

Behandlungszugang für Substanzkonsumenten:

Literaturübersicht in Bezug auf die «niedrigschwellige» und «intermediäre» Betreuung von Personen, die von illegalen Drogen und Alkohol abhängig sind

**Auftrag des Kantonsarztamtes,
Kanton Freiburg,
mitfinanziert durch Infodrog,
Bern,
und unterstützt von den Kantonen
Luzern, Thurgau und Zug**

Sophie Hardegger, Axel Hasenhoeller, Michèle Scheuber,
Stephanie Stucki und Margret Rihs-Middel

FERARIHS; Villars-sur-Glâne

Mai 2009

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	4
1.1. Ziel der Studie	4
1.2. Auftrag.....	4
2. AUSGANGSLAGE	4
2.1. Der Substanzgebrauch und die Betreuung von Konsumenten psychoaktiver Substanzen	4
2.2. Die Zielhierarchie.....	7
2.3. Die Arten von Angeboten für abhängige Personen	7
2.4. Zugang zur Behandlung	9
Der Begriff der «Schwelligkeit»	9
Schadensminderung	9
Intermediäre Strukturen	10
Integrierte Betreuung	11
3. METHODOLOGIE	11
3.1. Analyse der statistischen Daten	11
3.2. Literaturanalyse	11
4. ANALYSE DER DATEN DER SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITS- BEFRAGUNG 2007: GEBRAUCH PSYCHOAKTIVER SUBSTANZEN	12
5. LITERATURÜBERSICHT: RESULTATE BETREFFEND NIEDRIGSCHWELLIGE ANGEBOTE	16
5.1. Schadensminderung	16
5.1.1 Die Injektionsräume mit Verteilung von sterilem Material.....	16
5.1.2 Abgabe von Spritzen und sterilem Material	21
5.1.3 Die niedrigschwelligen Kontakt- und Anlaufstellen	24
6. INTERMEDIÄRE STRUKTUREN	29
6.1. Feste Strukturen	29
6.1.1 Therapeutische Tageszentren / Tagesspital	29
6.1.2 Temporäre Einheiten (Unité d'Accueil Temporaire, UAT).....	29
6.1.3 Betreutes Wohnen	30
6.1.4 Die Heime.....	30
6.2. Flexible Angebote.....	31

7. DIE VERSCHREIBUNG VON PSYCHOAKTIVEN SUBSTANZEN.....	36
7.1. Methadonsubstitution	36
7.2. Verschreibung von Heroin	37
8. INTEGRIERTE BEHANDLUNGSZUGÄNGE.....	41
8.1. Die Reform des Betreuungsystems: Das kanadische Beispiel	41
8.2. Das deutsche Beispiel	44
8.3. Das australische Beispiel	44
8.4. Das niederländische Beispiel.....	45
9. DISKUSSION	47
10. ZUSAMMENFASSUNG	48
BIBLIOGRAPHIE	49
ANLAGEN.....	56
Abkürzungen.....	56
Verzeichnis der Tabellen	57
Verzeichnis der Abbildungen.....	57

1. Einleitung

1.1 Ziel der Studie

Diese Literaturübersicht hat zum Ziel, ein besseres Verständnis der niedrigschwelligen Angebote zu vermitteln und auf intermediäre Angebote hinzuweisen, welche im Ausland und in der Schweiz umgesetzt werden. Diese Angebote sind besonders für den Kanton Freiburg von Bedeutung.

1.2 Auftrag

Im Auftrag des Kantonsärztlichen Dienstes des Kantons Freiburg ist die vorliegende Literaturübersicht Teil des Projekts «Koordination der Betreuung von abhängigen Personen im Kanton Freiburg». Sie wird vom Kanton Thurgau und von den Kantonsärztlichen Diensten der Kantone Zug und Luzern unterstützt und vom Impulsfond von Infodrog mitfinanziert. Die Studie soll verbesserte Kenntnisse im Hinblick auf die niedrigschwelligen Angebote, auf die adaptierten Angebote und auf intermediäre Angebote liefern. Ausserdem sollen verschiedene Modelle der Betreuung in Krisensituationen, die in der Schweiz und im Ausland beschrieben sind, in Bezug auf Angebote für drogen- oder alkoholabhängige Personen diskutiert werden. Die Studie beruht im Wesentlichen auf Modellen, die evaluiert worden sind. Die Literaturanalyse soll gewisse Wissenslücken in Bezug auf diese Angebote schliessen. Sie hat zum Ziel, dass die Projektgruppe, die für Vorschläge zur strukturellen Veränderung der therapeutischen Betreuung im Kanton Freiburg zuständig ist, Kenntnis von der Gesamtzahl der Angebote, die in diesem Bereich existieren, erhält. Darüber hinaus soll die Projektgruppe auch ihre Empfehlungen aufgrund dieser Literaturanalyse begründen können. Zweitens bietet diese Literaturanalyse verschiedene Vorschläge zur Implementierung im Kanton Freiburg und weist auf Vor- und Nachteile einer derartigen Umsetzung im Kontext der aktuellen Schweizer Suchtpolitik hin.

2. Ausgangslage

2.1. Der Substanzgebrauch und die Betreuung von Konsumenten psychoaktiver Substanzen

Gegenwärtig beobachten wir eine Erweiterung des Abhängigkeitskonzepts wie auch eine entsprechende Ausweitung der Betreuung von Drogenkonsumenten. Seit 1991 beruht die Schweizerische Drogen- und Suchtpolitik auf dem Vier-Säulen-Modell, das heisst Prävention, Behandlung, Schadensminderung und Repression. Dieses Modell ist seither allgemein anerkannt. Die Säulen sollen nicht im Einzelnen betrachtet werden, denn die Interaktion der verschiedenen Tätigkeitsbereiche steht im Vordergrund. In den letzten Jahren hat die Schweiz ihr Vier-Säulen-Modell zu einem Würfel-Modell erweitert, das eine differenziertere Analyse der Drogenpolitik erlaubt. Das Modell umfasst alle legalen Formen psychoaktiver Substanzen (Alkohol, Medikamente, Tabak) und alle illegalen Substanzen (Heroin, Kokain, Cannabis). Es differenziert darüber hinaus zwischen den Arten, wie diese Substanzen konsumiert werden. Selbst wenn man beobachten kann, dass oft mehrere Substanzen gleichzeitig konsumiert werden, so kann davon ausgegangen werden, dass es in der Regel eine Hauptsubstanz gibt. Die Abbildung 1 zeigt das Würfel-Modell im Hinblick auf die zu erarbeitenden Betreuungs- und Behandlungsangebote.

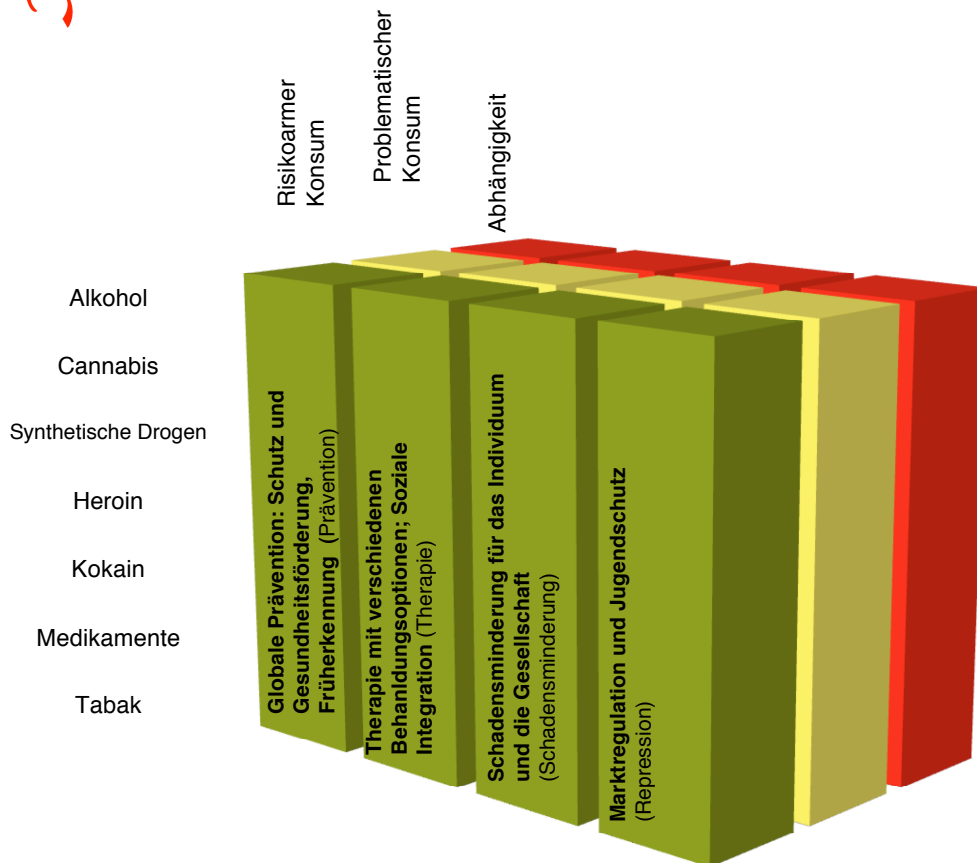


Abbildung 1: Das Würfel-Modell

Um uns an die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) anzupassen, haben wir in unserer Arbeit die Begriffe «Konsument» und «Drogengebrauch» bevorzugt. Der Begriff «Konsument» von psychoaktiven Substanzen kann differenziert werden, je nachdem ob es sich um einen risikoarmen Gebrauch, einen problematischen Gebrauch oder einen abhängigen Gebrauch handelt. Jede dieser Konsummodalitäten weist bestimmte Risiken und damit im Zusammenhang stehende Probleme auf.

In der Tat ist es im Bereich Public Health so, dass für die Gesamtgesellschaft risikoarmer Konsum genau so viel Schaden anrichten kann wie ein abhängiger Gebrauch. Glücklicherweise praktiziert die Mehrzahl der Konsumenten einen risikoarmen Gebrauch von psychoaktiven Substanzen. Die grosse Zahl der Substanzgebraucher, die sich unter dieser Kategorie zusammenfassen lassen, richtet aber mehr Schaden für die öffentliche Gesundheit an als die geringe Zahl von Konsumenten, die grosse Probleme aufweisen oder abhängig sind. Dieses Phänomen ist unter dem Begriff «Präventionsparadox» bekannt. Beispiele dafür sind die jungen unerfahrenen Konsumenten, die Alkohol oder illegale Drogen überdosieren, oder Verkehrsunfälle, die unter dem Einfluss dieser Substanzen auftreten. Jedoch ist ein risikoarmer Konsum sehr schwer zu diagnostizieren, da er sehr häufig nur aufgrund der Abwesenheit von Symptomen gestellt wird, die im Früherkennungsfragebogen erfasst werden. Nach unserer Auffassung sollte eine Diagnose des risikoarmen Konsums auch Elemente der Widerstandsfähigkeit, der Impulskontrolle, der Emotionskontrolle und der Stressbearbeitung enthalten. Die entsprechenden Erhebungsinstrumente für diese Kategorie von Konsumenten müssen allerdings noch entwickelt werden. In diesem Zusammenhang sprechen wir von einem kompetenten Substanzgebrauch, der selbstverständlich auch den Nichtgebrauch einschliesst (Weibel, Scheuber, Blakeney, Blakeney & Rihs-Middel, 2007).

Im Fall des risikoarmen Konsums besteht das Betreuungsziel darin, dass sich der Konsum und die damit in Zusammenhang stehenden Probleme nicht verschlimmern. Dieses Ziel sollte vor allen Dingen bei den Jungen wie auch bei der Allgemeinbevölkerung verfolgt werden. Eine Kurzintervention im

Rahmen einer medizinischen Beratung ist ein Betreuungsbeispiel für diesen Konsumtyp. Einige Erfahrungen haben gezeigt, dass man sich dabei kritische Momente, sogenannte «teachable moments», zu Nutzen machen sollte.

Der problematische Konsum ist gekennzeichnet durch gelegentlichen unkontrollierten Konsum, durch beobachtbare Störungen im Familienleben und im sozialen Netzwerk, bei der Arbeit und in der Freizeit. Oftmals ist auch das Auftreten von Schulden oder Delinquenz zu beobachten. Eine klinische Diagnose entsprechend den Kriterien des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), der zehnten Revision der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) oder aufgrund der Identifizierung durch Kurzfragebögen wie CAGE, *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) oder der erweiterte Lie/Bet für Spielprobleme können den problematischen Konsum ebenfalls aufzeigen. Hier besteht das Ziel der Betreuung darin, das problematische Verhalten zu verringern und die soziale und familiäre Integration der Person aufrechtzuerhalten. Die wöchentliche ambulante Betreuung durch einen Berater oder eine Beraterin vom Typ *supra-f* sind Beispiele, die für diese Art von Problemen besonders geeignet sind.

Der abhängige Gebrauch, der im Wesentlichen die vorliegende Literaturübersicht bestimmt, ist durch einen exzessiven Konsum, eine bedeutende Anzahl von Problemen und eine Zerrüttung des familiären und sozialen Kontextes gekennzeichnet. Dieses Problem geht oft mit dem Verlust des Arbeitsplatzes und Delinquenz einher. Die vorgängig genannten Instrumente erlauben es, auch diese Art von Konsum zu diagnostizieren.

Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass sowohl im Alkohol- wie auch im Drogenbereich die abhängigen Personen oft den harten Kern einer Szene mit grosser Fluktuation darstellen, die von Konsumenten mit geringem Risiko und von Personen mit Konsumproblemen umgeben sind (von Aarburg, 1997). Dieses Phänomen wird im Allgemeinen in Form einer Pyramide dargestellt, wie wir sie in der Abbildung 2 vorschlagen.

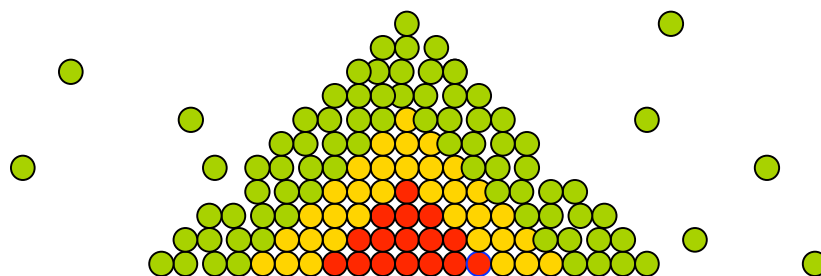


Abbildung 2: Die Pyramide aus drei Substanz-Konsumgruppen

- Risikoarmer Konsum
- Problematischer Konsum
- Abhängiger Konsum

Gemäss dieser Perspektive scheint es wichtig zu erwähnen, dass der Kern weniger stabil wird, wenn es gelingt, abhängige Personen aus dem System herauszuziehen und dass sich damit die Wahrscheinlichkeit verringert, dass Personen mit geringem Risiko ihren Konsum in einen Problemkonsum oder einen abhängigen Konsum umwandeln. Gemäss dieser Hypothese verringert die Reduktion der offenen Drogenszenen den kontextuellen Einfluss auf abhängige Drogenkonsumenten, aber auch auf solche, die einen weniger problematischen Gebrauch von Drogen aufweisen. Wenn der Umgebungseinfluss verringert wird, sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass Konsumenten mit geringem Konsum oder Risikokonsum in diesen Problemzonen konsumieren. Dies erlaubt es, die Banalisierung von Substanzen in der Öffentlichkeit vorzubeugen und trägt dazu bei, dass ihr aktueller Konsum sich nicht in einen abhängigen Konsum verwandelt.

Es ist daher wichtig, die Präventionsanstrengungen auf spezifische Zielgruppen auszurichten, gleichzeitig aber auch auf eine Betreuung von Personen mit abhängigem Konsum hinzuwirken. Wir werden nachfolgend die Ziele der Betreuung abhängiger Personen darlegen.

2.2. Die Zielhierarchie

Die meisten der Behandlungs- und Betreuungsangebote richten sich an Personen mit einem abhängigen Konsum.

Bevor die Behandlungsziele bestimmt werden können, geht es darum, in Zusammenarbeit mit dem Konsumenten einen Algorithmus in folgenden Bereichen zu entwickeln: (a) Substanzkonsum, (b) Gesundheit und (c) Lebensstil.

Die Behandlungsziele werden im Rahmen einer Zielhierarchie aufgebaut, in Abhängigkeit von der Fähigkeit des Substanzkonsumenten, die Ziele innerhalb eines realistischen Zeitrahmens zu erreichen. Wenn eines dieser Ziele in den verschiedenen Bereichen (gemäss Tabelle 1) zu unrealistisch oder zu anspruchsvoll ist, dann wird ein Ziel mit geringeren Anforderungen ausgewählt. Auf diese Art und Weise kann eine minimale Betreuung gewährleistet werden.

Tabelle 1: Zielhierarchie der Behandlung für Substanzkonsumenten

Lebensbereich	Anforderung	Ziel
(a) Substanzkonsum	1.	Abstinenz / bedeutsame Reduktion des Konsums
	2.	Reduktion der Anzahl konsumierter Substanzen
	3.	Verringerung der konsumierten Quantität
	4.	Abstinenz / Verringerung des Strassenkonsums
	5.	Veränderung des Konsumverhaltens
	6.	Veränderung des Konsumorts
	7.	Verringerung der Anzahl Injektionen
(b) Gesundheit	1.	Verbesserung / Erhaltung der körperlichen Gesundheit
	2.	Verbesserung / Erhaltung der psychischen Gesundheit
	3.	Reduktion des Risikoverhaltens
(c) Lebensstil	1.	Reduktion der Delinquenz
	2.	Distanzierung vom Konsummilieu
	3.	Verbesserung der Arbeitsfähigkeit
	4.	Strukturierung des Tagesablaufes
	5.	Unabhängige Wohnung
	6.	Erweiterung des sozialen Netzwerks
	7.	Entwicklung eines sozialen Netzwerks ausserhalb der Szene

Rihs-Middel (1999)

Daraus folgt, dass die Ziele nicht für alle die gleichen sind. Die Ziele werden von den Fachpersonen gemeinsam mit den Drogenkonsumenten festgelegt. Wir werden nun die verschiedenen Angebote, die diesen verschiedenen Zielen entsprechen, im Detail diskutieren.

2.3. Die Arten von Angeboten für abhängige Personen

Eine grosse Anzahl von Auffang- und Behandlungsstrukturen wurden für die verschiedenen Zielsetzungen der Betreuung und Behandlung geschaffen.

Gemäss Infodrog kann man vier Hauptkategorien von Strukturen in der Schweiz unterscheiden:

- Bei den als «residentiell» bezeichneten Angeboten handelt es sich um die klinischen Abteilungen von Spitälern oder therapeutische Gemeinschaften, die eine Tages- und Nachtbetreuung gewährleisten. Die abhängigen Personen halten sich in diesen Strukturen für einen unterschiedlichen, aber zum Voraus festgelegten Zeitraum auf (von einigen Wochen bis einigen Monaten). Sie befinden sich dort freiwillig oder unfreiwillig. Manchmal sind sie in einer Krisensituation oder befinden sich im Massnahmenvollzug. Die hauptsächlichen Zielsetzungen in diesen Strukturen sind meistens der Entzug, der partielle Entzug, die Behandlung von Komorbiditäten und der Erwerb einer grösseren Autonomie der abhängigen Personen. Die traditionellen stationären Angebote offerieren darüber hinaus zahlreiche Dienstleistungen wie zum Beispiel ärztliche Konsultationen (individuell, in Gruppen, Familie), psychologische Beratungen, Pflegedienste und sozialarbeiterische Betreuung. Die Klienten haben die Möglichkeit, eine Nachbetreuung zu erarbeiten und verschiedene Massnahmen im Hinblick auf ihre berufliche Wiedereingliederung zu treffen. Sie können dabei von Werkstätten und Beschäftigungsateliers profitieren. Darüber hinaus besteht ein grosses medizinisches und paramedizinisches Hilfsangebot. Es werden dabei Ärzte, Physiotherapeuten und auch Ergotherapeuten einbezogen. Die Teilnehmenden solcher therapeutischen Gemeinschaften können somit sowohl medizinische Angebote wie zum Beispiel Substitutionsbehandlungen in Anspruch nehmen, aber auch eine Behandlung der psychiatrischen und somatischen Komorbidität. Ein besonderer Wert wird auch auf Körperpflege und Versorgung gelegt.
- Die als «ambulant» bezeichneten sozialmedizinischen Dienste sind traditionelle Beratungen, Orte an denen rasch Interventionen oder Konsultationen stattfinden können und auch Dienste, welche punktuell Beratung und professionelle Begleitung anbieten. Hier steht die maximale Integration des Abhängigen in seiner gewohnten Umgebung im Vordergrund. Die abhängigen Personen, welche Zugang zu diesen Angeboten haben, sind in der Regel stabilisiert. Wie im stationären Bereich findet man auch hier zahlreiche komplementäre Angebote.
- Die Angebote, welche als «intermediär» oder als «halbstationär» bezeichnet werden, wie Tageszentren und geschützte und betreute Wohnungen, erlauben abhängigen Personen ihren psychischen, physischen und sozialen Status zu verbessern, Krisensituationen vorzubeugen, einen Bezugsrahmen zu erhalten oder zu schaffen und ein Lebensprojekt zu entwickeln. Diese Strukturen können unterschiedliche Aufenthaltsdauern vorsehen.
- Die Angebote, die als «niedrigschwellig» bezeichnet werden, wie die Kontakt- und Anlaufstellen, die Injektionsräume und Arbeitsprogramme, sind durch einen niedrigschwelligen Zugang gekennzeichnet. In diesen Strukturen geht es darum, den Kontakt mit der Zielpopulation aufrechtzuerhalten, und die schädlichen Auswirkungen, die mit dem Substanzkonsum verbunden sind, zu reduzieren. Dabei geht es vor allem um die Reduktion von Risikoverhalten und persönliche Hygiene, zum Beispiel die Abgabe steriler Spritzen oder die Möglichkeit zu duschen und weiterer minimaler Dienstleistungen und Beratungen. Diese Angebote haben auch das Ziel, die Ordnung aufrecht zu erhalten und weitere Public Health Ziele zu befördern.

Es ist schwierig, klare Unterscheidungen zwischen diesen vier Angebotsformen zu treffen. Tatsächlich gibt es zwischen den Institutionen innerhalb derselben Kategorie grosse Unterschiede. Sie können zum Beispiel aufgrund der Oertlichkeiten (Spitäler, Zentren, Heime, Strassenarbeit) variieren oder in Bezug auf Publikumsverkehr, öffentlicher und privater Raum, auf die Art und Dauer der Betreuung, auf die Zielgruppen (Jugendliche, ältere Personen, Frauen, Heroinkonsumenten, Kokainkonsumenten) und auch in Bezug auf die angebotenen Dienstleistungen und die Ziele, welche gemeinsam mit den Konsumenten verfolgt werden sollen (Erhaltung, partieller Entzug, Entzug).

Ein Kriterium zur Differenzierung der verschiedenen Angebote ist ihre Zugänglichkeit. Wir werden nun die verschiedenen Schlüsselkonzepte definieren, nämlich Schwelligkeit, Schadensminderung und intermediäre Strukturen. Dies erlaubt uns ein besseres Verständnis der Ziele und Angebote, welche die letzten beiden Betreuungskategorien für Drogenkonsumenten anbieten.

2.4. Zugang zur Behandlung

Der Begriff der «Schwelligkeit»

Der Begriff «Schwelligkeit» definiert gleichzeitig die Schnelligkeit der Intervention und die Anforderungen, welche vom Dienst oder der Institution an den Konsumenten gestellt werden, der die Dienstleistungen in Anspruch nehmen möchte. Die sogenannten «niedrigschwelligen» Zentren verlangen in der Regel nur wenige administrative Schritte und können damit eine optimale schnelle Zugänglichkeit ihrer Dienstleistungen erreichen. Die Kosten werden häufig von den Sozialdiensten der Gemeinden übernommen. Die Kostenbeteiligung der Konsumenten ist im Allgemeinen gering.

Während die hochschwelligen Programme, wie zum Beispiel traditionelle stationäre Angebote, häufig die Erfüllung bestimmter Bedingungen voraussetzen, beispielsweise die Verpflichtung zur Abstinenz bei Eintritt oder bei Hospitalisierung, akzeptieren die niedrigschwelligen Programme jede Person, die ein Abhängigkeitsproblem aufweist, unabhängig von deren Bereitschaft, einen Entzug zu machen oder den Konsum zu verändern.

Wir sprechen von «angepasster Schwelle», wenn die Betreuung sich an die Merkmale der Konsumenten anpasst. Hier geht es darum, die medizinischen und psychosozialen Prioritäten des Patienten zu definieren und die Betreuung den Bedürfnissen der Konsumenten weitestgehend anzupassen (Polomeni, Bri & Célérier, 2005).

In Ergänzung zur raschen Zugänglichkeit und zu den niedrigen Behandlungsvoraussetzungen unterscheiden sich auch die Betreuungsziele im niedrigschwelligen Bereich von anderen Betreuungsangeboten. Hier steht nicht die Behandlung selbst im Vordergrund, sondern die Schadensminderung, die mit dem Substanzkonsum zusammenhängt. Ein weiteres Ziel ist der Kontakt mit der Zielgruppe. Niedrigschwellige Angebote stellen sich somit in den Dienst der Schadensminderung, indem sie besonders auf die Hygiene und auf die Aufrechterhaltung des Kontakts mit den Konsumenten von Drogen und Alkohol achten. Dieser Einsatz ist seit 1991 integraler Bestandteil der Präventionspolitik in der Schweiz und ist auch in die Politik zahlreicher Länder wie auch in die Politik der Europäischen Union integriert (Aktionsplan der Europäischen Union EU 2005-2008).

Schadensminderung

Gemäss der *Internationalen Vereinigung zur Schadensminderung* (International Harm Reduction Association, IHRA) bezieht sich der Begriff «Schadensminderung» auf Projekte, Programme und Politiken, die das Ziel verfolgen, die negativen Auswirkungen des Drogen- und Alkoholkonsums zu vermindern, sei es im medizinischen, sozialen oder wirtschaftlichen Bereich und zwar sowohl für die Konsumenten psychoaktiver Substanzen wie auch für das Gemeinde, der sie angehören.

