

**Evaluationen des BAG  
im Suchtbereich  
Evaluations de l'OFSP  
en matière de dépendances  
1990–2000**

**4**

Band  
Volume



BAG OFSP UFSP SFOPH

**Evaluations des BAG  
im Suchtbereich  
Evaluations de l'OFSP  
en matière de dépendances  
1990–2000**



**Herausgeber**

Bundesamt für Gesundheit  
Office fédéral de la santé publique  
Ufficio federale della sanità pubblica  
Uffizi federal da sanadad publica  
Swiss Federal Office of Public Health

© BAG OFSP UFSP SFOPH  
Reproduktion mit Quellenangabe gestattet

Mai 2002

**Auskünfte**

Bundesamt für Gesundheit  
Kompetenzzentrum für Evaluation  
Marlène Läubli-Loud  
3003 Bern  
Telefon: +41 (31) 323 87 61  
Fax: +41 (31) 323 88 05  
E-Mail: marlene.laeubli@bag.admin.ch  
Internet: www.bag.admin.ch

**Bezugsquelle**

Bestellungen bitte schriftlich an: BBL/EDMZ, 3003 Bern, [www.admin.ch/edmz](http://www.admin.ch/edmz)  
Artikelnummer 311.819.4

**ISBN**

3-905235-31-5

**Verkaufspreis/prix de vente**

Fr. 27.40 inkl. MWST

# Inhaltsverzeichnis/Table des matières

Einleitung Margret Rihs-Middel, Marlène Läubli-Loud, Anna Elisabeth Eppler .....	VII
Introduction Marlène Läubli-Loud, Margret Rihs-Middel, Anna Elisabeth Eppler .....	XV
Kapitel 1/Chapitre 1: Evaluation strategischer Massnahmen/Evaluation des mesures stratégiques	
<b>1.1 Illegale Drogen/Drogues illégales</b>	
– Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie (1997–99) Christophe Kellerhals, Jean-Pierre Gervasoni, Frank Zobel, Françoise Dubois-Arber, Brenda Spencer, André Jeannin, Fabienne Benninghoff, Fred Paccaud .....	3
– Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie (1991–96) Jean-Pierre Gervasoni, Françoise Dubois-Arber, Fabienne Benninghoff, Brenda Spencer, Fred Paccaud .....	17
– Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung Daniel Kübler, Thomas Widmer, Erwin Rüegg .....	32
– Coordination, modération, information: évaluation de la «plate-forme de coordination et de services dans le domaine des drogues» Sandro Cattacin, Daniel Oesch, Erik Verkooyen .....	37
– Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich: Evaluation des neuen Weiterbildungskonzeptes (Versuchsphase 1996–2001) Hans-Martin Binder, Cornelia Furrer, Jenny Maggi, Sandro Cattacin .....	42
– Gesamtevaluation der Fortbildungssituationen in der Drogenarbeit Martin Wicki .....	51
<b>1.2 Alkohol/Alcool</b>	
– Die Globalevaluation des nationalen Alkoholprogramms «Alles im Griff?» 1999–2002 Matthias Peters, Cornelia Furrer, Heinz Bolliger-Salzmänn .....	56
<b>1.3 Tabak/Tabac</b>	
– Die Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996–1999 Heinz Bolliger-Salzmänn, Bernhard Cloetta, Gisela Bähler, Franziska Müller, Claudia Hofmann .....	63
<b>1.4 Migration und Gesundheit/Migration et Santé</b>	
– Migration et santé – évaluation du «Programme global migration et santé» de l'Office fédéral de la santé publique Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Denise Efonayi, Stefano Losa .....	69
Kapitel 2/Chapitre 2: Evaluation im Präventionsbereich/Evaluation dans le domaine de la prévention	
<b>2.1 Programme/Programmes</b>	
– Globalevaluation des Rahmenprogramms «Schulen und Gesundheit» des Bundesamtes für Gesundheit Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Denise Efonayi-Mäder .....	73
– Frei von Tabak: Raucherberatung in der Arztpraxis – Erfahrungen aus der Schweizer Kampagne Anne-Katharina Burkhalter .....	76
– Evaluation d'un programme de prévention dans trois communes bas-valaisannes Christophe Jaccoud, Dominique Malatesta .....	83

– Evaluation des Programms «Suchtprävention in Kinder- und Jugendheimen» Werner Wicki, Stefan Krucker, August Flammer	88
– Evaluation des Programms «Ohne Drogen – Mit Sport» Nicole Bachmann, Peter Eggli, Rainer Hornung	93

