkenntnisse (*best available knowledge*). Die vorliegende Arbeit entspricht dieser zweiten Art von Gutachten. Darin wird versucht, eine Reihe von Fragen zu beantworten, die von den Argumenten der Befürworter und der Gegner der ASTK ausgehen, indem die besten verfügbaren Informationen und Daten herangezogen werden.

1.2 FRAGESTELLUNG

Die Rolle und der Nutzen der Anlaufstellen mit Konsumraum (ASTK) lassen sich anhand von zwei Fragestellungen beurteilen: Die erste Fragestellung betrifft die Ziele, die für diese Einrichtungen aufgestellt wurden, sowie deren Tauglichkeit im Hinblick auf die Zielerreichung. Die zweite Fragestellung bezieht sich auf die Kritik, die diesen Einrichtungen gegenüber hauptsächlich vorgebracht wird und die Überprüfung deren Stichhaltigkeit.

Die ersten vier Fragen betreffen die Erreichung der grundlegenden Ziele der ASTK:

- Tragen die ASTK zu einer Verringerung der Morbidität bei den Drogenkonsumierenden bei, insbesondere durch eine Verringerung der Übertragung von viralen Infektionen (HIV, Hepatitis)?
- Tragen die ASTK zu einer Verringerung der Mortalität bei den Drogenkonsumierenden bei, insbesondere durch eine Verringerung von tödlichen Überdosierungen?
- Tragen die ASTK zu einer besseren Betreuung der Drogenkonsumierenden bei, indem sie insbesondere als Zugangsstelle zum sozialmedizinischen Netz dienen?
- Tragen die ASTK zu einer Verbesserung der Situation im Bereich der öffentlichen Ordnung bei, insbesondere durch eine Verringerung des Konsums im öffentlichen Raum?

Die nächsten beiden Fragen betreffen die hauptsächlichsten Kritikpunkte, die gegen die ASTK vorgebracht werden:

- Tragen die ASTK dazu bei, dass die Zahl der Personen, die Drogen injizieren, und/oder die Häufigkeit der Injektionen bei diesen Personen zunehmen?

- Wirken sich die ASTK bei den Drogenkonsumierenden negativ auf die Aufnahme einer Therapie, den Verbleib in der Therapie sowie auf den Therapieerfolg aus?

Vier Schweizer Städte (Zürich, Basel, Bern, Biel) verfügen seit einiger Zeit über ASTK mit Inhalationsraum. Diese Neuerung soll gesondert analysiert werden, indem jede der obigen Fragen auf diese Angebote angewandt wird. Zudem stösst diese Art von Einrichtung auf spezifische Kritik, die ebenfalls untersucht werden muss:

- Tragen jene ASTK, die auch über einen Inhalationsraum verfügen, zu einer Verschärfung der mit Drogen verbundenen Probleme bei, indem sie insbesondere den Übergang vom inhalativen zum intravenösen Konsum der Droge fördern?

Alle diese Fragen beziehen sich spezifisch auf den Beitrag, den die ASTK zur Verminderung oder Verschärfung der Drogenprobleme leisten. Allerdings arbeiten diese Einrichtungen nicht in einem sozialen oder institutionellen "Vakuum". Daher ist es nur selten möglich, ihre spezifische Wirkung zu isolieren und die obigen Fragen abschliessend zu beantworten. Auf Grund von Schwierigkeiten, die vor allem technischer Natur sind, konnten bisher keine experimentellen Forschungsarbeiten (randomisiert-kontrollierte Studien) durchgeführt werden. Um die obigen Fragen zu beantworten, müssen daher oft ein umfeldbezogener Ansatz, bei dem Städte/Kantone mit und ohne ASTK verglichen werden, sowie die allgemeine Entwicklung der Indikatoren für den Drogenkonsum in der Schweiz herangezogen werden.

1.3 VERWENDETE DATEN

Die Schweiz verfügt über umfangreiches Datenmaterial über die ASTK und deren Benutzerinnen und Benutzer. Diese Daten stammen in erster Linie aus Evaluationen und Analysen der Einrichtungen, die über einen Injektionsraum¹⁹ und zuweilen auch über einen Inhalationsraum verfügen¹⁰⁻¹⁴. Zudem wurden bei den niederschweligen Einrichtungen (NSE) mit Spritzenabgabe in der Schweiz, die teilweise über einen Konsumraum verfügen, seit Anfang der Neunzigerjahre die Aktivitäten (Kontakte, Spritzenabgabe) jährlich erfasst^{15,16}. Ausserdem wurde viermal eine Studie zu den Klientinnen und Klienten durchgeführt (1993, 1994, 1996, 2000¹⁷⁻²⁰).

Die Daten aus der Schweiz können heute mit Daten aus anderen Ländern ergänzt oder verglichen werden, die über ASTK verfügen (Deutschland²¹, Niederlande, Spanien, Australien). Die Erkenntnisse aus den Evaluationen und Analysen dieser Einrichtungen wurden in den letzten Jahren zweimal zusammengefasst^{22,23}. Gegenwärtig erstellt die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) eine weitere Zusammenfassung und wird im ersten Quartal 2004 einen Bericht zu diesem Thema veröffentlichen. 2003 publizierte zudem eine Fachzeitschrift eine Sonderausgabe zu diesem Thema (Journal of Drug Issues Vol 33 No. 3).

Die epidemiologischen Daten zum Drogenkonsum in der Schweiz stammen aus verschiedenen Quellen (Querschnittuntersuchungen, Statistiken zu Therapien, Todesfällen, HIV-Infektionen, Strafanzeigen und Beschlagnahmungen usw.) Im Rahmen der Evaluation des Massnahmenpaketes des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) hat das IUMSP diese Daten viermal zusammengefasst^{20,24-26}.

2 DIE SCHWEIZER DROGENPOLITIK UND DIE ROLLE DER ASTK

Die Drogenpolitik der Schweiz umfasste zunächst ausschliesslich Massnahmen, die auf die Verringerung des Angebots (Verfolgung des Drogenhandels) und die Verringerung der Nachfrage (Verfolgung des Konsums, Primärprävention, abstinenzorientierte Therapien) ausgerichtet waren. Mitte der Achtzigerjahre wurde in mehreren Schweizer Städten und Kantonen ein neuer Tätigkeitssektor, die Schadenminderung, entwickelt, um den sich zuspitzenden Problemen im Zusammenhang mit dem zunehmenden Heroinkonsum und der Verbreitung von HIV/Aids zu begegnen. Damit sollten die Massnahmen im Bereich der Verringerung des Angebots und der Nachfrage nicht ersetzt, sondern vielmehr ergänzt werden.

Dieses Modell wurde Anfang der Neunzigerjahre vom Bund übernommen, der es 1994 unter der Bezeichnung "Vier-Säulen-Politik" (Prävention, Therapie, Schadenminderung, Repression) systematisierte^{27,28}. Die Erarbeitung und Weiterentwicklung dieser Politik beruhten hauptsächlich auf den Schlussfolgerungen der Arbeiten verschiedener eidgenössischer Kommissionen^{29,30}, wurden aber auch von drei der vier grössten Parteien des Landes unterstützt.

Das von der Schweiz gewählte strategische Modell ist heute in Europa³¹ weit verbreitet, gelangt aber auch in Australien und Kanada zur Anwendung. Dieses pragmatisch ausgerichtete Modell beruht auf der Erfassung der konkreten mit Drogen verbundenen Probleme (Morbidität, Mortalität, soziale Probleme) und auf der Entwicklung der wirkungsvollsten Interventionen zur Verminderung dieser Probleme. Die Prävention, die Therapie, die Schadenminderung und die Repression bilden somit ein Bündel von sich gegenseitig ergänzenden Interventionen, deren Gesamtwirksamkeit ständig verbessert werden muss, indem insbesondere wissenschaftliche Instrumente eingesetzt werden (Forschung und Evaluation).

2.1 DIE SCHADENMINDERUNG

Die dritte Säule der Drogenpolitik des Bundes ist auf eine spezifische Gruppe ausgerichtet: Auf jene Drogenkonsumierenden, die nicht bereit oder in der Lage sind, ihren Konsum einzustellen. Das Ziel besteht darin, die konsumbedingten Risiken und Schäden zu begrenzen. Dabei geht es nicht nur darum, die mit dem Drogenkonsum verbundene Morbidität und Mortalität zu senken, sondern zugleich soll den Drogenkonsumierenden ermöglicht werden, eine künftige soziale Wiedereingliederung ins Auge zu fassen.

Der Bereich der Schadenminderung umfasst gesundheitsbezogene (Abgabe und Umtausch von Spritzen, überwachte Konsumräume, Information über die Risiken, die mit den Substanzen und den Konsumarten verbunden sind) und soziale Massnahmen (Betreuung und Beratung, Unterstützung bei der Stellen- und Wohnungssuche). In einigen Fällen werden beide Massnahmentypen von der gleichen Einrichtung angeboten. Unterdessen sehen alle Kantone Massnahmen zur Schadenminderung vor.

2.2 DIE ANLAUFSTELLEN MIT KONSUMRAUM (ASTK)

Die meisten Kantone verfügen über niederschwellige Einrichtungen (NSE), die Spritzen abgeben. In sechs Kantonen ist mindestens eine dieser Einrichtungen mit einem Konsumraum ausgestattet. Zurzeit bestehen 13 ASTK, die sich auf sieben Städte verteilen^a. Diese Einrichtungen verfolgen in erster Linie die nachstehenden Ziele:

- Verminderung der Todesfälle, der Infektionskrankheiten und der anderen Gesundheitsprobleme bei den Drogenkonsumierenden;
- Angebot von Betreuung und sozialer Unterstützung;

^a Gemäss Angaben der Schweizerischen Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich (FASD).

- Erleichterung des Zugangs zum Unterstützungs- und Therapienetz;
- Verbesserung der Situation für die Anwohnerinnen und Anwohner und Entlastung des öffentlichen Raums.

Die meisten ASTK (10) in der Schweiz verfügen unterdessen auch über einen Raum, in dem Drogen inhaliert werden können^a. Die Einrichtung dieser Räume erfolgte als Reaktion auf das Auftreten neuer Gruppen von Drogenkonsumierenden und auf ein verändertes Konsumverhalten. Es geht darum, weiterhin ein niederschwelliges Angebot für Heroin- und Kokainkonsumierende aufrechtzuerhalten, damit die Aktivitäten im Bereich der Schadenminderung, aber auch im Bereich der Beratung und Anbindung an das sozialmedizinische Netz weitergeführt werden können. Zudem wird die Schaffung von Inhalationsräumen als Gelegenheit betrachtet, die Drogenkonsumierenden dazu zu bewegen, den intravenösen Konsum abzubauen oder einzustellen und auf eine Konsumform mit geringerem Risiko umzusteigen.

Im Gegensatz zur herkömmlichen Vorstellung beschränkt sich die Tätigkeit der ASTK (Injektion und Inhalation) somit nicht auf eine Beaufsichtigung des Drogenkonsums. Denn diese Anlaufstellen bieten verschiedene niederschwellige Dienstleistungen (Betreuung, Verpflegung, Hygienemassnahmen, Gesundheitsversorgung, Abgabe von Spritzen und Kondomen usw.) für schwer abhängige Drogenkonsumierende an und wirken in den Quartieren, die von Drogenproblemen betroffen sind, als Vermittler gegenüber der Öffentlichkeit. Zudem stellen sie häufig die erste Zugangsstelle zum sozialmedizinischen Therapienetz dar.

Die unten stehende Tabelle bietet einen Überblick über die weiteren Merkmale des Angebots der ASTK.

Tabelle 1 Angebot der ASTK in der Schweiz¹¹

Angebot	Abdeckungsgrad
Cafeteria / Treffpunkt	Alle
Duschen / Waschmaschine	Mehrere
Grundpflege: Verbände, wöchentliche Arztsprechstunde	Die meisten
Reanimation im Notfall	Alle
Information, Beratung, Anbindung an das sozialmedizinische Netz	Alle
Spezifisches Angebot für Frauen (den Frauen vorbehaltene Zeiten, Gynäkologin usw.)	In zwei Städten
Mitwirkung der Benutzerinnen und Benutzer (Versammlungen, Umfragen zur Zufriedenheit)	Alle
Öffentlichkeitsarbeit (Information, Besuche usw.)	Alle
Vernetzte Zusammenarbeit mit anderen Unterstützungs- und Therapieeinrichtungen	Alle
Begleitgruppen (Behörden, andere Einrichtungen, Quartier usw.)	In drei Städten
Zugangsbeschränkungen:	
Minderjährige (< 18)	Alle
Erster intravenöser Konsum	In zwei Städten
Je nach Wohnort (Stadt/Kanton) oder Aufenthaltsstatus (Asylsuchende)	Mehrere

Quelle: Daten der FASD

Schliesslich haben drei Umfragen gezeigt, dass sich eine Mehrheit der Schweizer Bevölkerung (1991 : 63%, 1994 : 76%, 1997 : 72%) für die Bereitstellung von Injektionsräumen ausspricht³².

3 EPIDEMIOLOGIE DER DROGENABHÄNGIGKEIT IN DER SCHWEIZ

3.1 ZAHL DER ABHÄNGIGEN DROGENKONSUMIERENDEN IN DER SCHWEIZ²⁰

Die letzte Schätzung der Zahl der Personen, die regelmässig Heroin konsumieren, wurde für das Jahr 1997 vorgenommen. Gemäss dieser Schätzung mittels Datentriangulation liegt diese Zahl zwischen 23'4000 und 32'000, was einem Durchschnittswert von 28'000 entspricht³³. Diese Schätzung stimmt mit jener überein, die für den Zeitraum 1992-1993 durchgeführt wurde. Damals wurde die Zahl der Personen, die regelmässig Heroin konsumieren, auf 20'000 bis 36'000 (Durchschnittswert 30'000) geschätzt³⁴. Allgemein wird davon ausgegangen, dass die Zahl der abhängigen Heroinkonsumierenden Ende der Achtziger- und Anfang der Neunzigerjahre zunahm, bevor sie sich zunächst stabilisierte und danach Ende der Neunzigerjahre abzunehmen begann. Zu den Personen, die regelmässig Kokain konsumieren, liegen keine entsprechenden Schätzungen vor.