Die Risiken, die mit dem Substanzkonsum verbunden sind, zeigen sich auf verschiedenen Ebenen. Neben den physischen und medizinischen Schäden, die durch Drogen und Alkohol verursacht werden, treten verschiedene Komorbiditäten wie HIV oder Hepatitis gehäuft bei abhängigen Personen auf. Eine der Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit besteht darin, dass die Abhängigkeit mit einer Reduktion der Fähigkeit, sich den Situationen des Lebens zu stellen, einhergeht. Der Konsument befindet sich oft in einer negativen Spirale, da er seine Schwierigkeiten durch den Gebrauch psychoaktiver Substanzen zu kompensieren versucht. Die Herausforderung besteht also darin, abhängigen Personen dazu zu verhelfen, wieder Kontrolle über ihr Leben auf unterschiedlichen Ebenen zu gewinnen: medizinisch, psychologisch und sozial.

Die Abhängigkeit von Drogen und Alkohol führt häufig zu finanziellen Schwierigkeiten (Verlust des Arbeitsplatzes, Zunahme des Konsums) und zu Schulden und illegalen Handlungen (Deal, Diebstahl, Betrug, Vertrauensmissbrauch, Einbruch, Strassenraub). Der unkontrollierte Gebrauch psychoaktiver Substanzen ist auch für eine grosse Zahl von Unfällen verantwortlich (Strassenverkehr, Arbeitsplatz), welche auf die verminderte physische Koordination und auf die verminderte Zurechnungsfähigkeit zurückzuführen sind. Darüber hinaus sind häufig die sozialen Bindungen zwischen abhängigen

Personen und ihren Angehörigen betroffen. Die gesellschaftliche Wertschätzung gegenüber Drogenabhängigen ist gering. Sie werden häufig als Bedrohung der öffentlichen Ordnung angesehen und sozial ausgeschlossen.

Die Hauptziele der Schadensminderung sind (Fischer, Rehm, Kim & Robins, 2002; EMCDDA):

- Die Verringerung der Mortalität und Morbidität

Nicht nur die Anzahl Todesfälle durch Überdosis soll verringert werden, sondern auch die mit Risikoverhalten verbundene Komorbidität, insbesondere bei Injektionen (multipler Spritzengebrauch, Spritzenweitergabe) wie auch die Übertragung ansteckender Krankheiten wie HIV, Hepatitis B und C verringern. Neben der Hepatitisimpfung und der Methadon- und Heroinverschreibung führt man auch verschiedene Massnahmen durch, um den Wert von sterilem Material und Präventionsmassnahmen zu vermitteln und somit gegen diese Risiken anzugehen.

- Die soziale Integration: Gewährleistung minimaler Hygienestandards und sozialer Standards für alle

Dieser Ansatz möchte allen abhängigen Personen Zugang zu Informationen, Pflege, Behandlung und anderen grundlegenden Dienstleistungen ermöglichen (Wohnung, sozioprofessionelle Wiedereingliederung) und eine minimale Lebensqualität sichern. Viele Substanzabhängige möchten keinen Entzug durchführen. Es ist aber trotzdem wichtig und lebensnotwendig sie mit sozialen und medizinischen Diensten in Kontakt zu bringen, auch wenn es nur darum geht, erste Hilfe zu leisten, ihnen bei Bedarf einen Lebensraum zuweisen zu können oder sie über einen risikoärmeren Konsum zu informieren. Die niedrigschwelligen Dienste möchten daher ein Maximum an Substanzkonsumenten betreuen. Sie sorgen dafür, dass die minimalen Lebensbedingungen gegeben sind und der Kontakt mit der Population erhalten bleibt. Darüber hinaus liefern sie meist Hilfe zur sozialen Reintegration; zu Ausbildung, Arbeit und Wohnen.

- Der Schutz der Gesundheit und der öffentlichen Ordnung

Gegenüber den zunehmenden Klagen und dem Druck der Bevölkerung in Bezug auf die offenen Drogenszenen, auf die Zunahme der Kriminalität in der Umgebung dieser Szenen und in Bezug auf Injektionsmaterial oder Reste von Alkohol im öffentlichen Raum erscheinen die Angebote zur Schadensminderung auch als ein Versuch, die öffentliche Ordnung aufrecht zu erhalten. Man hat zum Beispiel Injektionsräume oder Spritzentauschprogramme eingerichtet und Abgabestellen für steriles Material geschaffen, um diese Probleme angehen zu können und die öffentliche Ordnung zu schützen.

Intermediäre Strukturen

«Eine intermediäre Struktur ist ein Gemeinschaftsraum von kleinen Dimensionen (eine Art Lebensmilieu), der gut in das Sozialleben integriert ist und als Verbindungsglied in allen Situationen dienen kann, in denen ein Bruch erfolgt ist. Sie kann einer Institutionalisierung vorangehen, eine psychische, soziale oder psychiatrische Invalidation und Entwurzelung verhindern oder in einer verzweifelten Situation Hilfe bieten» (Reverzy in White & Mercier, 1989). Diese Angebote sind oft Lösungen, die in Ergänzung zur Betreuung zu Hause angeboten werden. Sie befinden sich zwischen dem Spitalmilieu und der Hausbetreuung. Sie können tatsächlich als Alternative zu langen Hospitalisierungen oder institutionellen Aufenthalten dienen, wie sie zum Beispiel auch die Stiftung *Nant* in der Waadtländer Riviera anbietet. Dabei handelt es sich oft um Strukturen mit angepasster Schwelle, das heisst das Engagement der Personen erfolgt aufgrund ihrer spezifischen Bedürfnisse. Im Vergleich zu niedrigschwelligen Strukturen variieren die Angebote hier stärker. Sie schliessen vor allen Dingen eine Perspektive der professionellen Wiedereingliederung ein. Andererseits, wie das auch für die niedrigschwelligen Zentren zutrifft, werden die Personen nicht angehalten, sich bezüglich ihres Substanzkonsums zu engagieren. Die Zugangskriterien sind ebenfalls flexibel. Im Allgemeinen ermöglicht ein Besuch des Zentrums und ein Beurteilungsgespräch den Eintritt.

Wir möchten besonders darauf hinweisen, dass diese Strukturen zum Ziel haben, der Hospitalisierung vorzubeugen und andererseits auch eine Nachbetreuung von Personen zu ermöglichen, die hospitalisiert wurden oder sich in einer Institution befanden.

Integrierte Betreuung

In der Regel weist die Literatur darauf hin, dass generell ein globales Verständnis und ein integrierter Gesundheitsansatz für Personen mit Drogengebrauch angestrebt wird. Parallel zur Diversifizierung der Angebote, vor allen Dingen im Bereich Schadensminderung, besteht gegenwärtig die Tendenz, eine multidisziplinäre Betreuung umzusetzen und eine Koordination aller von dieser Problematik betroffener, beteiligter Akteure zu erreichen.

Wie Kerr, Mumford, Myers, Millson et al. (2002) ausgeführt haben «ist es notwendig, eine Änderung der Betreuungsbedingungen, der Politik, der gesetzlichen Grundlagen und eine Änderung der bestehenden Ansätze bei der Umsetzung der Gesetze anzustreben. Ausserdem soll die Ausdehnung umfassender, sich der kulturellen Unterschiede annehmender Programme angestrebt werden, um den komplexen Bedürfnissen von Konsumenten injizierbarer Drogen effizienter und humaner gerecht werden zu können».

In der Folge werden wir die verschiedenen integrierten Systeme vorstellen, welche in verschiedenen Ländern wie Holland, Deutschland, Kanada und Australien entwickelt wurden.

Wir werden nun eine kurze Zusammenfassung der Methode geben, welche wir bei der Literaturrecherche zu den verschiedenen Angeboten benutzt haben.

3. Methodologie

3.1. Analyse der statistischen Daten

Aufgrund der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (SGB) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) haben wir eine Übersicht über die Häufigkeiten des Gebrauchs von Alkohol und Drogen in der Schweiz und im Kanton Freiburg erstellt. Ausserdem liefern die Daten des Bundesamtes für Statistik (BFS) und des Monitoringsystems *act-info* (fünf sektorielle Statistiken im Bereich Behandlung von Konsumenten psychoaktiver Substanzen) weitere Informationen. Wir haben auch einige epidemiologische Daten des Bundesamtes für Polizei (fedpol) konsultiert.

Was die Angebote im niedrighschwelligen und intermediären Bereich in der Schweiz angeht, haben wir uns auf die Daten von Infodrog, auf die Angebote im Bereich Sucht, wie auch auf die verschiedenen bibliografischen Quellen gestützt, die wir zu diesem Thema gefunden haben.

3.2. Literaturanalyse

Für diese Literaturanalyse waren Artikel von Interesse, die in den Datenbasen Medline, PubMed, FRANCIS wie auch auf Scholar.google vorhanden waren.

Die Daten wurden vom 01.02.2009 bis 18.02.2009 erhoben.

Die Literaturrecherche deckt die Periode vom 01.01.1991 bis zum 31.01.2009 ab. Wir haben die vorhandene Literatur nach folgenden Stichworten durchsucht:

«Evaluation, offre, structure, bas seuil, niederschwellige Angebote, low threshold services, Alcohol, alcool, Alkohol, illegal drugs, drogues illégales, illegale Drogen, Cocaïne, Kokain, Heroin, Designer Drugs, synthetische Drogen, drogues synthétiques, Cannabis, Haschisch, Marihuana, Risikominderung, Harm Reduction, structure intermédiaire, situation de crise, situation d'urgence».

Wir haben darüber hinaus verschiedene Evaluationspublikationen konsultiert, wie auch Unterlagen des Europäischen Monitoring Centers für Drogen und Drogenabhängigkeit (EMCDDA), der

Weltgesundheitsorganisation (WHO), des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), des Dienstes für die Evaluation von Präventionsprogrammen (L'Unité d'Evaluation de Programmes de Prévention, UEPP), des universitären Instituts für Sozial- und Präventivmedizin (Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, IUMSP), des Sozialdienstes des Kantons Zürich (Sozialamt des Kantons Zürich), des Institutes für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF, Zürich) und weitere Publikationen verschiedener Angebote (supra-f).

Nach einer ersten Übersicht haben wir 4997 Publikationen und Evaluationsberichte ausgewählt und die Titel und, falls vorhanden, die entsprechenden Zusammenfassungen durchgearbeitet.

Aufgrund dieser ersten Durchsicht haben wir eine zweite Triage vorgenommen. Danach haben wir 135 Publikationen im Detail analysiert.

Die kurzen Bearbeitungszeiten erlauben uns keine vollständige Literaturliteraturanalyse der bestehenden Angebote. Wir haben uns daher für eine exemplarische Literaturübersicht entschieden, wobei wir uns besonders auf gut evaluierte Dienstleistungen in der Schweiz und integrierte Angebote im Ausland, die sich bewähren konnten, abgestützt haben. Unsere Auswahl beruht auf den folgenden Kriterien in der Reihenfolge ihrer Priorisierung:

1. Zusammenfassungen der Literatur
2. Originalpublikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften
3. Evaluationsberichte auf den offiziellen Webseiten verschiedener Institutionen wie BAG, EMCDDA, NIDA und NIH
4. Webseiten von Institutionen, welche Evaluationen betreuen (ISGF, UEPP) und Projektwebseiten (supra-f, *act-info*)
5. Vereinzelte Projektberichte

Einige der Strukturen, die von uns von Bedeutung waren, wurden unseres Wissens nicht evaluiert. Wir versuchten trotzdem, Informationen zu finden und führten verschiedene Google-Suchen mit den oben erwähnten Stichworten durch, um Angebote dieser Art in der Schweiz und im Ausland zu identifizieren. Im nachfolgenden Abschnitt werden wir unsere statistischen Analysen und die Literaturrecherche darlegen.

4. Analyse der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007: Gebrauch psychoaktiver Substanzen

Gemäss unserer Datenanalyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (2007) können wir einen hohen Alkoholkonsum in unserem Land feststellen. Tatsächlich konsumieren mehr als 50% der Befragten Alkohol wenigstens 1 bis 2 Mal pro Woche und mehr als 15% mindestens einmal pro Tag.

Der Gebrauch illegaler Drogen ist demgegenüber wesentlich weniger verbreitet. Tatsächlich beträgt der Anteil der Interviewten, die angegeben haben, wenigstens einmal in ihrem Leben Cannabis konsumiert zu haben, 17.8%. Der Prozentsatz derjenigen, die angeben aktuell Cannabis zu konsumieren, beträgt 2.9%.

Die Lebenszeitprävalenz des Drogengebrauchs ist 3.9%. 2.7% der Antwortenden haben wenigstens einmal in ihrem Leben Kokain konsumiert, 1.7% Ecstasy, 0.8% Heroin und 0.2% Methadon. Die aktuelle Prävalenz dieser Substanzen ist weniger ausgeprägt: 0.2% für Kokain, 0.1% für Ecstasy und 0% für Heroin und Methadon. Die geringen Prozentangaben für Heroin und Methadon erklären sich daraus, dass die gefundenen Fallzahlen zu gering waren, um interpretiert zu werden.

Wie die nachstehende Tabelle 2, mit Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (2007) zeigt, ist die Häufigkeit des Substanzgebrauchs im Kanton Freiburg vergleichbar mit jener für die gesamte Schweiz, mit einer leicht erhöhten Tendenz im Vergleich zum Rest der Schweiz.

Tabelle 2: Konsum von psychoaktiven Substanzen im Kanton Freiburg und in der Schweiz

Regelmässiger Alkoholkonsum	Freiburg	Schweiz
3 mal oder mehr pro Tag	0.5% n=5	0.4% n=77
Gewichtete Schätzung	0.2% n=744	0.4% n=23'276
2 mal pro Tag	3.2% n=32	2.9% n=553
Gewichtete Schätzung	4.2% n=14'672	3.1% n=190'580
1 mal täglich	12.3% n=123	12.8% n=2'399
Gewichtete Schätzung	10.5% n=36'564	12.9% n=795'509
Mehrmals pro Woche	10% n=100	9.3% n=1'752
Gewichtete Schätzung	10.8% n=37'702	9.8% n=609'155
1 bis 2 mal pro Woche	34.2% n=343	31.4% n=5'899
Gewichtete Schätzung	34.7% n=120'954	31.7% n=1'959'765
1 bis 3 mal pro Monat	15.1% n=151	15.1% n=2'835
Gewichtete Schätzung	14.6% n=50'962	15% n=929'238
Weniger als 1 mal pro Monat	10% n=100	11.2% n=2'092
Gewichtete Schätzung	9.4% n=32'622	10.6% n=655'782
Abstinenz	14.9% n=149	16.7% n=3'124
Gewichtete Schätzung	15.5% n=54'024	16.4% n=1'012'800
Keine Antwort	0% n=0	0.2% n=29
Gewichtete Schätzung	0% n=0	0.2% n=10'601
Total	100% N=1'003	100% N=18'760
Gewichtete Schätzung	100% N=348'244	100% n=6'186'706

Die Angaben der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erlauben eine Schätzung der Betreuungsbedürfnisse in Bezug auf den Gebrauch psychoaktiver Substanzen.

Wenn man zum Beispiel mit 75% der Personen im Kanton Freiburg in Kontakt treten möchte, die pro Tag 3 mal oder mehr Alkohol konsumieren, ergibt sich aus Tabelle 2, dass pro Jahr ungefähr 560 Falldossiers offen gehalten werden müssen.

Konsum anderer Drogen im Verlauf des Lebens	Freiburg	Schweiz
Ja	2.7%	3.9%
Gewichtete Schätzung	n=27 3.1% n=10'700	n=733 3.9% n=239'159
Nein	15.7%	14.1%
Gewichtete Schätzung	n=157 14.9% n=51'807	n=2'638 14.3% n=885'689
Keine Antwort (Filter oder keine Antwort)	81.7%	82.1%
Gewichtete Schätzung	n=819 82.1% n=285'739	N=15'389 81.9% n=5'061'868
Total	100%	100%
Gewichtete Schätzung	N=1'003 100% N=348'246	N=18'760 100% N=6'186'716

Was den Gebrauch anderer Drogen (Heroin, Amphetamine, Kokain, Ecstasy, Methadon, Halluzinogene) betrifft, ist die gewichtete Schätzung der Personen, welche mindestens einmal in ihrem Leben Drogen gebraucht haben, im Kanton Freiburg 10'700. Die bis jetzt erfasste Anzahl von Konsumenten dieser Substanzen ist jedoch im Kanton Fribourg zu klein um eine weitere Differenzierung zu erlauben. Daher sind wir gezwungen, die Schätzung des täglichen Konsums anderer Drogen aufgrund einer Extrapolation mit ausländischen Daten vorzunehmen. Wir beziehen uns dabei auf Länder oder Regionen, die eine ähnliche Lebenszeitprävalenz haben.

Wir können aufgrund der weiteren Bevölkerungs-Erhebungen annehmen, dass 0.5% der erwachsenen Bevölkerung des Kantons Freiburg mindestens einmal pro Tag andere Drogen konsumieren, das sind ungefähr 1740 Personen.

Aktueller Cannabiskonsum	Freiburg	Schweiz
Ja	2.6%	2.9%
Gewichtete Schätzung	n=26 2.1% n=7'261	n=549 3.1% n=194'554
Nein	15.8%	14.8%
Gewichtete Schätzung	n=158 15.9% n=55'246	n=2'785 14.9% n=919'991
Keine Antwort (Filter oder keine Antwort)	81.7%	82.2%
Gewichtete Schätzung	n=819 82.1% 285'739	n=15'426 82% N=5'072'169
Total	100%	100%
Gewichtete Schätzung	N=1'003 100% N=348'246	N=18'760 100% N=6'186'714

Wenn wir möchten, dass 75% dieser Personen mit dem Betreuungsnetz Kontakt haben, müssen wir ungefähr 1300 offene Falldossiers schaffen.

Die Angaben der Schweizerischen Gesundheitsbefragung erlauben es also, gewisse Hinweise für den Kanton Freiburg zu liefern. Um sie jedoch noch optimaler nutzen zu können, müssten sie mit den Angaben der Polizei wie auch mit denjenigen der Behandlungsangebote verglichen und validiert werden.

Wenn wir nun die Tendenz bezüglich Alter und Geschlecht anschauen, zeigt sich in der Tabelle 3, dass im Alter zwischen 15 und 39 Jahren die meisten psychoaktiven Substanzen konsumiert werden. Die Konsumenten sind im Wesentlichen Männer.

Tatsächlich konsumieren 32.8% der Frauen und 46.7% der Männer dieser Altersgruppe 1 bis 2 mal pro Woche Alkohol.

Tabelle 3: Konsum psychoaktiver Substanzen nach Alter und Geschlecht in der Schweiz

Regelmässiger Alkoholkonsum	Total %	Frauen			Total %	Männer			Total %
		15 bis 39 Jahre %	40 bis 69 J. %	70 und mehr %		15 bis 39 Jahre %	40 bis 69 J. %	70 und mehr %	
2 mal oder mehr pro Tag	2.8	-	1.5	3.2	1.2	1.2	5.5	11.6	4.4
1 mal täglich	11.4	1.7	10.7	14.8	7.8	4.2	20.3	34.2	15.2
Mehrmals pro Woche	9.4	4.7	8.1	4.4	6.2	11.7	14.4	11.0	12.9
1 bis 2 mal pro Woche	33.4	32.8	30.5	16.6	29.4	46.7	33.7	19.7	37.5
Seltener	26.0	37.4	29.6	30.5	32.8	23.3	16.2	13.7	18.9
Nie	17.0	23.4	19.6	30.5	22.6	12.9	9.9	9.8	11.1

Cannabiskonsum 15 bis 59 Jahre	Total %	Frauen			Total %	Männer			Total %
		15 bis 39 Jahre %	40 bis 59 Jahre %			15 bis 39 Jahre %	40 bis 69 Jahre %		
Aktueller Konsum	4.5	3.6	1		2.4	10.0	2.6		6.6
Mindestens 1 mal	25.5	23.7	15.3		19.8	39.5	21.6		31.2

Konsum harter Drogen 15 bis 49 Jahre ¹	Total %	Frauen			Total %	Männer			Total %
		15 bis 39 Jahre %	40 bis 49 Jahre %			15 bis 39 Jahre %	40 bis 69 Jahre %		
Aktueller Konsum	0.6	-	-		0.2	1.2	0.8		1
Mindestens 1 mal	5.2	4.3	3.8		4.2	8.1	5.8		7.4

Daten des Bundesamtes für Statistik, Schweizerische Gesundheitsbefragung (2007)

Bemerkungen: ¹ Heroin, Amphetamine, Kokain, Ecstasy, Methadon, Halluzinogene und andere Rauschgifte

Was den Cannabiskonsum betrifft, sind es wiederum die jungen Männer, die in ihrem Leben am ehesten konsumieren (39.5%) und die auch am meisten aktuell konsumieren (10%). Das trifft auch für harte Drogen zu. Trotz der geringen Antwortraten, sind es auch hier die Männer zwischen 15 und 39 Jahren, welche am häufigsten in dieser Kategorie vertreten sind. Diese Zahlen belegen die Bedeutung von Interventionen bei Drogengebern mit geringem Risiko, insbesondere bei jungen Personen und vor allem bei jungen Männern.

5. Literaturübersicht: Resultate betreffend niedrigschwellige Angebote

Aufgrund unserer Literaturübersicht haben wir die Angebote und Ergebnisse der zugänglichen Evaluationen beschrieben. Wir haben auch gewisse Angebote mit einbezogen, die nicht evaluiert wurden, aber die sich neuen Herausforderungen oder neuen Anfragen für Betreuung gestellt haben. Diese Angebote beschäftigen sich beispielsweise mit älteren Drogenkonsumenten, jungen Alkoholkonsumenten oder mit den neuen Konsumformen vor allen Dingen im Zusammenhang mit dem Gebrauch von Kokain, Alkohol und dem Mehrfachkonsum (Huissoud, Jeannin, Gervasoni, Samitca, Arnaud, Balthasar & al., 2007). Wir möchten auch auf die Massnahmen hinweisen, die diese Strukturen in Bezug auf Krisen und Notfallsituationen aufweisen. Wenn die Studien es erlauben, werden wir auch Angaben zu wirtschaftlichen Details in Bezug auf die Strukturen machen. In Anschluss daran möchten wir auf integrierte Systeme der Betreuung von Drogen- und Alkoholkonsumenten in Vancouver, in Frankfurt und auf einige Systeme in Australien, den Niederlanden und Kanada hinweisen und aufgrund unserer Literaturübersicht einige Vorschläge für den Transfer dieser Modelle für den Kanton Freiburg vorschlagen.

Wir möchten darauf hinweisen, dass sich die Unterscheidung zwischen intermediären Angeboten und niedrigschwelligen Angeboten teilweise als schwierig erweist. Wir unterscheiden hier die Angebote in Abhängigkeit von der Komplexität und der jeweiligen Zielsetzung. Wir gehen davon aus, dass niedrigschwellige Angebote unter Wahrung der minimalen Lebensbedingungen den Zugang zum Behandlungssystem öffnen. Demgegenüber stellen die intermediären oder adaptierten Strukturen eine Brücke zwischen dem Individuum und seinem Lebensumfeld dar, und passen sich den medizinischen und psychosozialen Bedürfnissen der Konsumenten an.

5.1 Schadensminderung

Die Schadensminderung ist ein evidenzinformierter Ansatz. Das bedeutet, dass die Entwicklung und Umsetzung von Interventionen durch systematische Forschung und Evaluation gestützt ist. Die Angebote haben sich auch in Bezug auf ihre Wirksamkeit als nützlich erwiesen.

5.1.1 Die Injektionsräume mit Verteilung von sterilem Material

Eine der bekanntesten Massnahmen im Bereich der Schadensminderung ist die Bereitstellung von Injektionsräumen. Hier können die Drogenkonsumenten unter hygienisch akzeptablen Bedingungen Drogen konsumieren, ohne von Verhaftung oder anderen Sanktionen der Polizei bedroht zu werden. Die Konsumenten bringen ihre illegalen Drogen wie Heroin oder Kokain mit. Es gibt auch einige Konsumräume, die den Konsum durch Inhalation (Rauchen, «chasing the dragon», Wasserpfeifen) ermöglichen. Auch diese Konsumlokale gehorchen den gleichen Prinzipien und entsprechen der gegenwärtigen Entwicklung, risikoärmere Konsumformen zu fördern. Die Injektionsräume haben zum Ziel, das Überleben der Konsumenten von illegalen Drogen zu sichern und die Anzahl von Überdosierungen und Infektionskrankheiten zu verringern. Dies soll durch Verteilung von sterilem Material, durch Überwachung und durch Herstellung einer ruhigen Umgebung mit Entfernung von der Drogenszene erreicht werden. Ein weiteres Ziel ist der Schutz des öffentlichen Raumes vor Kriminalität und Verschmutzung zum Beispiel durch umherliegende Spritzen. In den Spritzenräumen werden die Drogenkonsumenten überwacht. Sie werden jedoch nicht direkt bei ihrem Drogenkonsum unterstützt. Diese Räume sind im Wesentlichen für Drogenkonsumenten bestimmt, die einen Hochrisikokonsum aufweisen, das heisst für Drogengebraucher, die nicht ausreichend auf bestehende Angebote für abhängige Personen reagieren. Darüber hinaus sollen Konsumenten, die in der Öffentlichkeit konsumieren und ohne festen Wohnsitz sind, die sich in schlechter physischer Verfassung befinden, die Drogenkonsum häufig und seit langer Zeit betreiben, erreicht werden. In den Konsumräumen werden häufig Identitätskarten verlangt (Schweiz, Deutschland, Holland). Die Anzahl verfügbarer Plätze ist beschränkt. Es gibt manchmal ein System von Zugangskarten oder Polizeikontrollen (Holland). Gelegentlich wird von den Konsumenten verlangt, dass sie Verträge abschliessen beispielsweise im Hinblick auf Hygienekurse, auf den Substanzkonsum, oder in Bezug

auf das Verbot, in den Konsumräumen und in der unmittelbaren Umgebung zu dealen. Weitere Vertragsinhalte sind die Vermeidung von aggressivem Verhalten, und die Anweisung, sich nicht unnötig lange in der Nähe der Konsumlokale aufzuhalten. Niedrigschwellige Konsumräume bieten häufig die Möglichkeit sich zu verpflegen. Sie bieten Ruheräume und Duschen an, um die allgemeinen Lebensbedingungen zu verbessern. Die Konsumräume werden in der Regel von lokalen Betreuungsstrukturen getragen, deren Mitarbeiter versuchen, die Drogenkonsumenten zur Aufnahme einer medizinischen oder einer anderen Behandlung zu bewegen.