## 2.2 Projekte/Projets

– Evaluation «Internetz» – ein Vernetzungsprojekt zur Gesundheitsförderung für und von MigrantInnen in der Region Basel Christine Spreyermann, Pascale Steiner	102
– Evaluation der Suchtpräventionsstelle Luzern Hans-Dieter Schneider, Luzius Müller	106
– Projekt «Male Sex Work» der Aids-Hilfe Schweiz: eine Evaluation zur Nachhaltigkeit der Projekte in den Städten Basel, Bern, Genf und Zürich Christine Spreyermann, Claudia Willen	110
– Begleitforschung des interinstitutionellen Präventionsprogramms PRIP im Quartier Pâquis in Genf Christine Spreyermann	113
– Evaluation de l'Exposition Santé Jeunesse Gérard J. P. Piquerez	118
– Das Experiment «Café Saïgon» 1994–95 Alberto Munari, Donata Fabbri Munari	123
– Das Pilotprojekt SPAZ zur Suchtprävention an Berufsschulen und in Lehrbetrieben im Kanton St. Gallen Stefan Christen	126
– Das Projekt SPAZ zur Suchtprävention an Berufsschulen und in Lehrbetrieben im Kanton St. Gallen: Nützlichkeit der Schulung von Kontaktpersonen in Früherfassung und Prävention Lisanne Christen, Stephan Christen, Stefan Christen, Peter Gut	129

## Kapitel 3/Chapitre 3:

### Evaluation im Therapiebereich/Evaluations portant sur le domaine de la thérapie

– Projet-pilote d'Unité multidisciplinaire d'alcoologie en milieu sanitaire hospitalier et ambulatoire: évaluation de sa faisabilité, de son efficacité, de son potentiel de développement et de ses limites après cinq ans Bertrand Yersin, Hedi Decrey	132
– Evaluation qualitative de trois services d'aide et d'information aux toxicomanes dans trois villes suisses en 1996 Jacques-Antoine Gauthier, Markus Weilenmann, Matthias Peters	139
– Drogenabhängige in stationärer Behandlung – Durchführbarkeitsstudie zur Implementierung einer nationalen Klientendokumentation und Verlaufsevaluation Anja Dobler-Mikola, Susanne Schaaf, Ambros Uchtenhagen	145
– Evaluation der Berner Familienplatzierungsinstitution «Prisma» Werner Wicki, Stefan Krucker, August Flammer	151
– Verlaufsevaluation der Zürcher Methadonabgabe-Poliklinik der ARUD«Zokl1» 1992–1996 aufgrund von psychosozialen, konsumdefinierten und serologischen Parametern Lisanne Christen, Stephan Christen, Peter Grob, Martin Schätzle, Daniel Meili	156
– Methadonprogramme im Kanton Bern 1979–92 Franziska Tschan	164
– Methadonbehandlungen im Kanton Zürich 1991–95 Luis Falcato, Anja Dobler-Mikola, Ambros Uchtenhagen, Marco Olgiati	170
– Methadonbehandlungen und polizeiliche Massnahmen im Kanton Zürich 1991–95: Eintritte und Behandlungsdauer in unterschiedlichen Einrichtungstypen im Vergleich Luis Falcato, Dagmar Zimmer Höfler, Adrian Eichenberger, Marco Olgiati	176

–	Methadon-Erstbehandlungen im Kanton Zürich: Eintrittsmerkmale der Patientinnen und Patienten Franziska Liechti, Luis Falcato, Marco Olgiate, Wulf Rössler	179
–	Zugang zu einer Methadonbehandlung im Kanton Zürich: die Funktion von Einrichtungstypen im Behandlungssystem Franziska Liechti, Luis Falcato, Marco Olgiate, Wulf Rössler	183
–	Die Versorgungsstruktur im Kanton Zürich: Angebot und Nachfrage nach Methadonbehandlungen im Stadt-Land-Vergleich Luis Falcato, Franziska Liechti, Rudolf Stohler, Wulf Rössler	187
–	Behandlungsanfragen von Drogenabhängigen in der Stadt Zürich 1991–93: die Nutzung von prozessproduzierten Daten zur Untersuchung von Entwicklungen im Drogenkonsumverhalten Michael Stauffacher, Andreas Lanz, Robert Sempach	191

#### Kapitel 4/Chapitre 4:

#### Evaluation im Bereich der Risikoverminderung und der Überlebenshilfe/

#### Evaluations dans le domaine de la réduction des risques et de l'aide à la survie

–	Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel Carmen Ronco, Gregor Spuhler, Paola Coda, Ruth Schöpfer	200
–	Infektionsprophylaxe und Gesundheitsförderung im Strafvollzug Thomas Karger, Christa Berger, Ambros Uchtenhagen	211
–	Prophylaxie des infections et promotion de la santé en milieu carcéral Thomas Karger, Christa Berger, Ambros Uchtenhagen	217
–	HIV-Prävention im Strafvollzug: Evaluationsprojekte Joachim Nelles	223
–	Evaluation der Kontakt- und Anlaufstellen, ein niedrighschwelliges Tagesstrukturangebot in der Stadt Zürich Andreas Lanz, Robert Sempach, Gerhard Scholz	230
–	Probleme wie andere Frauen auch – Ressourcen, Strategien, Unterstützung und Behinderung im Leben von Frauen, die Drogen konsumier(t)en Christine Spreyermann	239
–	Evaluation der «Wallstrasse 16» – Tageshaus für Obdachlose und Bedürftige in Basel Paola Coda, Ruth Schöpfer	245
–	Evaluation von Haus Breitenstein, ein niedrighschwelliges Wohnangebot in der Stadt Zürich Robert Sempach, Gerhard Scholz, Andreas Lanz	251
–	Evaluation der Beschäftigungsprogramme der Stadt Zürich Marcel Meier Kressig	259
–	Evaluation des Vermittlungs- und Rückführungszentrums für Drogenabhängige Zürich-Kaserne Andreas Lanz, Jörg Arnold, Agnes Bieber	270
–	Das Taglöhnerprojekt «Madrugada» in Solothurn: eine sozialwissenschaftliche Evaluation nach dem Pilotjahr Jürg Baillod, Barbara Amiet	275
–	Die Auftragsvermittlungsstelle «Etcetera» in Baden: eine sozialwissenschaftliche Evaluation nach dem ersten Projektjahr Jürg Baillod	280