3.2 KONSUMARTEN²⁰

Die Daten zu den Konsumarten lassen sich mit Hilfe von Umfragen bei den Drogenkonsumierenden erheben¹⁷. In der Schweiz kann dieser Aspekt anhand der nationalen Befragung der Klientinnen und Klienten von niederschweligen Einrichtungen (NSE) mit Spritzenabgabe untersucht werden³⁵.

Die meisten Personen, die diese Einrichtungen in Anspruch nehmen, konsumieren die Drogen intravenös. Rund 90% von ihnen haben bereits Drogen injiziert, und ein etwas geringerer Anteil hat dies in den vorangegangenen sechs Monaten getan. Allerdings ist diesbezüglich ein Rückgang von 85% im Jahr 1993 auf 79% im Jahr 2000 festzustellen. Auch der Anteil der Personen, die erst seit kurzem (weniger als zwei Jahre) intravenös konsumieren, hat zwischen 1993 und 2000 stark abgenommen: Er ging von 30% auf 7% zurück. Die durchschnittliche Zahl der Injektionen pro Woche nahm ebenfalls ab und verringerte sich von 18,9 im Jahr 1994 auf 13,7 im Jahr 2000.

Heroin ist die Substanz, die am regelmässigsten – d. h. von der Hälfte der Klientinnen und Klienten der NSE mehrmals wöchentlich – konsumiert wird, obwohl der regelmässige Konsum etwas abzunehmen scheint. Der Konsum von Kokain oder Cocktail (Mischung von Heroin und Kokain) nahm zwischen 1993 und 1996 zu, bevor er im Jahr 2000 wieder zurückging.

Zum inhalativen Konsum liegen erst spärliche Informationen vor, da sich das Angebot der NSE bis vor kurzem hauptsächlich an intravenös Konsumierende richtete. In einer kürzlich durchgeführten Umfrage bei den neuen Benutzerinnen und Benutzern (N = 471) einer NSE, die sowohl über einen Injektions- als auch über einen Inhalationsraum verfügt, gab über die Hälfte der Klientinnen und Klienten das Inhalieren (28%) oder das Inhalieren und Injizieren (24%) als bevorzugte Konsumart an¹⁴. Diese Resultate stimmen mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen überein: 2001 hatten 28% der Personen, die in einer Zürcher Poliklinik (ZOKL1) neu in eine Methadonbehandlung aufgenommen wurden, Heroin zuvor nur inhaliert¹². Schliesslich wiesen verschiedene Daten, die ebenfalls aus Zürich stammen, sich jedoch auf die zweite Hälfte der Achtzigerjahre und die erste Hälfte der Neunzigerjahre beziehen, bereits auf eine regelmässige Zunahme dieser Konsumart hin³⁶.

3.3 SOZIO-DEMOGRAFISCHE MERKMALE DER DROGENKONSUMIERENDEN²⁰

Anhand der Befragung der Benutzerinnen und Benutzer der NSE und der Statistiken zur (ambulanten und stationären) Behandlung lässt sich ein Profil der Drogenkonsumierenden in der Schweiz skizzieren. Der Frauenanteil liegt zwischen 23 und 30%. Das Durchschnittsalter der Drogenkonsumierenden oder der entsprechende Medianwert ist je nach Einrichtung unterschiedlich: Die Personen, die die NSE und die

ärztliche Heroinverschreibung in Anspruch nehmen, sind im Durchschnitt älter (ca. 32 Jahre), jene in der ambulanten und stationären Therapie jünger (ca. 28 Jahre). In allen diesen Gruppen ist jedoch tendenziell eine Alterung zu beobachten.

Die Wohnsituation hat sich in den letzten Jahren etwas verbessert, da der Anteil der Personen ohne festen Wohnsitz zurückgegangen ist. In Bezug auf den Zugang zum Arbeitsmarkt ist hingegen keine Verbesserung festzustellen. Die Benutzerinnen und Benutzer der NSE scheinen sowohl in Bezug auf die Unterkunft als auch in Bezug auf die Arbeit in besonders schwierigen Verhältnissen zu leben.

3.4 INFEKTIONSRIKEN UND SCHUTZVERHALTEN³⁷

Die Befragungen der Klientinnen und Klienten der NSE sind auch auf die Risikoexposition und das Präventionsverhalten ausgerichtet. Der Anteil der Benutzerinnen und Benutzer, die kürzlich – in den sechs Monaten vor der Befragung – eine bereits von einer anderen Person benutzte Spritze/Nadel verwendet haben, liegt bei rund 10%, wobei die Tendenz möglicherweise leicht steigend ist (1994: 9%, 1996: 11%, 2000: 12%). Häufiger ist der gemeinsame Gebrauch von Material zur Vorbereitung der Injektion, was den hohen Anteil an Hepatitis-C-Infektionen erklären könnte (vgl. unten). Allerdings ist dieser Gebrauch zwischen 1996 und 2000 etwas zurückgegangen (von 68 auf 51% für die gemeinsame Benutzung des Löffels und von 46 auf 38% für die gemeinsame Verwendung des Filters).

Die Drogenkonsumierenden, die sich durch die Benutzung von bereits gebrauchtem Material einem Infektionsrisiko aussetzen, unterscheiden sich von jenen, die kein derartiges Risiko eingehen: Sie sind etwas jünger, und es handelt sich häufiger um Frauen. Ihr Gesundheitszustand ist weniger gut, sie leben häufiger unter prekären Bedingungen (ohne Arbeit, ohne festen Wohnsitz, ohne Ausbildung), und sie haben häufiger einen kürzlichen Gefängnisaufenthalt hinter sich. Zudem konsumieren und injizieren sie regelmässiger Kokain und weisen eine höhere Injektionshäufigkeit auf.

3.5 INFEKTIONSKRANKHEITEN

Die neuen HIV-Fälle im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum sind ab Ende der Achtzigerjahre bis 1998 stark zurückgegangen. Seither hat sich dieser Indikator stabilisiert, wobei in der letzten Zeit ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist³⁸.

Die Klientinnen und Klienten der NSE sowie der ambulanten und stationären Therapieeinrichtungen bilden eine Gruppe, die in breitem Umfang getestet wurde. Der Anteil der Personen, die angeben, sich mindestens einem HIV-Test unterzogen zu haben, liegt bei rund 90%; dies gilt sowohl für die NSE (1994: 91%, 1996: 93%, 2000: 95%) – wobei die Mehrheit (70%) erst kürzlich getestet wurde – als auch für den Bereich der stationären Therapien (im Zeitraum 1997-2001 zwischen 90% und 94%). In den ambulanten Therapieeinrichtungen lag der entsprechende Anteil 1996 bei 84% und 1999 bei 86%²⁰.

Der Anteil der Personen, die einen positiven HIV-Test angeben, ging in den frühen Neunzigerjahren stark zurück und blieb anschliessend seit 1995 relativ stabil. Diese Prävalenz lag bei den Klientinnen und Klienten der NSE zwischen 1993 und 2000 bei rund 10%, im Rahmen der Versuche mit der ärztlichen Heroinverschreibung an schwer abhängige Drogenkonsumierende (1996) bei 16%, in den ambulanten Therapieeinrichtungen (1996-1998) zwischen 11 und 13% und in den stationären Therapieeinrichtungen (seit 1997) bei circa 5%²⁰.

Während die angegebene HIV-Prävalenz somit eher tief blieb, ist die Hepatitis-C- und -B-Prävalenz sehr hoch. Der Anteil der Personen, die einen positiven Hepatitis-C-Test angeben, lag bei den Klientinnen und Klienten der NSE im Jahr 2000 bei 59% und im stationären Sektor (1997-2001) bei 30 bis 41%. Die entsprechenden Zahlen für die Hepatitis B lagen bei 40% (NSE) beziehungsweise bei 22 bis 28% (stationärer Bereich). Bei den Klientinnen und Klienten der ärztlichen Heroinverschreibung³⁹ lagen diese Präva-

lenzen höher: Zwischen 1994 und 1996 wurden über 80% der Personen getestet, die in dieses Programm aufgenommen wurden, wobei Prävalenzen von 82% für Hepatitis C und von 73% für Hepatitis B festgestellt wurden. Schliesslich hat eine Basler Studie gezeigt, dass im Jahr 2000 55% der Personen, die neu eine Methadonbehandlung erhielten, mit dem HCV infiziert waren⁴⁰.

3.6 MORTALITÄT

Die drogenbedingten Todesfälle haben sich innerhalb eines Jahrzehnts vervierfacht (1982: 109, 1992: 419). Seit 1995 nimmt diese Zahl wieder deutlich ab und hat sich seit 1998 bei rund 200 Todesfällen pro Jahr stabilisiert (2002: 167). Die HIV-bedingten Todesfälle bei Drogenkonsumierenden erreichten 1994 einen Höchststand (318), bevor sie unter der Wirkung der neuen Behandlungen rasch zurückgingen. Die Gesamtzahl der jährlichen Todesfälle bei den Drogenkonsumierenden stieg von 100 Ende der Siebzigerjahre auf 700 im Jahr 1994, bevor sie bis 2002 wieder auf rund 200 zurückging.

3.7 ZUGANG ZUR THERAPIE

Die Zahl der Methadonbehandlungen hat seit Ende der Achtzigerjahre erheblich zugenommen: Sie stieg von etwas über 2000 Behandlungen im Jahr 1987 auf fast 18'000 Behandlungen im Jahr 2002. Ausserdem befinden sich über 1000 Drogenkonsumierende (Ende 2002: 1230) in einer heroingestützten Behandlung. Nach einer Schätzung für das Jahr 2000 bestehen zudem rund 1000 Therapieplätze in stationären Einrichtungen, die zu 80% belegt sind. Somit ist festzustellen, dass sich eine Mehrheit der abhängigen Drogenkonsumierenden einer Behandlung unterzieht. Im internationalen Vergleich⁴¹ weist die Schweiz somit innerhalb von Europa eine der höchsten Behandlungsraten auf.

3.8 ZUSAMMENFASSUNG

In der Schweiz besteht noch immer eine grosse Gruppe von Personen, die regelmässig Heroin konsumieren. Allerdings scheint diese Gruppe immer älter und kleiner zu werden. Das Injizieren stellt weiterhin die verbreitetste Konsumart dar, doch in den zehn letzten Jahren hat auch das Inhalieren an Bedeutung gewonnen. Um die mit Drogen verbundenen Probleme zu vermindern, wurde ein umfangreiches Behandlungs- und Schadenminderungskonzept entwickelt. Dieses trug zweifellos zum Rückgang der Todesfälle und der HIV-Infektionen in dieser Gruppe bei. Es bestehen jedoch weiterhin erhebliche Probleme (Hepatitis-Prävalenz, soziale Situation der Drogenkonsumierenden, Polykonsum), die es notwendig erscheinen lassen, das Konzept zur Bekämpfung der Drogenprobleme zu optimieren.

4 BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNGEN

In den beiden vorangegangenen Kapiteln wurden die schweizerische Drogenpolitik und die epidemiologische Situation des Landes dargelegt. Dabei ging es darum, das Umfeld, in dem die ASTK tätig sind, und die Rolle vorzustellen, die ihnen in diesem Rahmen zukommt. Das vorliegende Kapitel bezieht sich nun auf die sieben spezifischen Fragen, die im Rahmen dieses Gutachtens gestellt wurden.

4.1 TRAGEN DIE ASTK ZU EINER VERRINGERUNG DER MORBIDITÄT BEI DEN DROGENKONSUMIERENDEN BEI, INSBESONDERE DURCH EINE VERRINGERUNG DER ÜBERTRAGUNG VON VIRALEN INFEKTIONEN (HIV, HEPATITIS)?

Die ASTK entstanden in den Achtzigerjahren im Zusammenhang mit der Zunahme der Personen, die intravenös Heroin konsumieren, und der raschen Ausbreitung von HIV/Aids in dieser Bevölkerungsgruppe. Daher bestand eines der Ziele dieser Einrichtungen darin, auf das Risikoverhalten (Änderung der Konsumgewohnheiten, Verringerung der Häufigkeit der Injektionen, Verringerung des Infektionsrisikos, bessere Hygiene bei der Injektion) und auf die Übertragung von viralen Infektionen einzuwirken.

Gemäss der internationalen Literatur lässt sich bisher nicht belegen, dass die Benutzung der ASTK eine Wirkung auf die Übertragung von Infektionskrankheiten hat⁴². Hingegen wurde eine Verringerung des Risikoverhaltens festgestellt^{22,23}. Insbesondere wurde bei den Benutzerinnen und Benutzern der ASTK eine Verbesserung der Injektionsbedingungen (Hygiene, Sauberkeit), eine Verringerung des gemeinsamen Spritzengebrauchs sowie – in einem Fall – ein Rückgang der Anzahl Konsumtage pro Woche festgestellt. In verschiedenen Evaluationen, die in der Schweiz zu ASTK durchgeführt wurden, fielen die Resultate in Bezug auf die Verringerung des Risikoverhaltens ähnlich aus^{8,9,43,44}. Zudem ist daran zu erinnern, dass die mit einer Drogeninjektion verbundenen Risiken in einer ASTK geringer sind als in jedem anderen Konsumumfeld.