Man kann drei Arten von Konsumräumen unterscheiden (Linssen et al., 2001; Wolf et al., 2003 in Hedrich, 2004). Beim ersten Typ handelt es sich um Lokale, die in niedrigschwellige Angebote eingebunden sind, welche auch andere Dienstleistungen offerieren. In der Folge werden wir diese Angebote im Einzelnen ausführen. Die überwachte Injektion wird in einem Lokal, das an die Zentren angegliedert ist, durchgeführt. Die zweite Form von Injektionslokalen befinden sich in der Nähe der Drogenszenen, sind wesentlich spezialisierter und profitieren in der Regel von einer guten Vernetzung mit anderen Betreuungsstrukturen für Konsumenten psychoaktiver Substanzen (Substitutionsbehandlung). Die dritte Form ist informell und illegal, beispielsweise die «shooting galleries», die von verschiedenen Forschern seit Ende der 80er Jahre in den USA und in Australien beschrieben werden. Bei diesen Lokalen geht es nicht darum, Schadensminderung bei der Injektion zu gewährleisten sondern sie wurden ausschliesslich auf Profitbasis betrieben (Kimber, Dolan & Wodak, 2001).

Notfälle betreffen im Wesentlichen Überdosen mit Atemdepression, epileptische Krisen aufgrund von Heroeinnahmen (ungefähr 80% der Überdosen) und Notfälle, die mit dem Kokainkonsum zusammenhängen wie zum Beispiel Hyperventilation, Panikattacken und Agitationszustände (Hedrich, 2004). Die Häufigkeit variiert stark zwischen den Injektionslokalen. Man findet zum Beispiel in den Schweizer Injektionslokalen ein Verhältnis zwischen 0.5 und 1.8 Notfällen auf 1000 Injektionen. Die Betreuung geschieht ausschliesslich durch die Teams in den Zentren. Einige Teams bestehen aus Ärzten und Pflegepersonal, das für diese Art von Intervention ausgebildet ist und denen das nötige Material zur Verfügung steht, um Notfällen begegnen zu können. In der Schweiz und in Deutschland funktionieren die meisten Zentren ohne die Präsenz eines Arztes, jedoch mit qualifiziertem Personal für Notfallsituationen, Pflegepersonal und anderen Fachpersonen, die speziell ausgebildet sind. Diese Zentren können auch auf die Dienstleistungen des ärztlichen Notfalldienstes zurückgreifen, wie auch den der Ambulanzen, insbesondere dann, wenn die Krise eine medikamentöse Behandlung beinhaltet, die ausschliesslich von einem Arzt durchgeführt werden kann.

Situation in der Schweiz

Zusammen mit Australien ist die Schweiz eines der ersten Länder, welches die Verbreitung des HIV-Virus mit Hilfe von Injektionsräumen zu bekämpfen versuchte. Der erste Injektionsraum wurde 1986 in Bern eröffnet. Diese Praxis ist seit 1988 toleriert. Hinzu kamen weitere Lokale in Basel, Luzern und St.Gallen. Gegenwärtig variiert das Vorhandensein von Injektionsräumen je nach Kanton stark. Obwohl tatsächlich viele Kantone der Deutschschweiz, wie Zürich, Bern, Basel-Stadt, Solothurn und Schaffhausen, über Injektionslokale verfügen, sind andere Kantone noch nicht bereit, diese einzuführen. In der Anfangsphase handelte es sich grösstenteils um ein städtisches Phänomen, das sich aufgrund der Probleme der offenen Drogenszenen entwickelte. So waren es besonderes die grossen Städte in der Deutschschweiz, die Konsumräume einrichteten (Arnaud, Zobel & So-Barazetti, 2003). Im Jahr 2003 gab es in der Schweiz 12 dieser Lokale, davon 11 in der Deutschschweiz. Im lateinischen Teil der Schweiz scheinen immer noch starke Ängste vorzuherrschen. Es gibt nämlich lediglich ein Lokal dieser Art in Genf.

Demgegenüber wurde der Spritzentausch in der Schweiz stark ausgeweitet, sei es in niedrigschwelligen Angeboten oder im Rahmen anderer medizinischer Betreuungsangebote (Apotheke, Arztpraxen).

Internationale Situation

Während der 60er und 80er Jahre kamen in Grossbritannien, Holland und der Schweiz Initiativen zum tolerierten Gebrauch von illegalen Drogen auf. Die Konsumräume, wie wir sie heute kennen, wurden

Mitte der 80er Jahre ins Leben gerufen. Diese haben sich vor allem in Westeuropa entwickelt, insbesondere in der Schweiz 1986, danach in Deutschland und in den Niederlanden 1994. Verschiedene andere europäische Nationen wie beispielsweise Spanien haben sich seit 2000 angeschlossen, allerdings in geringerem Ausmass. Dies trifft auch für Australien und Kanada zu. Injektionsräume gibt es vor allem in grösseren Städten.

Alle anderen Länder zeigen immer noch grosse Vorbehalte in diesem Bereich. So sind, trotz der mehrfach dokumentierten Wirksamkeit der europäischen, australischen und kanadischen Erfahrungen, mit dem Unverständnis wie auch der Angst der Bevölkerung und verschiedener politischer Entscheidungsträger (Befürchtung der Banalisierung des Konsums von harten Drogen und der Zunahme des Konsums in der Bevölkerung) immer noch wichtige Faktoren präsent, welche die Entwicklung zu bremsen vermögen.

Zusammenfassung der Evaluationsberichte

Es gibt insbesondere in der Schweiz zahlreiche Artikel und Berichte über Konsumlokale. Wir haben uns hauptsächlich für zwei internationale Evaluationen interessiert, die Literaturübersichten und Statistiken zu Konsumräumen bieten. Eine Studie stammt vom *europäischen Monitoring Center für Drogen und Drogenabhängigkeit* (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) und das andere vom *nationalen Forschungszentrum für Drogen und Alkohol* in Australien (National Drug and Alcohol Research Centre, NDARC). Wir haben auch zwei nationale Evaluationen konsultiert, die beide vom *Institut für Sozial- und Präventivmedizin* (IUMSP) der Universität Lausanne durchgeführt wurden.

Gemäss dem *Europäischen Bericht über Konsumräume* (European Report on drug consumption rooms, 2004) scheint es, dass die Zielgruppe der langjährigen Drogenkonsumenten, die sich ihre Drogen im öffentlichen Raum injizieren, die obdachlosen Konsumenten, wie auch sich prostituierende Konsumenten durch Konsumräume in jedem Land, in welchem sie eingerichtet wurden, erreicht werden konnten (Schweiz, Deutschland, Niederlande, Spanien, Kanada, Australien). Darüber hinaus erlauben es die Injektionsräume mit der Gruppe der Personen, denen Methadon verschrieben wird und die sich trotzdem im öffentlichen Raum Drogen injizieren, in Kontakt zu treten. Konsumräume erlauben auch den Zugang zum alternden Teil der Drogenkonsumenten. Einige Konsumlokale in der Schweiz weisen ausserdem Sonderdienstleistungen auf, die sich während spezieller Öffnungszeiten besonders an Frauen richten. So können Frauen zum Beispiel einen Gynäkologen konsultieren. Darüber hinaus scheint es, dass viele Personen die Konsumräume aufsuchen, welche bisher nie Kontakt mit Betreuungsstrukturen hatten. Tatsächlich finden sich die Langzeitkonsumenten in schlechter physischer Verfassung und die Prostituierten häufiger dort ein, wenn die Lokale sich in der Nähe von Risikoquartieren («hot spots») befinden, das heisst, nahe des Arbeitsortes von Sexarbeitern oder Drogendealern.

Was die Risikominderung für die Drogenkonsumenten selbst angeht, können die Konsumlokale vor allen Dingen im Hinblick auf die Prävention der Übertragung von HIV als voller Erfolg bezeichnet werden. Die Prävalenz von Hepatitis bleibt bei den Konsumenten von psychoaktiven Substanzen jedoch weiterhin zu hoch. Die für diese Literaturzusammenstellung untersuchten Evaluationsstudien zeigen, dass die Abgabelokale dazu beitragen, Schaden zu mindern, wie auch die Mortalität im Zusammenhang mit Überdosen zu senken. Dies ist einerseits auf die Information und Betreuung und andererseits auf das zur Verfügung gestellte sterile Material zurückzuführen. Die Konsumenten sind im Allgemeinen zufrieden und vertreten die Meinung, dass sich ihre Injektionsbedingungen verbessert haben. Gemäss der Evaluation des Injektionsraums *Quai 9* in Genf praktiziert lediglich eine Minorität der Konsumenten risikoreichen Konsum. Während die HIV-Prävalenz mehr oder weniger stabil ist, bleibt der Anteil von Hepatitisinfektionen hoch und beunruhigend (61% der Konsumenten von *Quai 9*). Diese Injektionsräume erlauben es, mit Gruppen in Kontakt zu treten, die normalerweise nicht Hilfe suchen. Sie ermöglichen es zudem, medizinische Versorgung und erste Hilfe zu leisten und sind darüber hinaus ein Eingangstor zum Betreuungssystem. Des Weiteren zeigen viele Studien, dass dieses Angebot auch einen positiven Einfluss auf die soziale Reintegration hat. Im Zusammenhang mit den niedrigschwelligen Angeboten gelingt es tatsächlich vielen Konsumenten psychoaktiver Substanzen ihre Identität durch die Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder durch den positiven Kontakt

mit dem Team zu reetablieren und ihr soziales Netzwerk zu entwickeln. Prinzipielles Problem dieses Bevölkerungsteils bleibt jedoch die Arbeit (Benninghoff, Solai, Huissoud & Dubois-Arber, 2004).

Die Lokale haben zudem den Konsum im öffentlichen Raum vermindert. Die Konsumenten selber scheinen den Konsum in Konsumlokalen jenem im öffentlichen Raum vorzuziehen. So nannten in einer Befragung in Deutschland bei Nutzern von Konsumräumen 31% diesen Aspekt als einen der grössten Vorteile der Konsumlokale. Zudem gaben 64% an, dass Konsumräume ihr primärer Ort des Konsums sei (Poschadel et al., 2003, in Hedrich, 2004). Im Gegensatz dazu berichteten 60% der Nutzer niederschwelliger Angebote ohne Konsumräume in der Stadt Lausanne, zu Hause zu konsumieren (Huissoud, Arnaud & Dubois-Arber, 2005).

Manchmal wurde die Anzahl gefundener Spritzen als Indikator für den Nutzen der Konsumräume in Quartieren verwendet. Die Resultate dazu sind widersprüchlich: Manche Quartiere haben eine Verminderung von herumliegendem Material im öffentlichen Raum feststellen können, andere verzeichneten eine Zunahme. Untersuchungen durch die Polizei oder andere politische Akteure in der Nachbarschaft solcher Quartiere zeigen, dass die Belästigungen in den betroffenen Vierteln zurückgingen. Die Kriminalität hingegen scheint sich durch Injektionslokale nicht zu vermindern. Obwohl der Drogenhandel in den Zentren der Injektionsräume und deren Umgebung verboten ist, ist es doch schwierig, den Handel zu überwachen und ihn im öffentlichen Raum zu unterdrücken. Darüber hinaus können Konsumräume alleine nicht die finanziellen Probleme der Drogenkonsumenten lösen. Auch sind die Konsumräume allein nicht geeignet, andere psychosoziale Aspekte anzugehen, welche die Drogenkonsumenten zu Delikten veranlassen.

Hedrich (2004) zeigt die Vorbehalte und Kritiken auf, die gegenüber Injektionsräumen ausgesprochen werden. Diese betreffen das hypothetische Risiko einer Konsumzunahme und die Erhöhung der Mortalität, wie auch eine Banalisierung der Injektion von Substanzen. Diese Risiken haben sich aber in der Realität nie bewahrheitet. Selbst wenn es vorgekommen ist, dass Drogenkonsumenten der Meinung waren, dass sie durch das Vorhandensein solcher Räume stimuliert würden, erwähnen andere Konsumenten eine Verringerung ihres Konsums. Dies zeigte sich beispielsweise deutlich in der Untersuchung, die im Zusammenhang mit dem Lokal *Quai 9* in Genf durchgeführt wurde (Benninghoff et al., 2004). Die Evaluationen zeigen keinerlei Erhöhung der Häufigkeit von Injektionen oder Erhöhung der Anzahl Konsumenten (Zobel & Dubois-Arber, 2004). Eine andere von Hedrich erwähnte Hypothese besagt, dass durch die Injektionsräume die Injektion zu angenehm würde und dadurch eine Gewohnheit geschaffen würde, diese Räume aufzusuchen. Dadurch würde dann der Wille der Konsumenten behindert, andere medizinische Angebote aufzusuchen oder eine Behandlung anzugehen. Wiederum zeigt sich, dass die Mehrheit der Konsumenten, die sich in diesen Räumen aufhalten, sich in Behandlung befinden, und dass die Konsumräume keinen negativen Einfluss auf die Fortführung der Behandlung haben (Zobel & Dubois-Arber, 2004).

Tabelle 4: Evaluationen von Injektionsräumen

Autoren	Land	Evaluations- typ	Zielgruppe	Resultate
<p>Benninghoff F., Solai S., Huissoud T. & Dubois-Arber F. (2004)</p> <p>Evaluation de Quai 9 «espace d'accueil et d'injection» à Genève. Période 12/2001-12/2002</p> <p>Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne</p>	Schweiz	<p>Kundenbefragung</p> <p>Fragebogen</p> <p>Monitoring</p> <p>Nicht teilnehmende Beobachtung</p> <p>Gespräche</p> <p>Sitzungen</p> <p>Tagebuch</p>	<p>Konsumenten von harten Drogen</p> <p>Weibliche Konsumenten von harten Drogen</p>	<p>Verbesserung der mit dem Konsum verbundenen Risiken</p> <p>Gesundheitsförderung bei Konsumenten</p> <p>Gute Kompetenz für die Betreuung von Overdosen</p> <p>Aufrechterhaltung des sozialen Netzes</p> <p>Erleichterung des Zugangs zum institutionellen Netzwerk</p> <p>Verbesserung der Spritzensituation im öffentlichen Raum</p>
<p>Hedrich D. (2004)</p> <p>European report on Drug consumption rooms</p> <p>European Monitoring Center for Drugs and Drug addictions</p>	<p>Schweiz</p> <p>Deutschland</p> <p>Holland</p> <p>Spanien</p> <p>Kanada</p> <p>Australien</p>	<p>Statistiken der Institutionen.</p> <p>Zufriedenheit der Konsumenten</p> <p>Evaluation durch die Teilnehmer</p>	<p>Population mit grossem Risiko: Personen, die seit langem durch Injektion konsumieren</p> <p>Obdachlose</p> <p>Prostituierte</p> <p>Personen, die im öffentlichen Raum konsumieren</p>	<p>Erreichen der Zielgruppe</p> <p>Reduktion des Risikoverhaltens (Hygiene und Information)</p> <p>Reduktion der Mortalität und des Risikos von Überdosen</p> <p>Effiziente medikamentöse Intervention in Notfällen</p> <p>Erhöhung der Nutzung von medizinischen Notfallangeboten</p> <p>Reduktion des Konsums und der Belästigungen im öffentlichen Raum</p>
<p>Kimber J., Dolan K. & Wodak A. (2001)</p> <p>International survey of supervised injecting centres (1999-2000)</p> <p>National Drug & Alcohol Research Centre Australia</p>	<p>Holland</p> <p>Deutschland</p> <p>Schweiz</p> <p>Spanien</p>	<p>Quantitative und qualitative Erhebung (60 Items) bei 39 Injektionslokalen (Antwortquote 40%)</p>	<p>Konsumenten von harten Drogen</p>	<p>Reduktion von Überdosen und Reduktion der Mortalität im Zusammenhang mit Überdosen</p> <p>Reduktion der Übertragung von HIV</p> <p>Reduktion der Anzahl Injektionen im öffentlichen Raum</p>
<p>Zobel, F. & Dubois-Arber, F. (2004)</p> <p>Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse</p> <p>Institut universitaire de médecine sociale et préventive</p>	Schweiz	<p>Resultate von Forschungsarbeiten und Evaluationen, die in der Schweiz und im Ausland durchgeführt wurden</p>	<p>Konsumenten von harten Drogen</p>	<p>Reduktion von Risikoverhalten (HIV)</p> <p>Reduktion der tödlichen Überdosen</p> <p>Herstellung und Aufrechterhaltung des Kontakts mit der Zielgruppe und dem sozialen Netzwerk</p> <p>Reduktion der Probleme der öffentlichen Ordnung (offene Drogenszenen)</p> <p>Keine Auswirkungen auf die Aufrechterhaltung der Behandlung</p> <p>Keine Erhöhung der Konsumhäufigkeit oder der Anzahl Konsumenten</p>

5.1.2 Abgabe von Spritzen und sterilem Material

Das Ziel der Verteilung von sterilem Injektionsmaterial ist es, den multiplen Gebrauch dieses Materials zu verhindern. Dieses Angebot findet man hauptsächlich in niedrighschwelligem Zentren, in bestimmten Behandlungszentren und in Apotheken. Dabei geht es vor allem darum, den Zugang, den Austausch und die Verwendung von sterilem Material bei Konsumenten psychoaktiver Substanzen zu fördern, um Risiken wie die Übertragung des HI-Virus oder von Hepatitis B und C zu vermindern und auch die öffentliche Ordnung zu erhalten. Diese Angebote dienen ebenfalls dazu, für die Zielgruppe Betreuungsangebote zu schaffen und ihnen Informationen über Lebenshilfe zu vermitteln.

Situation in der Schweiz

In der Schweiz kann man sich steriles Injektionsmaterial in verschiedenen Strukturen besorgen: durch niedrighschwellige Angebote (Injektionsräume, Strassenarbeiter, Busse), in verschiedenen Ambulatorien, in den Behandlungszentren mit Heroinverschreibung, bei einigen Ärzten, in Apotheken und ebenfalls durch Automaten, die an verschiedenen Orten aufgestellt sind.

Gemäss einer nationalen Untersuchung, die vom IUMSP 2005 durchgeführt wurde, sind die niedrighschwelligem Angebote der hauptsächlich Verteiler von sterilem Material (Samtica, Jeannin, Arnaud & Dubois-Arber, 2006). Gemäss dieser Untersuchung wie auch gemäss der *Schweizerischen Fachstelle für Schadensminderung im Drogenbereich (FASD)* gibt es 2004 in der Schweiz 43 niedrighschwellige Versorgungszentren für steriles Material. Von 414'000 verteilte Spritzen pro Monat werden 240'000 in niedrighschwelligem Zentren verteilt. Die Mehrzahl dieser Zentren befindet sich in der Deutschschweiz. Gewisse Zentren haben eine Verteilungsquote (2 pro Kontakt), andere verlangen die Rückgabe gebrauchter Spritzen bevor neue verteilt werden.

Die Apotheken (84'000 Spritzen) und die 23 Zentren mit Heroinverschreibung (90'000 Spritzen) verteilen ebenfalls häufig steriles Material. 90% der Apotheken verkaufen Spritzen oder geben diese gratis an Drogenkonsumenten ab. Die Mehrzahl der Apotheken gibt die Spritzen ohne Einschränkung ab, verschiedene geben nur eine begrenzte Anzahl ab, andere geben die Spritzen nur gegen gebrauchte Spritzen ab. Man schätzt, dass im Jahr 2005 pro Tag ungefähr 2285 Drogenkonsumenten diese Orte aufsuchten, das heisst 1.4 Personen pro Tag und pro Apotheke. Darüber hinaus nehmen 65% der Apotheken gebrauchtes Injektionsmaterial zurück und zerstören dieses.

Internationale Situation

Die Abgabe von Spritzen wird in zahlreichen Ländern praktiziert. So ist sie eine gängige Praxis in Kanada und Westeuropa. Die Anzahl Orte und Länder hat seit der Jahrtausendwende zugenommen. Das *Europäische Monitoring Center für Drogen und Drogenabhängigkeit (EMCDDA)* erwähnt 26 europäische Länder (ohne die Schweiz), die im Jahr 2003 die Abgabe praktizierten. Die Anzahl der Angebote und die geographische Abdeckung variieren in Abhängigkeit vom Land und vom Verteilungsort. Gewisse Länder wie beispielsweise Belgien, Frankreich, Luxemburg, das Vereinigte Königreich, Dänemark oder Spanien kennen eine Abgabe in Apotheken. Wie in Portugal (73%), Frankreich (63%) oder im Vereinigten Königreich (50%) sind die wichtigsten Abgabestellen meistens die Apotheken, weil diese praxisnah sind. Generell kann ein Rückgang bei der Abgabe von sterilem Material festgestellt werden.

Zusammenfassung der Evaluationsberichte

Obwohl die Wirksamkeit der Massnahmen zur Verhinderung übertragbarer Krankheiten gut belegt ist, scheint die Inanspruchnahme durch Substanzkonsumenten über die Zeit abzunehmen.

In der Tat belegen nationale Evaluationsberichte wie das *Nationale Monitoring der Spritzenabgabe durch niedrighschwellige Angebote* (monitoring national de la distribution de seringues dans les structures à bas seuil) oder die *Nationale Apothekenbefragung* (l'enquête nationale auprès des pharmacies) eine Abnahme der Spritzenabgabe seit den 90er Jahren (Samtica et al., 2006). Die *Schweizerische Fachstelle für Schadensminderung im Drogenbereich (FASD)* hebt hervor, dass weiterhin oft dasselbe Injektionsmaterial von unterschiedlichen Konsumenten verwendet wird. Trotz eines stabilen Angebots belegt die *Nationale Untersuchung zur Spritzenabgabe* (l'enquête nationale

sur la remise de seringues) eine Abnahme der Anzahl abgegebener Spritzen (-31%) wie auch der Apothekenbesuche (-58%) seit 1996. Niederschwellige Angebote und Angebote zur Heroinverschreibung belegen dieselben Tendenzen. Beispielsweise sind die Spritzenabgaben bei den niederschweligen Angeboten der Stadt Lausanne von 7000 im Jahr 2004 auf 3000 im Jahr 2005 zurückgegangen (Huissoud, Arnaud & Dubois-Arber, 2005). Diese Abnahme kann wohl weitestgehend einer verminderten Anzahl injizierender Konsumenten, einer Abnahme der Anzahl Injektionen, anderen Substanzkonsumformen oder dem Konsum anderer Substanzen zugeschrieben werden (Samitca et al., 2006).

Die Wiederverwendung und das Teilen der Spritzen sind dennoch weiterhin verbreitet, dies unabhängig vom Angebot an sterilem Material. Laut FASD nehmen diese Praktiken im Vergleich zum Anfang des Jahres 2000 ab (Arnaud & al., 2003), als noch 51% der Personen, die niederschwellige Angebote in Anspruch genommen haben, ihre Löffel teilten und 38% ihre Filter. Die Resultate des Evaluationsberichts *Drogenabhängigkeit im Kanton Waadt* (Toxicomanie dans le canton de Vaud) erwähnt eine Abnahme zwischen 2004 und 2006, jedoch mit einem weiter bestehenden Mehrfachgebrauch (Huissoud, Jeannin, Gervasoni, Samitca, Arnaud, Balthasar, Zobel, Gummy & Dubois-Arber, 2007). Der Mehrfachgebrauch von Löffeln ist von 50% auf 40%, jener von Filtern von 46% auf 28% und jener von gebrauchten Spritzen von 30% auf 10% zurückgegangen. 2005 gaben 60% der Personen, welche Abgabestellen von sterilem Material in der Stadt Lausanne nutzten, in einem Fragebogen an, mindestens einmal in ihrem Leben Material wiederverwendet zu haben; 23% sogar während der letzten 6 Monate.

Was die öffentliche Ordnung und Gesundheit betrifft, weist die nationale Literatur auch auf eine mangelnde Rückgabe des Materials durch die Konsumenten hin. Deshalb ist die Wahrscheinlichkeit, solche Materialien an öffentlichen Plätzen zu finden, relativ hoch. Dies trifft umso mehr zu, wenn es keine Injektionsräume gibt. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es Konsumenten ohne festen Wohnsitz gibt, einige verheiratet sind oder Kinder haben und deshalb den Konsum bei sich zu Hause vermeiden. In Lausanne werden etwa 80% des Materials nicht an die niederschweligen Angebote zurückgegeben, dies trotz der Einrichtung von vorteilhaften Strukturen, die die Rückgabe und den Rücktausch unter günstigen Bedingungen unterstützen (Huissoud & al., 2005).

Einige Umweltfaktoren sollten bei der Einrichtung von Angeboten zur Rücknahme von Spritzen in Betracht gezogen werden. Es scheint, dass die Konsumenten mehrere Angebote gegenüber einem einzigen vorziehen. Dies steht im Zusammenhang mit unterschiedlichen Öffnungszeiten der Angebote. Die Konsumenten zeigen die Gewohnheit, die Angebote regelmässig zu nutzen, allerdings jeweils nur für kleine Mengen. Nur wenige Konsumenten bewahren Reserven zu Hause auf (30%). Die Zugänglichkeit und die Öffnungszeiten sind daher grundlegend. Alle Angebote kennen Tageszeiten oder sogar Wochentage mit erhöhter Frequenz. Die Öffnungszeiten werden von den Konsumenten oft als gut eingeschätzt, ausser abends und während der Nacht. So erwähnte ein Drittel diesen Mangel in Lausanne, im Gegensatz zu 14%, welche diesen Mangel im Rahmen der Befragung im Kanton Waadt angaben. Die niederschweligen Angebote sollten versuchen, diese Problematik zu beheben.