# Evaluationen im Suchtbereich – was haben wir aus den Erfahrungen gelernt?

**Margret Rihs-Middel, Marlène Läubli-Loud**, Bundesamt für Gesundheit  
**Anna Elisabeth Eppler**, Universität Freiburg

## Einleitung

Wem nützt die Evaluation und welchem Zweck dient sie? Dieser Frage ist eine kürzlich von Serge Fornerod publizierte und prämierte Arbeit gewidmet (Fornerod 2001). Er kommt darin zum Schluss, dass folgende Faktoren eine bessere Nutzung gewährleisten: Institutionalisierung der Evaluation, – dazu gehört eine Harmonisierung der Definitionen, eine klare Anwendung einer rigorosen Methodologie, eine bessere hierarchische Verankerung bei den Auftraggebern und eine klare Kommunikation. Ausserdem ist Evaluation dann wirksam, wenn eine Entwicklung des Wissens sowie ein ständiger Lernprozess in Gang gehalten werden.

Die Grundvoraussetzungen für die Nutzung der Evaluation im Bundesamt für Gesundheit (BAG) sind gegeben. Die Evaluationsanliegen werden vom Kompetenzzentrum für Evaluation wahrgenommen, das seit September 2001 dem Direktionsstab des BAG angegliedert ist.

Mit der Publikation des Evaluationshandbuchs (BAG, 1997) wurde ein nützliches Instrument zur Planung und Durchführung von Evaluationen geschaffen, das gleichzeitig als Basis für ein Evaluationsverständnis dient, welches sich nicht auf die Überprüfung der Zielerreichung bestimmter Massnahmen oder Wirksamkeitsanalysen beschränkt.

Das Kommunizieren der Evaluationsergebnisse ist sowohl amtsintern als auch -extern eine Daueraufgabe, die primär einen Nutzen für die Entscheidungsträger und das Feld zum Ziel hat. Wir hoffen, dass der vorliegende Band zu einer klaren Kommunikation der Evaluationsergebnisse beiträgt und so einen Lernprozess initiiert, von dem womöglich nicht nur die öffentlichen und privaten Investitionen im Suchtbereich positiv beeinflusst werden, sondern auch Betroffene und Fachleute durch bessere und zielgerichtete Dienstleistungen profitieren.

Wenn also der vorliegende Band dazu beiträgt, Fachleute und Entscheidungsträger über die Wirksamkeit der Massnahmen des Bundesamtes für Gesundheit im Suchtbereich zu informieren, ist ein wichtiger Meilenstein bereits erreicht. Wenn darüber hinaus noch bewirkt werden kann, dass aufgrund der evaluierten praktischen Massnahmen aus den gemachten Erfahrungen Lehren gezogen werden, dann ist das Ziel des vorliegenden Bandes erreicht.

Die kurze Geschichte der Evaluation im Bundesamt für Gesundheit kann aber auch selbst als Lernprozess betrachtet werden, der auf verschiedenen Grundlagen aufbaute, um dann eine gewisse Eigen-dynamik zu entwickeln.

Historisch gesehen waren die Interventionen im Kampf gegen Aids in den Achtzigerjahren ausschlaggebend für die Einführung von Evaluationen im BAG. Es wurden frühzeitig Anstrengungen unternommen, die Erfahrungen in Projekten und Programmen kritisch zu bewerten. Im Leitbild des Bundesamtes für Gesundheit von 1993 ist bereits festgelegt, dass das Amt bemüht ist, die Auswirkungen seines Handelns auf die Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz kritisch zu prüfen. Das Ziel ist dabei:

- Massnahmen und Strategien des Bundesamtes für Gesundheit zu verbessern,
- gut begründete Entscheidungen für die Planung künftiger Massnahmen zu treffen,
- die zur Verfügung stehenden Handlungsspielräume zu klären, und
- die Vergabe öffentlicher Gelder zu rechtfertigen und zu deren sinnvollem Einsatz beizutragen.