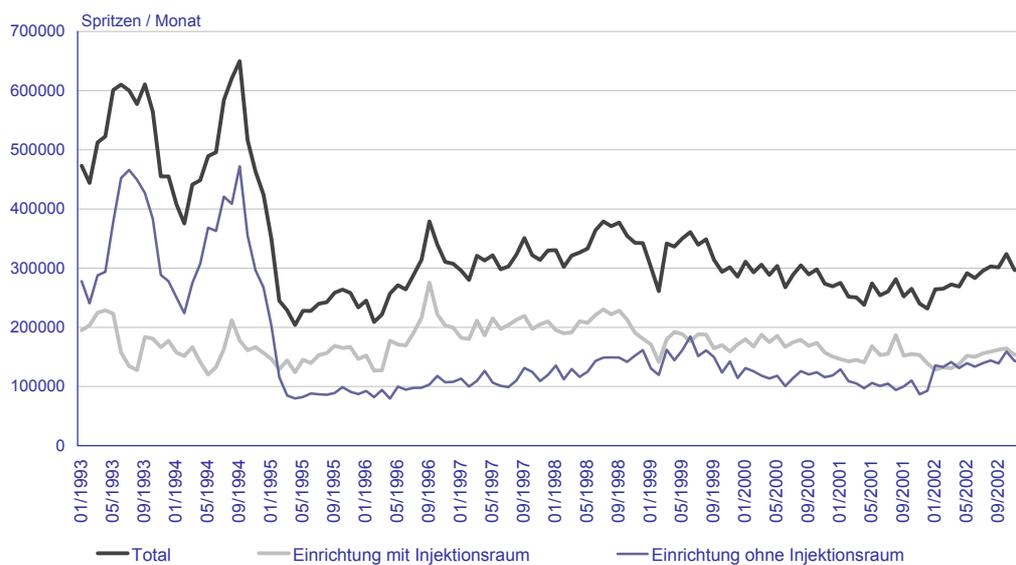
Auf gesamtschweizerischer Ebene lässt sich die Wirkung der ASTK auf das Risikoverhalten mit Hilfe der folgenden Daten beurteilen:

1. Entwicklung der Anzahl Spritzen, die in den NSE (mit oder ohne Injektionsraum) abgegeben wurden;
2. Entwicklung des gemeinsamen Gebrauchs von Spritzen (potenzielle Exposition gegenüber dem Risiko einer HIV-Kontamination) und der HIV-Prävalenz, die in den Einrichtungen mit/ohne Injektionsraum angegeben wurde.

4.1.1 Abgabe von Injektionsmaterial

In der nachstehenden Abbildung ist dargestellt, wie sich die Abgabe von Injektionsmaterial in den NSE von 1993 bis 2002 entwickelt hat. Nach einer Spitze in den Jahren 1993 und 1994 ging die Zahl der abgegebenen Spritzen 1995 stark zurück: Von 6'400'000 Spritzen im Jahr 1993 fiel sie auf 3'00'000 im Jahr 1995. Danach stieg sie bis 1998 wieder auf 4'100'000 an und bewegte sich anschliessend zwischen 3'800'000 (1999) und 3'100'000 (2001). 2002 wurden von den NSE insgesamt 3'500'000 Spritzen abgegeben, was einem monatlichen Durchschnitt von 290'000 Spritzen entspricht. Tendenziell ging die Materialabgabe in den ASTK in den letzten fünf Jahren zurück. Von den verschiedenen Einrichtungen, die Spritzen abgeben (Programm zur Heroinverschreibung, Apotheken, NSE ohne Konsumraum, NSE mit Konsumraum), geben jedoch die ASTK noch die grösste Menge ab.

Abbildung 1 Entwicklung der Anzahl Spritzen, die 1993-2002 in den NSE in der Schweiz abgegeben wurden*



* Anzahl niederschwellige Einrichtungen (NSE): 1993: N=28, 1994: N=23, 1995: N=23, 1996: N=25, 1997: N=26, 1998 und 1999: N=27, von 2000 bis 2002: N=26

IUMSP/UEPP

4.1.2 Einfluss auf die Infektionsrisiken

Die folgende Abbildung zeigt für die Jahre 1993 bis 2000, wie sich in den NSE der Anteil der Drogenkonsumierenden entwickelt hat, die angeben, in den vorangegangenen sechs Monaten eine Spritze benutzt zu haben, die zuvor bereits von einer anderen Person verwendet worden war. Rechts sind die Klientinnen und Klienten der NSE in den Städten mit Konsumraum dargestellt, links jene in den Städten, die zwar über eine oder mehrere NSE, jedoch über keinen Konsumraum verfügen. Aus der Abbildung geht hervor, dass der Anteil der Konsumierenden, die ein Kontaminationsrisiko eingehen, in den Städten mit Konsumraum 1993 bereits tief war und in der Folge stabil blieb. In vier der sechs Städte ohne ASTK lag der Anteil der Konsumierenden, die in den vorangegangenen sechs Monaten gemeinsam eine Spritze gebraucht hatten, im Jahr 2000 über 10% (dasselbe gilt für eine der fünf Städte mit ASTK).

Was die HIV-Prävalenz anbelangt, die von den Benutzerinnen und Benutzern der NSE angegeben wird, ist die Entwicklung weniger eindeutig, und es lässt sich kein klarer Unterschied zwischen den Städten mit ASTK und jenen ohne ASTK feststellen.

Abbildung 2 Gemeinsamer Spritzengebrauch in den vorangegangenen sechs Monaten, 1993-2000 in verschiedenen NSE in der Schweiz (in %)

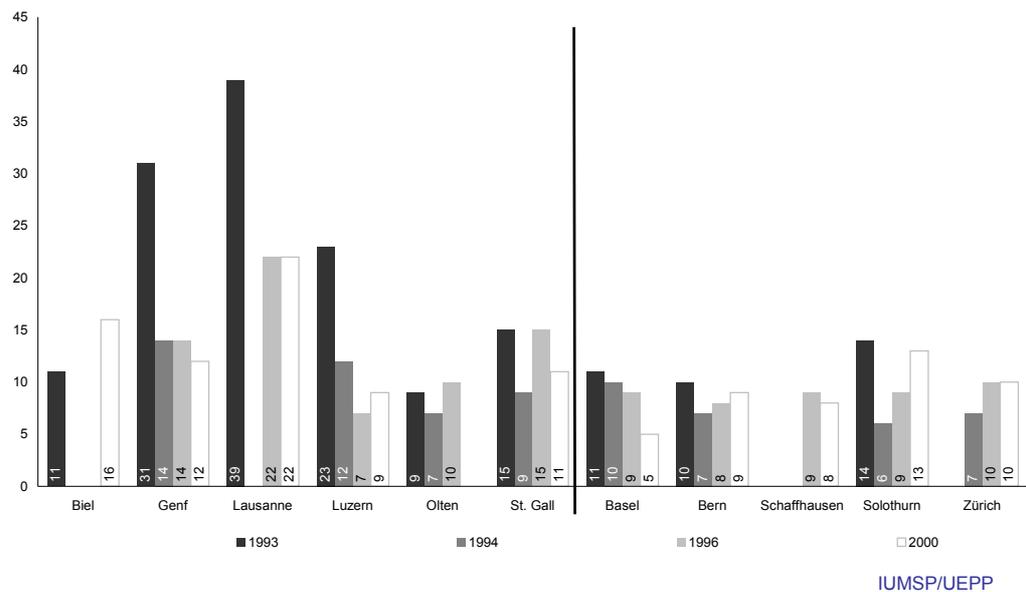
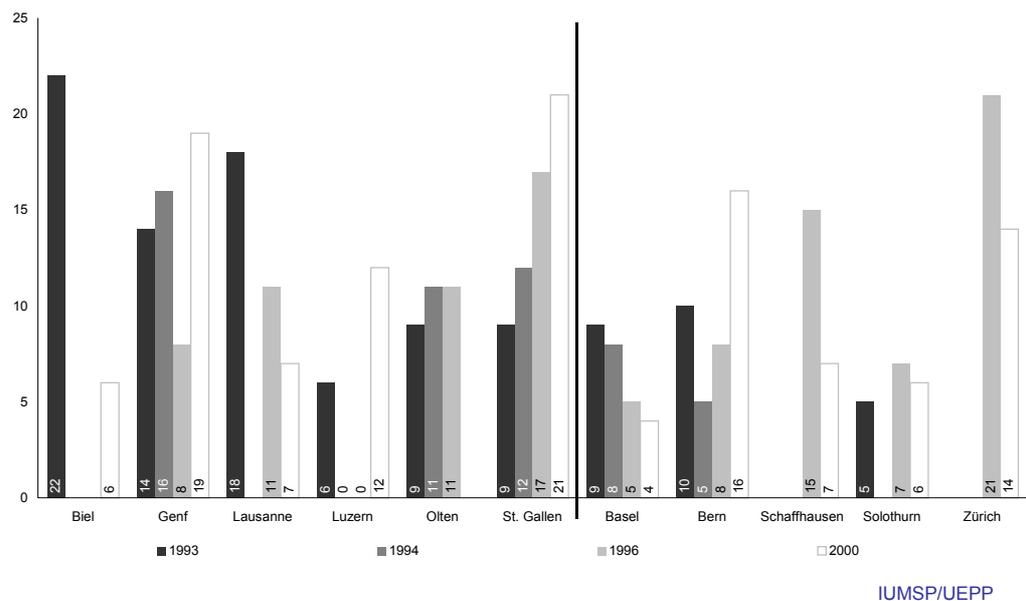


Abbildung 3 Angegebene HIV-Prävalenz in verschiedenen NSE in der Schweiz, 1993-2000



4.1.3 Zusammenfassung

Die Antwort auf die erste Evaluationsfrage lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Bisher ist nicht belegt, dass die Inanspruchnahme der ASTK die Zahl der HIV- oder HCV-Infektionen verringern kann. Diese Feststellung verweist vor allem auf die methodischen Ansätze und die technischen Probleme, die mit der Evaluation der Wirkung dieser Einrichtungen verbunden sind.
- Sowohl in der Schweiz als auch auf internationaler Ebene weisen immer mehr Evaluationsresultate darauf hin, dass die Inanspruchnahme der ASTK eine positive Wirkung auf bestimmte Arten von Risikoverhalten hat (gemeinsamer Spritzengebrauch, Hygiene und Sauberkeit des Injektionsmaterials).

- Die ASTK leisten in der Schweiz einen erheblichen Beitrag zur Abgabe und zum Umtausch von Spritzen – einer Massnahme, die unterdessen auf internationaler Ebene anerkannt ist.
- Werden Städte mit NSE ohne Konsumraum und Städte mit NSE mit Konsumraum miteinander verglichen, lassen sich bei den Drogenkonsumierenden, die diese Einrichtungen in Anspruch nehmen, in Bezug auf das Risikoverhalten und die HIV-, HCV- und HBV-Infektionsrate keine grossen Unterschiede feststellen. Hingegen lässt sich in Städten mit Konsumraum eine etwas günstigere Situation in Bezug auf den gemeinsamen Spritzengebrauch beobachten. Interessant wäre ein Vergleich mit Städten, die über keine NSE verfügen, doch gegenwärtig liegen keine entsprechenden Daten vor.
- Die allgemeine Entwicklung der Gesundheitsindikatoren bei den Drogenkonsumierenden in der Schweiz weist darauf hin, dass die HIV-Übertragung abnimmt, während die Situation im Bereich der Hepatitis problematischer ist. Die ASTK haben wahrscheinlich zur Eindämmung der HIV/ Aids-Epidemie bei den Drogenkonsumierenden beigetragen, doch über ihre Wirkung in Bezug auf die Hepatitis sind keine Aussagen möglich.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass die ASTK eine Massnahme darstellen, die dazu beigetragen hat, bestimmte Formen von Risikoverhalten zu vermindern oder auf einem tiefen Niveau zu halten, insbesondere im Bereich der HIV-Übertragung.

4.2 TRAGEN DIE ASTK ZU EINER VERRINGERUNG DER MORTALITÄT BEI DEN DROGENKONSUMIERENDEN BEI, INSBESONDERE DURCH EINE VERRINGERUNG VON TÖDLICHEN ÜBERDOSIERUNGEN?

Aus den Befragungen, die bei den Klientinnen und Klienten der NSE in der Schweiz in den Jahren 1996 und 2000 durchgeführt wurden, ging hervor, dass etwa die Hälfte der Benutzerinnen und Benutzer dieser Einrichtungen bereits Erfahrungen mit einer Überdosis gemacht hatte und dass durchschnittlich jede Person etwas mehr als vier Überdosierungen erlebt hatte. Mehr als ein Viertel (28%) der im Jahr 2000 Befragten gab ausserdem an, dass sie während der vorangegangenen zwei Jahre eine Überdosis erlebt hatten. Dieser Anteil lag damit leicht über dem entsprechenden Wert von 1996 (22%).