Tabelle 5: Evaluation der Spritzenabgabe und der Verteilung von sterilem Material

Autoren	Land	Evaluationstyp	Zielgruppe	Ergebnisse
Arnaud S., Zobel F., & So-Barazetti, B. (2003) Evaluation du Bureau pour la réduction des risques liés aux drogues. Développement de scénarii IUSMP	Schweiz	Quantitative und qualitative Untersuchung an einer relativ grossen Stichprobe der niederschwelligen Angebote	Nutzer niederschwelliger Angebote	Beibehaltung von unhygienischen Praktiken von einigen Konsumenten Niederschwellige Angebote = erster Verteiler wenn sie existieren
Samtica. S., Jeannin. A., Arnaud. S. & Dubois-Arber. F. (2006) Remise de seringues et de traitements à la méthadone pour les personnes toxicomanes IUMSP	Schweiz	Nationale Apothekenbefragung 2005 und monitoring anderer Quellen für die Versorgung mit Injektionsmaterial	Nutzer von Injektionsmaterial	Verminderung von Mortalität und Morbidität unter den Konsumenten Abnahme der Abgabe von Spritzen Beibehaltung von unhygienischen Praktiken von einigen Konsumenten Niederschwellige Angebote = erster Verteiler wenn sie existieren
Huissoud T., Jeannin A., Gervasoni J.-P., Samitca S., Arnaud S., Balthasar H., Zobel F., Gumy C. & Dubois-Arber F. (2007) Toxicomanie dans le canton de Vaud: cinquième période d'évaluation 2004-2006 IUSMP	Schweiz	Untersuchung bei den niederschwelligen Angeboten des Kanton Waadt	Konsumenten psychoaktiver Substanzen	Abnahme der Spritzenabgabe Beibehaltung von unhygienischen Praktiken von einigen Konsumenten
Huissoud, Arnaud & Dubois-Arber (2005) Evaluation du rôle du Distribus au sein du dispositif lausannois d'échange de matériel stérile IUMSP	Schweiz	Monitoring, Befragung bei Nutzern von 5 Angeboten der Spritzenabgabe (N=43) und der Betreuer	Nutzer von Injektionsmaterial	Keine Verbesserung der Anzahl zurückgegebener Spritzen Verteilung von Spritzen und stabile Kontakte

5.1.3 Die niedrigschwelligen Kontakt- und Anlaufstellen

Diese Dienstleistungen sind verschiedenartig ausgebildet. Sie haben jedoch alle die gleichen Ziele: Überlebenshilfe für marginalisierte Personen (insbesondere für Konsumenten psychoaktiver Substanzen), Prävention, Risikominderung und Rehabilitation. Die angebotenen Dienstleistungen sind Informationsverteilung, Kleiderabgabe, Zugang zu Duschen und zu Waschmaschinen, Wohnungen, Tagesstrukturen, erste Hilfe Möglichkeiten, HIV- und Hepatitisprävention, Spritzenabgabe und Information. Wir werden nacheinander die verschiedenen Modelle der Tagesstrukturen und der Gassenarbeit diskutieren. Wir haben diese beiden Arten von Angeboten besonders berücksichtigt, weil sie evaluiert wurden. Es gibt viele andere niedrigschwellige Angebote wie zum Beispiel die Notschlafstellen («sleep-in»). Leider bestehen jedoch zu diesen Angeboten nur wenige Evaluationsstudien.

Die Tagesstrukturen

Diese Stellen sind einige Tage pro Woche geöffnet, manchmal sogar jeden Tag. Sie nehmen Personen im Prekariat auf, die von sozialem Ausstoss bedroht sind. Die Kommunikation ist durch Respekt gekennzeichnet. Diese Stellen werden oft von Alkohol- und Drogenkonsumenten frequentiert (laut FASD 2003 in der Schweiz mehr als 50%). Die Zugänglichkeit ist niedrigschwellig, denn die Kosten pro Tag sind gering und Abstinenz wird nicht gefordert. Diese Zentren zielen hauptsächlich darauf ab, die Substanzkonsumenten auf dem aktuellen Niveau zu halten und werden als «Eingangstüre für das medizinisch-soziale Netz» betrachtet.

Die Angebote variieren von einem Zentrum zum anderen. Einige sind in Form von Bussen vorhanden, die in Risikozonen aufgestellt sind. Es gibt auch Stellen, die den Sorgen der Personen Gehör schenken, die Mahlzeiten verteilen und auch intermediäre Strukturen mit einem differenzierteren und spezialisierteren Betreuungsangebot. Gemäss dem Grad der Komplexität dieser Zentren entsprechend, findet man medizinische Basisversorgung (Medikamente, Kontaktaufnahme mit den Behandlungssystemen, schnelle Orientierung in Notfällen, Injektionsmaterial), die Prävention von Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis), gelegentlich Injektionsräume oder andere noch spezialisiertere Dienstleistungen (Konsultationen mit Osteopathen oder Zahnärzten). Einige bieten auch sozio-educative Betreuungen, Mahlzeiten, Kleider, Hygieneangebote (Dusche, Waschsalon), Beschäftigungsprogramme (Tagelöhnerarbeiten, kleine Jobs, kreative und sportliche Betätigungen, Bibliothek), administrative Hilfe, Hausbesuche wie auch Begleitungen zu Dienststellen.

Diese Stellen haben häufig zum Ziel, eine Behandlungsanfrage zu fördern oder zu klären, einen Konsumenten mit den Behandlungsangeboten in Kontakt zu bringen, eine zusätzliche Hilfe zu bereits bestehender Betreuung zu liefern, grundlegende gesundheitliche und Hygieneprobleme anzugehen und Präventionsleistungen anzubieten (Samtica, Geense, Huissoud, Morency, Benninghoff & Dubois-Arber, 2001).

Situation in der Schweiz

2004 hat die *Schweizerische Fachstelle für Schadensminderung im Drogenbereich* (FASD) 318 niedrigschwellige Angebote in der Schweiz gezählt, welche teilweise oder ausschliesslich für Gebraucher psychoaktiver Substanzen bestimmt sind. Davon verteilen 43 Stellen steriles Injektionsmaterial. 18 von 26 Kantonen bieten im Jahr 2003 niedrigschwellige Angebote an (Arnaud & al., 2003). 7 dieser Strukturen sind Busse, von denen 3 für Frauen bestimmt sind, welche sich prostituieren. Die FASD (2003) und das BAG stimmen darin überein, dass die Sprachregionen die niedrigschwelligen Angebote in unterschiedlicher Weise bereitstellen. Im Allgemeinen sind diese Angebote in der Deutschschweiz häufiger. Es scheint, dass die Tagesstrukturen in der Westschweiz zahlreicher vorhanden sind (31% der Befragten einer Untersuchung der FASD im Vergleich zu 10% in der Deutschschweiz) und dass sich Notschlafstellen eher in der Deutschschweiz befinden (28% der Befragten in einer Untersuchung der FASD). Die Angebote in der Deutschschweiz sind spezialisierter, die Angebote in der Westschweiz globaler. In der Westschweiz ist eine stärker individualisierte Ansprache der Konsumenten vorherrschend, während in der Deutschschweiz eher ein «funktionaler» Ansatz gewählt wird.

Internationale Situation

Gemäss dem *Europäischen Monitoring Center für Drogen und Drogenabhängigkeit (EMCDDA)* werden die niedrighschwelligigen Angebote in Europa immer zahlreicher. Obwohl die Angebote vorhanden sind, gibt es wenige Evaluationen. So gibt es vor allen Dingen bedeutsame Lücken in Bezug auf die Zielgruppen, die angebotenen Dienstleistungen und das geographische Einzugsgebiet. Die EMCDDA versucht diese Lücken nach und nach zu schliessen.

Zusammenfassung der Evaluationsberichte

Die Evaluationen der niedrighschwelligigen Strukturen beziehen sich im Wesentlichen auf die Frequentierung und die Dienstleistungsangebote. Darüber hinaus wurde in verschiedenen Studien auch die Zufriedenheit der Nutzer oder des Personals erfragt. Die Frequentierung dieser Stellen ist seit ihrer Einrichtung (1980-1990) gut und steigt kontinuierlich. Aus den Evaluationen, die von der *Schweizerischen Fachstelle für Schadensminderung im Drogenbereich (FASD)* und auch von den niedrighschwelligigen Strukturen im Kanton Waadt durchgeführt wurden, zeigt sich, dass die Zentren vor allem Konsumenten psychoaktiver Substanzen betreuen, die sich nicht in Behandlung befinden. Es scheint immer seltener zu werden, dass Heroinkonsumenten keinen Kontakt mit dieser Art von Strukturen haben (Huissoud & al., 2005). Die Zentren erlauben es, die Aufrechterhaltung des Kontakts und die notwendigen Ressourcen für minimale Lebensbedingungen für die am stärksten marginalisierten Konsumenten bereitzustellen (ohne festen Wohnsitz, ohne Papiere, Langzeitkonsumenten). Es scheint auch, dass die Zuweisung in andere Betreuungsstrukturen für die Betreuenden keine leichte Aufgabe darstellt.

Einige dieser Zentren haben besondere Öffnungszeiten für bestimmte Zielgruppen wie beispielsweise Frauen oder junge Erwachsene zwischen 15 und 25 Jahren (*Le parachute* in Lausanne). Die Frauen sind gesamthaft jedoch unterrepräsentiert (15% in den niedrighschwelligigen Strukturen von Lausanne). Die geographische Lage ist auch von Bedeutung. Diese Stellen befinden sich in der Regel im städtischen Milieu und nicht auf dem Lande. Neben den Problemen des Geschlechts und der geografischen Lokalisierung muss auch darauf hingewiesen werden, dass diese Stellen nicht alle Konsumenten von psychoaktiven Substanzen erreichen. Darüber hinaus zeigt sich, dass, während in den 90er Jahren die Tendenz zu Heroin deutlich wurde, sich die aktuelle Problematik auf den Polykonsum und auf die Zunahme stimulierender Substanzen konzentriert: Kokain, Ecstasy und Alkohol. Die Konsumenten unterscheiden sich ebenfalls: Junge, Erwachsene und alternde Bevölkerung (Huissoud & al., 2007). Es ist daher nötig, dass sich die niedrighschwelligigen Strukturen den neuen Konsumformen und auch den neuen Konsumenten anpassen. Wir werden weiter unten sehen, dass die Strassenarbeit einige dieser Probleme zu lösen versucht. Es scheint darüber hinaus auch, dass die niedrighschwelligigen Angebote ihre Kompetenz in Bezug auf Übernachtung und Beschäftigung erweitern müssen, weil diese immer noch sehr bedeutende Problematiken darstellen. Ausserdem stellen der Austausch von Material und die Übertragung von Hepatitis immer noch aktuelle Probleme für Substanzkonsumenten dar. Es ist daher notwendig, dass die niedrighschwelligigen Angebote weiterarbeiten und ihre Informations- und Präventionspraxis noch weiter verbessern.

Strassenarbeit

Man findet auch verschiedene Dienstleistungen von Sozialarbeitern, deren Tätigungsfeld der öffentlichen Raum und Orte sind, an denen sich von psychoaktiven Substanzen abhängige Personen aufhalten. Diese Angebote beinhalten oft einen einzigen Tätigkeitsbereich der niedrighschwelligigen Zentren. Sie sind häufig auch Zusatzangebote von intermediären Strukturen, die eine Begleitung im Hinblick auf eine intensivere Betreuung anbieten. Es werden also Anstrengungen gemacht, das soziale Netzwerk und die Familie zu mobilisieren und den Konsumenten dabei zu helfen, medizinische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen oder einen Entzug zu beginnen.

Die Idee der Strassenarbeit besteht darin, dass man diejenigen Menschen aufsucht oder zu sich kommen lässt, die selbst aktiv keine Hilfe suchen. Einige dieser Strassensozialarbeiter sind in

geografischen Zonen tätig (Risikoquartiere), andere arbeiten für bestimmte Zielgruppen (Obdachlose, Prostituierte, Jugendliche und junge Erwachsene). Die Zielsetzung dieser Tätigkeit und die Dienstleistungen variieren nach den Strukturen und den Zielgruppen. Die gemeinsame Zielsetzung besteht darin, die Leute dort anzusprechen, «wo sie sind».

Aufsuchende ärztliche Betreuung («médecine de rue»), Aussenarbeit und Mittagstische sind verschiedene Massnahmen mit dem Ziel, einen sozialen Bezug mit Personen aufzubauen, die vom sozialen Ausschluss betroffen sind. Darüber hinaus sollen verschiedene Risikoverhaltensweisen vorgebeugt werden. Dies geschieht durch Zuhören, Informationsverteilung, Mahlzeiten, Abgabe von sterilem Injektionsmaterial und erste Hilfe-Angebote. Diese Angebote haben sich als besonders nützlich für marginalisierte Substanzkonsumenten erwiesen: Obdachlose, Prostituierte und Konsumenten mit sehr häufigen Injektionen.

Einige dieser Strassensozialarbeiterteams führen verschiedene Interventionen mit den Konsumenten, den Ladenbesitzern, der Polizei und den Passanten eines Problemquartiers durch, um das bestmögliche Zusammenleben dieser verschiedener Akteure zu gewährleisten. Das trifft zum Beispiel für die Gruppe *UniSet* in Lausanne und die Gruppe *Sicherheit, Intervention, Prävention (SIP)* in Zürich zu. Diese Angebote haben das Ziel, die öffentliche Ordnung in Parks und auf Plätzen aufrecht zu erhalten und die Konsumenten an bestimmte Verhaltensregeln zu erinnern, in Konflikten zu intervenieren und erste Hilfe und Zugang zu sterilem Material anzubieten. Die aufsuchenden Sozialarbeiter versuchen mit den Konsumenten in Dialog zu treten, unangemessenes Verhalten zu verhindern und sie über vorhandene Dienstleistungsangebote zu informieren.

Aufgrund eines ähnlichen theoretischen Rahmens wurden verschiedene Interventionen bei Festanlässen geschaffen. Einige wie das Projekt *Nez rouge* bieten gratis Chauffeurdienste für jene Fahrer an, welche aufgrund ihres Alkoholkonsums nicht mehr in der Lage sind ihr Auto selbst zu fahren.

Bei Problemanlässen wie beispielsweise bei Technoevents gibt es auch Stände, die von Gleichaltrigen oder von Strassensozialarbeitern, die eine Ausbildung bezüglich Abhängigkeiten erhalten haben, betreut werden. Diese Interventionen finden in Bars oder Nachtclubs statt, die gegen die Zunahme von sogenannten «rekreativen» Substanzen (Kokain, Ecstasy, Amphetamine) und die Zunahme des Alkohol- und Polykonsums von Substanzen bei Jugendlichen am Wochenende vorgehen möchten. Diese Stände sind meistens mit verschiedenen Materialien ausgerüstet: Chromatografen, Flyer, Präservative, Alkoholmessgeräte und «kits sniff», um hygienische Konsumbedingungen und Schadensminderung zu favorisieren. Des Weiteren sind die Stände mit Tests ausgerüstet, um den eingenommenen Gehalt der Substanzen qualitativ messen zu können.

Diese Projekte zielen auf die Schadensminderung beim Gebrauch von Substanzen ab, insbesondere auf die Überdosierung wie auch auf die Schadensminderung im Zusammenhang mit risikoreichem Sexualverhalten und mit Verkehrsunfällen. Man möchte die Konsumenten über die Zusammensetzung der Substanzen informieren und ebenso auf die Gefahr einiger Substanzen und auf die mit ihrem Gebrauch verbundenen Konsequenzen hinweisen.

Situation in der Schweiz

In der Schweiz gibt es eine ganze Reihe von den oben genannten Interventionsarten, insbesondere in der Deutschschweiz und in einigen Kantonen der Westschweiz. Beispiele dafür sind die Strassenarbeit von *UniSet* oder von *SIP*, oder die Stände bei Festanlässen im Kanton Genf und in der Deutschschweiz.

Internationale Situation

Wie andere niedrigschwellige Angebote nehmen auch die Angebote von aufsuchender Sozialarbeit international zu. Die Busse, welche HIV-Präventionsmaterial für Prostituierte anbieten, sind inzwischen gut bekannt. Das Institut de Recherche Européen sur les Facteurs de Risques de l'Enfance et de l'Adolescence (IREFREA) hat die Bedeutung der Arbeit bei Festanlässen für

Jugendliche nachgewiesen. In Australien findet man zum Beispiel aufsuchende Sozialarbeit insbesondere für Jugendliche, welche Alkohol konsumieren.

Zusammenfassung der Evaluationsberichte

Die Strassenarbeit richtet sich zunächst an diejenigen Personen, die selbst nicht proaktiv Hilfe suchen. Der hauptsächliche Vorteil dieser Art von Tätigkeit besteht darin, dass die Konsumenten in ihrer natürlichen Umgebung aufgesucht werden. Auf diese Weise können ihre Problemfelder und ihr Konsumverhalten besser beobachtet werden. Dies erlaubt es, in Abhängigkeit von den Konsumgewohnheiten und den festgestellten Bedürfnissen zusammen weitere Entwicklungsschritte zu erarbeiten.

Andere Resultate konnten zeigen, dass die aufsuchende Sozialarbeit von *UniSet* bei Konsumenten, Ladenbesitzern und Passanten des Quartiers Saint-Laurent sehr wirkungsvoll war. Dies betrifft vor allem die Kommunikation mit den Konsumenten, das Gefühl der Sicherheit der Ladenbesitzer und die Verminderung der herumliegenden Spritzen im öffentlichen Raum.

Diese Art von niedrigschwelligem Angebot erlaubt es darüber hinaus, ganz spezifisch bestimmte Risikogruppen anzusprechen. 2008 hat die Aktion *Nez rouge* 467 alkoholisierte Personen im Kanton Freiburg und gesamthaft 10'904 Personen in der ganzen Schweiz nach Hause gebracht. Was die Aktion *Nuit Blanche* betrifft, eine Intervention bei Festanlässen in Genf, zeigt die Evaluation des IUMSP, dass ungefähr 11% der Jugendlichen (ungefähr 90 die pro Abend kontaktiert wurden, 67 Kurzkontakte und 23 längere Kontakte) an den 14 abendlichen Festanlässen angesprochen werden konnten und zwar in Bezug auf den Konsum illegaler Drogen (36.8%) und auf den Konsum legaler Drogen wie Alkohol (85%). Die Zielgruppe ist hier hauptsächlich männlich (76.9%), mit einem Durchschnittsalter von 24.8 Jahren. Alkohol (93%), Tabak (82%) und Cannabis (73%) sind die am häufigsten konsumierten Substanzen unter diesen Konsumenten. Darüber hinaus haben 50% bereits Kokain versucht, 32% Ecstasy und 31% halluzinogene Pilze. Etwa 10% dieser jungen Erwachsenen haben schon mit Heroin experimentiert. Beim kürzlich zurückliegenden Konsum, das heisst innerhalb der letzten dreissig Tage vor Aufnahme des Kontakts, haben 90% Alkohol konsumiert, 55% Cannabis, 16% Kokain und 9% Ecstasy. Diese Interventionen scheinen hilfreich, da 79.8% der Befragten angibt in Bezug auf Alkohol, die Analyse der angebotenen Substanzen und die Information über HIV etwas sinnvolles gelernt zu haben. 46% der Antwortenden haben angegeben durch Neugierde motiviert gewesen zu sein, 27.5% waren von dem angebotenen Material angezogen und 15.2% hatten präzise Fragen aufgrund deren sie den Stand aufgesucht haben.

Die Bilanz des Evaluationsberichtes des *Distribus* in Lausanne – dessen Funktion es ist, steriles Material zu verteilen und Informationen an Substanzkonsumenten abzugeben – wurde von den Betreibern positiv bewertet. Das *Distribus* verdankt diese positive Wertung vor allen Dingen seiner idealen Situation im Feld. Die Betreuer haben auch die gute institutionelle Zusammenarbeit des Busses mit anderen Strukturen für abhängige Personen in der Region hervorgehoben. Die negativen Aspekte betrafen vor allen Dingen den Kontakt mit den Konsumenten, der häufig sehr oberflächlich ist und sich auf den Austausch von Spritzen beschränkt. Einige Aspekte wie das Fehlen eines Vertrauensverhältnisses wurden auch genannt. Die Konsumenten haben ihrerseits die grosse Sichtbarkeit des Ortes beklagt. Das sterile Material hingegen haben sie in zufriedenstellender Weise in Anspruch genommen.

Tabelle 6: Evaluationen der Zentren und der niedrigschwelligen Angebote

Autoren	Land	Evaluations- typ	Zielgrup- pe	Resultate
Arnaud S., Zobel F. & So-Barazetti, B. (2003) Evaluation du Bureau pour la réduction des risques liés aux drogues. Développement de scenarii IUSMP	Schweiz	Untersuchung einer grossen Stichprobe in der Schweiz	Nutzer von niedrigschwelligen Strukturen	Verschiedene Arten, die Schadensminderung in der Schweiz anzupacken Gute Besucherquote / Gute Gesundheitsangebote Notwendigkeit der Entwicklung von neuen Dienstleistungen für die neuen Zielgruppen und Konsumarten, Kampagnen Notwendigkeit die sozialen Angebote der Arbeitsmöglichkeiten und der Wohnmöglichkeiten in der Romandie zu verbessern
Samtina S., Geense R., Huissoud T., Morency P., Benninghoff F. & Dubois-Arber F. (2001) Evaluation de deux structures à bas seuil de la ville de Lausanne: Le Passage et le Point d'eau IUMSP	Schweiz	Erhebung und Monitoring Besuchsfrequenz Profil der Konsumenten Angebote	Nutzer von niedrigschwelligen Strukturen	Verbesserung der minimalen Lebensbedingungen und der Hygiene der Konsumenten
Huissoud T., Jeannin A., Gervasoni J.-P., Samitca S., Arnaud S., Balthasar H., Zobel F., Gumy C. & Dubois-Arber F. (1997-2007) Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud: Cinq phases d'évaluation IUMSP	Schweiz	Statistiken zu Frequentierung/Kontakte Ansprüche Nutzerprofil Studie bei den Nutzern	Konsumenten psychotaktiver Drogen Nutzer von niedrigschwelligen Strukturen	Verbesserung der minimalen Lebensbedingungen und der Hygiene der Konsumenten Stabile Situation der niedrigschwelligen Strukturen Notwendigkeit der Entwicklung von neuen Dienstleistungen für die neuen Zielgruppen und Konsumarten
Arnaud S. & Zobel F. (2006) Evaluation de la mise en œuvre du projet "Nuit blanche?" à Genève (2005-2006) IUSMP	Schweiz	Monitoring Beobachtungstabellen Fragebogen: halbstrukturierte Untersuchung	Junge Konsumenten psychotaktiver Drogen	11% der Zielgruppe erreicht 79.8% der Antwortenden schätzen, dass die vermittelten Informationen wirksam sind Bessere Kenntnisse des Substanzkonsums bei der Zielgruppe
Huissoud T., Solai S. & Dubois-Arber F. (2004) Evaluation du projet UNISSET IUSMP	Schweiz	Untersuchung mit Konsumenten, Gewerbetreibenden und Passanten	Substanzkonsumenten Benachbarte Bevölkerung	Qualitative Unterstützung der Nutzer Mobile Equipe für die Kontaktnahme und die Prävention von inadäquatem Verhalten Wenig Konfliktmanagement, Information und Orientierung Verbesserung der Situation bezüglich Herumliegen des Injektionsmaterials Die Präsenz von UniSet beruhigt die Händler

6. Intermediäre Strukturen

Diese Strukturen nehmen verschiedene Formen an, welche wir nachfolgend beschreiben.

6.1. Feste Strukturen

Um auf verschiedene psychosoziale Probleme von Konsumenten psychoaktiver Substanzen eingehen zu können, wurden verschiedene Strukturen geschaffen. Eine gewisse Anzahl von Prinzipien und Zielen ist charakteristisch für die verschiedenen intermediären Strukturen:

- Der Zugang zu den Strukturen ist mehr oder weniger informell: Empfang, Diskussion, Evaluation, mit oder ohne Termin.
- Die Hauptarbeit der Strukturen besteht darin, die Partner im Netzwerk zu mobilisieren, um die Anstrengungen koordinieren zu können.
- «Die Hilfe zielt vor allen Dingen darauf ab, Zugang zu verschiedenen Ressourcen zu schaffen, wie Ausbildung, Zugang zu Arbeitsmöglichkeiten, zu Wohnen, komplexe Situationen zu entwirren und aus Sackgassen, vor allen mit den Krankenkassen, wieder herauszufinden und den Schaden, der mit diesen Problemen verbunden ist, beispielsweise durch Entschuldungspläne zu begrenzen. Ausserdem soll dem Konsumenten eine gewisse Autonomie zurückgegeben werden. Die psychologische Betreuung - nicht zu verwechseln mit einer Behandlung - besteht darin, dem Konsumenten zuzuhören, Projekte zu entwickeln oder auch über besonders schwierige Momente zu sprechen» (Huissoud, Morency, Samitca, Benninghoff, Geense, Dupertuis-dit-Neveu et al., 2001). Diese Strukturen dienen auch als Begleitmassnahme in der Folge einer Hospitalisierung, um die Person in ein Gleichgewicht zurückzuführen.

6.1.1 Therapeutische Tageszentren / Tagesspital

Das Tagesspital ist eine Alternative zur Psychiatrie. Es handelt sich um eine Einrichtung oder um einen Teil einer Einrichtung. Diese Struktur besteht in der Regel aus einem multidisziplinären Team: Psychiater, Psychologen, Ergotherapeuten und Sporttherapeuten. Verschiedene medizinische und therapeutische Untersuchungen können hier durchgeführt werden. Die Rolle der Tagesklinik besteht darin, die Hospitalisierung zu vermeiden oder die Dauer der Hospitalisierung zu verkürzen und die psychische Gesundheit des Konsumenten zu verbessern. Diese Struktur ermöglicht es, die Anzahl der stationären Aufenthalte in traditionellen Kliniken zu reduzieren. Man versucht die Personen in ihrem natürlichen Lebensumfeld zu behalten. Die Tagesklinik erlaubt es auch, die Familie während des Tages von einigen ihrer Verantwortlichkeiten zu entlasten. Der Konsument und seine Familie werden darüber hinaus stark ermutigt, aktiv am Behandlungsplan mitzuarbeiten. Diese Art der Struktur ist oft sinnvoll nach einer stationären Hospitalisierung. Der Konsument kann zum Beispiel in der Therapie andere Personen kennen lernen und sich mit ihnen im Zusammenhang mit Gruppentherapien im Anschluss an einen Entzug austauschen, um seine Motivation zu stärken und Rückfälle zu vermeiden. Diese Strukturen geben dem Konsumenten die Möglichkeit, ihren Tag zu strukturieren und gegen Langeweile und Marginalisierung anzukämpfen.