Der Evaluationsprozess soll es erlauben, systematisch Informationen zur Bedeutung, zum Fortschritt, zur Wirksamkeit und zur Effizienz der durch das BAG finanzierten Massnahmen zu erhalten und Aussagen über deren breitere Auswirkungen machen zu können. Dies gilt für die Aktivitäten des ganzen Amtes.

In der Vergangenheit wurden ausser den Massnahmen zur Eindämmung von Aids vor allem Aktivitäten im Suchtbereich intensiv evaluiert.

Die hier vorgestellten Evaluationen sollen dazu beitragen:

- die Entwicklung der Evaluation im BAG im Suchtbereich zu dokumentieren,
- auch ältere Evaluationen allgemein zugänglich zu machen,
- ein Lernen aufgrund der gemachten Erfahrungen zu ermöglichen,
- den Dialog zwischen Evaluatoren, Fachleuten und Entscheidungsträgern zu fördern, und
- künftige Entwicklungen aufgrund der aktuellen Erfahrungen vorzubereiten.

Wir unterscheiden dabei zwischen der Evaluation strategischer Massnahmen, Programmevaluation und Projektevaluation. Unter der Evaluation strategischer Massnahmen verstehen wir diejenigen Untersuchungen, welche die Auswirkungen der gesamten Massnahmenpakete Drogen, Alkohol und Tabak reflektieren. Dies wird in den Beiträgen von Gervasoni, Dubois-Arber, Benninghoff, Spencer und Paccaud sowie Kellerhals, Gervasoni, Zobel, Dubois-Arber, Spencer, Jeannin, Benninghoff und Paccaud für den Drogenbereich veranschaulicht (Kapitel 1.1).

Peters, Furrer und Bolliger-Salzman haben das Massnahmenpaket Alkohol «Alles im Griff?» (Kapi-



tel 1.2) untersucht, während Bolliger-Salzmänn, Cloetta, Bähler, Müller und Hofmann das Massnahmenpaket Tabak bewertet haben (Kapitel 1.3). Kübler, Widmer und Rüegg (Kapitel 1.1) evaluieren die politische Verankerung der Massnahmen zur Verminderung der Drogenprobleme. Spezifische Strategien analysieren Cattacin, Oesch und Verkooijen im Kapitel 1.1, und Binder, Furrer, Maggi und Cattacin sowie Wicki (ebenfalls im Kapitel 1.1).

Neben der Evaluation von Strategien werden ebenfalls sehr intensiv die grossen Programme des BAG im Rahmen einer Programmevaluation begleitet. Beispielhaft hierfür sind die Analysen von Wicki, Krucker und Flammer zur Stärkung der Ressourcen im Heimbereich (Kapitel 2.1), wie auch die Analyse von Bachmann, Egli und Hornung (Kapitel 2.1) zur Frage, wie sich die Sport- und die Drogenbetreuungswelt miteinander ins Gespräch bringen lassen und zu gemeinsamen Aktionen zu motivieren sind.

Aber auch kleine, isolierte Projekte können durch eine BAG-Evaluation begleitet werden, wenn es sich dabei um die Entwicklung innovativer Angebote handelt. Beispiele hierfür sind die Evaluationen einer Wanderausstellung von Piquerez (Kapitel 2.2), eines neuartigen Computerspiels von Munari und Fabbri Munari (Kapitel 2.2), einer Familienplatzierung für drogenkonsumierende Jugendliche von Wicki, Krucker und Flammer (Kapitel 3), sowie jene der Einführung eines HIV-Präventionsprogramms mit Spritzenautomat im Strafvollzug von Nelles (Kapitel 4) und einer neuartigen Aufenthaltsstätte für Drogenkonsumenten und Randständige von Coda und Schöpfer (Kapitel 4).

Diese Beispiele sollen lediglich einen Eindruck der wichtigen Rolle vermitteln, welche die Evaluation bei einem zielgerichteten und wirkungsorientierten Handeln auch für kleine, lokale Projekte spielen kann.

Nach dieser Klärung der verschiedenen Typen von Evaluation anhand konkreter Beispiele wollen wir im Folgenden den Lernprozess Evaluation im BAG in seiner Entwicklung betrachten.

## Entwicklung der Evaluationstätigkeit des BAG

Angesichts des in den Achtzigerjahren zunehmenden Drogenproblems, das durch die Häufigkeit der Ansteckung von intravenösen Drogen Konsumierenden mit dem HI-Virus noch eine neue Dimension erhielt, beschloss der Bundesrat im Februar 1991 das Massnahmenpaket Drogen mit folgenden Zielen:

- Reduktion der Zahl neuer Konsumenten/Abhängiger
- Steigerung der Anzahl Personen, die den Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit schaffen
- Minderung der gesundheitlichen Schäden und der sozialen Ausgrenzung von Konsumenten/Abhängigen
- Schutz der Gesellschaft vor schädlichen Auswirkungen des Drogenproblems und Kampf gegen das organisierte Verbrechen

Diese Ziele sollten im Rahmen der Vier-Säulen-Politik, zusammengefasst durch die strategischen Elemente Prävention, Therapie, Schadensminderung/Überlebenshilfe und Repression, erreicht werden, wobei verständlicherweise die vierte dieser «Säulen», diejenige der Repression, «nur» insofern auch in den Aufgabenbereich des Bundesamtes für Gesundheit fällt, als sie gesundheitliche Aspekte betrifft.