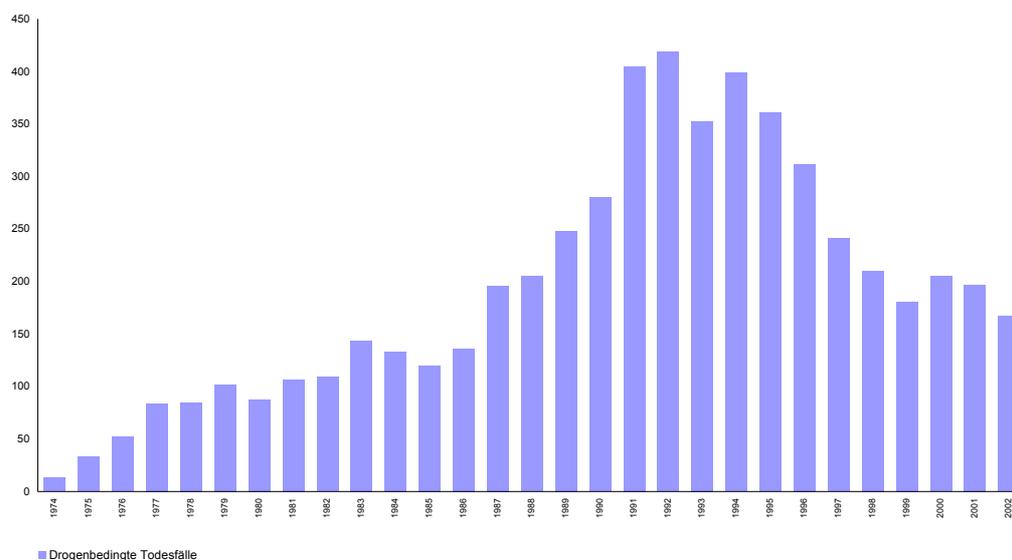
Kürzlich wurde auf internationaler Ebene (Madrid, Deutschland und Sydney) der Anteil der Überdosierungen in den ASTK ermittelt. Diese Untersuchung ergab Werte von 1,1, 6,4 und 7,0 Überdosierungen pro Tausend Besuche in einem Injektionsraum²³. Zwei vor kurzem in der Schweiz durchgeführte Untersuchungen ergaben Anteile von 0,7 (Biel, August 2001 bis August 2002) und 1,7^b (Genf, August 2002 bis Dezember 2002) Überdosierungen pro Tausend Konsumvorgänge. Bis heute wurde nur ein Todesfall in einer ASTK (in Deutschland) verzeichnet, der auf einen anaphylaktischen Schock zurückzuführen war²³. Abgesehen davon deuten die verfügbaren Daten in Bezug auf die Anzahl der Überdosierungen und deren Schweregrad darauf hin, dass die ASTK positive Auswirkungen haben. Doch es liegen noch keine definitiven Erkenntnisse zu dieser Frage vor⁴².

Die Tatsache, dass in den ASTK praktisch keine Todesfälle zu verzeichnen sind, hängt mit den Massnahmen zusammen, die in diesen Einrichtungen zu diesem Zweck ergriffen wurden. So grenzt in Genf der Konsumraum direkt an das Behandlungszimmer an, das mit einem Beatmungsgerät ausgestattet ist. Ausserdem trägt der Mitarbeiter im Injektionsraum ein Signalgerät auf sich, mit dem er in Notfällen Kontakt mit seinen Kolleginnen und Kollegen im Empfangsraum aufnehmen kann, um die benötigte Hilfe anzufordern. Wenn eine Situation als sehr kritisch beurteilt wird, wird der medizinische Notfalldienst (29 Fälle von April bis Dezember 2002) für eine rasche Intervention aufgeboden⁵.

b In Genf: Überdosierungen (overdoses) und "zu hohe Dosierungen" (surdoses).

Tödliche Überdosierungen werden in der Schweiz in der Statistik der drogenbedingten Todesfälle festgehalten, die auch Todesfälle auf Grund von Unfällen und Langzeitkonsum umfasst. Es wird jedoch angenommen, dass ein bedeutender Teil dieser Todesfälle auf Überdosierungen zurückzuführen ist. Wie die nachfolgende Grafik zeigt, ist die Zahl der drogenbedingten Todesfälle von Mitte der Achtzigerjahre bis Anfang der Neunzigerjahre sehr stark angestiegen und hat 1992 mit 419 Todesfällen den Höhepunkt erreicht. Seither ist diese Zahl kontinuierlich zurückgegangen. Im Jahr 2002 lag sie bei 167 Todesfällen, was unter dem entsprechenden Wert des Jahres 1987 liegt (196 Todesfälle).

Abbildung 4 Entwicklung der drogenbedingten Todesfälle in der Schweiz



Quelle: BAP

4.2.1 Zusammenfassung

Die Drogenkonsumierenden in der Schweiz machen nach wie vor häufig Erfahrungen mit einer Überdosis. Jedes Jahr stirbt ein erheblicher Teil von ihnen an den Auswirkungen von Überdosierungen, Unfällen und an den Folgen von Langzeitkonsum. Während der Anteil der Benutzerinnen und Benutzer von NSE, die in letzter Zeit (in den letzten zwei Jahren) eine Überdosis erlebt haben, nicht zurückging, zeigt die Kurve der drogenbedingten Todesfälle eine abnehmende Tendenz. Jene ASTK, von denen in der Schweiz keine Todesfälle gemeldet wurden, haben zweifellos zu diesem Rückgang der Mortalität der Drogenkonsumierenden beigetragen. Dies gilt insbesondere in Bezug auf jene Drogenkonsumierenden, die am meisten von Drogenproblemen betroffen sind. Wie das Genfer Beispiel zeigt, haben die ASTK spezielle Massnahmen entwickelt, um drogenbedingte Todesfälle zu verhindern. Diese Vorkehrungen haben offensichtlich positive Auswirkungen.

4.3 TRAGEN DIE ASTK ZU EINER BESSEREN BETREUUNG DER DROGENKONSUMIERENDEN BEI, INDEM SIE INSBESONDERE ALS ZUGANGSSTELLE ZUM SOZIALMEDIZINISCHEN NETZ DIENEN?

Das Konzept der niederschweligen Einrichtungen ist vor allem auf die Möglichkeit ausgerichtet, die am stärksten ausgegrenzten Drogenkonsumierenden zu erreichen, um ihnen Unterstützung und Hilfe anzubieten. Die ASTK haben dieses Ziel erkannt. Es gilt nun abzuklären, ob sie - abgesehen von der Prävention von Infektionskrankheiten und Überdosierungen sowie von der Ermöglichung des Zugangs zur Behandlung (siehe weiter unten) - auch in der Lage sind, eine individuelle Beratung anzubieten, soziale

Beziehungen wieder herzustellen und die Benutzerinnen und Benutzer dem sozialmedizinischen Netz zuzuweisen.

Zur Klärung dieser Frage können zwei Arten von Daten herangezogen werden:

- Die Daten über die Tätigkeiten der ASTK, mit denen auch die Art und der Umfang der Leistungen angegeben werden, die im Bereich der "Betreuung und Triage" angeboten werden;
- die bei den Benutzerinnen und Benutzern der ASTK gesammelten Daten, insbesondere die Daten bezüglich der Nutzung der Leistungen, die nicht direkt mit dem Drogenkonsum zusammenhängen.

4.3.1 Umfang und Art der Tätigkeiten im Bereich der "Betreuung und Weitervermittlung (/Triage)" für die Benutzerinnen und Benutzer von ASTK

Aus der Tabelle 1 in Kapitel 2 geht hervor, dass die ASTK, abgesehen vom eigentlichen Konsumraum, auch eine ganze Palette von Leistungen im Sozial- und Gesundheitsbereich anbieten: Zuhören und Beratung, medizinische Grundversorgung, Verbindungsstelle zu anderen Einrichtungen (Triage), Zugang zu Hygienemassnahmen (Dusche, Waschmaschine), Aktivitäten im Zusammenhang mit der Sicherheit der Anlaufstelle usw. Auf internationaler²³ Ebene wurden in verschiedenen Einrichtungen die folgenden Daten zusammengetragen:

- In Sydney führt jeder vierte Besuch zu einer Leistung im Gesundheits- oder Sozialbereich. Zu den häufigsten Aktivitäten gehören die Beratung über den sicheren Spritzengebrauch und die Venenpflege. Aus jedem 41. Besuch resultiert eine Weitervermittlung an ein Zentrum, das auf die Behandlung der Drogenabhängigkeit spezialisiert ist, an eine andere Gesundheitseinrichtung oder an eine Sozialhilfeeinrichtung.
- In Münster, Deutschland, führt jeder siebte Besuch zu einer Leistung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder zu einer Weitervermittlung an eine andere Einrichtung. In Madrid resultiert aus jedem neunten Besuch eine solche Leistung.

Für die Schweiz liegen ebenfalls Daten dieser Art vor:

- In Bern¹¹ ergab eine detaillierte Analyse der Arbeitszeit, welche die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die verschiedenen Tätigkeiten der ASTK aufwenden, dass 16% der Zeit für die Beratung, 7% für die Behandlung von organischen Erkrankungen und 5% für Interventionen im Zusammenhang mit der Sicherheit eingesetzt werden. Diese Beurteilung hat auch gezeigt, dass die Aktivitäten der ASTK im Bereich der Unterstützung und Beratung durch einen ungenügenden Personalbestand direkt beeinträchtigt werden können.
- In Genf⁵ führen 2% der Besuche des Injektionsraums zu Pflegemassnahmen in einem speziell dafür vorgesehenen Raum, und bei 20% dieser Interventionen folgt anschliessend eine Weitervermittlung an einen Arzt. Aus jedem achten Besuch resultieren Leistungen im Sozialbereich (für die entsprechend der Häufigkeit die folgende Reihenfolge ermittelt wurde: Zuhören, Gespräch, Bewältigung von Stress und Gewalt, Triage, Informationen, Duschen, externe Begleitung).

4.3.2 Beurteilung der Benutzerinnen und Benutzer der ASTK

In der Schweiz wurden unter den Benutzerinnen und Benutzern der ASTK^{5,6,11,43,44} verschiedene Befragungen zum Nutzen der angebotenen Leistungen durchgeführt. Aus diesen Befragungen geht hervor, dass der grösste Vorteil für die Benutzerinnen und Benutzer darin besteht, dass sie sich die Drogen in Ruhe und unter hygienischen Bedingungen injizieren können und dass sie dabei vor der Polizei geschützt sind und hinsichtlich der Risiken, die mit der Injektion unmittelbar verbunden sind, nichts zu befürchten haben. Als sehr bedeutend werden auch andere materielle Aspekte beurteilt: Die Möglichkeit, sich

auszuruhen, zu essen und zu trinken sowie der Zugang zur medizinischen Grundversorgung. Das Zuhören der Betreuerinnen und Betreuer, deren Verfügbarkeit und vorurteilslose Einstellung sowie deren Beratung gehören ebenfalls zu den Punkten, die von den Benutzerinnen und Benutzern als bedeutend angeführt wurden. Diese Umfragen zeigen auch, dass die ASTK nicht von allen Klientinnen und Klienten im gleichen Umfang genutzt werden: Gewisse Benutzerinnen und Benutzer suchen die ASTK hauptsächlich auf, um sich ihre Drogen zu injizieren. Danach verlassen diese Personen die Einrichtung unverzüglich. Andere Klientinnen und Klienten, hauptsächlich sozial ausgegrenzte Menschen, nutzen die verschiedenen Angebote der ASTK und nehmen insbesondere die Leistungen im Sozial- und Gesundheitsbereich oder allgemein gesagt alle "kleinen Betreuungsleistungen" in Anspruch, mit denen soziale Beziehungen aufrechterhalten oder wieder geschaffen werden.

4.3.3 Zusammenfassung

Sowohl in der Schweiz als auch im Ausland entsprechen die Leistungen im Sozial- und Gesundheitsbereich sowie in den Bereichen Beratung und Information einem beträchtlichen Teil der Aktivitäten der ASTK. Diese Leistungen werden insbesondere von den sozial am stärksten ausgegrenzten Benutzerinnen und Benutzern in Anspruch genommen und geschätzt. Sie tragen zweifellos zur Erhaltung der Gesundheit und von sozialen Beziehungen bei. Es lässt sich somit festhalten, dass die ASTK innerhalb des sozialmedizinischen Netzes häufig eine Funktion als Zugangs- und Dienstleistungsstelle erfüllen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die ASTK über genügend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen.

4.4 TRAGEN DIE ASTK ZU EINER VERBESSERUNG DER SITUATION IM BEREICH DER ÖFFENTLICHEN ORDNUNG BEI, INSBESONDERE DURCH EINE VERRINGERUNG DES KONSUMS IM ÖFFENTLICHEN RAUM?

Die Schaffung und Entwicklung von ASTK in der Schweiz hängen auch mit dem Bestehen von offenen Drogenszenen und den Problemen zusammen, die sich daraus für die Wahrung der öffentlichen Ordnung ergaben. Die politischen Debatten über die Entwicklung von Massnahmen zur Schadenminderung wurden vielfach auf lokaler Ebene geführt⁴⁵, wo sich verschiedene Koalitionen von Akteuren⁴⁶ mit unterschiedlichen Ideen und Interessen gegenüber standen. Bei der Einführung der ASTK mussten daher auch die lokalen Probleme auf Gemeindeebene berücksichtigt werden. Diese Einrichtungen hatten auch die Aufgabe, Verbesserungen im Bereich der Probleme zu realisieren, die mit dem Drogenkonsum in der Öffentlichkeit, dem Herumliegen von gebrauchten Spritzen und mit anderen damit verwandten Problemen zusammenhingen.

4.4.1 Drogenkonsum im öffentlichen Raum und Herumliegen von gebrauchten Spritzen

Aus der internationalen Literatur^{23,47} geht hervor, dass die Einführung von ASTK tendenziell zu einer Abnahme des Drogenkonsums und des Herumliegens von gebrauchten Spritzen in der Öffentlichkeit beiträgt. Die Akzeptanz solcher Einrichtungen unter der betroffenen Bevölkerung scheint in erster Linie davon abzuhängen, dass im betroffenen Quartier keine Drogenszenen (Handel und Konsum) bestehen. Wenn die Anwohner das Entstehen oder die Ausweitung einer Drogenszene feststellen, ergibt sich eine Konfliktsituation. Doch wie der Fall von Rotterdam zeigt, kann sich die Einstellung der Bevölkerung auch ändern.