6.1.2 Temporäre Einheiten (Unité d'Accueil Temporaire, UAT)

Diese Einheiten sind zusätzliche Ressourcen zu den vorhandenen Angeboten. Sie können als Zusatzangebote zu stationären Angeboten und zu Altersheimen bestehen. Das Ziel der temporären Einheiten (Unité d'Accueil temporaire, UAT) ist, zur Lebensqualität beizutragen und dafür zu sorgen, dass abhängige und geschwächte Personen bei sich zu Hause bleiben können, um die Umgebung zu entlasten. Sie passen sich den spezifischen Schwierigkeiten der betroffenen Personen an und sind für alte Menschen und Kinder mit Behinderungen bestimmt. Es handelt sich um kleine Strukturen. Die Dauer der Betreuung variiert, ist aber in der Regel kurz und wird im Voraus mit dem Nutzer besprochen. Einige sind nur tagsüber geöffnet, andere ebenfalls in der Nacht, aber bei beiden Formen immer nur für kurze Zeit. Es geht nicht darum ein anderes Lebensumfeld zu schaffen, sondern diejenigen zeitweise zu empfangen, welche Schwierigkeiten haben. Die Zugangsbedingungen und die

Präsenzansforderungen werden, in Zusammenarbeit mit den medizinisch-sozialen Zentren, flexibel gestaltet.

Gegenüber ambulanten Einheiten haben die UAT einen wesentlich grösseren Katalog von Dienstleistungen im Angebot. Die UAT bieten nicht nur niedrigschwellige Angebote an (Mahlzeiten, Körperpflege, Krankenpflege), sondern liefern auch die Möglichkeit zur Entwicklung sozialer Kontakte und einer Tagesstruktur. Ausserdem gewährleisten sie Hilfe für die Entwicklung persönlicher Projekte und bieten Begleitung an, um den Personen zu helfen mit der Krankheit umzugehen und Krisensituationen zu überwinden.

6.1.3 Betreutes Wohnen

Die geschützten Wohnungen, die auch als «Sicherheitswohnungen» bezeichnet werden, sind intermediäre Strukturen zwischen dem persönlichen Lebensumfeld und der Hospitalisierung oder Zuweisung in ein Altersheim. Obwohl sich dies in verschiedenen Formen zeigen kann, geht es in der Regel um eine Erweiterung der stationären Betreuung. Diese Art von autonomen Strukturen weisen alle Merkmale einer traditionellen Wohnung auf und sind in stark frequentierten Quartieren untergebracht (Geschäfte, Cafés). Das Ziel besteht darin, die sozialen Bindungen zu stärken. Es sind sehr häufig Wohngemeinschaften, in denen jeder Mitbewohner sein eigenes Zimmer hat, aber in welchen die Küche und das Wohnzimmer mit den anderen geteilt wird. Ein Beispiel dafür ist die Struktur *DOMicile Nouvelle Option (DOMINO)* im Wallis. Die geschützte Wohnung kann auch die Form einer oder mehrerer Wohnungen annehmen, die von mehreren, sich in Schwierigkeiten befindenden Mitbewohnern geteilt wird und sich in gewöhnlichen Miethäusern befinden. Jeder Mieter zahlt in Abhängigkeit von der bewohnten Fläche und vom Anteil an den Gemeinschaftsräumen eine Miete an die Gemeinschaft oder an die Besitzer. Die Bewohner können auch von Essen auf Rädern und von Pflegedienstleistungen profitieren, welche von den Versicherungen gezahlt werden. Es besteht ausserdem ein Nachtdienst. Die Assoziation für das Wohlbefinden in Altersheimen *Résid'EMS* schätzt den Gesamtpreis dieser Dienstleistung auf 1500 Franken (residems.ch). Die Gemeinden und Kantone müssen sich finanziell nicht an diesen Angeboten beteiligen.

Diese Art von Wohnung ist besonders für Personen geeignet, die wenig Hilfestellung brauchen und die nicht tagtäglich betreut werden müssen. Die Personen, welche viele Pflegedienstleistungen in Anspruch nehmen, können von dieser Art von Strukturen und auch von Hauspflegediensten profitieren. Die geschützte Wohnung erlaubt es, den Bewohnern eine gesicherte soziale Umgebung zu bieten. Die Personen können bis zu einem fortgeschrittenen Alter ihre Autonomie behalten und sich bei Bedarf an Fachpersonen wenden.

Das *Zentrum für Betreuung von Erwachsenen in Schwierigkeiten (Centre d'accueil pour adultes en difficulté, CAAD)* von Saxon bietet beispielsweise Angebote dieser Art. Das Zentrum ist ein Heim (stationäres Wohnen), das ausserdem eine Betreuung in geschützten Appartements beinhaltet. Die Fähigkeit der Bewohner, die von diesem Angebot profitieren, wird während eines Jahres daraufhin beurteilt, ob sie selbstständig leben können. Wenn das nicht der Fall ist, können sie in das Heim übersiedeln.

6.1.4 Die Heime

Die Heime werden dann als intermediäre Strukturen betrachtet, wenn sie halb residentielle Angebote darstellen, das heisst wenn die Personen sich dort während einer unbestimmten Zeit aufhalten können. Sie können nach Bedarf solange dort wohnen, bis sie eine stabile Wohnsituation gefunden haben. Deswegen werden diese Institutionen auch als Institution mit «angepasster Schwelle» aufgefasst. Die Heime offerieren eine psycho-educative Unterstützung und bieten Menschen mit Schwierigkeiten die Möglichkeit, einen Bezugsrahmen und ein umsetzbares Lebensprojekt zu finden. Im Gegensatz zu den niedrigschwelligen Angeboten wie zum Beispiel *La Tuile* in Freiburg offerieren diese Heime ein vielfältigeres Angebot für die Bewohner, das heisst individualisierte Gespräche, Paarbetreuung, Familienbetreuung, eine pluridisziplinäre Begleitung (Pflege, Sozialarbeit, Erzieher) und einen personalisierten Bezugsrahmen, eine Arbeit im sozialen Netzwerk, eine edukative Betreuung oder auch Beschäftigungsmassnahmen (in der Form von betreuten Werkstätten).

Diese Heime erlauben es, ein Lebensprojekt in Form einer sozioprofessionellen Reintegration zu realisieren. Sie nehmen Personen zwischen 18 und 65 Jahren auf. Die Residenz der *Heilsarmee* in Lausanne ist ein Beispiel für diese Art von Strukturen.

6.2. Flexible Angebote

Die Hausbetreuung hat zum Ziel, jedem hilfsbedürftigen Menschen Pflege zukommen zu lassen und Verbindungen mit Personen herzustellen, welche wiederholte und erfolglose Hospitalisierungen hinter sich haben. Diese Dienstleistungen ergänzen das bestehende Angebot durch eine globale Betreuung und tragen dazu bei, die Kranken in ihrem Lebensumfeld zu behalten.

Situation in der Schweiz

Alle von uns oben erwähnten Dienstleistungen sind in der Schweiz vorhanden. Viele von ihnen sind nicht auf die Betreuung von Substanzkonsumenten spezialisiert, sondern stellen hauptsächlich psychiatrische oder medizinische Dienste dar. Beispiele hierfür sind das psychiatrische Betreuungsangebot *Entrée de Secours (EdS)* in Morges oder die *Westschweizer Gruppe für psychiatrische Betreuung* (Groupement Romand d'Accueil et d'Action Psychiatrique GRAAP), welche aus 5 Auffangszentren in Lausanne, Montreux, Nyon, Yverdon und Prilly besteht. Ausserdem ist auf die mobile Pflegeeinheit *Intensive Betreuung im Lebensumfeld* (Suivi Intensif dans le Milieu, SIM) hinzuweisen.

Die Teams von Strassensozialarbeitern bestehen in der Schweiz ebenfalls, beispielsweise die *Gemeindeaktion Toxikomanie* (Action Communautaire Toxicomanie, ACT), die den am stärksten marginalisierten Personen im Osten des Kantons Waadt Hilfe zukommen lässt. Die ACT hat sich zum Ziel gesetzt, von Drogenkonsum betroffene Personen zu begleiten, um eine Reintegration in das Behandlungssystem zu ermöglichen. Die adaptierte Schwelle ist dadurch gekennzeichnet, dass verschiedene Dienstleistungen angeboten werden. Zusätzlich zur Grundpflege und Grundhygiene werden elementare medizinische Dienstleistungen, Paarberatungen und Familienberatungen angeboten. Die Patienten können ausserdem Hilfe bei der Planung ihres Haushaltsbudgets und bei Behördengängen erhalten (Huissoud & al., 2005). Diese Hilfsstruktur wurde leider nicht evaluiert.

Unter den evaluierten Strukturen gibt es einige Spezialprojekte, welche für Jugendliche und junge Erwachsene in der Schweiz bestimmt sind wie zum Beispiel das Heim *La Borde* oder das Projekt *Rimeille F.M.* Auf gesamtschweizerischem Niveau können wir zudem auf das Programm *supra-f* hinweisen, welches wir später beschreiben werden.

Das Heim *La Borde* ist eine intermediäre, psychiatrische Struktur mit 25 Betten. Es ist vor allem für junge Erwachsene bestimmt. Das Ziel dieser Struktur besteht darin, die Autonomie zu verbessern, eine langsame Rückkehr zum eigenen Wohnsitz zu ermöglichen und soziale Kompetenzen zu entwickeln. Dieses Heim offeriert darüber hinaus auch ein Team, das Hauspflege anbietet und bietet Familien zudem die Möglichkeit zu psychosozialer und erzieherischer Betreuung. Kulturelle, pädagogische und sportliche Aktivitäten werden ebenfalls angeboten.

Ein anderes Beispiel für diese Art von Struktur ist das Projekt *Rimeille F.M.* Dieses ist ein Teilprojekt im Heim *Maison des Jeunes* in Lausanne. Das Projekt *Rimeille F.M.* hat das Ziel, Jugendliche in Schwierigkeiten zu betreuen. Es weist Strukturen wie das Erziehungsheim *foyer éducatif*, *PACT*, *MDJ'ump* und *l'Appart'* auf. Die Betreuung situiert sich zwischen der Platzierung in einer Institution und der Betreuung in offener Umgebung. Das Konzept der angepassten Schwelle wird besonders gut im Projekt *Rimeille F.M.* verwirklicht, da neben den Basismodulen 7 «à la carte» Module zur Verfügung stehen, um sich den Bedürfnissen der Klienten anpassen zu können.

Beispiel eines nationalen Programmes: supra-f

Ein Programm von nationaler Bedeutung ist das Programm *supra-f* (Suchtprävention und Forschung). Die Strukturen befinden sich in Freiburg, Bulle, Wünnewil-Flamatt und Estavayer-le-Lac. Ein weiteres Projekt ist in Murten in Vorbereitung.

Das Projekt *supra-f* ist eine Massnahme der Eidgenossenschaft, um die Drogenprobleme in der Schweiz zu reduzieren.

Die Evaluation von *supra-f* wurde für 12 Betreuungsprogramme für Jugendliche in der Deutsch- und Westschweiz durchgeführt. Gemäss dem BAG wurden «schulische, sozialpädagogische und psychologische Interventionen angeboten. Diese Massnahmen dienen dazu, bei Jugendlichen in schwierigen Situationen präventiv zu handeln und sie dabei zu unterstützen, ihre schulische Situation oder ihre Lehrstelle zu stabilisieren. Gleichzeitig besteht das Ziel, das psychische Wohlbefinden der Jugendlichen zu verbessern und den Konsum psychotroper Substanzen zu verringern».

Nach einer Implementierungsphase, die von der Eidgenossenschaft während 4 Jahren unterstützt wurde (2000 bis 2003), haben seit dem Jahr 2004 die Kantone und Gemeinden das Programm übernommen.

Um der Verschiedenartigkeit der Situationen, denen die Jugendlichen ausgesetzt sind, begegnen zu können, hat das Programm *supra-f* verschiedene Betreuungsformen entwickelt:

Typ A: Verhältnismässig einfache Betreuung, ein Programm von 4 bis 5 Stunden pro Woche. Das Programm ist für Jugendliche geeignet, welche gut integriert sind, die sich noch in der obligatorischen Schule befinden. Dies ist eine typische präventive Intervention.

Typ B: Eine erweiterte Struktur mit Unterrichtsräumen und Werksstätten und mit einer intensiven Betreuung von 18 und mehr Stunden pro Woche. Dies ist besonders geeignet für Jugendliche mit Lehrabbruch, die bereits einen Substanzkonsum aufweisen.

Typ C: Eine Tagesstruktur mit einem vollumfassenden Programm von Montag bis Freitag, für Jugendliche mit Schulabbruch oder Lehrabbruch und ohne Arbeit.

Unabhängig von diesen drei Hauptkategorien gibt es gegenwärtig zwei Schulprogramme, die eine soziopädagogische Tagesstruktur für Jugendliche im 9. Schuljahr anbieten (Typ D) und ein Programm, das sich auf die Vermittlung von Lehrstellen und Arbeitsplätzen für Jugendliche mit sozialen Problemen konzentriert (Typ E).

Tabelle 7: Evaluation der *Supra-f* Programme

Program m	Sozia l		Integration *	Selbstwertgeföh l	Delinquen z	Alkoho l	Taba k	Cannabi s
	T0	T2						
Typ A	90%	85%		+	=	+	+	+
Typ B	26%	52%		+	+	+	+	=
Typ C	15%	66%		+	++	+	++	++
Typ D	100%	78%		=	-	+	+	+
Typ E	16%	75%		+	+	+	++	+

* besucht regelmässig die Schule, ist in der Lehre oder hat eine Arbeit

+ leichte Verbesserung; ++ deutliche Verbesserung; = keine Veränderung; - Verschlechterung

T0: am Anfang des Programms; T2: 1 Jahr nach Ende des Programms

Wie aus den Ergebnissen ersichtlich wird, unterstützen die Resultate diese Art von Intervention. Es scheint ein gutes Beispiel für adaptierte Strukturen zu sein.

Internationale Situation

Die Evaluationen von intermediären Strukturen im Ausland konzentrieren sich besonders auf Methadonbehandlungsprogramme, welche wir nachfolgend noch ausführen werden.

Wir möchten im Weiteren noch zwei Untersuchungen zitieren, die über intermediäre Strukturen hinausgehen, deren Interesse aber vor allen Dingen darin liegt, bestimmte Zielgruppen anzusprechen. Die Resultate scheinen darauf hinzudeuten, dass zielgruppenspezifische Interventionen ein Garant für Qualität und Effizienz sind. Die erste ist eine Meta-Analyse, welche von Orwin et al. (2001) durchgeführt wurde und die im Vergleich zu gemischten Programmen speziell auf substanzkonsumierende Frauen ausgerichtet ist. Die zweite Studie betrifft die Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Menschen, die 45 Jahre oder älter sind und in Bas Saint Laurent oder Québec untersucht wurden (Ouellet & al., 2006).

Zusammenfassung der Evaluationsberichte

Die Evaluation von *La Borde* bezieht sich auf 7 junge Schweizer Erwachsene. Angesichts der sehr kleinen Fallzahl wurde der Akzent auf die qualitative Auswertung der Daten gelegt. Eine allgemeine Verbesserung der Stimmung und der Gesundheit wurde beobachtet. Die Nutzer reklamieren jedoch einen Informations- und Kommunikationsmangel im Netzwerk. Eine weitere Kritik betrifft die fehlende Begrenzung des Aufenthaltes, die es den Jungen erschwert eine Perspektive zu entwickeln (Camus & Bonsack, 2004).

Was das Projekt *Rimeille F.M.* betrifft, stellen die Autoren eine allgemeine Verbesserung im Beziehungsbereich, eine Verbesserung des Vertrauens in das Umfeld, eine Öffnung anderen Menschen gegenüber und insbesondere eine vermehrte Investition in affektive Beziehungen und in Entscheidungsverhalten fest.

Das Programm *supra-f* ist insgesamt sehr ermutigend. Es scheint, dass es ein gutes Beispiel für ein Projekt mit adaptierten Zugangsbedingungen ist. Es hat das Selbstwertgefühl erhöht, delinquentes Verhalten verringert und den Substanzkonsum bei den Jugendlichen reduziert.

Die Resultate der Metaanalyse von Orwin et al. (2001) legen nahe, dass die spezifischen, für Frauen geschaffenen Programme effizienter sind als die gemischten Programme. Dies betrifft nicht nur den Konsum von Substanzen, sondern auch das psychische Wohlbefinden der Konsumenten wie auch ihrer Kinder. Das unterstützt die Bedeutung der Schaffung eines Betreuungssystems, das den

Unterschieden zwischen Männern und Frauen Rechnung trägt. Tatsächlich ist es so, dass die Behandlungen aufgrund von männlichen Standards aufgebaut wurden und dass dabei die weiblichen Besonderheiten, die für den langfristigen Erfolg ausschlaggebend waren, nicht berücksichtigt wurden.

Das betrifft auch die alternde Bevölkerung. Die von Ouellet et al. (2006) bewerteten Programme beinhalteten auch eine Betreuung des Verhaltens im Rahmen von 6 Treffen und einer Entzugsphase, die über 8 Wochen dauerte. Die Studie bezieht sich auf eine Gruppe von 32 Konsumenten, die aus 21 Frauen und 11 Männern im Alter von 45 und mehr Jahren besteht. Die Zugangsbedingungen beinhalten, dass die Patienten seit mindestens 6 Monaten an Schlafstörungen leiden und seit mindestens 3 Monaten Benzodiazepine konsumieren. Die Wirksamkeit wird aufgrund der Schlafqualität und des Gebrauchs von Benzodiazepinen beurteilt. Eine klare Verbesserung der Schlafqualität konnte in dieser Bezugsgruppe festgestellt werden.

Obwohl Evaluationen im Bereich der intermediären Strukturen selten aufzufinden sind, scheinen die vorhandenen doch darauf hinzuweisen, dass diese Art von Angeboten häufig für die Verbesserung persönlicher Schwierigkeiten und Beziehungsprobleme wirksam ist.

Da diese Strukturen aus dem rein institutionellen Rahmen ausbrechen, scheinen sie eine mit dem Substanzkonsum verminderte Stigmatisierung des Leidens nach sich zu ziehen. In diesen Strukturen arbeiten häufig multidisziplinäre Teams, welche eine globale Betreuung erlauben und die sich auch flexibel den Problemen der Konsumenten anpassen können. Darüber hinaus erlauben sie auch denjenigen Personen, die eine Serie von Hospitalisierungen hinter sich haben, weiterhin den Zugang zu Pflege Behandlung, dies sogar zu geringeren Kosten und mit leichterem Zugang als bei traditionellen Strukturen.

Die aktuelle Tendenz scheint sich auf die Entwicklung solcher Strukturen zu konzentrieren, vor allen Dingen wenn wir bestimmte Betreuungsangebote auf Gemeindeebene betrachten. Wir werden nun einige ärztliche Behandlungen diskutieren, die man auch zu den intermediären Strukturen zählen kann.

Tabelle 8: Evaluationen der intermediären Strukturen

Autoren	Land	Evaluationstyp	Untersuchte Stichprobe	Resultate
Camus & Bonsack, 2004 Accueil temporaire psychiatrique (ATP): Evaluation d'une expérience pilote CHUV-DUPA	Schweiz Waadt	Follow-up	Erwachsene des Heims <i>La Borde</i> Diverse Problematiken N=7	Beachtliche Verbesserung der Probleme bezüglich Depression, der Schwierigkeiten im Alltag und der Beziehungsprobleme
Chinet L., Eienberger F., Plancherel B., Bolgnini M & Halfon O., 2002 Stofer S. & Malatesta D. Evaluation d'une structure pour jeunes en difficulté: l'exemple d'un programme Lausannois Université de Lausanne-SUPEA EPFL-ENAC-INTER-LASUR	Schweiz Waadt	Follow-up "	Jugendliche von 15 – 18 Jahren der Struktur «Rimeille F.M» Diverse Problematiken N=37	Verbesserungen auf der Beziehungsebene – affektiv Vertrauen in die Umgebung, Öffnung gegenüber anderen, verbesserte Entscheidungsprozesse
Hüsler G. & Werlen E., 2006 Supra-f: Ein Sucht-Präventions-Forschungsprogramm Universität de Fribourg	Schweiz	Follow-up	16-20 Jährige Diverse Problematiken N=1517	Beachtliche Verbesserung des Selbstwertgefühls Beachtliche Verringerung des Alkohol-, Tabak und Cannabiskonsums Uneinheitliche Ergebnisse bezüglich Delinquenz
Orwin, R.G., Francisco L. & Bernichon T., 2001 Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: a meta-analysis National.Evaluation Data Services	International	Meta-analyse	33 analysierte Studien	Die Behandlungen, die speziell für Frauen entwickelten Programme und die verbesserten Behandlungen führen zu besseren Ergebnissen
Ouellet N. & Papillon M.-J., 2006 Evaluation d'un programme structuré de sevrage des benzodiazépines chez des personnes âgées de 45 ans et plus dans le Bas-Saint-Laurent Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (QC)	Québec	Follow-up	Erwachsene älter als 45 Jahren Kalter Entzug BZD N= 32	Verringerung des anfänglichen Konsums Verbesserung der Schlafqualität

7. Die Verschreibung von psychoaktiven Substanzen

Wenn man von intermediären Angeboten oder von Angeboten mit adaptierter Schwelle spricht, kann man auch verschiedene ärztliche Behandlungsangebote anführen, zum Beispiel die Methadonsubstitution oder die ärztliche Verschreibung von Heroin.

7.1 Methadonsubstitution

Die Behandlungsangebote mit Methadonsubstitution sind indiziert, um das allgemeine Wohlbefinden von Personen, die von Heroin oder anderen Opiaten abhängig sind, zu verbessern. Diese Behandlung verhindert das Auftreten von Entzugssymptomen. Die Behandlungen werden in verschiedenen Institutionen angeboten: bei den Hausärzten, in spezialisierten Institutionen, in psychiatrischen Abteilungen, in allgemeinen Spitälern und im Gefängnis. Im Rahmen dieser Arbeit wollen wir uns auf intermediäre Strukturen beschränken, welche Methadon anbieten.

Situation in der Schweiz

Die Verschreibung von Methadon an von Opiaten abhängige Personen ist seit 1975 im Artikel 15a, al.4 des Betäubungsmittelgesetzes festgehalten. Gegenwärtig beinhalten die Methadonbehandlungen 90% der Therapien mit Substitution. Die verbleibenden 10% beziehen sich auf die Verschreibung von Heroin und Buprenorphinen. Ungefähr 17'000 Personen sind aktuell in Methadonbehandlung.

Internationale Situation

In diversen Ländern, die von Problemen des Missbrauchs von psychoaktiven Substanzen betroffen waren, wurden in den letzten Jahren verschiedene Substitutionszentren ins Leben gerufen. Im internationalen Kontext scheint es uns sinnvoll, besonders auf solche Studien hinzuweisen, die die wirtschaftlichen Aspekte der Methadonverschreibung und deren Rentabilität ansprechen, da die Wirksamkeit der Behandlung von allen Evaluatoren einhellig festgestellt wird.

Zusammenfassung der Evaluationsberichte

Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) stieg die Anzahl der Personen, welche eine Methadonverschreibung erhalten von 12'000 im Jahr 1993 auf mehr als 18'000 im Jahr 2000. Im Jahr 2006 waren es 17'000. Die Verteilung zwischen Männern und Frauen beträgt 73.5% beziehungsweise 26.5%. Wenn man alle Substanzen zusammen betrachtet ist die Abhängigkeit von Opiaten nach Alkohol die Hauptursache für die Betreuung von abhängigen Personen. Das Durchschnittsalter der Personen bei Eintritt in das Programm ist 33.9 Jahre. Die Haupteinnahmequelle für 40% der Patienten ist die Sozialhilfe. Duffour (2007) hat eine Studie über die Stiftung *Le Tremplin* in Freiburg durchgeführt, in welcher die subjektive Lebensqualität der substanzabhängigen Personen bewertet wurde. Eine bedeutsame Verbesserung ergab sich nach 12 Monaten, und zwar in allen Bereichen der subjektiven Gesundheit, das betraf die physische und psychische Gesundheit, die Beziehungsaspekte und den Kontakt mit dem Umfeld. Wir möchten ausserdem darauf hinweisen, dass 60% der befragten Personen einen direkten Bezug zwischen der Verbesserung ihrer Gesundheit und der Tatsache, dass sie eine Sozialbetreuung erhalten, ziehen. Im internationalen Kontext liefern die publizierten Artikel, welche die Wirksamkeit der Methadonsubstitutionsprogramme betreffen, ähnliche Resultate. Tatsächlich zeigt sich eine Reduktion des Konsums injizierbarer Drogen und des Spritzenaustausches. Auch ist die Mortalität, die normalerweise mit dem Missbrauch von Opiaten verbunden ist, zurückgegangen (Metzger, Navaline & Woody, 1998; Avants, Margolin, Sindelar et al., 1999). Die Lebensqualität und die Lebenserwartung der Konsumenten scheinen sich ebenfalls deutlich zu erhöhen (Brugal et al., 2005).

Welches sind die ökonomischen Implikationen der Substitutionszentren? Hierzu haben Barnett & Hui (2000) eine Literaturübersicht über die Methadonverschreibung unter dem wirtschaftlichen Gesichtspunkt zusammengestellt. Es zeigt sich, dass die Rentabilität hoch ist, da der Zusammenhang zwischen Kosten und Wirksamkeit unter 11'000 \$ liegt. Diese Zahl liegt weit unter dem Wert, welcher normalerweise für allgemeine medizinische Therapien ausgegeben wird und ermutigt die Entscheidungsträger, derartige Strukturen in das Behandlungssystem eines Landes zu integrieren.