Alle diese Massnahmen sollten sorgfältig evaluiert werden.

Da mit den bescheidenen zur Verfügung gestellten Mitteln eine simultane Bearbeitung dieser Aufgaben nicht möglich war, musste ein sukzessives Vorgehen gewählt werden.

So lässt sich die Evaluationstätigkeit des BAG im Suchtbereich in drei Phasen einteilen:

### *Phase 1: 1990–1993: Erfassung der Situation und Lückenanalyse*

Um diese Aufgaben erfüllen zu können, wurde die Antwort auf folgende Fragen gesucht:

- Wie lässt sich das Drogenproblem in der Schweiz beschreiben?
- Welche Lücken bestehen im Präventions- und Versorgungsangebot?
- Wie lassen sich innovative Projekte und Programme angemessen evaluieren?
- Wie wirken sich die Massnahmen des Bundes auf Projekte und Programme aus?

Wie bereits erwähnt, nahm die Anzahl der Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen in den 80er-Jahren stark zu. Die Gesamtzahl der sozial auffällig Heroin Konsumierenden dürfte sich in dieser Zeit von grössenordnungsmässig 6000 auf 30 000 vervielfacht haben, dies trotz eigentlich prohibitiv hoher Preise (vergleiche dazu die Zusammenfassung von Estermann, 2000, im ersten Band «Suchtforschung des BAG 1996–98»). Ein massiver Preiszerfall erfolgte innerhalb kurzer Zeit Anfang der 90er-Jahre bei gleichzeitigem Anstieg des Reinheitsgrades des angebotenen Heroins. Wie von Aarburg in seiner Untersuchung erwähnt, sei einer der wichtigsten Gründe des Preiszerfalls und des ver-

besserten Reinheitsgrades der Bürgerkrieg in Afghanistan gewesen. Vor allem der europäische Schwarzmarkt werde zu einem überwiegenden Teil mit billiger Heroinbase aus Afghanistan/Pakistan versorgt (von Aarburg, 2000).

Obwohl der Missbrauch und die Abhängigkeit von den so genannt legalen Drogen Alkohol und Tabak gesamthaft gesehen ein menschlich, sozial, medizinisch und auch volkswirtschaftlich viel grösseres Problem darstellt als der Missbrauch so genannt illegaler Drogen, rückte wohl nicht zuletzt auch im Zusammenhang mit dem Aufkommen von HIV/Aids und den Anstrengungen zur bestmöglichen Verhinderung der Weiterverbreitung der HIV-Infektion das Problem der illegalen Drogen vermehrt ins Bewusstsein der Öffentlichkeit.

Es wurden verschiedene Initiativen zur Risikoverminderung ergriffen (Spritzenabgabe, Notschlafstellen, Tagesaufenthaltsräume, Betreutes Wohnen, Gassenarbeit, Arbeitsprogramme). Dies schlug sich beispielsweise in den Evaluationen der Kontakt- und Anlaufstellen in Zürich (Lanz, Sempach und Scholz), der Beschäftigungsprogramme der Stadt Zürich (Meier Kressig), der Evaluation von Haus Breitenstein (Lanz, Sempach und Scholz), der Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel (Ronco, Spuhler, Coda und Schöpfer), der Evaluation der «Wallstrasse 16» – Tageshaus für Obdachlose und Bedürftige in Basel (Coda und Schöpfer), der Evaluation des Taglöhnerprojekts «Madrugada» in Solothurn (Baillod und Amiet) und der Auftragsvermittlungsstelle «Etcetera» in Baden (Baillod) nieder (alle Kapitel 4).

Allgemein wirkte die Tatsache, dass eine Evaluation durchgeführt wurde, stabilisierend auf das betreffende Projekt. Doch wurden in die Entscheidungen über den Weiterbestand eines innovativen Projekts nicht immer Evaluationsergebnisse einbezogen. So zeigte die Erfahrung mit dem Projekt Haus Breitenstein, einem Angebot zum Betreuten Wohnen (Kapitel 4), dass auch eine positive Bewertung nicht vor Abbruch schützt. Das Projekt musste vor Ablauf der einjährigen Pilotphase aus Spargründen beendet werden. Es ist natürlich schwierig abzuschätzen, welchen Einfluss diese kurzfristige Pioniertat auf die Entwicklung des Betreuten Wohnens hatte, das nun überall in der Schweiz auch zum regulären Hilfsangebot gehört.

Zu einer eigentlichen nationalen Bewusstwerdung gelangte das Drogenproblem aber erst, als Drogenabhängige begannen, öffentliche Räume zu beanspruchen und dort halbherzig toleriert wurden. Solche offenen Drogenszenen fanden sich in Zürich, Bern, Basel und Genf. Ansammlungen von Drogenkonsumenten zeigten sich auch in kleineren Städten wie Fribourg, Biel, St. Gallen und Olten.