Die in der Schweiz verfügbaren Daten zeigen ein ähnliches Ergebnis: Die ASTK haben ebenfalls zu einer Rückbildung der öffentlichen Drogenszenen beigetragen^{13,43,44}. Es wurde jedoch auch festgestellt, dass dieser Rückgang von der lokalen Bevölkerung in vielen Fällen als ungenügend beurteilt wurde. Dies ist in vielen Fällen darauf zurückzuführen, dass sehr hohe Erwartungen an die ASTK gestellt werden, die in Bezug auf bestimmte Elemente dieser Einrichtungen⁴⁴ (Öffnungszeiten, Anzahl Plätze) teilweise unrealistisch sind.

Was das Herumliegen von gebrauchten Spritzen im öffentlichen Raum anbelangt, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass in erster Linie die NSE – sofern solche bestehen – für das Einsammeln von gebrauchten Spritzen zuständig sind. Einige ASTK sahen sich jedoch mit einer Zunahme der im öffentlichen Raum herumliegenden Spritzen konfrontiert. In diesen Fällen sorgte die entsprechende Einrichtung – wie das beispielsweise in Genf der Fall war – für die Entwicklung eines Systems zum Einsammeln der gebrauchten Spritzen bzw. für eine Reorganisation des bereits bestehenden Systems⁵.

Eine auf nationaler Ebene durchgeführte Befragung der Klientinnen und Klienten der NSE hat ergeben, dass der Anteil der Drogenkonsumierenden, die sich die Drogen während der letzten sechs Monate in erster Linie an öffentlichen Orten injizierten, im Abnehmen begriffen ist (19% im Jahr 1994; 6% im Jahr 2000). Dieser Trend existiert unabhängig davon, ob die jeweilige Stadt über NSE mit oder ohne Injektionsraum verfügt. Ein klarer Unterschied besteht hingegen in Bezug auf die Frage, ob die Drogen während der jeweils letzten sechs Monate am häufigsten in der eigenen Wohnung injiziert wurden. Diesbezüglich war im Jahr 2000 der Anteil der Klientinnen und Klienten in jenen Städten, die über NSE mit einem Injektionsraum verfügen, deutlich geringer (32% bis 58%) als in Städten mit NSE ohne Injektionsraum (71% bis 95%). Das Bestehen einer ASTK scheint daher nicht unbedingt spezifische Auswirkungen auf den Drogenkonsum im öffentlichen Raum zu haben. Hingegen wirken sich die ASTK auf den Konsum in der eigenen Wohnung aus (einschliesslich anderer Konsumorte im privaten Bereich).

4.4.2 Zusammenfassung

Sowohl in der Schweiz als auch in anderen Ländern wurde festgestellt, dass die ASTK zu einer Verringerung der Probleme mit der öffentlichen Ordnung beitragen. Dies gilt insbesondere für die Rückbildung der Drogenszenen. Auch in Bezug auf das Einsammeln gebrauchter Spritzen haben sie eine wichtige Funktion. Sie tragen dazu bei, dass diese Spritzen nicht im öffentlichen Raum herumliegen. Im Allgemeinen haben die Verantwortlichen der ASTK auch die Befürchtungen und Probleme berücksichtigt, die in den Quartieren auftraten, in denen die ASTK eingerichtet wurden. In der Regel wurden Lösungen zur Verringerung dieser Probleme realisiert. Schliesslich wurde festgestellt, dass die Einrichtung einer ASTK insbesondere auch positive Auswirkungen auf Wohngebiete (Wohngebäude) hat, da der Drogenkonsum an diesen Orten zurückgeht.

4.5 TRAGEN DIE ASTK DAZU BEI, DASS DIE ZAHL DER PERSONEN, DIE DROGEN INJIZIEREN, UND/ODER DIE HÄUFIGKEIT DER INJEKTIONEN BEI DIESEN PERSONEN ZUNEHMEN?

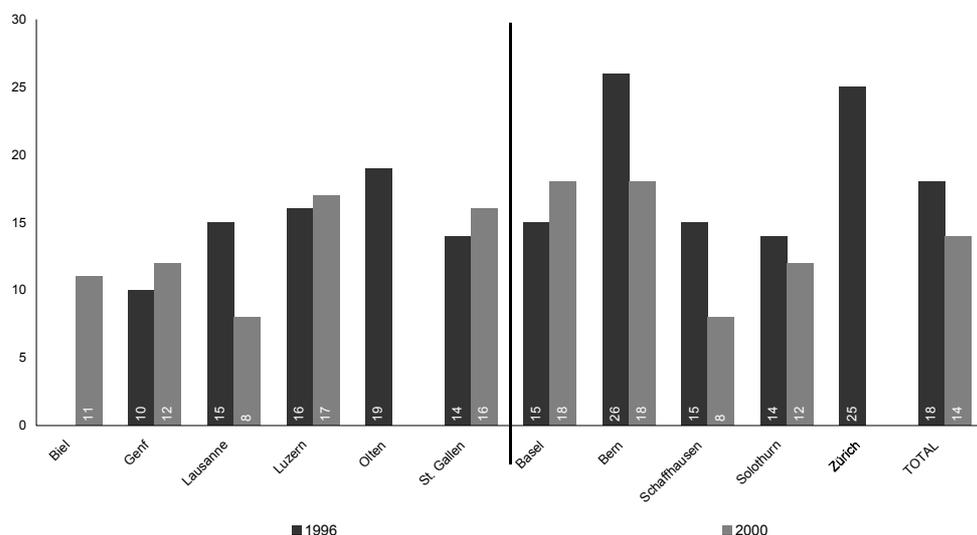
Einer der hauptsächlichen Kritikpunkte, die gegen die Einrichtung von ASTK vorgebracht werden, besteht in der Behauptung, die ASTK würden den Drogenkonsum sowohl bei neuen Konsumierenden als auch bei bisherigen Konsumierenden fördern. Die neueste Literaturübersicht zu den ASTK²³ enthält nur eine niederländische Publikation zum Thema Konsumhäufigkeit: In diesem Fall wurde festgestellt, dass bei den Benutzerinnen und Benutzern der ASTK die Anzahl der Tage mit Drogenkonsum abgenommen hat. Zur Klärung dieser Frage können auch verschiedene Datenquellen aus der Schweiz herangezogen werden:

- Schätzungen der Anzahl abhängiger Drogenkonsumierender (vgl. Kapitel 3.1);
- Befragungen in den NSE zum Drogenkonsum und zu den Konsumformen²⁰;
- Überwachung der Zahl der Spritzen, die in den niederschweligen Einrichtungen (mit und ohne Konsumraum) der Schweiz abgegeben werden (vgl. Kapitel 4.1.1);

- Befragungen von Drogenkonsumierenden (Paneluntersuchung⁴⁸, qualitative Studien über die Benutzung der ASTK)^{5,6c}.

Aus den Schätzungen der Zahl der abhängigen Drogenkonsumierenden ergibt sich eine Abnahme der Konsumierenden von Heroin, die nach wie vor die am häufigsten konsumierte Droge ist. Gleichzeitig wurde in den letzten Jahren festgestellt, dass die Zahl der Drogenkonsumierenden, die sich regelmässig Kokain injizieren, tendenziell zunimmt. Was hingegen die Klientinnen und Klienten der NSE anbelangt, haben sowohl der Anteil der Konsumierenden, die sich Drogen injizieren, als auch die durchschnittliche Zahl der Injektionen pro Woche von 1993 bis 2000 (bzw. von 1996 bis 2000) in allen Einrichtungen abgenommen. Doch während dieses Zeitraums verfügten bereits zahlreiche Städte über eine ASTK. Wenn man die Städte miteinander vergleicht (siehe Abbildung 6), stellt man fest, dass die durchschnittliche Zahl der Injektionen in drei der vier Städte, die über eine ASTK verfügen und von denen Informationen verfügbar sind, tendenziell abgenommen hat. Dagegen hat die Zahl der Injektionen in drei der vier Städte ohne ASTK, über die Informationen vorliegen, tendenziell zugenommen.

Abbildung 5 Durchschnittliche Anzahl Injektionen pro Woche bei den Klientinnen und Klienten der NSE im Zeitraum 1996-2000 in Städten mit und ohne ASTK



IUMSP/UEPP

Die Überwachung der in den NSE abgegebenen Spritzen (siehe Kapitel 4.1) ergab eindeutig, dass das Volumen des in allen Einrichtungen mit ASTK abgegebenen Materials im Zeitraum 1997 bis 2002 tendenziell abgenommen hat. Es deutet somit nichts darauf hin, dass die Zahl der Personen, die Drogen injizieren, oder die Häufigkeit der Injektionen bei diesen Personen ganz allgemein und in den ASTK zunehmen. Auf lokaler Ebene durchgeführte Untersuchungen und qualitative Studien ergaben teilweise ein etwas klareres Bild, das jedoch in den meisten Fällen mit der obigen Erkenntnis übereinstimmte. Im Zeitraum 1991-92 ergab eine in Zürich durchgeführte Paneluntersuchung^d, dass während der vorangegangenen Periode etwa die Hälfte der Personen die Häufigkeit des Konsums^e nicht verändert hatte, während ca. ein Viertel weniger und ein Viertel mehr konsumierte. Ebenfalls nicht verändert hatten sich die

^c Vorläufige Ergebnisse der Evaluation der AKR Genève, 2003, F. Benninghoff, IUMSP, persönliche Mitteilung.

^d Zwei Befragungen im Abstand von sieben Monaten von Konsumierenden, die in allen niederschweligen Einrichtungen rekrutiert wurden (einschliesslich eines niederschweligen Methadon-Behandlungszentrums).

^e Intravenöser und sonstiger Konsum.

Anteile der verschiedenen Konsumformen. Drei qualitative Studien, die in den Jahren 1996 (mehrere Städte mit ASTK), 2002 (ASTK Genf) und 2003 (ASTK Genf) in kleinen Gruppen realisiert wurden, führten zum gleichen Ergebnis: Diese drei Befragungen ergaben bei der Mehrheit der befragten Personen, dass kein Zusammenhang zwischen der Injektionshäufigkeit und dem Aufsuchen einer ASTK besteht. Die festgestellten Veränderungen werden auf andere Ursachen zurückgeführt (verfügbare Produkte, psychischer Zustand, finanzielle Mittel usw.). Hingegen gaben im Rahmen dieser drei Befragungen einige Personen an, die Inanspruchnahme des Angebots einer ASTK habe ihnen eine Stabilisierung oder Einschränkung des Konsums ermöglicht. Im Gegensatz dazu meinten einige andere Befragte, das Aufsuchen einer ASTK habe zu einer Zunahme des Konsums oder zum Bedürfnis geführt, den Konsum zu steigern (Versuchung durch den Anblick anderer intravenös Konsumierender, weniger Hindernisse für die Injektion von Drogen). Diese beiden gegensätzlichen Ansichten wurden von etwa gleich vielen Befragten geäußert^f.

In zwei Studien ist von Personen die Rede, die zum ersten Mal in einer ASTK^{5,8} intravenös Drogen konsumiert haben. Solche Fälle sind zwar selten, doch es gibt sie. Die Genehmigung zur Benutzung des Konsumraums wird jedoch in der Regel von den Betreuerinnen und Betreuern nur erteilt, wenn alles darauf hinweist, dass sich die jeweilige Person die Drogen ohnehin injizieren und dass dies unter gefährlicheren Bedingungen erfolgen würde, als dies im Rahmen der ASTK der Fall wäre.

4.5.1 Zusammenfassung

Auf der Grundlage der verfügbaren Daten gibt es keinerlei Hinweise darauf, dass die ASTK dazu beitragen, dass der intravenöse Konsum oder die Häufigkeit der Injektionen zunehmen. Im Allgemeinen erwähnen die Benutzerinnen und Benutzer andere Faktoren, die sich auf den Konsum auswirken. Bei bestimmten Benutzerinnen und Benutzern dagegen tragen die ASTK zu einer Stabilisierung oder Verringerung des Konsums bei. Bei anderen Personen wiederum führen sie zu einer Zunahme des Konsums. Bei diesen beiden Gruppen, die etwa gleich gross sind, handelt es sich jedoch um Minderheiten.

4.6 WIRKEN SICH DIE ASTK BEI DEN DROGENKONSUMIERENDEN NEGATIV AUF DIE AUFNAHME EINER THERAPIE, DEN VERBLEIB IN DER THERAPIE SOWIE AUF DEN THERAPIEERFOLG AUS?

Ein zweiter Kritikpunkt, der gegen die ASTK häufig ins Feld geführt wird, ist die Vorstellung, diese würden ein Hindernis für die Aufnahme einer Therapie und den Verbleib in einer Therapie darstellen bzw. den Therapieerfolg gefährden. Diese Kritik kann anhand verschiedener Daten diskutiert werden, die aus den folgenden Quellen stammen:

1. Aus der internationalen Literatur;
2. aus den Statistiken der Methadonbehandlung (die in der Schweiz vorherrschend ist): Anzahl Behandlungen pro Kanton (2000) und Entwicklung dieser Zahl von 1993 bis 2000, Vergleich zwischen den Kantonen mit und ohne ASTK;
3. Befragungen der Drogenkonsumierenden in den NSE: Der Anteil der Benutzerinnen und Benutzer von NSE, die sich in einer Therapie befinden, Vergleich zwischen den Kantonen mit und ohne ASTK;
4. Gespräche mit den Benutzerinnen und Benutzern: Ihre eigene Beurteilung des Zusammenhangs zwischen dem Aufsuchen einer ASTK und positiven bzw. negativen Auswirkungen auf die Bereitschaft, sich einer Therapie zu unterziehen.