Tabelle 9: Evaluation der Methadon-Substitutionsbehandlungen

Autoren	Land	Evaluati- onstyp	Untersuchte Stichprobe	Resultate
Barnett, P. G. & Hui, S. S. (2000) The Cost-Effectiveness of Methadone Maintenance The Mount Sinai Journal of Medicine, Vol. 67 Nos. 5 & 6 October/November	EU	Literatur- übersicht	Zentren mit Methadonabgabe	Bericht Kosten / Wirksamkeit < 11'000 \$
Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., Barrio, G., de Olalla, P.G., de la Fuente, L. (2005) Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain	ES	Follow-up nach 9 Monaten	T0: 5049 Heroinkonsumenten in niedrigschwelliger Methadonbehandlun g T1: 4044	Verminderung der Mortalität durch Überdosen und HIV/SIDA um 4.3% Erhöhung der Lebenserwartung um 21 Jahre
Duffour, P. (2007) La qualité de vie subjective et l'accompagnement social des personnes toxicodépendantes Université de Neuchâtel	CH FR	Follow-up nach 6-12 Monaten	Erwachsene Konsumenten psychoaktiver Substanzen N = 63	Signifikante Verbesserung in allen Bereichen der persönlichen Gesundheit (physisch, psy- chisch, relational, Umgebung)
OFSP (2006) Prise en charge et traitement des dépendances en Suisse. Résultats du système de monitoring Rapport annuel act-info	CH	Deskripti- ve sozio- demogra- phische Daten	Erwachsene Konsumenten psychoaktiver Substanzen	-

7.2 Verschreibung von Heroin

Neben der Methadonverschreibung gibt es verschiedenen Programme zur Verschreibung von Heroin, welche wir jetzt detaillierter betrachten möchten.

Die Heroinverschreibungsprogramme haben das Ziel, den Gesundheitszustand wie auch die soziale Integration der risikobehafteten Substanzgebraucher zu verbessern. Im Unterschied zu den Massnahmen im Bereich Schadensminderung (niedrigschwellige Angebote), zielt diese therapeutische Massnahme darauf ab, nicht nur die Risiken, die mit dem Substanzgebrauch verbunden sind, zu verringern, sondern auch den Gebrauch von nicht verschriebenen Substanzen zu mindern oder auf Null zu bringen. Der Entzug wird als ein langfristiges Ziel angesehen. Die Zielgruppe besteht aus schwerabhängigen Konsumenten, die mehrere Behandlungsabbrüche in vorgängigen Methadonsubstitutionsbehandlungen oder in abstinenzorientierten Behandlungsangeboten erlitten haben. Man möchte den schwerabhängigen Konsumenten ermöglichen, ihren Konsum zu stabilisieren, bevor sie sich einer anderen Form der Behandlung zuwenden.

Die Anforderungen an die Patienten sind relativ hoch, da die Drogengebraucher sich zwei bis drei Mal pro Tag in den Verschreibungszentren einfinden müssen.

Situation in der Schweiz

Die Entscheidung für die Einrichtung solcher Programmen in der Schweiz fiel im Jahr 1992. Die ersten Versuche wurden im Jahr 1994 in den Behandlungszentren der Stadt Zürich realisiert. Diese Programme sind in der Schweiz derzeit auf der Aufnahmeliste im Bereich Opiatkonsum aufgeführt. Gemäss Huissoud, Samtica, Arnaud Zobel & Dubois-Arber (2006) gab es im Jahr 2006 in der Schweiz 23 HeGeBe-Zentren (HeGeBe = heroingestützte Behandlung) in den Kantonen Zürich, Solothurn, Luzern, Sankt Gallen, Bern, Basel-Stadt und Genf. Die Zentren unterscheiden sich bezüglich ihrer

Grösse und ihrer Betreuungskapazität. Zwei von ihnen befinden sich in Gefängnissen. Um in die Zentren aufgenommen zu werden, müssen die Konsumenten vier Anforderungskriterien erfüllen: Sie müssen die Volljährigkeit erreicht haben, mindestens seit zwei Jahren schwer heroinabhängig sein, mindestens zwei Behandlungsversuche in einer ambulanten oder bekannten residentiellen Therapie gemacht haben (ohne Erfolg oder unterbrochen) und somatische, psychische oder soziale Defizite aufweisen, die dem Drogenkonsum zugeschrieben werden können. Ende 2007 waren insgesamt 1283 Patienten und Patientinnen in Behandlung, bei 1444 verfügbaren Plätzen.

Das BAG finanzierte die Einrichtung dieser Programme mit CHF 50'000.-. Etwa 80% der Auslagen wurden durch Rückerstattungen von Mitteln die durch das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) zur Verfügung standen, abgedeckt. Die Kosten der Infrastruktur und der psychosozialen Behandlung wurden von den Kantonen und Gemeinden getragen.

Diese Zentren unterliegen betreffend Gebäude (bewachte Türen, verdunkelte Glasfenster), Lagerung der Substanzen und Anordnung und Aufnahmekapazität verschiedener Räumlichkeiten (Wartezimmer, Büroräumlichkeiten, Injektionsräume und Pflegezimmer) den Regelungen des BAG. Die Anforderungen bei den Humanressourcen betreffen im Wesentlichen die Interdisziplinarität im psychologischen, sozialen und medizinischen Bereich. Die Teams bestehen aus mindestens einem Arzt, der für die medizinische Leitung zuständig ist, einer Fachperson für die psychosozialen Betreuung und zwei Personen, die für die Pflege, die Abgabe der Substanzen und die Verschreibung von Medikamenten an Konsumenten verantwortlich sind.

Huissoud & al. (2006) beschreiben ein solches Programm als Beispiel, mit Informationen zu Grösse, Ressourcen, Frequentierung und Budget.

Tabelle 10: Beschreibung des Programmes PEPS

Versuchsprogramm zur Verschreibung von Rauschgiften (Programme expérimental de prescription de stupéfiants PEPS) in Genf	
Grösse	50 Behandlungsplätze
Personalressourcen	8.4 Stellen (100%)
Frequentierung	36 aktuelle Behandlungen
Budget	1'393'000 (davon 1'086'000 Personalkosten), 640'000 werden durch in Rechnung gestellte Leistungen finanziert

Internationale Situation

Die Massnahme der Heroinverschreibung existiert in England bereits seit einigen Jahrzehnten. Seit den 70er Jahren war sie vornehmlich für Schwerstabhängigkeit vorgesehen. Erste Umsetzungen von Verschreibungsprogrammen folgten allerdings erst in den 1990er Jahren dank australischen Machbarkeitsstudien und kontrollierten Studien in der Schweiz. Seit der Jahrtausendwende haben auch die Niederlande, Spanien, Deutschland, Kanada und Grossbritannien Programme der Heroinverschreibung umgesetzt.

Zusammenfassung der Evaluationsberichte

Es gibt zahlreiche Studien zur Verschreibung von Heroin. Wir haben den Schwerpunkt unserer Arbeit auf die Literaturübersicht von Huissoud & al. (2006) gelegt, einerseits weil sie neu ist und andererseits weil sie sich in die Perspektive der Schadensminderung in der Schweiz einreicht. Die evaluierten Programme, die Gegenstand der Literaturübersicht sind, stammen vornehmlich aus der Schweiz (N=14), aber auch aus Holland (N=3) und Grossbritannien (N=1). Die anderen Ländern haben bisher noch keine wissenschaftlichen Artikel zu diesem Thema veröffentlicht. Die schweizerische Kohorte

scheint die einzige zu sein, die über längere Zeit hinweg erforscht wurde, nämlich bis 6 Jahre nach dem Eintritt einer Kohorte von Konsumenten in die Behandlung.

Gemäss der oben erwähnten Literaturübersicht erlaubt die Verschreibung von Heroin eine Verbesserung der körperlichen Gesundheit bei Heroinkonsumenten (Gewichtszunahme, Verringerung von Infektionen der Haut und des Verdauungstraktes). Zudem verbessert sich auch die psychische Gesundheit. Gemäss Rehm et al. gehen die Fälle von schwerwiegenden psychischen Problemen von 37% beim Eintritt der Patienten auf 19% nach 18 Monaten in Behandlung zurück (Rehm, Frick, Hartwig, Gutzwiller, Gschwend & Uchtenhagen in Huissoud & al.; 2006). Im Bezug auf die Schadenminderung hilft die Heroinverschreibung die Häufigkeit gewisser Verhaltensweisen zu verringern, beispielsweise das Teilen von Injektionsmaterial (Abnahme von 16% auf 5% nach 18 Monaten gemäss Schweizer Versuchen) und begünstigt die Abkehr von den offenen Drogenszenen. Sie scheint darüber hinaus nützlich zu sein in Bezug auf die Verringerung der Übertragung von Infektionskrankheiten, besonders von Hepatitis (Abnahme von 10% auf 4% gemäss den Schweizer Versuchen). Gemäss den Versuchen in der Schweiz von 1994 bis 2000 verringert die Verschreibung von Heroin die Mortalität unter den Substanzkonsumenten. Diese verringert sich bei in Heroinprogrammen eingeschriebenen Personen von 2.5% bis 3% pro Jahr auf 1.1%. Die Haupttodesursachen in der untersuchten Kohorte waren Aids (35%), Unfälle (18%) und Suizid (12%). Die Abnahme der Mortalität ist umso wichtiger, da sich die Massnahme an die am stärksten gefährdeten Substanzkonsumenten richtet.

Die Verschreibung von Heroin fördert auch die soziale Integration, vor allem den Zugang zu Wohnen und Arbeit. Sie erlaubt auch, das delinquente Verhalten und die Verzeigungen bei der Polizei zu reduzieren. Dies ist vor allen Dingen auch auf den Rückgang des Kokainkonsums zurückzuführen (Blättler, Dobler-Mikola, Steffen, Uchtenhagen in Huissoud & al; 2006). Es scheint, dass in der Schweiz 69% der Einkünfte von Konsumenten, die in ein Heroinverschreibungsprogramm eintreten, aus illegalen Quellen stammen (Drogendeal und Diebstahl). Nach 18 Monaten Behandlung beträgt diese Art von Einkünften noch 10%. Es scheint, dass andere Verhaltensweisen wie Prostitution oder das Aufsuchen der offenen Drogenszenen auch zurückgehen. In den Niederlanden wurde festgestellt, dass die Eigentumsdelikte unter denjenigen Konsumenten, die sich in einer Heroinbehandlung befinden, weniger häufig sind, als unter den Konsumenten, die mit Methadon behandelt werden (10.3% gegenüber 37.5%).

Diese Massnahme trägt dazu bei, den nicht verschriebenen Heroinkonsum, den Konsum von Kokain und auch den Gebrauch von Benzodiazepinen zu verringern oder sogar völlig zu unterdrücken. Die Auswirkungen unterscheiden sich von einem Land zum anderen, was die Art der von den Konsumenten gebrauchten Substanzen betrifft. In den Schweizer Versuchen berichten die Konsumenten eine Reduktion des täglichen Kokainkonsums von 80% auf 6% nach 18 Monaten. Darüber hinaus scheint der Konsum dieser Substanz nur noch gelegentlich zu erfolgen. Tatsächlich zeigen von 79 Konsumenten 41 einen weniger häufigen Gebrauch und 28 haben sich als abstinent erklärt. Gemäss einer Studie, die mit 75% einer schweizerischen Kohorte 6 Jahre nach ihrem Behandlungseintritt erfolgte (1994 bis 1995), sieht es so aus, als ob diese Effekte auch langfristig anhalten. Es scheint sich aber zu bestätigen, dass nur ein kleiner Teil der Konsumenten von psychoaktiven Substanzen abstinent wird. Gemäss dieser gleichen Studie haben 16% der interviewten Konsumenten 6 Monate nach ihrem Behandlungseintritt angegeben, abstinent von Opioiden und Kokain zu sein. Was die Haltequote betrifft, zeigen die schweizerischen Studien, dass ein Anteil von 70% nach 12 Monaten Behandlung, von 50% nach 30 Monaten und von 35% der Drogengebraucher in Behandlung während 5 oder mehr Jahren in Behandlung bleiben. Der Eintritt in andere Behandlungsformen wie die Methadonsubstitution oder andere abstinentorientierte Behandlungen ist der Hauptgrund für den Austritt aus dieser Art Programm (für 60% der Drogengebraucher).

Die Kosten bezüglich Pflegepersonal und Forschungskosten sind höher als die Kosten für Methadonprogramme. Sie nähern sich CHF 60.- pro Tag und pro Person in der Schweiz. Obwohl diese Programme aufwändig sind, sieht es so aus, als ob sie die Kosten, welche mit Substanzkonsum verbunden sind, reduzieren können. Frei et al. betonen, dass 12 Monate nach Eintritt in die Behandlung die Kosten, welche mit den üblichen Pathologien der Drogengebraucher verbunden

waren, wie zum Beispiel depressive Episoden, Hauterkrankungen, epileptische Anfälle oder Überdosierung nachhaltig zurückgegangen sind. Gemäss den Autoren gehen die Kosten von CHF 94'875 auf CHF 21'998 zurück, das heisst auf CHF 17.11 pro Patient und pro Tag im Jahr 1998 (Frei, Steffen, Gasser, Kümmerle, Stierli, Dobler-Mikola, & al. in Huissoud & al; 2006). Dijkgraaf et al. weisen ebenfalls auf die Kostensenkung hin, die mit der Repression der Kriminalität zusammenhängt (Dijkgraaf, van der Zanden, de Borgie, Blanken, van Ree & van den Brink in Huissoud & al; 2006).

Neben dem Preis und den seltenen negativen Hinweise, die von einigen Drogengebern in Bezug auf das Festhalten am Produkt gemacht wurden, betreffen die einzigen Nachteile, die von Huissoud et al. (2006) erwähnt wurden, dass diese Programme zu wenig auf die sozialen und Beschäftigungsbedürfnisse der alternden Kohorte von Konsumenten psychoaktiver Substanzen eingehen, ebenso wenig wie auf den intravenösen Kokaingebrauch der immer häufiger wird.

Tabelle 11: Evaluationen der Heroin-Verschreibungsprogramme

Autoren	Jahr	Land	Evaluationstyp	Untersuchte Stichprobe	Resultate
Huissoud T., Samtca S., Arnaud S., Zobel F. & Dubois-Arber F. Contribution à la réflexion sur l'apport de mesures de traitement de réduction des risques en complément au dispositif actuel. Programme de prescription d'héroïne, local.d'injection IUMSP	2006	Schweiz Holland Grossbritannien	Literaturübersicht (N=18)	Konsumenten mit schwerer Heroinabhängigkeit, welche bereits andere Behandlungsversuche gemacht haben und aufgrund des Konsums somatische, psychische oder soziale Defizite aufweisen	Verminderung des parallelen Konsums, der Mortalität, der Risikoverhaltensweisen und der Delinquenz Verbesserung der physischen/psychischen Gesundheit und der sozialen Integration

Wir haben die vorhandenen Angebote in Bezug auf niedrighschwellige Strukturen und intermediäre Strukturen in der Schweiz und im Ausland betrachtet. Nun werden wir einige Systeme im Ausland einer näheren Prüfung unterziehen, die verschiedene Reformen zum Substanzkonsum eingeführt haben. Auf der Basis dieser verschiedenen, gemeindeorientierten Ansätze, können wir nachfolgend konkrete Vorschläge machen.

8. Integrierte Behandlungszugänge

8.1 Die Reform des Betreuungssystems: Das kanadische Beispiel

Mit einer Zunahme der Mortalität, der Delinquenz und der offenen Drogenszenen konfrontiert, die mit dem Konsum von psychotropen Substanzen zusammenhängt, hat die Stadt Vancouver mit Unterstützung der Regierung von Kanada und der Provinzregierung von Britisch Kolumbien entschieden, 2000 eine umfassende Reform des Betreuungssystems für Substanzkonsumenten in die Wege zu leiten. In sechs öffentlichen Foren wurden mehr als 30 Vertreter von diversen kulturellen Institutionen und mehr als 2000 Bürgerinnen und Bürger zusammengeführt. Diese Foren wurden organisiert, um die Zielvorgaben zu koordinieren und um eine Unterstützung durch die regionalen Behörden zu erreichen, im Hinblick auf eine Verbesserung der Sicherheit und der Gesundheitsaspekte aller Betroffenen.

Aufgrund dieser Foren wurden 36 Massnahmen mit geschätzten Kosten von 20 bis 30 Millionen Dollar pro Jahr ergriffen. Diese Massnahmen beruhen auf dem Prinzip der 4 Säulen: Prävention, Behandlung, Schadensminderung und Repression. Die aufzubringenden Kosten sind auch in diesem Fall bedeutend geringer als die Kosten, welche mit dem Substanzkonsum verbunden sind. Zum Beispiel wurden 1997 die Kosten in Britisch Kolumbien zur Gesetzesumsetzung betreffend der injizierten Drogen im Zusammenhang mit HIV und AIDS auf 96 Millionen Dollars pro Jahr geschätzt. Die Gesundheitskosten der nicht ärztlich behandelten Drogengebraucher werden auf 33 Millionen Dollar geschätzt (Millar, 1998 in MacPherson & Rowley, 2001).

Der ausgearbeitete Aktionsplan enthielt die vier im Folgenden aufgeführte Hauptziele, die alle ebenfalls Massnahmen nach dem 4 Säulen Prinzip vorsahen:

1. Die Provinzen und das ganze Land dazu ermutigen, einen regionalen Ansatz zu wählen, in welchem Dienstleistungen für Gebraucher psychoaktiver Substanzen entwickelt werden und die Bedeutung des Substanzkonsums auf dem nationalen und regionalen Niveau aufzeigt.
Aktionen: Überprüfung der Gesetze unter anderem in Bezug auf Drogen, Alkohol, organisierte Kriminalität und Jugendschutz. Forschungsförderung zu alternativen Psychopharmakotherapien für Drogengebraucher wie zum Beispiel Amphetamine und Kokain. Die Machbarkeit eines Heroinverschreibungsprogrammes und von Konsumräumen evaluieren.
2. Die öffentliche Ordnung verbessern und schützen, unter anderem die offenen Drogenszenen verkleinern und die negativen Auswirkungen, die mit Drogenkonsum verbunden sind verringern (organisierte Kriminalität, Substanzmissbrauch). Dies soll durch die Prävention von Kriminalität und durch die Verbesserung der öffentlichen Sicherheit erreicht werden.
Aktionen: Präventiv handeln, um das Wissen und Verständnis des Konsums psychoaktiver Substanzen zu verbessern. Spezielle Programme für Personen mit fremdsprachigem Hintergrund entwickeln. Gemeindeorientierte Massnahmen fördern (community-based). Einen Dienst zur Gesundheitsförderung und zur Verbrechensprävention einrichten und die präventiven Massnahmen für das Gemeinwesen koordinieren.
Handeln im Bereich Therapie/Behandlung, indem Schwierigkeiten beim Zugang zur Substitutionsbehandlung mit Methadon beseitigt werden. Die Verbreitung der Angebote erhöhen. Die Wohnsituation abstinenter Drogen- und Alkoholkonsumenten verbessern (Foyer, Heime, Unterkünfte). Erforschen der gesetzlichen und politischen Möglichkeiten, um einen Entzug bei jungen Konsumenten, die selber Drogenhandel betreiben und damit sich selber und andere Risiken aussetzen, zu ermöglichen.
Repressiv tätig werden, indem die Effizienz der Polizeidienste verbessert wird, um im Zusammenhang mit der organisierten Kriminalität und den Betäubungsmitteln besser die Störungen durch den Verkauf von Drogen in den Quartieren zu evaluieren. Ein Team von Spezialisten zusammenstellen, das aus verschiedenen Sektoren kommt (Polizei, städtische

Angestellte, Ministerium für Familie und Jugend, Stadtvertreter und Vertreter der Gemeinden). Ein besonderes Gericht schaffen, das auf die Behandlung von Fällen im Zusammenhang mit Substanzgebrauch spezialisiert ist. Planung von Behandlungsprogrammen im Rahmen des Justizsystems. Die Sichtbarkeit der Ordnungshüter verstärken. Im Bereich der Schadensminderung tätig werden und mehr Notschlafstellen und kurzfristige Wohnmöglichkeiten schaffen.

3. Die öffentliche Gesundheit verbessern und schützen. Den mit Drogenkonsum verbundenen Schaden reduzieren, insbesondere die Übertragung von HIV/Aids und Hepatitis; den Tod durch Überdosierung verhindern und unangemessenen Drogengebrauch durch Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit reduzieren. Darüber hinaus sollen spezialisierte Dienstleistungen für Risikogruppen ins Leben gerufen werden insbesondere für Jugendliche, Frauen, lokale Gemeinschaften und Personen, die unter psychischen Störungen leiden.

Aktionen: Auf präventiver Ebene handeln, indem interaktive Präventionsateliers in den Schulen geschaffen werden, die von den Lehrern mit Unterstützung von Fachleuten betreut werden (Pflegerinnen, Polizisten): Die Studenten befähigen Widerstand zu leisten, den Dialog unterstützen, über die Substanzen informieren und ihnen helfen, wenn sie bereits Substanzen gebrauchen. Eine Öffentlichkeitskampagne zur Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung zur Vermittlung von Informationen und zum Einbezug der Institutionen, der Medien und gemeindenahen Einrichtungen entwickeln. Entwicklung von speziell auf die Eltern ausgerichteten Programmen. Auch sollen besondere Programme für Jugendliche in Risikosituation zwischen 8 und 13 Jahren und deren Familien entwickelt werden.

In Bezug auf die Behandlung aktiv werden und eine Spezialeinheit mit 15 Betten für Frauen in einem Spital einrichten, um besondere Dienstleistungen für schwangere Frauen und für Frauen mit Kindern bereitstellen zu können, die eine besondere Betreuung in Bezug auf ihren Substanzgebrauch bedürfen. Eine Institution mit 20 Betten speziell für junge Drogengebraucher einrichten. Ein Langzeitbehandlungszentrum (8 bis 12 Monate) für die gleiche Population ins Leben rufen. Heroinverschreibungsprogramme institutionalisieren. Den Austausch von Spritzen verbessern. Niedrigschwellige Programme und Tagesstätten ins Leben rufen, um zu verhindern, dass von einem problematischen Konsum zu einem abhängigen Konsum übergegangen wird.

Repressiv tätig werden indem Pilotprogramme für Jugendliche, die in Prostitution involviert sind und Massnahmen für Klienten von Prostituierten und ihre Zuhälter entwickelt werden. Auch sollen die Jugendlichen Betreuung und Behandlung erhalten, damit sie von solchen Tätigkeiten Abstand nehmen.

Auf dem Niveau der Schadensminderung tätig werden: Die Fachpersonen in Bezug auf die Prävention von Überdosierungen ausbilden. Spezielle Massnahmen für die Schadensminderung bei Festanlässen treffen.

4. Koordination und Evaluation der Aktivitäten der verschiedenen Institutionen. Ein unabhängiges Organ ins Leben rufen, das sich der Aufgabe der Koordination widmet. Vancouver hat dafür die Unterstützung des Gesundheitsdepartements (Vancouver/Richmond Health Board), die Dienste der öffentlichen Gesundheit, den Dienst der Polizei und des Familienministeriums angefordert wie auch die Vertretung der Gemeinden.

Aktionen: Überwachung der Implementierung der 4 Säulen.

Im Jahr 2002 haben Mumford und seine Mitarbeiter eine Evaluation dieser umfassenden Reform des Gesundheitssystems durchgeführt (Mumford et al., 2002).

Das Ziel der Studie, die von Mumford und seinen Mitarbeitern durchgeführt wurde, bestand darin, die Kapazität der Angebote und Dienstleistungen der Gemeinden für Personen, welche mit HIV oder Aids leben müssen, zu untersuchen. Es wurden fünf Gemeinden in Kanada in Bezug auf die Pflege evaluiert (Halifax, Montréal, Toronto, Winnipeg, Vancouver). Die Daten wurden bei den Klienten, die diese Dienstleistungen in Anspruch nahmen erhoben (N=88), von denen ungefähr 1/5 intravenös

Drogen konsumierten (Stichprobe von Vancouver), sowie bei den erste Hilfsdiensten (N=37) und bei informellem Pflegepersonal (N=36) aufgrund von Gruppendiskussionen. Es handelt sich also im Wesentlichen um qualitative Daten. Insgesamt haben 23 Gruppendiskussionen und 9 Einzelinterviews stattgefunden. Die Schlussfolgerungen der einzelnen Diskussionsgruppen sind nach Themen geordnet. Wir stellen hier die wichtigsten Ergebnisse vor:

Komponenten des Betreuungssystems, die gut funktionieren

- Unterstützung unter Betroffenen
- Pflegepersonen, die Anteil nehmen, verständnisvoll und gut informiert sind
- Praktische Hilfe, um die Grundbedürfnisse des täglichen Bedarfs abzudecken
- Zugängliche Dienstleistungen, in welchen die Klienten akzeptiert und mit Respekt behandelt werden
- Dienstleistungen, die aus der Zusammenarbeit verschiedener Anbieter bestehen und dem Prinzip einer einzigen Anlaufstelle für verschiedene Dienstleistungsangebote entsprechen
- Intervenierende, welche Zeit für die Klienten haben und in der Lage sind, eine Beziehung mit ihnen herzustellen.

Hindernisse für das Betreuungssystem

- Wartelisten und bürokratische Prozeduren führen zu Verzögerungen
- Notwendigkeit, sich ausserhalb der eigenen Gemeinde zu begeben oder mehrere Dienststellen kontaktieren zu müssen, um Unterstützung zu erhalten
- Informationsmangel über bestehende Angebote
- Sehr knapp bemessene, finanzielle Mittel.

Hindernisse im Arbeitsbereich – Sichtweise des Pflegepersonals

- Mangel an Möglichkeiten sich weiterzubilden, um die aktuellen Klienten unterstützen zu können
- Fehlende finanzielle Ressourcen, um sich weiterzubilden oder um eine Ausbildung zu erhalten
- Fehlende Zusammenarbeit, die ein Kontinuum der Betreuung beeinträchtigt
- Zeitmangel, um eine qualitativ gute Beziehung mit jedem Klienten herzustellen
- Notwendigkeit, im Rahmen einer restriktiven Politik zu arbeiten, die zu rigiden Dienstleistungen führt und die wenig auf die aktuellen Populationen zugeschnitten ist.