Besonders augenfällig war die Situation allerdings in Zürich, wo sich zunächst am Platzspitz und später am Bahnhof Letten Hunderte von Drogenkonsumenten mit Substanzen versorgten. Gewalt und Kriminalität eskalierten in und an diesen Drogen-Marktplätzen. Die gesellschaftliche und politische Beunruhigung führte schliesslich zu einer polizeilichen Räumung dieser offenen Szenen. Zusammenfassungen über verschiedene Evaluationen, die sich mit dieser akuten Situation auseinandergesetzt haben, sind in diesem Band zu finden (siehe Kapitel 4).

Aber auch der Versuch, Drogenabhängige in ihre Wohnsitzgemeinden zurück zu führen und in die dortigen Behandlungsangebote zu integrieren, wurde evaluiert (Evaluation des Vermittlungs- und Rückführungszentrums Zürich-Kaserne von Lanz, Arnold und Bieber) (siehe ebenfalls Kapitel 4).

In Basel verliefen die Ereignisse weniger turbulent als in Zürich. Zur längerfristigen Beruhigung trug Verschiedenes bei, wie im Beitrag von Ronco, Spuhler, Coda und Schöpfer über die Evaluation der Gassenzimmer (Kapitel 4) nachzulesen ist: Von besonderer Bedeutung sei die Einrichtung des Basler Drogenstammtischs gewesen, wo sich verschiedenste InteressenvertreterInnen, Anwohnerschaft, in der Drogenhilfe arbeitende Fachleute, Drogenabhängige, Behördenmitglieder und andere Betroffene regelmässig zum gemeinsamen Gespräch bzw. zu öffentlichen Diskussionsveranstaltungen trafen. Die Regierung einigte sich im April 1991 auf drogenpolitische Leitsätze. Zudem gelang es den an der Regierung beteiligten politischen Parteien, nach einer anfänglichen Polarisierung, das Drogenproblem aus der politischen Polemik herauszulösen.

Die Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel belegt die ermutigenden sozialen, medizinischen und sicherheitspolitischen Auswirkungen von geschützten Injektionsräumen. Die Evaluation der «Wallstrasse 16» – Tageshaus für Obdachlose und Bedürftige in Basel – (ebenfalls Kapitel 4) von Coda und Schöpfer wies nach, dass derartige Strukturen geeignet sind, eine Lücke im Versorgungsangebot zu schliessen und die Drogenabhängigen von der Gasse weg zu holen.

In anderen Regionen kamen andere Ideen zum Tragen. So wurde in Genf eine Begleitforschung des interinstitutionellen Präventionsprogramms PRIP im Quartier Pâquis (Kapitel 2.2) von Spreyermann durchgeführt. An diesem Projekt zeigte sich ein interessantes Phänomen, das durch die Evaluation mitbeeinflusst wurde, nämlich die rasche Anpassung der Projektziele an das geänderte Umfeld. Ein Projekt, das für Prostituierte in einem Genfer Quartier geplant war, musste neue Konzepte entwickeln, da sich die Rotlichtszene plötzlich verlagert hatte. Durch die prominente Vertretung der grossen Insti-

tutionen und der Kantonsverwaltung in der Trägerschaft, hatte das Aktionsforschungsprojekt zahlreiche positive Auswirkungen auf die Drogenpolitik des Kantons Genf im so genannten niederschweligen Bereich.

Neben der Evaluation dieser innovativen Pionier-Projekte, die aus heutiger Sicht eine Selbstverständlichkeit sind, wurden auch verschiedene Behandlungsangebote im niederschweligen Bereich bewertet. Dazu sind zu zählen:

Die Methadonbehandlungen im Kanton Zürich 1991–95: Die Evaluation basiert auf der systematischen Dokumentation aller im Kanton Zürich durchgeführten Methadonbehandlungen. In ihrem Übersichtsartikel (Kapitel 3) belegen Falcato, Dobler-Mikola, Uchtenhagen und Olgiati den zentralen Stellenwert der Methadonbehandlungen. Die Nachfrage nach einer Methadonbehandlung sei jedoch noch nicht gesättigt. Die Analysen zeigten, dass es einem beträchtlichen Anteil der Patientinnen und Patienten gelungen ist, ihre Lebenssituation während der Behandlungsdauer zu stabilisieren.

Verschiedenen Fragestellungen wird detailliert in den folgenden vier Artikeln nachgegangen, die ebenfalls auf der gleichen kantonalen, systematischen Dokumentation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich basieren (siehe Kapitel 3). Aus diesen Untersuchungen geht beispielsweise hervor, dass die Patientinnen und Patienten, die im Kanton Zürich erstmals in eine Methadonbehandlung aufgenommen wurden, tendenziell älter geworden sind und dass der Anteil intravenös Konsumierender stark abnahm. Das wirft nicht nur für Zürich Fragen zur Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten für nicht intravenös konsumierende Drogenkonsumenten auf.