^f In Genf im Jahr 2002: Zunahme 3, Abnahme 2, kein Einfluss 11; im Jahr 2003: Zunahme 4, Abnahme 4, kein Einfluss 7.

4.6.1 Der Zusammenhang zwischen der Therapie und der Schadenminderung in der Literatur

Verschiedene Studien, die auf internationaler Ebene durchgeführt wurden, haben gezeigt, dass die Teilnahme an einem Programm zum Austausch von Spritzen bei drogenabhängigen Menschen positive Auswirkungen auf das Erkennen von Gesundheitsproblemen und auf die Aufnahme einer Therapie hat⁴⁹⁻⁵². Diese Erkenntnisse können selbstverständlich nicht ohne weiteres auf Einrichtungen mit einem Injektions- und Inhalationsraum übertragen werden, doch es wird trotzdem angenommen, dass diese Strukturen etwa die gleichen Auswirkungen haben könnten.

Die in diesen Studien erwähnten Probleme im Bereich der Betreuung der Drogenkonsumierenden hängen hauptsächlich mit dem allgemeinen Funktionieren des Netzes zusammen, das sich um die Konsumierenden kümmert. Dabei geht es insbesondere auch um die Kommunikation zwischen den Einrichtungen und Akteuren, die sich mit der Schadenminderung befassen, und jenen Institutionen und Akteuren, die im Bereich der Therapien tätig sind. Aus diesen Studien resultiert daher die grundsätzliche Erkenntnis, dass die Verbesserung der Betreuung der Drogenkonsumierenden nicht dadurch angestrebt werden sollte, dass entweder den Therapie- und Behandlungszielen oder der Schadenminderung Priorität eingeräumt wird. Es geht vielmehr darum, eine bessere Verknüpfung dieser beiden Bereiche zu realisieren.

In den neuesten Publikationen zum Thema ASTK wird diese Frage nicht behandelt. Es wird darin jedoch festgehalten, dass die ASTK einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit, der Verhaltensweisen mit erhöhtem Risiko und der Verbindungen zwischen den Sozial- und Gesundheitsdiensten leisten²³. Mehrere schweizerische Studien^{5,12,13} befassten sich mit der Arbeit, die von den Betreuerinnen und Betreuern in den niederschweligen Einrichtungen mit einem Injektionsraum und/oder einem Inhalationsraum geleistet wird. In diesen Studien wird darauf hingewiesen, dass die Betreuerinnen und Betreuer dank den Interaktionen, die zwischen den Drogenkonsumierenden und dem Personal dieser Einrichtungen erfolgen, Fragen im Zusammenhang mit der Gesundheit zur Sprache bringen und Lösungen vorschlagen können. Dies gilt beispielsweise für die Methoden zur Schadenminderung oder zur Kontaktaufnahme mit dem Therapienetz, die von den Drogenkonsumierenden angewandt werden können. So lässt sich feststellen, dass die Sensibilisierungs- und Beratungsarbeit, mit der die Aufnahme oder Fortsetzung einer Therapie positiv unterstützt werden kann, im Allgemeinen innerhalb der ASTK geleistet wird.

4.6.2 Anzahl Methadonbehandlungen pro Kanton

Im Jahr 2000²⁰ gehörten die fünf Kantone, die einen Konsumraum anboten (Basel, Zürich, Solothurn, Bern, Schaffhausen), zu jenen Kantonen, die den höchsten Anteil an laufenden Methadonbehandlungen aufwiesen (siehe Abbildung 6: Die Kantone mit einem Konsumraum sind schraffiert).

Bezogen auf die ganze Schweiz lag die Wachstumsrate der Methadonbehandlungen im Zeitraum 1993 bis 2000 bei ungefähr 1,5 (Abbildung 7). Drei der fünf Kantone mit einem Konsumraum lagen über dem schweizerischen Durchschnitt. Der Kanton Basel, der unter dem Durchschnitt lag, ist jener Kanton, der am meisten Methadonbehandlungen pro 1000 Einwohner aufwies.

Abbildung 6 Anzahl Methadonbehandlungen pro Tausend Einwohner im Alter von 20 bis 64 Jahren pro Kanton im Jahr 2000

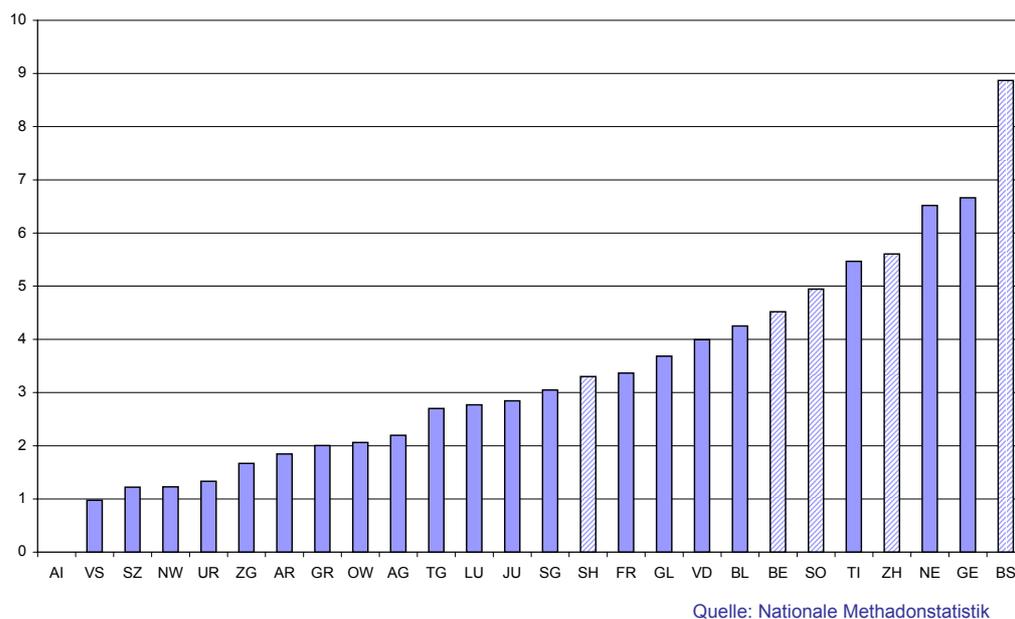
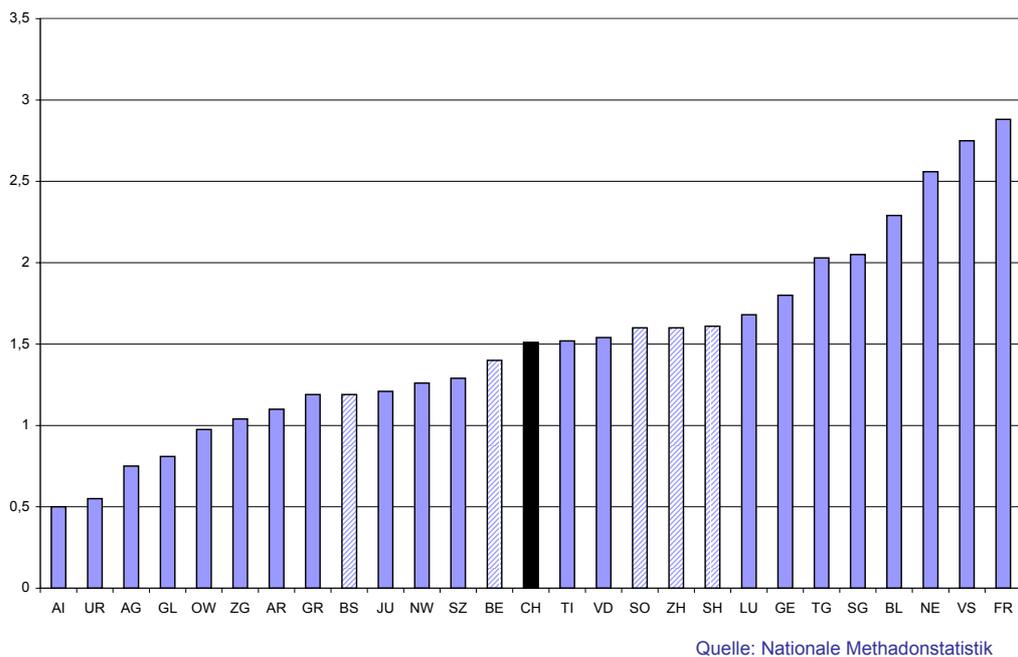


Abbildung 7 Wachstumsrate der Methadonbehandlungen von 1993 bis 2000 pro Kanton



4.6.3 Benutzerinnen und Benutzer der verschiedenen Arten von NSE, die sich in Behandlung/nicht in Behandlung befinden

Zunächst ist festzuhalten, dass sich ein zunehmender Anteil der Personen, die NSE aufsuchen, in Methadonbehandlung befindet. Unter Berücksichtigung aller NSE überstieg dieser Anteil im Jahr 2000 erstmals die Schwelle von 50%. Dies entspricht wahrscheinlich der allgemeinen Zunahme der Zugangsmöglichkeiten zu einer Behandlung. In den Einrichtungen ohne Injektionsraum ist der Anteil der Personen, die sich in einer Behandlung befinden, etwas höher als in den Einrichtungen mit Konsumraum. Der Unterschied ist indessen sehr gering und hat zudem im Lauf der Zeit leicht abgenommen. Bemerkenswert ist insbesondere die Tatsache, dass bei beiden Ausgangssituationen ein starker Anstieg des Anteils der

Benutzerinnen und Benutzer verzeichnet wurde, die sich in einer Therapie befanden. Die Personen, die weiterhin intravenös konsumieren und die Leistungen der NSE in Anspruch nehmen, sind wahrscheinlich eine Minderheit, bei denen mit der Therapie der Entzug nicht vollständig gelingt^s oder bei denen die Therapie ein Misserfolg ist. In den NSE konsumieren und injizieren diese Personen, die sich in einer Therapie befinden, jedoch weniger häufig^h als die Benutzerinnen und Benutzer, die sich keiner Behandlung unterziehen³⁷. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Mehrheit der Personen, welche die Leistungen von niederschweligen Einrichtungen in Anspruch nehmen, um Konsumierende handelt, die zahlreiche Therapieversuche und Misserfolge hinter sich haben.

Tabelle 2 Anteil der Benutzerinnen und Benutzer, die sich in einer Therapie befinden: Vergleich in den Einrichtungen mit und ohne Injektionsraum, Befragungen in den NSE, 1993-2000ⁱ

Jahr	Einrichtungen mit Injektionsraum				Einrichtungen ohne Injektionsraum			
	Methadon- behandlung	Heroin- gestützte Behandlung	Behandlungen insgesamt	%	Methadon- behandlung	Heroin- gestützte Behandlung	Behandlungen insgesamt	%
	n	%	%		n	%	%	
1993	674	32	0	32	445	40	0	40
1994	686	43	10	53	221	52	6	58
1996	685	42	11	53	259	53	11	64
2000	480	55	3	58	444	58	5	63

IUMSP/UEPP

Zwei kürzlich durchgeführte Datenerhebungen bestätigen, dass der Anteil der Benutzerinnen und Benutzer von ASTK, die sich in einer Therapie befinden, an der Gesamtzahl der Klientinnen und Klienten recht gross ist. In Biel¹⁴ hat eine kurze Befragung der Klientinnen und Klienten einer niederschweligen Einrichtung ergeben, dass sich 80% (39 von 49) der Benutzerinnen und Benutzer des Injektionsraums und 67% (14 von 21) der Benutzerinnen und Benutzer des Inhalationsraums in einer Methadonbehandlung befanden. In Genf⁵ ergab eine Umfrage der gleichen Art, dass sich 72% der Benutzerinnen und Benutzer (59 von 82) einer Einrichtung mit Injektionsraum (Quai 9) in einer Therapie befanden.

Im Rahmen dieser Genfer Studie wurde auch festgestellt, dass sich die Klientinnen und Klienten, welche eine Einrichtung mit Injektionsraum im ersten Betriebsjahr aufsuchten, mehrheitlich (59%) bereits in einer Behandlung befanden. Dieser Anteil ging jedoch im Lauf der Zeit tendenziell zurück (von 64% im ersten Quartal auf 45% im letzten Quartal), und man erkannte, dass die Einrichtung schrittweise Personen erreichen konnte, deren Behandlungsrate im lokalen und nationalen Vergleich unterdurchschnittlich war^j.

^s Die Frage der Qualität oder der Anforderungen an die Therapien muss trotzdem gestellt werden. Es wurde aufgezeigt, dass die Methadonbehandlungen in der Schweiz in der Regel mit zu geringen Dosierungen durchgeführt wurden⁵³. So betrug beispielsweise im Jahr 2000 die Mediantdosierung des Methadons bei den Personen, welche die NSE aufsuchten und sich in einer Methadonbehandlung befanden, 60 mg/Tag, und die durchschnittliche Dauer der Therapie lag bei 46 Monaten. (F. Benninghoff, IUMSP, persönliche Mitteilung).

^h Ein geringerer Konsum ist nur in Bezug auf Heroin festzustellen, bei Kokain und bei den Benzodiazepinen besteht kein Unterschied.

ⁱ Fabienne Benninghoff, UEPP/IUMSP, persönliche Mitteilung.

^j Es ist auch darauf hinzuweisen, dass sich aus der Tatsache, dass sich Benutzerinnen und Benutzer von Injektions- oder Inhalationsräumen nicht in Behandlung befinden, nicht schliessen lässt, dass sich diese Personen noch nie einer solchen Therapie unterzogen haben. Die überwiegende Mehrheit der abhängigen Drogenkonsumierenden in der Schweiz hat bereits eine oder mehrere Behandlungen hinter sich.