Individuelle Merkmale der informellen Angebote

- Guter Kameradschaftskreis für das Gespräch und die Unterstützung der Nutzniesser
- Praktische Unterstützung für die täglichen Aufgaben
- Interessenvertretung für die Angehörigen der Nutzniesser, wenn es um Verhandlungen über die Behandlung und Betreuung geht
- Unterstützung bei der Verschreibung von Medikamenten
- Information in Bezug auf HIV und Aids.

In Ergänzung zu diesen Ergebnissen wurden neuartige Modelle der Pflege und der Unterstützung vorgeschlagen. Es handelt sich vor allen Dingen um folgende Modelle:

- Die vorhandenen Modelle von einer kontinuierlichen Evaluation begleiten lassen.
- Denjenigen Unterstützungsmodellen besondere Aufmerksamkeit schenken, die die Klienten bei der Wohnungssuche unterstützen. Tatsächlich wurde das Vorhandensein gesicherter, kostengünstiger Wohnungen, die den Bedürfnissen der Klienten entsprechen, als dringender Bedarf identifiziert.
- Den Anbietern von Sozial- und Gesundheitsdiensten die Möglichkeit bieten, sich für die Probleme von HIV/Aids, von Obdachlosen, von Drogengebrauchern und der Armut zu sensibilisieren, indem sie Strategien und Angebote vorschlagen, die den Bedürfnissen dieser Population entsprechen.
- In Bezug auf die Betreuungsangebote eine Liste der besten Praktiken entwickeln. Diese Informationen dienen als Lehrmittel an Hochschulen und Universitäten.

8.2 Das deutsche Beispiel

Die Stadt Frankfurt hat eine Reform angestrebt, die ähnlich aussieht wie diejenige von Vancouver. Sie hat eine Reihe von Massnahmen und niedrighschwelligigen Strukturen entwickelt, um Schadensminderung anzuregen und den Konsumenten von psychoaktiven Substanzen eine Behandlung anzubieten. Die Implementierung begann 1991 mit der Einführung eines niederschweligen Substitutionsangebots mit Methadon, das für etwa 1000 Personen gedacht war. In einer zweiten Phase wurde ein weiteres Programm zur Schadensminderung implementiert, in welchem 300 Zusatzbetten in Heimen geschaffen wurden und fünf Zentren mit multiplen Dienstleistungen, die für Kriseninterventionen, Spritzenabgabe und zur Nachbarschaftshilfe ins Leben gerufen wurde. Im Jahr 1992 haben die Behörden die offenen Drogenszenen geschlossen und das Programm zur Schadensminderung ausgedehnt. Schliesslich haben 1994 die ersten Injektionsräume geöffnet.

In Bezug auf die Gesetzgebung hatten die Konsumenten von Substanzen die Möglichkeit, wenn Verurteilungen für weniger als drei Jahre vorlagen, anstelle einer Gefängnisstrafe eine Behandlung mit Methadonsubstitution zu wählen.

Um der Erhöhung des Konsums von Crack und Kokain zu begegnen, wurde ein Pilotprojekt ins Leben gerufen, um mit diesen Konsumenten Kontakt aufzunehmen, damit diese auch betreut werden konnten.

Klinische Forschung zur Verschreibung von Heroin wurde in verschiedenen deutschen Städten ins Leben gerufen.

Dank dieser Massnahmen konnte die Stadt Frankfurt die Anzahl Injektionen im öffentlichen Raum reduzieren, die Anzahl von obdachlosen und abhängigen Konsumenten vermindern und den Drogenhandel und die Drogendelinquenz reduzieren (MacPherson & Rowley, 2001).

8.3 Das australische Beispiel

Im November 1998, als Folge verschiedener Interventionen in Australien - durch die Industrien, das Gewerbe, die Regierung und die nicht gouvernementalen Organisationen – wurde das *Nationale Programm gegen Drogen* (National Drug Strategic Framework, NDSF) ins Leben gerufen. Das vordringliche Ziel bestand darin, die negativen Auswirkungen des Gebrauchs psychoaktiver Substanzen in Australien zu verringern. Tatsächlich ging man davon aus, dass der Gebrauch von Drogen nicht gänzlich unterdrückt werden kann. Infolgedessen hat man aufgrund dieser Tatsache einen globalen Ansatz zum Umgang mit Drogenkonsum in der Gesellschaft ins Leben gerufen.

Das NDSF hat Verbindungen zwischen verschiedenen nationalen Programmen für die öffentliche Gesundheit geschaffen. Es hat neben den Programmen die sich direkt mit Substanzgebrauch befassten, wie das Programm zur Heroinverschreibung, das für lokale Gemeinden vorgesehen war in denen ein exzessiver Substanzkonsum auftrat, auch mit dem Programm gegen die Delinquenz und dem Programm zur Suizidprävention bei Jugendlichen zusammengearbeitet.

Vier Ebenen charakterisieren die prioritären Strategien. Sie zielen auf illegale Drogen, Alkohol, Tabak und auf die Prävention von Substanzgebrauch in Schulen ab.

Der Impakt des NDSF-Programms wurde im Rahmen einer nationalen Untersuchung evaluiert, die vom AIHV bei Personen ab 14 Jahre in Bezug auf den Gebrauch psychoaktiver Substanzen durchgeführt wurde (Szirom & al., 2003). Die Ergebnisse dieser Untersuchung werden nachfolgend aufgeführt.

Tabelle 12: Resultate der Evaluation (Australien)

Impakt vom NDSF (N = 184)	%
Positiver Einfluss (73%)	
Erhöhung der Kooperation und Kollaboration zwischen den einzelnen Sektoren (zum Beispiel zwischen der Polizei und den Gesundheitsdiensten)	17
Erstellung einer Publikation die als Referenz für juristische Aspekte dient	14
Angemessener Kontext für zukünftige Strategien/Aktivitäten	11
Ausweitung der Möglichkeiten des Zugangs zu Ressourcen	9
Validierung politischer Massnahmen von Regierungen	8
Massnahmen an der Basis die kohärent mit nationalen Strategien sind	7
Verbesserung der Datenerhebung und der Verfügbarkeit von Daten und Informationen	2
Positiver Ausblick zur Prävention an Schulen	5
Negativer Einfluss (27%)	
Lücken in der Kenntnis, im Verständnis und in der Leitung des Programmes	6
Fehlender Einfluss auf die Population auf der Strasse	6
Programm zu umfangreich (Anspruch allen zu genügen)	6
Akzent auf die Gesundheit gelegt, aber wenig Aufmerksamkeit der Repression und der Ausbildung gewidmet	3
Schwerpunkt liegt zu sehr auf Alkohol	3
Wenig Einfluss auf die Nachfrage	3

8.4 Das niederländische Beispiel

In den Niederlanden hat sich im Wesentlichen das Institut *Trimbos* mit dem Substanzgebrauch auseinandergesetzt und eine Public Mental-Health-Perspektive eingebracht. Die Zielsetzung des Instituts *Trimbos* besteht darin, die Lebensqualität zu fördern und die neusten Erkenntnisse im Mental Health-Bereich, im Public Health-Bereich und im Bereich des Substanzgebrauches zusammenzubringen.

Elf thematische Programme, die von drei Zentren getragen werden, wurden ins Leben gerufen mit dem Ziel, Forschungsergebnisse zu publizieren, neue Strategien zu implementieren, Evaluationen und Empfehlungen zu entwickeln und Expertenberichte, Seminare und Konferenzen zu generieren.

Der Jahresbericht (Trimbos Institut, 2007) weist auf die allgemeinen Handlungsrichtlinien in Bezug auf das Krankheitsmanagement (Disease Management) hin. Diese Neuorientierung geschieht im Bewusstsein, dass die mit dem Substanzkonsum einhergehenden psychischen Belastungen von verschiedenen Akteuren im Pflegesystem betreut werden.

Das in den Niederlanden vorgeschlagene System beruht auf der Prävention, der Behandlung und dem Management. Die Hauptidee des Krankheitsmanagements ist die gemeinsame Verantwortung gegenüber der Krankheit. Das Ziel besteht darin, die Person selber, ihre soziale Umgebung (Familie, Arbeitgeber), die Leistungsträger, die Krankenkassen, die Apotheken und die pharmazeutische Industrie in das Gesundheitsmanagement einzubeziehen.

Nachfolgend führen wir einen Vergleich zwischen dem traditionellen Betreuungssystem und dem Krankheitsmanagement durch.

Tabelle 13: Charakteristiken vom "Disease Management"

Traditionelles System	Disease Management
Reaktiv	Proaktiv
Behandlungsorientiert	Präventions- und Behandlungsorientiert
Optimierung spezifischer Pflegeprozesse	Optimierung der globalen Betreuung
Evaluation der Betreuungserbringer	Evaluation der globalen Betreuung
Monodisziplinäre Methoden und Protokolle	Multidisziplinäre Methoden und Protokolle
Verantwortung bei den Betreuungserbringern	Verantwortung beim Betreuungsnetz das den Patienten umgibt
Analyse einer Episode der Krankheit	Analyse des natürlichen Verlaufs der Krankheit
Passive Rolle des Patienten	Intensives Engagement des Patienten
Prozessorientiert	Resultatorientiert

Um ein gutes Krankheitsmanagement zu gewährleisten, muss das Betreuungssystem folgenden Kriterien genügen:

1. **Gemeinsame Vision:** Jede Person, die sich im Betreuungssystem engagiert, muss eine besondere Sichtweise der Risikogruppen und der Information, die an diese Zielgruppen weitergeleitet wird, haben und eine Vorstellung für Behandlungsprotokolle entwickeln.
2. **Ökonomische Analyse:** Eine gewisse Anzahl von Fragen erlaubt es, eine Kostenschätzung vorzunehmen: Welcher Sektor generiert die höchsten Kosten? Welche Kosten können bei einem Vorzug einer anderen Intervention vermieden werden?
3. **Akzent auf die Prävention:** Die Interventionen richten sich im Wesentlichen an Risikopopulationen, um das Auftreten von Symptomen zu verhindern.
4. **Einbezug und Engagement der Patienten:** Hier geht es um eine erzieherische und emotionale Betreuung, wie auch um den Ansatz der motivierenden Gesprächsführung.
5. **Kontinuität der Betreuung gemäss zwei Ansätzen:** Einerseits geht es darum, mit den Organisationen, die Dienstleistungen im Betreuungsbereich offerieren, eine Zusammenarbeit anzustreben. Andererseits geht es darum, eine Alternative zu kostspieligen Behandlungen für chronische Erkrankungen zu finden.
6. **Den Akzent auf «evidence informierte» Protokolle legen:** Die Behandlungsprotokolle sollen aufgrund einer multi-disziplinären Sichtweise diversifiziert werden.
7. **Fallbearbeitung (Case Management):** Die Bearbeiter begleiten den Patienten während seiner gesamten Behandlung. Sie können daher die Anstrengungen zwischen verschiedenen Akteuren des Betreuungssystems koordinieren. Der Manager kümmert sich hauptsächlich darum, einen möglichst gesunden Lebensstil für den Patienten und seine unmittelbare Umgebung vorzuschlagen.
8. **Erarbeitung von Datenbasen:** Der Erfolg eines globalen Gesundheitsmanagements beruht auf der Bearbeitung von Details. Die Variablen, welche den Patienten, die Betreuenden, die Kosten und die Ergebnisse der Intervention betreffen, können langfristig dazu beitragen, dass Meta-Analysen durchgeführt werden können.
9. **Rolle der pharmazeutischen Industrie:** Einerseits sollen Medikamente optimiert, andererseits Risikogruppen identifiziert werden. Eine verbesserte Kenntnis der klinischen Ergebnisse im Anschluss an eine medikamentöse Behandlung erscheint nützlich.

Das Krankheitsmanagement ist auch aus ökonomischen Gründen interessant. Gemäss Bras, Duhamel et Grass (2006), die die verschiedenen Untersuchungen zum Krankheitsmanagement zusammengefasst haben, beruht das ökonomische Modell des Krankheitsmanagements im Wesentlichen auf der Hypothese, dass die Intervention bei den Patienten mithelfen, Komplikationen und kostspielige Hospitalisierungen zu vermeiden. Dies zeigt sich insgesamt durch eine Einsparung von Kosten der Betreuung und eine Zunahme der Nebenkosten (hauptsächlich Medikamente), die durch das Programm verursacht werden.

9. Diskussion

Wie wir gesehen haben, besteht die aktuelle Tendenz darin, die Betreuung von Konsumenten psychoaktiver Substanzen in integrierter Form anzugehen. Dies setzt eine interdisziplinäre Vorgehensweise voraus und eine möglichst optimale Koordination zwischen allen Fachgruppen, die in einem solchen Betreuungsprojekt beteiligt sind.

Darüber hinaus unterscheiden sich die Angebote vor allem was die Schadensminderung angeht. Sie passen sich mehr und mehr den Bedürfnissen der Substanzkonsumenten an, unter Berücksichtigung einer Zielhierarchie bei der Betreuung. Dabei werden auch die Kompetenzen des Konsumenten im Management seiner Gesundheit einbezogen. Diese Art von ambulanten Angeboten erlauben es, den Substanzgebraucher besser in die Verantwortung miteinzubeziehen und ihm seine Autonomie zurückzugeben. Die intermediären Strukturen sind Alternativen zur Hospitalisierung und gestatten es, Krisensituationen vorzubeugen.

Die niedrighwelligen Angebote ermöglichen es, einen Bezug zu jenen Gruppen herzustellen und aufrechtzuerhalten, die weder medizinische Hilfe noch Entzug wünschen. Wir möchten auch darauf hinweisen, dass die meisten dieser Angebote auf abhängige Konsumenten abzielen, wobei einige auch eine Rolle bei der Prävention unter Konsumenten mit geringem Risiko spielen. Dennoch und trotz der erwähnten Angebote ist es schwierig, aber notwendig, diese «versteckte» Zielgruppe anzusprechen. Es ist deshalb wünschenswert noch dynamischere Ansätze zu fördern, um so den Zugang zur Betreuung zu erleichtern. Beispielsweise dürfte es gelingen, diese sonst unbemerkt bleibende Zielgruppe während Festen und während der Strassensozialarbeit direkt anzusprechen. Der Einbezug der Hausärzte und anderer Dienste der primären Gesundheitsversorgung sind weitere Alternativen um den Zugang zu den Segmenten der betroffenen Bevölkerung zu finden, die sozial am stärksten benachteiligt sind (zum Beispiel Migranten). Dessen ungeachtet scheint es andererseits unabdingbar zu sein eine Gesundheitspolitik zu entwickeln, die sich auch an die gut integrierten Konsumenten in der Gesellschaft richtet, insbesondere im Finanzbereich. Es ist ebenso unerlässlich, sich den gut integrierten Kokain- und Alkoholkonsumenten vermehrt zuzuwenden, um ihre soziale Desintegration zu verhindern. Wir haben leider keine innovativen Ansätze gefunden, um diese eben erwähnten Zielgruppen zu erreichen. Auch für diese Konsumentengruppen dürften wohl Konzepte mit ganzheitlichen Betreuungsstrategien am ehesten dafür geeignet sein.

Um eine integrierte Betreuung von Drogen- und Alkoholkonsumenten zu gewährleisten, ist es wichtig dass verschiedene bestehenden Strukturen flexibilisiert werden mit dem Ziel, eine maximale Betreuung für die grösstmögliche Zahl von Substanzkonsumenten zu erreichen. In dieser Hinsicht ist es wünschenswert, in erster Linie bestehende Dienste an die Klienten und deren Konsumverhalten anzupassen, und nicht unbedingt neue, isolierte Dienste und Dienststellen aufzubauen. Weitere Zielvorgaben im Rahmen der Flexibilisierung betreffen auch das Bestreben, Dienstleistungen für alle «vulnerablen» Personen anzubieten, und ausgeprägte Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Patient und Betreuer und/oder der federführenden Dienststelle möglichst zu vermeiden. Um dies zu erreichen, muss gegebenenfalls die Betreuungspyramide auf den Kopf gestellt, und die Bedürfnisse der Konsumenten vor diejenigen der Institutionen gestellt werden. Das bedeutet für die hochspezialisierten Dienste, dass sie nicht Klienten suchen, die sich an das Angebot anpassen, sondern dass an erster Stelle jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin eine wichtige Bezugsperson wird, um den Zugang zur Betreuung von Konsumenten zu erleichtern. Dies kann ein schwierig zu erreichendes Gleichgewicht beinhalten, ohne dass dabei die Identität der «Mutter»-Institution aufgegeben werden muss.

Ein Interface-Dienst oder ein mobiles Koordinationsteam für schwierige Fälle könnten zum Beispiel den Zugang zur Betreuung erleichtern. Betreffend der oftmals zersplitterten Fachdienste ist es wichtig, dass diese eine kohärente Strategie verfolgen, die vom Gedankengut der öffentlichen Gesundheit und der mentalen Gesundheit inspiriert sind. Diese Zielsetzung sollte auch eine so genannte «strukturelle» Prävention einschliessen, eine primäre und zielgruppenspezifische wie auch eine sekundäre und tertiäre Prävention, einschliesslich der Schadensminderung und der Rückfallverhütung.

Aufgrund dieser Ausführungen sei hier abschliessend nochmals die folgende Schlussfolgerung festgehalten: Wenn die Leitlinien der verschiedenen Personen, die an der Betreuung von Substanzkonsumenten beteiligt sind, darauf ausgerichtet sind, ein Maximum an Personen zu betreuen, - beispielsweise solchen aus "Hoch-Risiko" Gruppen, mit "chronischen Problemen" - werden die unterschiedlichen Betreuungsinstitutionen ihren Kundenkreis finden und auch ihre Daseinsberechtigung belegen können.

10. Zusammenfassung

Unsere Literaturübersicht zu internationalen und nationalen Angeboten im Bereich der Betreuung von Substanzkonsumenten hat zum Ziel, Wissenslücken in Bezug auf «niedrigschwellige» und «intermediäre» Strukturen zu füllen. Diese Strukturen sind in der Westschweiz noch wenig bekannt und sind zum grössten Teil noch nicht in das Betreuungssystem integriert.

Das Konzept der mentalen Gesundheit ist, was den Gebrauch psychoaktiver Substanzen betrifft, in der Definition des Kantons Freiburg gut integriert, indem der abhängige Substanzgebrauch als «soziales Handicap» bezeichnet wird. Diese Neudefinition bringt jedoch auch Herausforderungen für die bisherigen, gut etablierten Strukturen und Institutionen, die ihren Wert bereits unter Beweis gestellt haben.

In unserer Arbeit haben wir die Implikationen für die Strukturen, die sich mit einem mentalen oder einem körperlichen Handicap beschäftigen, nicht aufgezeigt. Die beiden Bereiche - jener der geistigen und physischen Behinderung und jener der «sozialen Behinderung» wie etwa Substanzkonsum – können mit ihren jeweiligen Strukturen voneinander profitieren. Beispielsweise kann die Dynamik und die Flexibilität der Fachleute im Bereich der Abhängigkeiten, in Überlegungen zur Behandlung der körperlichen und geistigen Behinderung von Erwachsenen einfließen.

Auf der anderen Seite kann der Bereich der Betreuung von Substanzgebern aus der extrem psychoedukativ ausgerichteten Vorgehensweise der geistigen und körperlichen Behindertenarbeit Nutzen ziehen, insbesondere was deren Leitlinien angeht, nämlich die soziale Rehabilitation und der Kampf gegen Stigmatisierung und die gesellschaftliche Ausgrenzung.

Indem der Substanzgebrauch als «soziales Handicap» definiert wird, besteht das Risiko, dass die Prävention aus der Prioritätenliste gestrichen wird. Dieses Element ist jedoch unabdingbar, nicht nur was den Gebrauch psychoaktiver Substanzen betrifft, sondern auch für andere Probleme wie zum Beispiel Depressionen oder andere psychische Erkrankungen. Um in der Schweiz und insbesondere im Kanton Freiburg zu erreichen, dass diese Reformen Früchte tragen, und dass die Lebensqualität der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen verbessert werden, sollten wenn immer möglich die folgenden Voraussetzungen geschaffen werden oder gegeben sein:

1. Die Bedürfnisse der Nutzer auf Gemeindeebene sollten durch ein Team vertreten werden, das die wichtigen, durch den Substanzgebrauch betroffenen Akteure einschliesst, insbesondere auch Vertreter der Substanzgebern und deren Familien.

2. Es erscheint sinnvoll, eine virtuelle Plattform in Form eines Intranetzes einzurichten, die es den Fachleuten erlaubt, die Prinzipien des «Disease Managements» einzusetzen und mit dem gesamten Netzwerk in Bezug auf ihre Klienten zu interagieren. Nebenbei sei bemerkt, dass diese Methode es erlauben wird, schnell und effizient zu agieren und zahlreiche, lang andauernde Sitzungen zu vermeiden.

3. Jeder Dienst sollte als Eingangspforte für alle anderen Dienstleistungen im Betreuungssystem und für jedes andere Problem, welches der Patient aufweist, dienen können.

4. Jede Person sollte das Recht auf eine ärztliche, pharmakologische, psychologische, soziale und ökonomische Diagnose haben, um so ein Betreuungs- und Entwicklungsprojekt planen zu können, welches seinen Kompetenzen und seiner Situation gerecht wird. Die Klienten sollten die Möglichkeit haben, zwischen verschiedenen Dienstleistungsangeboten auszuwählen. Die verschiedenen Stellen sollten flexibel und in der Lage sein, sich den Bedürfnissen der Klienten anzupassen.

5. Jeder Klient könnte seine eigene Fallgeschichte mit sich tragen in Form eines elektronischen Supports wie zum Beispiel einem USB-Schlüssel. Das würde eine Verringerung der Befragungen und der wiederholten Anamneseaufnahme beinhalten, die zeit- und kostenintensiv sind.

Bibliographie

- Altenberg, J., Balian, R., Lunansky, L., Magee, W., & Welsh, S. (2005). *Falling through the Cracks: An evaluation of the need for integrated mental health services and harm reduction services*. Toronto: Department of Sociology - University of Toronto.
- Arnaud, S., Zobel, F., & So-Barazetti, B. (2003). *Evaluation du bureau pour la réduction des risques liés aux drogues (BRR) - Développement de scénarii*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Avants S.K., Margolin A., Sindelar J.L., et al. (1999) Day treatment versus enhanced standard methadone services for opioid-dependent patients: A comparison of clinical efficacy and cost. *Am. J. Psychiatry*; 156:27-33
- Barben, C., Huynh, T., & Decrind, C. (2007). *La prise en charge des personnes toxicomanes*. Genève.
- Barnett, P. G. & Hui, S. S. (2000) The Cost-Effectiveness of Methadone Maintenance. *The Mount Sinai Journal of Medicine* Vol. 67 Nos. 5 & 6.
- Benmebarek, M. (2007). *Hépatite C en prison*. Paper presented at the Journée nationale de la réduction des risques.
- Benninghoff, F., Gervasoni, J.-P., & Dubois-Arber, F. (1996). Monitoring des activités des structures à bas-seuil d'accès consommateurs de drogues en Suisse: Remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux. *Sozial- und Präventivmedizin*, 49(1).
- Benninghoff, F., Solai, S., Huissoud, T., & Dubois-Arber, F. (2003). *Evaluation de Quai 9 - Espace d'accueil et d'injection à Genève*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive
- Bergeron, H. (2005). *European Union Action Plan on drugs 2005-2008 - Focus on harm reduction*. Paper presented at the Reitox Academy on Harm reduction data and reporting.
- Blösch, M. (2008). Cannabis-Abhängige profitieren von "Realize it!". *Bildung Schweiz*(11), 16.
- Bohnenblust, E. (2007). "Realize it" und die Cannabispolitik in Basel. Paper presented at the Abschlusstagung binationales Projekt "Realize it".
- Bonsack, C., Schaffter, M., Singy, P., Charbon, Y., Eggimann, A., Favrod, J., et al. (2003). *Troubles psychiatriques, maintien à domicile et coopération: Le point de vue des acteurs d'un réseau de soins*. Lausanne: ARCOS - Association "Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise"
- Bras, P.-L., Duhamel, G. & Grass, E. (2006). *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques: les enseignements des expériences de "Disease Management"*. France: Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.
- Brigham Young University - Center for the study of Europe (2005). *Defining Europe: Borders, Identities, Cultures. Connections - European Studies Annual Review*, 1.
- Bruckner, J., & Zederbauer, S. (2000). *Vergleich und Analyse des Problems illegaler Drogen in Österreich unter ökonomischen Gesichtspunkten - Überblick über die Aufwendungen und Leistungen der Drogeneinrichtungen im Jahr 1997*. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Universität Linz.
- Brugal.M. T., Domingo-Salvany A., Puig R., Barrio G., de Olalla, P.G., de la Fuente L. (2005) Evaluating the impact of methadone maintenance programs on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*: Vol. 100(7) p.981-989.