Die Verlaufsevaluation der Zürcher Methadonabgabe-Poliklinik der ARUD «Zokl1» 1992–1996 aufgrund von psychosozialen, konsumdefinierten und serologischen Parametern untersucht eine innovative, niedrighschwellige Behandlungsinstitution, die von engagierten Fachleuten und Ärzten aus der Betroffenheit angesichts der Drogenproblematik in Zürich in den frühen 90er-Jahren gegründet worden ist. Als die drogenpolitische Situation eskalierte und die offenen Drogenszenen aufgelöst wurden, konnte diese Methadon-Poliklinik viele Drogenabhängige aufnehmen. Die Evaluation belegt die guten Behandlungsergebnisse in diesem so genannt niederschweligen Angebot und die Wichtigkeit dieser Institution (siehe Kapitel 3).

Der Artikel über Methadonprogramme im Kanton Bern 1979–92 von Tschan (Kapitel 3) gibt eine Übersicht über verschiedene, auf den bestehenden kantonalen Daten der Fürsorge- und Gesundheitsdirek-

tion des Kantons Bern basierende Untersuchungen. Das aus diesen Studien hervorgehende Ergebnis, dass ein Teil der Patienten und Patientinnen in den untersuchten Methadonbehandlungen nicht zu halten war, da sie diesen von selbst fernblieben oder beispielsweise wegen hohen Beikonsums davon ausgeschlossen wurden – dieses Ergebnis hat einen wesentlichen Anstoss gegeben zur Einführung der Versuche mit betäubungsmittelgestützter Behandlung durch den Bund.

Einen ganz anderen Ansatz zur Überlebenshilfe und Schadensminderung verfolgten drei Walliser Gemeinden. Hier ging es darum, Ärzte, das Regionalspital, Polizisten, Gastwirte, Taxifahrer und andere in einem Gemeindefeld zu verbinden, um Todesfälle infolge von Überdosierungen zu verringern, die Prävention zu verstärken und ein an die spezifischen Bedürfnisse dieser Region angepasstes Projekt zu realisieren. Das Projekt wurde übrigens vom damaligen Stadtpräsidenten von Martigny und jetzigen Bundesrat Couchepin mitgetragen. Die Evaluation kommt zu interessanten Schlussfolgerungen, die bei der Planung künftiger Gemeinwesen-orientierter Projekte berücksichtigt werden sollten (Evaluation d'un programme de prévention dans trois communes bas-valaisannes von Jaccoud und Malatesta, Kapitel 2.1).

Auch die Evaluation der Suchtpräventionsstelle Luzern von Schneider und Müller (Kapitel 2.2) zeigte einen regionsspezifischen Aspekt auf. Hier ging aus der Evaluation hervor, dass die Präventionsstelle einigen wichtigen Akteuren wie Ärzten und Polizisten zu wenig Beachtung schenkte und sehr stark Schul-, nicht aber genügend Freizeit-fokussiert war.

Neben dieser Selektion von Einzelbefunden traten auch viele weitere Aspekte zu Tage, die bei der Planung neuer, ähnlicher Projekte einbezogen werden können.

Die Evaluation dieser Einzelprojekte zeigt aber auch Gemeinden, Kantonen und nicht gouvernementalen Organisationen, dass in der Regel mit bescheidenen Mitteln (maximal 10% der Projektkosten) auf die Dauer ein Mosaik von dokumentierten Erfahrungen entsteht, das dazu beiträgt, die Qualität der Angebote in allen Bereichen zu verbessern und effizienter zu gestalten.

*Phase 2: 1994–1996: Von der Evaluation von Einzelprojekten zur Evaluation von Programmen und Strategien*

Obwohl der Bedarf nach einer Evaluation von Einzelprojekten nach wie vor anhielt, machte es aus Sicht des Bundesamtes keinen Sinn, ähnliche Projekte wieder und wieder in immer anderen Städten zu evaluieren. Strategisch lag das Schwergewicht nun auf der Evaluation von nationalen Programmen. Dabei stellten sich folgende Fragen:

- Welche neuen Tendenzen sind zu beobachten?
- Welches sind die (Aus-)Wirkungen der Programme?
- Wie wirken sich Massnahmen zur Schadensminderung auf die Suchtproblematik aus?

Der Fokus der Prävention lag nun vermehrt auf Lebenswelten, insbesondere auf Familie, Schule, Ausbildung und Beruf, sowie Freizeitgestaltung. Dabei zeichnete sich diese Phase auch durch die Absicht des BAG aus, vermehrt mit Mediatoren zusammen zu arbeiten.