4.6.4 Beurteilung des Zusammenhangs zwischen den ASTK und den Therapien durch die Benutzerinnen und Benutzer der ASTK

Im Rahmen von halbstrukturierten Interviews (N=15) wurden im Jahr 2003 die Benutzerinnen und Benutzer der Einrichtung in Genf zum Zusammenhang zwischen Therapie und Besuch einer ASTK befragt. Unabhängig davon, ob sie sich in einer Therapie befanden oder nicht, gaben die meisten Benutzerinnen und Benutzer (12) an, der Besuch der ASTK habe überhaupt keinen Einfluss auf ihre Absicht zur Aufnahme einer Therapie, auf die tatsächliche Aufnahme einer Behandlung oder auf die Fortsetzung einer Therapie (gehabt). Ein Teil der Drogenkonsumierenden hat mit den Betreuerinnen und Betreuern darüber gesprochen. Drei Benutzerinnen und Benutzer, die sich alle nicht in Behandlung befanden, gaben an, sie seien bei ihrem Vorhaben / bei den erforderlichen Schritten zur Aufnahme einer Therapie unterstützt worden. Von den Benutzerinnen und Benutzern gab niemand an, die ASTK habe sich negativ auf eine laufende Behandlung oder auf das Vorhaben zur Aufnahme einer Therapie ausgewirkt.

4.6.5 Zusammenfassung

Die verfügbaren Daten enthalten keinen Hinweis darauf, dass die ASTK eine spezifische negative Auswirkung auf die Aufnahme oder die Fortsetzung einer Therapie haben. Es wurde festgestellt, dass sich die Mehrheit der Benutzerinnen und Benutzer der ASTK in einer Behandlung befindet, dass dieser Anteil im Zunehmen begriffen ist, dass die in den ASTK tätigen Betreuerinnen und Betreuer mit den Benutzerinnen und Benutzern über dieses Thema sprechen und dass das Bestehen der Einrichtungen nach Auffassung der Benutzerinnen und Benutzer keinen entscheidenden Einfluss auf ihre Behandlung hat. Falls ein Problem vorliegt, besteht dieses zweifellos eher in der Verknüpfung der Angebote zur Schadenminderung mit den Therapieangeboten. Anzustreben ist insbesondere eine bessere gemeinsame Abklärung der Fähigkeiten und der tatsächlichen Bedürfnisse der Drogenkonsumierenden. Von Bedeutung könnte auch die Qualität der Therapien sein.

Die kürzlich abgegebene Empfehlung des Internationalen Suchtstoffkontrollrates⁵⁴, wonach nicht ASTK einzurichten sind, sondern eine breitere Palette von Therapien zur Verfügung gestellt werden sollte, ist für die Schweiz nicht sehr sinnvoll, da sich die Zugänglichkeit und die Vielfalt des Therapieangebots auf einem Niveau befinden, wie dies nur in wenigen europäischen Ländern der Fall ist. Von Bedeutung ist in vielen Fällen, dass die Drogenkonsumierenden eine Therapie aufnehmen können und dass ihnen bei einem vorläufigen oder endgültigen Misserfolg der Therapie ein Unterstützungsangebot zur Verfügung steht, mit dem die Möglichkeit zu einem erneuten Einstieg in eine solche Therapie aufrechterhalten wird. Aus den Biografien der Drogenkonsumierenden geht hervor, dass ihre Entzugsbemühungen und die Substitutionsbehandlungen sehr häufig mit Misserfolgen enden. Das Angebot zur Schadenminderung, einschliesslich der ASTK, muss somit darauf ausgerichtet sein, einen verhältnismässig guten Gesundheitszustand, solide soziale Umstände und das Interesse an der Einstellung des Konsums aufrechtzuerhalten, damit die Fortsetzung oder die Wiederaufnahme von solchen Therapieversuchen weiterhin möglich sind.

4.7 DIE ASTK MIT INHALATIONSRAUM

In der letzten Zeit wurden in mehreren Schweizer Städten (Bern, Basel, Zürich, Biel) Inhalationsräume geschaffen. Derartige Räume bestehen aber auch im Ausland (Deutschland, Niederlande). Ihr Aufkommen hängt mit Beobachtungen zusammen, die darauf hinweisen, dass der inhalative Konsum sowohl bei den Einsteigerinnen und Einsteigern als auch bei den bisherigen Drogenkonsumierenden zunimmt. Die Letzteren gehen zu einer Konsumart über, die in Bezug auf die HIV-Übertragung, das Risiko von Überdosierungen und bestimmte andere mit dem intravenösen Konsum verbundene Gesundheitsprobleme weniger Risiken beinhaltet.

Wie in Zürich¹² verfolgen diese ASTK in der Regel die nachstehenden zusätzlichen Ziele:

- Eine bessere Ausrichtung auf die Bedürfnisse der (neuen oder bisherigen) Drogenkonsumierenden;
- Unterstützung der Drogenkonsumierenden in Bezug auf den Übergang zu einem risikoarmen oder risikoärmeren Konsum;
- Bereitstellung eines Ortes, an dem diese Konsumart akzeptiert wird, und Verminderung gewisser Beeinträchtigungen (Rauch, Bildung einer "Szene") im öffentlichen Raum.

Zu dieser Art von Einrichtungen liegen kaum Daten vor. In der Schweiz wurden zwar einige Evaluationen durchgeführt^{10,12-14}, die jedoch auf die Prozesse im Zusammenhang mit dem Aufbau dieser Einrichtungen ausgerichtet sind. Auch die internationale Literatur liefert keine weiteren Angaben.

Trotzdem soll versucht werden, die verschiedenen Fragen durchzugehen, die zu den Injektionsräumen gestellt wurden, und sie auf die Inhalationsräume anzuwenden, indem die wenigen verfügbaren stichhaltigen Daten herangezogen werden. Doch zunächst muss auf die Frage eingegangen werden, wie attraktiv dieses Angebot ist und vor allem welcher Typ von Drogenkonsumierenden dieses Angebot in Anspruch nimmt.

Anhand der 2001-2002 durchgeführten Evaluation der ASTK Biel, die beide Konsummöglichkeiten bietet, lassen sich einige Tendenzen untersuchen¹. Von allen Personen, die diese ASTK innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten erstmals aufgesucht haben (N = 441), geben 28% das Inhalieren als derzeit wichtigste Konsumart an (intravenöser Konsum: 48%, beide: 24%). Bei einer punktuellen Befragung der Klientinnen und Klienten der Einrichtung (N = 70) bestätigte sich diese Verteilung. Anhand dieser Befragung lassen sich die beiden Klientengruppen (nur Benutzung des Inhalationsraums/Benutzung des Injektionsraums oder beider Räume) klarer festlegen:

- Die Klientinnen und Klienten des Inhalationsraums sind durchschnittlich jünger (31,6 Jahre) als die Benutzerinnen und Benutzer des Injektionsraums (35,0 Jahre). Sie verzeichnen weniger soziale Probleme, insbesondere weniger Probleme in Bezug auf die Unterkunft (0 bzw. 11% ohne festen Wohnsitz), einen höheren Grad der Erwerbstätigkeit (54 bzw. 22% vollzeitlich Erwerbstätige) und weniger Gefängnisaufenthalte (11 bzw. 38% waren in den letzten zwei Jahren im Gefängnis).
- Die Klientinnen und Klienten des Inhalationsraums weisen weniger gesundheitliche Probleme auf: Keiner gibt an, HIV-positiv zu sein (intravenös Konsumierende: Etwas weniger als 10%), und etwas mehr als ein Drittel gibt an, Hepatitis-C-positiv zu sein (intravenös Konsumierende: Zwei Drittel).
- Die Hälfte der Benutzerinnen und Benutzer des Inhalationsraums haben bereits Erfahrungen mit dem intravenösen Konsum, praktisch alle haben Heroin und Kokain konsumiert, und ein Drittel konsumiert noch beide Substanzen.
- Ein hoher Anteil der beiden Gruppen befindet sich in einer Methadonbehandlung (67% der Klientinnen und Klienten des Inhalationsraums und 76% der intravenös Konsumierenden).

Offensichtlich bestehen bei den Benutzerinnen und Benutzern des Inhalationsraums zwei Untergruppen: Personen, die seit langem abhängig sind und Erfahrungen mit dem intravenösen Konsum haben, und Personen, die noch nie Drogen injiziert haben, die aber trotzdem meist schon jahrelang konsumieren (nur

^k Dabei geht es sowohl darum, den Übergang zum intravenösen Konsum zu verhindern als auch den Umstieg vom intravenösen auf den inhalativen Konsum zu fördern.

¹ Gegenüber denen jedoch angesichts der geringen Zahl von Konsumierenden, die in den einzelnen Gruppen befragt wurden, eine gewisse Vorsicht angebracht ist.

10% sind jünger als 25). Die Evaluation der Zürcher Einrichtungen (2001-2002) liefert Daten, die in die gleiche Richtung gehen: Die Betreuerinnen und Betreuer schätzen, dass 40% der Benutzerinnen und Benutzer des Inhalationsraums bereits den Injektionsraum aufsuchten und dass ein Teil der neuen Klientinnen und Klienten Bekannte der Benutzerinnen und Benutzer des Injektionsraums sind und/oder sich zuvor häufig in der Umgebung der Einrichtung aufhielten¹¹. Innerhalb sehr kurzer Zeit stieg die Auslastungsrate der beiden evaluierten Einrichtungen auf 90%. Die Evaluation eines Pilotprojekts in Olten (2001) hat ebenfalls gezeigt, dass die Hälfte der Benutzerinnen und Benutzer des Inhalationsraums auch intravenös konsumiert und dass nur ein Viertel^m zuvor in der Einrichtung unbekannt war¹⁰.

Was die **Schadenminderung** im Bereich der HIV-Übertragung anbelangt, stellt der inhalative Drogenkonsum selbst bei gemeinsamem Gebrauch des Materials keine Gefahr dar. Hepatitis – insbesondere Hepatitis C – ist jedoch leichter übertragbar als HIV. Daher lässt sich nicht ausschliessen, dass der gemeinsame Gebrauch von Inhalationsmaterial (Pfeifen, Mundstücke, Röhrchen) zu einer Infektion führt. Diesbezüglich liegen noch keine Daten vor, und im Übrigen bildet die Prävention in Bezug auf den gemeinsamen Gebrauch von Inhalationsmaterial Teil des Angebots aller ASTK mit Inhalationsraum.

In allen drei Evaluationen zusammen wurde über eine Überdosierung berichtet. Beobachtet wurden auch der inhalative Konsum von Medikamenten mit beunruhigenden Nebenwirkungenⁿ sowie die Verwendung von ungeeigneten Lösungen zur Vorbereitung der Produkte^o. Grosse Unbekannte bestehen zudem bezüglich der Toxizität der inhalierten Substanzen oder der Lösungen, die zur Verdünnung/Extraktion der Substanzen verwendet werden. Somit muss man sich die Frage stellen, welche Art von Substanzen in diesen Räumen konsumiert werden dürfen.

Der Umstieg vom intravenösen auf den inhalativen Konsum ist eine der angestrebten Formen der Schadenminderung. Sie wurde bei mehreren Drogenkonsumierenden beobachtet. Meist handelt es sich um intravenös Konsumierende, die wegen des Zustands ihrer Venen oder wegen der Qualität oder des Preises des Produkts auf eine andere Konsumform umsteigen und die es schätzen, dass sie diese Möglichkeit haben. In keiner der drei Evaluationen wurde ein Übergang vom inhalativen zum intravenösen Konsum beschrieben.

Bezüglich des Beitrags der Inhalationsräume zu einer besseren Betreuung der Drogenkonsumierenden liegen nur wenige genaue Daten vor. Die drei Evaluationen zeigen, dass dieses Angebot tatsächlich bisher nicht bekannte Klientinnen und Klienten anzieht, obwohl sie nur einen Teil der inhalativ Konsumierenden ausmachen, die die ASTK aufsuchen. Zudem befindet sich ein Teil der Klientinnen und Klienten bereits in einer Behandlung. Schliesslich wird mehrmals erwähnt, dass es schwieriger ist, mit den inhalativ Konsumierenden ins Gespräch zu kommen, als mit den Personen, die bereits den Injektionsraum nutzen: Die Betreuerinnen und Betreuer betreten den Inhalationsraum nicht (die Überwachung erfolgt durch eine Scheibe), und die Benutzerinnen und Benutzer verlassen die Einrichtung oft rasch wieder. Dies gilt vor allem für die Jüngeren, die zuweilen auch in der Gruppe kommen. Diese Situation wurde in zwei ASTK als frustrierend beschrieben. Die Inhalationsräume stellen somit zwar einen zusätzlichen Ort zur Kontaktaufnahme mit den Drogenkonsumierenden dar, dessen Bedeutung jedoch, insbesondere als Zugangsstelle zum sozialmedizinischen Netz, möglicherweise überschätzt wird.

Die Frage des Beitrags zur Verbesserung der öffentlichen Ordnung wurde in diesen drei Evaluationen nicht vertieft behandelt. Es wird bloss erwähnt, dass ein Teil der inhalativ Konsumierenden, die zuvor in der Umgebung der ASTK in der Öffentlichkeit inhalierten, nun in der Einrichtung konsumiert.

^m Im fünfmonatigen Beobachtungszeitraum.

ⁿ Im Rahmen der Evaluation in Biel.

^o Im Rahmen der Evaluation in Zürich.

4.7.1 Zusammenfassung

Die ASTK mit Inhalationsraum stellen in der Schweiz eine Neuerung dar. Sie wurden geschaffen, um auf ein verändertes Konsumverhalten bei den bisherigen und den neuen Heroin- und Kokainkonsumierenden zu reagieren. In diesem Zusammenhang verfolgen sie das Ziel, diese Gruppen zu erreichen und ihnen wie den intravenös Konsumierenden niederschwellige Dienstleistungen anzubieten. Zudem könnten sie dazu dienen, Konsumarten mit etwas geringeren Risiken zu fördern.