- Bundesamt für Gesundheit (Producer). Realize it! - Kurzintervention bei Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit.
- Bundesamt für Gesundheit (2000). *Suchtforschung des BAG 1996 - 1998 Band 2/4: Prävention*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2001). *Suchtforschung des BAG 1996- 1998 - Band 3/4 Behandlung und Betreuung*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2006a). *Die Drogenpolitik der Schweiz - Drittes Massnahmepaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006-2011*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (2006b). Thema: Massnahmenpaket Drogen III. *Spectra - Gesundheitsförderung und Prävention*, 59.
- Bundesamt für Gesundheit (2008). Realize it! - Beratung bei Cannabiskonsum *SuchtMagazin*(3), 34-38.
- Bundesamt für Statistik (2002). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002*. Neuchâtel: BFS - Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2007). *Gesundheitsstatistik 2007*. Neuchâtel: BFS - Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2008a). *BFS Aktuell - Krankenhausstatistik 2007: Standardtabellen*. Neuchâtel: BFS - Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2008b). *BFS Aktuell - Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2007: Standardtabellen*. Neuchâtel: BFS - Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2008c). *Die Bevölkerung der Schweiz 2007*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Camus, D., & Bonsack, C. (2004). *Accueil temporaire psychiatrique (ATP): Evaluation d'une expérience pilote*. Prilly: Departement universitaire de psychiatrie adulte.
- Centre for interdisciplinary addiction research (ZIS) of the Hamburg University (2008). *Quality of treatment services in Europe - drug treatment situation and exchange of good practice*. Hamburg: University of Hamburg.
- Centre psychosocial.de Fribourg, & Fondation Le Tremplin (1999). *Promi - Projet fribourgeois methadone injectable - Rapport final. 1998*. Fribourg
- Chinet L., Eiengerger F., Plancherel B., Bolognini M., Halfon O., Stofer S., Malatesta D. (2002) Evaluation d'une structure pour jeunes en difficultés: l'exemple d'un programme lausannois.
- Da Cunha, A., Schmid, O., & Mager, C. (2009). *La quadrature du cube - Analyse des besoins et des prestations en matière de prise en charge des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool dans le canton de Fribourg*. Lausanne: Université de Lausanne - Faculté des géosciences et de l'environnement.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2000). *Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe - Positionspapier 2001*. Hamm: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren e.V.
- Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, J., Mc Donald, D., & Trautmann, F. (2000). Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injectin centres in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 19.
- Drogenhilfeverein INDRO e.V. (2004). *Ambulant Betreutes Wohnen für Substituierte und drogenabhängige Wohnungslose*. Münster: INDRO e.V.
- Dubois-Arber, F., Balthasar, H., Huissoud, T., Zobel, F., Arnaud, S., Samitca, S., et al. (2008). Trends in drug consumption and risk of transmission of HIV and hepatitis C virus among injecting drug users in switzerland 1993-2006. *Eurosurveillance*, 13(4-6).
- Duffour, P. (2007) La qualité de vie subjective et l'accompagnement social des personnes toxicodépendantes. Université de Neuchâtel.
- Ehrenreich, H., & Krampe, H. (2003). Über den sozialpolitischen Umgang mit innovativen ambulanten Therapiekonzepten am Beispiel von ALITA. *Z.Allg.Med.*, 79(XX-XX), 1-5.
- Eichin, P. (2007). *"Realize-it" - Ein Projekt im Bereich der indizierten Prävention und Frühintervention bei Cannabismissbrauch und Cannabisabhängigkeit*. Lörrach-Brombach: Zentrum für Suchtprävention - Villa Schöpflin.
- Elliott, R., Csete, J., Wood, E., & Kerr, T. (2005). *Harm reduction, HIV/AIDS, and the human rights challenge to global drug control policy*. Harvard.
- EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Abuse (2008). *Summary of the draft EU drugs action plan for 2009-2012*. Brussels: EMCDDA.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2008). *Jahresbericht 2008 - Stand der Drogenproblematik in Europa*. Luxemburg.

- Europäische Union (2005). EU-Drogenaktionsplan (2005-2008). *Amtsblatt der Europäischen Union*, European Institute of Studies on Prevention <http://www.irefreea.org/>
- Fachgruppe Kontakt- und Anlaufstellen (2001). *Standards für Kontakt- & Anlaufstellen der niederschweligen Sucht-Hilfe*. Zürich: Fachgruppe Kontakt- und Anlaufstellen.
- Fischer, B., Rehm, J., Kim, G., & Robins, A. (2002). Safer Injection Facilities (SIFs) for Injection Drug Users (IDUs) in Canada - a Review and Call for an Evidence-focused Pilot Trial. *Canadian Journal of Public Health*, 93.
- Geiger, E. (1996). *Die Konzeption der therapeutischen Gemeinschaft Dachtmissen*. Lüneburg: Verein für soziale Arbeit und therapeutische Einrichtungen.
- Gerull, S. (2003). *Evaluation der Projekte der Wohnungslosenhilfe und der Haftentlassenenhilfe im treuhänderischen LIGA-Vertrag (Zielgruppen 1.1 und 1.2)*. Berlin.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2004). *"Realize it": Binationales Interventionsprogramm bei Cannabismissbrauch und -abhängigkeit*. Basel.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2006a). *Beratung bei Cannabiskonsum: Programm "Realize it" - Erste Erfolge zeichnen sich ab*. Basel: Bundesamt für Gesundheit.
- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2006b). *Wille ist gut, Strategie ist besser - Erfolgreiches Reduzieren im Kifferprogramm*. Basel.
- Gravier, B. (2007a). *La relation clinique en milieu pénitentiaire*. Paper presented at the Cours SSP.
- Gravier, B. (2007b). *Situations Cliniques en Psychiatrie Pénitentiaire*. Paper presented at the Cours Psychiatrie légale. Université de Lausanne. SSP.
- Groupe Hors-murs du GREAT, & FAGASS - Fachgruppe Aufsuchende Sozialarbeit / Streetwork des Fachverbandes Sucht (2005). *Charta der aufsuchenden Sozialarbeit*. Bern: Groupe Hors-murs du GREAT.
- Guignard, P. (2008). *L'approche psychoanalytique en milieu de soins: Intermédiaire et traitements complexes*. Paper presented at the Cours No 3 CEPUSPP + FCU.
- Hafen, M. (2002). Fil rouge oder: Einfache Lösungen gibt es nicht. *SuchtMagazin*, 4, 3-8.
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lisbon.
- Hedrich, D. (2005). *Final.Draft Meeting Report: Data-collection at Low-threshold services for Drug Users: Tools, Quality and Coverage*.
- Heise, C. (2007). *3 Jahre "Realize it!" - Bedeutung für die Beratungsstellen*. Paper presented at the Abschlusstagung des binationalen Projekts "Realize it!".
- Hildebrandt, H.-A. *Die therapeutische Gemeinschaft im Wandel - aus psychoanalytischer Sicht*. Bad Zwischenahn.
- Hope, V. D., Judd, A., Hickman, M., Lamagni, T., Hunter, G., Stimson, G. V., et al. (2001). Prevalence of Hepatitis C Among Injection Drug Users in England and Wales: Is Harm Reduction Working? *American Journal of Public Health*, 91(1).
- Huissoud, T., Arnaud, S., & Dubois-Arber, F. (2005). *Evaluation du rôle du distributeur au sein du dispositif lausannois d'échange de matériel stérile*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Huissoud, T., Jeannin, A., Gervasoni, J.-P., Samitca, S., Arnaud, S., Balthasar, H., et al. (2007). *Toxicomanie dans le canton de vaud: cinquième période d'évaluation 2004-2006: épidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud, cahier 1*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Huissoud, T., Jeannin, A., Gervasoni, J.-P., Samitca, S., Arnaud, S., Balthasar, H., et al. (2007). *Toxicomanie dans le canton de vaud: Cinquième période d'évaluation 2004- 2006*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Huissoud, T., Morency, P., Samitca, S., Benninghoff, F., Geense, R., Dupertuis-dit-Neveu, V., et al. (2001). *Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de vaud - Deuxième phase d'évaluation 1998-2000*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Huissoud, T., Samitca, S., Arnaud, S., Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2006). *Contribution à la réflexion sur l'apport de mesures de traitement et de réduction des risques en complément au dispositif actuel - Programme de prescription d'héroïne, local.d'injection*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Huissoud, T., Samitca, S., Balthasar, H., & Dubois-Arber, F. (2005). *Toxicomanie dans le canton de vaud: Période d'évaluation 2002-2004 - Cahier 2*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

- Huissoud, T., Solai, S., & Dubois-Arber, F. (2004). *Evaluation du projet uniSET*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Hunt, N. (2006). *An overview of models of delivery of drug consumption rooms*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Hüsler, G. (2007). *Realize it! - Unterscheiden sich Cannabisinterventionen in ihrer Wirksamkeit?* Paper presented at the Abschlusstagung des binationalen Projektes "Realize it!".
- Hüsler G. & Werlen E. (2006) *Supra - f: Ein Sucht-Präventions-Forschungsprogramm*. Universität Fribourg.
- Infodrog (2003b). *Réalité et Mythes sur la réduction des dommages dans le traitement des toxicodépendances et de l'alcoolisme*.
- Infodrog. *Thérapie - Base de données sur les offres d'aide dans le domaine des addictions en Suisse* Retrieved 21.01, 2009, from <http://www.infodrog.ch>
- Infodrog (2008a). *Institutions de thérapies résidentielle suisses; Situation des placements inter-cantonaux en 2007*. Berne.
- Institut universitaire de médecine sociale et préventive (2003). *Evaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro)*. Lausanne.
- International Harm Reduction Association: <http://www.ihra.net/>.
- Jacob, J., Rottmann, J., & Stöver, H. (1999). *Entstehung und Praxis eines Gesundheitsraumangebotes für Drogenkonsumierende - Abschlussbericht der einjährigen Evaluation des "drop-in-Fixpunkt" Hannover*. Oldenburg: STEP - gemeinnützige Gesellschaft für Sozialtherapie und Pädagogik.
- Jenner, C. (1998). Integratives gemeindenahes ambulantes Betreuungs- und Behandlungsmodell Alkoholkranker. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 21(1), 57-60.
- Jenner, C. (2000). Bedürfnisorientiertes gemeindenahes ambulantes Betreuungsmodell Alkoholkranker im Land Salzburg. *Suchtmedizinische Einrichtungen*, 2(1), 38-40.
- Kellerhals, C., Morency, P., Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2002). *Drogues illégales et santé publique: stratégie de la Confédération - Etude menée dans le cadre d'évaluation globale du ProMeDro, 4ème phase 1999-2003*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Kellerhals, C., Thomas, R., Morency, P., Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2002). *Les mesures de santé publique de la Confédération en matière de drogues illégales: Monitoring 1999-2000*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Kerr, T., & Palepu, A. (2002). *Safe injection facilities in Canada: Is it time?* Vancouver.
- Kimber, J., Dolan, K., & Wodak, A. (2001). *International Survey of supervised injecting centres (1999-2000)*. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Konferenz der Schweizerischen Gefängnisärzte (2007). *Verzeichnis der medizinischen Gefängnisdienste der Schweiz*. Prilly.
- Kreuzer, A. (2005). *Drogenkonsum unter staatlicher Aufsicht - Tagung: Jugendliche, Drogen & Kriminalität*. Hannover: Deutsche Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen e.V.
- Kübler, D., Widmer, T., Plüss, L., Kobelt, E., Stadter, C., Widmer, C., et al. (2008). *Evaluation der Verbundaufgabe Infodrog - Schlussbericht*. Zürich: Institut für Politikwissenschaft Universität Zürich.
- Langkamp, H. *The risk of syringe exchange program in prison prevail*. Nürnberg: Arbeitsgruppe Hepatitis im bayerischen Strafvollzug.
- Lanz, A., Sempach, R., & Scholz, G. (1996). Evaluation der Kontakt- und Anlaufstellen, ein niedrighschwelliges Tagesstrukturangebot in der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41(1).
- Laurin, N. (1999). Le démantèlement des institutions intermédiaires de la régulation sociale: Vers une nouvelle forme de domination. *Sociologie et sociétés*, 31(2), 65-72.
- Leduc, A. (1983). Deux expériences de structures intermédiaires issues d'une institution traditionnelle: Foyer de groupe et appartements supervisés. *Santé mentale au Québec*, 8(1), 140-143.
- Lindenmeyer, H. (2003). *Bericht zur aktuellen Situation niederschwelliger Einrichtungen für Drogenkonsumierende in der Schweiz*. Zürich: Schweizerische Fachstelle für Schadensminderung im Drogenbereich FASD.
- MacCoun, R. J. (1998). Toward a Psychology of Harm Reduction. *American Psychologist*, 53.

- MacPherson, D., & Rowley, M.-L. (2001). *A framework for action - A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver: Prevention, Treatment, Enforcement and Harm Reduction*. Vancouver.
- Meier-Kressig, M. (1996). Evaluation der Beschäftigungsprogramme der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41(1).
- Metzger D.S., Navaline H., Woody G.E (1998) Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Public Health Rep*; 113 Suppl. 1:97-106
- Minder, W. (2007). *Fachtagung wirksame Interventionen bei Cannabis-Abhängigkeit*. Paper presented at the Abschlussstagung "Realize it!"
- Moritz, C. (1999). *Die Strasse Als Handlungsfeld sozialer Arbeit im Wandel der Zeit*. Hannover: Evangelische Fachhochschule Hannover.
- Mumford B., Myers T., Millson P., Narciso L., Kerr T., Dumas J., Allen J., Stewart P. (2002) Defis et problèmes dans les soins et le soutien parmi un éventail de populations affectées par le VIH/sida. *Société canadienne du sida*.
- Nitschmann, E. (2003). *10 Jahre "start again" - Vorteile einer stationären Langzeittherapie: 10 ausgewählte Gründe für die stationäre Langzeittherapie in der Behandlung von therapiewilligen Drogensüchtigen*. Zürich: HSSAZ Hochschule für Soziale Arbeit Zürich.
- Nydegger, B., & Schumacher, C. (1996). Nutzen niedrigschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41(1).
- Oesch, D., Cattacin, S., & Verkooyen, E. (1999). *Coordination, modération, information - Evaluation de la "plate-forme de coordination et de service dans le domaine des drogues" - Working paper 5/99*. Genève: Office fédéral de la santé publique.
- Office fédéral de la santé publique (2001). *Manuel Traitement avec prescription d'héroïne - Directives, recommandations, informations*. Berne.
- Office fédéral de la santé publique (2007). *Bulletin 45/07*. Berne.
- Paquette, M. (1987). L'organisation des services en santé mentale dans la région Côte-Nord. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 144-149.
- Ouellet, N., Papillon, M.-J., Castel, J., Lévesque, G., & Fortin, J. (2006). *Rapport de recherche: Evaluation d'un programme structuré de sevrage des benzodiazépines chez des personnes âgées de 45 ans et plus dans le Bas-Saint-Laurent*. Québec: Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.
- Orwin R. G., Francisco L. & Bernichon T. (2001) Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: A meta-analysis. *National Evaluation Data Services*
- Peters, M. (2002). *Das Alkoholprogramm 1999-2002 "Alles im Griff?"*. Hergiswil: Arbeitsgemeinschaft Globalevaluation Alkoholprogramm 1999-2002.
- Peters, M., & Wapf, B. (2006). *Evaluation der Wirkungen lokaler Alkoholpolitiken - eine vergleichende Fallstudienanalyse*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Picon, B., & Devort, J. (2004). *Rapport d'évaluation des besoins en soins de suite d'alcoologie de la région Ile-de-France*. Ile-de France: Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- Polomeni, P., Bry, D., & Célérier, I. (2005). *Comprendre les addictions et le traitement de la toxicomanie*: John Libbey. Eurotext.
- Reinhold, J., Stawicki, S., Krampe, H., Wagner, T., Galwas, C., Aust, C., et al. (2004). ALITA - Eine Alternative nicht nur für schwerstabhängige, prognostisch benachteiligte Alkoholranke. *Abhängigkeiten*, 3, 78-88.
- Réseau fribourgeois de santé mentale - Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (2009a). Le Réseau dans le grandes lignes Retrieved 21.01, 2009, from http://www.fr.ch/rfsm/mes_pages/generalites/generalites.htm
- Réseau fribourgeois de santé mentale - Freiburger Netzwerk für psychische Gesundheit (2009b). Le trois secteurs du Réseau Retrieved 21.01, 2009, from http://www.fr.ch/rfsm/mes_pages/secteurs/secteurs.htm
- Résid'EMS, association pour le bien-être des résidents en EMS from <http://www.residems.ch/spip.php?article14>
- Rihs-Middel, M. (1999) in Westermann, B., Bellmann, G. U., & Jellinek, C. (1999). *Heroinverschreibung. Wirkungen und Nebenwirkungen*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Ronco, C., Spuhler, G., Coda, P., & Schöpfer, R. (1996). Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41(1).

- Ronco, C., Spuhler, G., & Kaiser, R. (1996). Evaluation des "Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige" in Luzern. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41(1).
- Samicta, S., Geense, R., Huissoud, T., Morency, P., Benninghoff, F., & Dubois-Arber, F. (2001). *Evaluation de deux structures à bas seuil de la ville de Lausanne: Le Passage et le Point d'eau*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Samitca, S., Geense, R., Huissoud, T., Morency, P., Benninghoff, F., & Dubois-Arber, F. (2001). *Evaluation de deux structures a bas seuil de la ville de Lausanne: Le Passage et le Point d'eau*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Samitca, S., Jeannin, A., Arnaud, S., & Dubois-Arber, F. (2006). *Remise de seringues et de traitements à la methadone pour les personnes toxicomanes - Enquête nationale pharmacies 2005 et monitoring des autres sources d'approvisionnement en matériel d'injection*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Schleife, H. *Vermittlungshemmnisse überwinden mit stationärer Drogentherapie für Jugendliche und junge Erwachsene*. Sotterhausen: Therapiehof Sotterhausen.
- Schmidt, A. (2004). *Selbsthilfe in der Drogensucht*. Düsseldorf: Fachhochschule Düsseldorf.
- Schneider, W. (1997). Niedrigschwellige Angebote und akzeptanzorientierte Drogenarbeit - Vortragmanuskript zum Internationalen Suchtkongress *Der Stellenwert der Suchtkrankheit im Gesundheitssystem*. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 20(3/4).
- Schneider, W. (2004). *Akzeptanzorientierte Drogenarbeit - Drogenkonsumräume und Harm Reduction. Ein kritisches Resümee landes- und bundesweiter Evaluationsergebnisse und lokaler Erfahrungen*. Münster: INDRO e.V.
- Sempach, R., Scholz, G., & Lanz, A. (1996). Evaluation von Haus Breitenstein, ein niedrigschwelliges Wohnangebot in der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41(1).
- Serdült, U. (2000). *Politiknetzwerke in der städtischen Drogenpolitik von Bern, Chur, St.Gallen und Zürich*. Zürich: Philosophische Fakultät der Universität Zürich.
- Siemen, H.-L. (2002). *Gemeindepsychiatrischer Verbund in der Stadt Nürnberg*. Erlangen: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.
- SMPP (1998). A propos de toxicomanie en région lausannoise. *Zoom*, 8.
- Smyth, B. P. *We need evidence of the risks and benefits of introducing needle exchange schemes in prison*. Liverpool: Academic Unit - Young people's centre.
- Spreyermann, C., & Willen, C. (2002). *Pilotprojekt Cactus - Evaluation der Kontakt und Anlaufstelle des Contact Netz Drop-in Biel*. Bern: sfinx - Sozialforschung, Evaluationsberatung und Supervision.
- Spreyermann, C., & Willen, C. (2003a). *Analyse der Tätigkeiten und Angebotsbereiche in Anlaufstellen - Analyse der personellen Ressourcen und Bewertung der Tätigkeiten von Mitarbeitenden in der Anlaufstelle Hodlerstrasse im Hinblick auf die Zielsetzungen der Risikominderung*. Bern: sfinx - Sozialforschung, Evaluationsberatung und Supervision.
- Spreyermann, C., & Willen, C. (2003b). *Öffnung der Kontakt- und Anlaufstellen für risikoärmere Konsumformen - Evaluation der Inhalationsräume der Kontakt- und Anlaufstellen Selnau und Seilergraben der ambulanten Drogenhilfe Zürich*. Fribourg: sfinx - Sozialforschung, Evaluationsberatung und Supervision.
- Springer, A. (2003). *Konsumräume*. Wien: Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung.
- Stadelmann, U. (2007). *Altersheim für "randständige" Menschen - Bedürfnisse von der Peripherie der Gesellschaft: Randständig - am Rand stehen - an den Rand gedrängt werden - über den Rand stolpern - wer, wie was bestimmt den Rand, die Grenzen?* Zürich: Schule für Sozialbegleitung Zürich.
- Steingass, H.-P. (1998). *Nichts geht mehr!?! - Entwicklungen in der Soziotherapie*. Neuland: Fachverband Sucht.
- Stofer, S., Malatesta, D., Léonie, C., Eienberger, F., Plancherel, B., Bolognini, M., et al. (2002). *Evaluation d'une structure pour jeunes en difficultés: L'exemple d'un programme lausannois*. Lausanne: OFJ - Office fédéral de la justice.
- Szirom T., Comrie N., Tracas, G., Blyth A., Zavrou N., Desmond K., Moore C., Mugford S. (2003) Evaluation of the National Drug Strategic Framework 1998-99 - 2003-04.
- Tossmann, P. (2007a). *Das Programm "Realize it!"*. Paper presented at the Wirksame Interventionen bei Cannabis-Abhängigkeit - Abschlusstagung binationales Projekt "Realize it".

- Tossmann, P. (2007b). *Netzwerk Frühintervention in Berlin - Erste Erfahrungen mit der Integration von "realize it"*. Paper presented at the Wirksame Interventionen bei Cannabis-Abhängigkeit - Abschlusstagung binationales Projekt "Realize it".
- Tossmann, P. (2008). *Die Implementierung der Kurzintervention "Realize it" in Deutschland*. Paper presented at the Fachtagung Lebenschancen fördern! ,
- Trachsel, A. (2003). *Projet d'un centre de jour en soins palliatifs: une approche communautaire*. *INFOKara - Médecine & Hygiène*, 18(3), 137- 141.
- Trimbos Instituut (2007) *Disease Management In Progress*. Annual.Report.
- Verster, A. (2004). *Treatment monitoring and the EU action plan on drugs 2000-2004*. Lisbon: European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction.
- Von Aarburg, H.-P. (1997). *Heroin, Dampf, Scheiben, Wirbel: Eine Kulturanthropologie und ethnopschoanalytische Studie des Folienrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995*. Freiburg: Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg (Schweiz).
- Weibel, J., Scheuber, N., Blakeney, C., Blakeney, R., & Rihs-Middel, M. (2007). *Risikokompetenz und Drogenmündigkeit im Spannungsfeld von Kritik und Genussfähigkeit: Literaturanalyse und Empfehlungen für die Praxis der Suchtprävention*. Villars-sur-Glâne: publication FERARIHS.
- Wengle, H. (1987). *Gemeindenähe - Eine sozialpsychiatrische Leitidee: Erfahrungen im Kanton St.Gallen*. *Sozial- und Präventivmedizin*, 32, 176-179.
- White, D., & Mercier, C. (1989). *Ressources alternatives et structures intermédiaires dans le contexte québécois*. *Santé mentale au Québec*, 14(1), 69-80.
- Wirral.DAAT - Drug & Alcohol Action Team (2006). *Wirral's alcohol harm reduction strategy 2007-2010*.
- Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2004a). *Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local.de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en suisse*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Zobel, F., & Dubois-Arber, F. (2004b). *Kurzgutachten zur Rolle und Nutzen von Anlaufstellen mit Konsumraum (ASTK) in Bezug auf die Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz*. Lausanne.
- Zobel, F., Ramstein, T., & Arnaud, S. (2004). *Les interventions publiques nationales en matière d'abus de substances et de dépendances - Une revue internationale*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Zobel, F., Thomas, R., Arnaud, S., de Preux, E., Ramstein, T., Spencer, B., et al. (2003). *Evaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) - Quatrième rapport de synthèse 1999-2002*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Anlagen

Abkürzungen

AIHV:	Australian Institute of Health and Welfare
AUDIT:	Alcohol Use Disorders Identification Test
BRR:	Bureau pour la réduction des risques (FASD Fachstelle für Schadenminderung im Drogenbereich)
CHUV:	Centre hospitalier universitaire vaudois
CAAD:	Centre d'accueil pour adultes en difficulté
CTA:	Centre de traitement des addictions (Fribourg)
DSMIV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (quatrième édition)
DOMINO:	DOMicile Nouvelle Option (Valais)
DUPA	Département universitaire de psychiatrie adulte (Vaud)
EMCDDA:	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EMS:	Etablissement médico-social
EPFL:	Ecole polytechnique fédérale de Lausanne
ESS:	Enquête suisse sur la Santé
GRAAP	Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique
HIV / VIH:	Human Immunodeficiency Virus / Virus de l'immunodéficience humaine
ICD 10:	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (dixième révision)
IHRA:	International Harm Reduction Association
IREFREA:	Institut de recherche européen sur les facteurs de risque chez l'enfant et l'adolescent
ISGF:	Institut für Sucht und Gesundheitsforschung
IUMSP:	Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Vaud)
LAMal:	Loi fédérale sur l'assurance maladie
NDARC:	National Drug and Alcohol Research Centre (Australia)
NDSF:	National Drug Strategic Framework (Australie)
OFP:	Office fédéral de la police
OFS:	Office fédéral de la statistique

OFSP:	Office fédéral.de la santé publique
OMS:	Orgnisation mondiale de la santé
SDF:	sans domicile fixe
SIP:	Sicherheit, Intervention, Prävention (Zürich)
Supra-f:	Suchtprävention und Forschung
UAT:	Unité d'accueil temporaire
UTA	Unité de traitement des addictions (Fribourg)
UEPP:	Unité d'évaluation des programmes de prévention
PEPS:	Programme expérimental.de prescription de stupéfiants (Genève)

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Zielhierarchie der Behandlung für Substanzkonsumenten	7
Tabelle 2:	Konsum von psychoaktiven Substanzen im Kanton Freiburg und in der Schweiz	13 -14
Tabelle 3:	Konsum psychoaktiver Substanzen nach Alter und Geschlecht in der Schweiz	15
Tabelle 4:	Evaluationen von Injektionsräumen	21
Tabelle 5:	Evaluation der Spritzenabgabe und der Verteilung von sterilem Material	24
Tabelle 6:	Evaluationen der Zentren und der niedrigschwelligen Angebote	29
Tabelle 7:	Evaluation der <i>Supra-f</i> Programme	34
Tabelle 8:	Evaluationen der intermediären Strukturen	36
Tabelle 9:	Evaluation der Methadon-Substitutionsbehandlungen	38
Tabelle 10:	Beschreibung des Programmes PEPS	39
Tabelle 11:	Evaluationen der Heroin-Verschreibungsprogramme	41
Tabelle 12:	Resultate der Evaluation (Australien)	46
Tabelle 13:	Charakteristiken vom "Disease Management"	47

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1:	Das Würfel-Modell	5
Abbildung 2:	Die Pyramide aus drei Substanz-Konsumgruppen	6