Die wenigen verfügbaren Daten weisen darauf hin, dass die Zielgruppe dieser Einrichtungen tatsächlich besteht und dass sie offensichtlich zumindest teilweise erreicht werden kann. Über diese Feststellung hinaus ist jedoch Vorsicht angebracht, da die Kontaktaufnahme mit den inhalativ Konsumierenden schwierig erscheint, die Toxizität der konsumierten Produkte oft nicht bekannt ist und der dauerhafte Umstieg vom intravenösen auf den inhalativen Konsum noch kaum dokumentiert ist. Umgekehrt ist jedoch auch festzuhalten, dass sich die schädlichen Auswirkungen – insbesondere der Übergang vom inhalativen zum intravenösen Konsum sowie die Behinderung der Aufnahme einer Behandlung – ebenfalls nicht bestätigen liessen. Schliesslich sind in Bezug auf die Schaffung von ASTK mit Inhalationsraum wie bei jeder Neuerung noch Überlegungen und weitere Studien notwendig, damit genaue Aussagen über ihre Wirkung möglich sind.

5 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Das vorliegende Kurzgutachten stützt sich auf die hauptsächlichsten Daten, die zur Rolle und zum Nutzen der ASTK verfügbar sind. Es beruht auf sieben Fragen, die sich sowohl auf die Ziele dieser Einrichtungen als auch auf die Kritik beziehen, die diesen gegenüber vorgebracht wird. Wie zu Beginn erwähnt, liegen noch kaum wissenschaftliche Beweise vor, und daher beruht die Erstellung dieses Gutachtens auf den besten verfügbaren Erkenntnissen (*best available knowledge*).

Allgemein lässt sich anhand der verfügbaren Erkenntnisse festhalten, dass die ASTK die gestellten Ziele grösstenteils erreichen und dass sich die Kritik, die ihnen gegenüber vorgebracht wird, kaum bestätigen lässt. Die ASTK tragen dazu bei:

- Das Risikoverhalten in Bezug auf die Übertragung von Infektionskrankheiten – namentlich von HIV/Aids – in der Gruppe der Drogenkonsumierenden zu verringern, die von diesem Verhalten am stärksten betroffen sind;
- tödliche Überdosierungen und somit die Mortalität in dieser Gruppe zu verringern;
- den Kontakt zwischen dieser Gruppe und dem sozialmedizinischen Netz herzustellen und aufrechtzuerhalten; in diesem Netz sind die niederschweligen Einrichtungen durch die Betreuung und die soziale Unterstützung, die sie anbieten, häufig die erste Anlaufstelle;
- die Probleme im Bereich der öffentlichen Ordnung zu verringern, indem vor allen die offenen Szenen abgebaut werden, im öffentlichen Raum weniger konsumiert wird, gebrauchte Spritzen entsorgt werden und die Auswirkungen der Drogenprobleme auf Wohngebiete (Gebäude) verringert werden.

Umgekehrt weisen die vorliegenden Daten nicht auf spezifische negative Auswirkungen in Bezug auf die folgenden Aspekte hin:

- Die Zahl der Konsumierenden und die Häufigkeit des Konsums, die beide im Abnehmen begriffen sind;
- die Aufnahme und den Verbleib in einer Therapie; da sich die meisten Benutzerinnen und Benutzer der ASTK in einer Therapie befinden, der entsprechende Anteil dank der ASTK zunimmt, dieses Thema im Rahmen der Einrichtungen angesprochen wird und die Benutzerinnen und Benutzer selbst angeben, die ASTK hätten keine grösseren Auswirkungen auf ihre Therapie.

All diese Beobachtungen beziehen sich auf die Ebene der öffentlichen Gesundheit und bedeuten nicht, dass sich die ASTK für einzelne Personen nicht schädlich auswirken können. Auf Grund der derzeitigen Erkenntnisse scheint es jedoch, dass sich die ASTK auf die mit Drogen verbundenen Probleme insgesamt positiv auswirken.

Bezüglich der ASTK mit Inhalationsraum sind die Ergebnisse weniger klar. Zwar gelingt es diesen Einrichtungen, eine Gruppe der inhalativ Konsumierenden anzusprechen. Allerdings lässt sich zurzeit weder bestätigen noch widerlegen, dass auch die angestrebten Ziele erreicht werden (Zugangsstelle zum sozialmedizinischen Netz für die inhalativ Konsumierenden, Verminderung der Probleme in Bezug auf die öffentliche Ordnung, Umstieg auf Konsumformen mit geringerem Risiko). Daher müssen weitere Studien durchgeführt werden, die sich insbesondere auf die folgenden Aspekte beziehen:

- Die Tauglichkeit der ASTK mit Inhalationsraum als Zugangsstelle zum sozialmedizinischen Netz für inhalativ Konsumierende;

- die Toxizität der verschiedenen inhalierten Substanzen und die erforderlichen Massnahmen, die sich daraus ergeben;
- der Umfang und die Dauerhaftigkeit des Übergangs von einer Konsumform zu einer anderen und die diesbezüglichen Folgen.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Lander B. Evaluation des St. Galler Treffpunktes mit Injektionsraum " Am unteren Graben 55": Betriebszeit April 1990 bis März 1991. St Gallen: Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen, Abteilung Gesundheitsvorsorge; 1991.
- 2 Ronco C, Spuhler G, Kaiser R. Evaluation des "Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige" in Luzern [Evaluation of a stay and care center for drug addicts in Lucerne]. *Soz Präventivmed* 1996;41 Suppl 1:S45-S57. Available at: URL: PM:8693816.
- 3 Ronco C, Spuhler G, Coda P, Schöpfer R. Evaluation der Gassenzimmer I, II, und III in Basel. Basel: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel; 1994.
- 4 Nydegger B, Schumacher C, Meier Kressig M. Gesamtevaluation der niedrigschwelligen Drogenhilfe in der Stadt Zürich. Zurich: Institut für Suchtforschung; 1996.
- 5 Benninghoff F, Solai S, Huissoud T, Dubois-Arber F. Evaluation de Quai 9: "Espace d'accueil et d'injection" à Genève. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (à paraître).
- 6 Geense R. To have or to have not: that's the question: a qualitative study on four low threshold needle exchange services for drug users in Switzerland. Lausanne: IUMSP (Institut universitaire de médecine sociale et préventive); 1997. (Cah Rech Doc IUMSP, no. 111.11).
- 7 Jann M, Herrmann R, Ramming P. Des Berner Anlaufstellenmodell: Evaluation des Betriebs der Anlaufstellen mit Drogenkonsumraum Münstergasse, Kleine Schanze und Nägeligasse (1989-1991). Bern: Stiftung Contact; 1992.
- 8 Reyes Fuentes VC. 15 Jahre Fixerraum Bern: Auswirkungen auf soziale und medizinische Aspekte bei Drogenabhängigen Medizinische Fakultät der Universität Bern; 2003.
- 9 Minder Nejedly M and Bürki CM. Monitoring HIV Risk Behaviours in a Street Agency with Injection Room in Switzerland. Universität Bern; 1999.
- 10 Willen C. Evaluation Inhalationsraum: Pilotprojekt der Anlaufstelle Rötzmatt, Suchthilfe Region Olten (SHO). Bern: Sfinx; 2002.
- 11 Spreyermann C, Willen C. Analyse der Tätigkeiten und Angebotsbereiche in Anlaufstellen. Sfinx, Ed. Bern: 2003.
- 12 Spreyermann C, Willen C. Öffnung der Kontakt- und Anlaufstellen für risikoärmere Konsumformen: Evaluation der Inhalationsräume der Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seilergraben der Ambulanten Drogenhilfe Zürich. Bern: Sfinx; 2003.
- 13 Spreyermann C, Willen C. Politprojekt Cactus: Evaluation der Kontakt- und Anlaufstelle des Contact Netz Drop-in Biel. Bern: Sfinx; 2002.
- 14 Benninghoff F, Dubois-Arber F. Résultats de l'étude de la clientèle du Cactus Biel/Bienne 2002. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002.
- 15 Benninghoff 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.
- 16 Benninghoff F. Monitoring des structures à bas seuil d'accès mettant à disposition du matériel d'injection en Suisse 1993-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2000. (Document non publié).
- 17 Benninghoff 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.
- 18 Benninghoff 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) 2003;
- 19 Dubois-Arber F, Jeannin A, Benninghoff F, Moreau-Gruet F, Spencer B. HIV/Aids: Zunehmendes Risikoverhalten? Das Prinzip der Vorsicht soll gelten. *BAG Bulletin* 2003;8:128-32.

- 20 Zobel 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.
- 21 Poschadel S, Höger R, Schnitzler J, Schreckenber D. Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland: Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos; 2003. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Band 149).
- 22 Dolan K, Kimber J, Fry C, Fitzgerald J, McDonald D, Trautmann F. Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug and Alcohol Review* 2000;(19):337-46.
- 23 Kimber J, Dolan K, van Beek I, Hedrich D, Zurhold H. Drug consumption facilities: an update since 2000. *Drug and Alcohol Review* 2003;(22):227-33.
- 24 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).
- 25 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).
- 26 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.
- 27 Bundesamt für Gesundheit. Die Schweizer Drogenpolitik: Grundlagen und aktuelle Faktenblätter. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2000.
- 28 Daten und Fakten zur Drogenpolitik des Bundes. Bundesamt für Gesundheit/Facheinheit Sucht und Aids, Ed. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1998.
- 29 Bundesamt für Gesundheitswesen, editor. Aspekte der Drogensituation in der Schweiz: Bericht der Subkommission "Drogenfragen" der Eidgenössischen Betäubungsmittelkommission. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 1989.
- 30 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.
- 31 Ballotta D, D'arrigo L. Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union: A descriptive review. Lisbon: EMCDDA; 2002.
- 32 Longchamp C, Cattacin S, Wisler D, Lehmann P, editors. 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 (Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik); 1998. (Schriftenreihe der SGGP = Cahiers d'études de la SSPS = Pubblicazioni della SSPS).
- 33 Maag V. Prävalenzschätzungen der Heroinabhängigkeit in der Schweiz: Trend stieg bis 1993/94, dann Trendumkehr bis 1998. *BAG Bulletin* 2000;(21):396-9.
- 34 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).
- 35 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 oeuvre à fin 2001. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2002. (Raisons de santé, 81).
- 36 Aarburg HPv. Heroin, Dampf, Scheiben, Wirbel: eine Kulturanthropologische und ethnopschoanalytische Studie des Foliendrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995 Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg (Schweiz); 1997.

- 37 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H, et al. Evaluation der HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz: Siebter Synthesebericht 1999-2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003.
- 38 Gebhardt M. Aids und HIV in der Schweiz: Epidemiologische Situation Ende 2002. Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG); 2003.
- 39 Steffen T, Blatter R, Gutzwiller F, Zwahlen M. HIV and hepatitis virus infections among injecting drug users in a medically controlled heroin prescription programme. *Eur J Public Health* 2001;11(4):425-30.
- 40 Ladewig D. A reduction in HIV positive and an increase in hepatitis C positive subjects in methadone maintenance treatments. *Swiss Med Wkly* 2001;131:422. Available at: URL: www.smw.ch.
- 41 European 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. Available at: URL:<http://www.emcdda.org/infopint/publications.shtml>.
- 42 Hagan H. Supervised injection rooms: prospects and limitations. *International Journal of Drug Policy* 2002;(13):449-51.
- 43 Ronco C, Spuhler G, Coda P, Schöpfer R. Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel. *Soz-Präventivmed* 1996;41(S1):S58-S68.
- 44 Ronco C, Spuhler G, Kaiser R. Evaluation des "Aufenthalts-und betreuungsraum für Drogenabhängige" in Luzern. *Soz-Präventivmed* 1996;41 *Suppl* 1:S45-S57.
- 45 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).
- 46 Kübler 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).
- 47 Zurhold H, Degkwitz P, Verthein U, Haase C. Drug Consumption Rooms in Hamburg, Germany: Evaluation of the Effects on Harm Reduction and The Reduction of Public Nuisance. *J Drug Issues* 2003;3(33):663-88.
- 48 Meier Kressig M, Nydegger Lory B, Schuhmacher C. Nutzen niederschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Stadt Zürich: Schlussbericht der niederschweligen Drogenhilfe in der Stadt Zürich. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 1996. (Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung).
- 49 Mac Master SA, Vail KA. Demystifying the injection drug user: willingness to participate in traditional drug treatment services among participants in a needle exchange program. *Journal of Psychoactive Drugs* 2002;34(3):289-94.
- 50 Riley ED, Safaeian M, Strathdee SA, Beilenson P, Vlahov D. Drug treatment referrals and entry among participants of a needle exchange program. *Substance Use & Misuse* 2002;37(14):1869-86.
- 51 Henderson LA, Vlahov D, Celentano DD, Strathdee SA. Readiness for cessation of drug use among recent attenders and nonattenders of a needle exchange program. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2003;32(2):229-37.
- 52 Hagan H, McGough JP, Thiede H, Hopkins S, Duchin J, Alexander ER. Reduced injection frequency and increased entry and retention in drug treatment associated with needle exchange participation in Seattle drug injectors. *J Subst Abuse Treat* 2000;19(3):247-52.
- 53 Rehm J, Uchtenhagen A. Metaanalyse schweizerischer Arbeiten zur Verwendung von Methadon als Substitutionsmittel bei der Behandlung von Opioidabhängigkeit. Zürich: Institut für Suchtforschung (ISF); 2001.
- 54 International Narcotics Control Board (INCB). Report of the INCB for 2002. New York: United Nations; 2003.