Die Lebenswelt Familie ist insbesondere durch die Evaluationen von zwei Projekten repräsentiert. Dabei lag der Schwerpunkt nicht auf der direkten Zusammenarbeit mit Familien, sondern auf möglichen kompensatorischen Massnahmen bei Familiensystemen, die ihrer Erziehungsaufgabe nicht mehr gewachsen waren, so dass Alternativen zum Zug kommen mussten. Das bedeutete einerseits, dass für gefährdete Jugendliche Ersatzfamilien gesucht wurden, eine Massnahme, die eine effiziente Methode der Sekundärprävention darstellen kann, wie in der Evaluation des Projekts Prisma von Wicki, Krucker und Flammer (Kapitel 3) gezeigt werden konnte. Andererseits stellen Heimplazierungen eine der möglichen Alternativen dar. In der Evaluation des Programms «Suchtprävention in Kinder- und Jugendheimen» von Wicki, Krucker und Flammer (Kapitel 2.1) erwies sich, dass die Sensibilisierung von Mediatoren und Bezugspersonen einen durchaus positiven Effekt auf das Präventionsangebot in Heimen hat und fortgeführt werden sollte.

Das Lebensfeld Schule soll mit der Evaluation des Rahmenprogramms «Schulen und Gesundheit» von Cattacin, Chimienti und Efonayi-Mäder angegangen werden (Kapitel 2.1). In der Evaluation des hier nicht durch einen separaten Artikel vorgestellten Pilot-Vorläuferprogramms «Santé Jeunesse» (Dumont, Gabel und Gobet) konnte gezeigt werden, dass die Präventionsarbeit in der Schule im Wesentlichen geprägt sein sollte durch Personen aus dem Schulumfeld. Ob es gelungen ist, das Lebensfeld Schule in Richtung verstärkter Gesundheitsförderung und der Stärkung von Ressourcen zu entwickeln, kann gegenwärtig noch nicht beurteilt werden.

Prävention im Lebensfeld Beruf wurde mittels der Präventionsprojekte an Berufsschulen und in Lehrbetrieben angegangen. Ein Beispiel hierfür ist das Projekt SPAZ zur Suchtprävention an Berufsschulen und in Lehrbetrieben im Kanton St. Gallen (Kapitel 2.2). Auch hier zeigte sich die Nützlichkeit der Schulung von Kontaktpersonen in Früherfassung und Prävention.

Im Lebensfeld Freizeit wurde versucht, die Prävention von problematischem Suchtmittelgebrauch mittels des Programms «Ohne Drogen – mit Sport» (Kapitel 2.2) anzugehen. Die Evaluation zeigt die Grenzen und Möglichkeiten des Einbezugs von Sportleitern und Sportlehrern in die Suchtprävention auf.

Bei den grossen Bereichen Therapie und Schadensverminderung standen neben der Evaluation der ambulanten Beratungsstellen (siehe dazu auch «Evaluation qualitative de trois services d'aide et d'information aux toxicomanes dans trois villes suisses en 1996» von Gauthier, Weilenmann und Peters, Kapitel 3) vor allem die Drogenabhängigen in stationärer Behandlung, die zum damaligen Zeitpunkt weitestgehend abstinenzorientiert war, im Vordergrund.

Der Beitrag «Drogenabhängige in stationärer Behandlung – Durchführbarkeitsstudie zur Implementierung einer nationalen Klientendokumentation und Verlaufsevaluation» (Kapitel 3) von Dobler-Mikola, Schaaf und Uchtenhagen verdeutlicht die Bedeutung eines von den Institutionen gemeinsam getragenen Dokumentationssystems der Klientenstatistiken.

Auch der Strafvollzug kann als eine besondere Form der stationären Behandlung angesehen werden. So zeigte sich in den Evaluationen zur HIV-Prävention im Strafvollzug von Nelles und zur Infektionsprophylaxe und Gesundheitsförderung im Strafvollzug von Karger, Berger und Uchtenhagen (beide Kapitel 4), dass diese Thematik eine grosse Herausforderung für die Präventionsfachleute wie auch für die beteiligten Gefängnisse und Strafanstalten darstellte und immer noch darstellt. Obwohl die Wirksamkeit und die Durchführbarkeit der Pilotprojekte erwiesen ist, sind wir von einer flächendeckenden, praktischen Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse noch weit entfernt. Nach wie vor bedarf es sehr grosser Anstrengungen, um Prävention und Gesundheitsförderung mit den Anliegen und der Praxis des Strafvollzugs in Einklang zu bringen.

Eine Zielgruppe, die besonders Beachtung verdient und ebenfalls einen spezifischen Zugang erfordert, stellen Migrantinnen und Migranten dar.

Hier wurden mit der Evaluation des Projekts Internet – eines Vernetzungsprojekts zur Gesundheits-



förderung für und von MigrantInnen in der Region Basel (von Spreyermann und Steiner, Kapitel 2.2) erste Zeichen gesetzt.

Neben dem Drogenbereich wurden auch Massnahmen im Alkohol und Tabakbereich kritisch bewertet.

Die im BAG zunehmende Bedeutung der Alkohol- und Tabakprävention deutet sich bereits im Artikel von Yersin und Decrey an. Hier wird die Evaluation des mit grossem Einsatz aufgebauten «Projet-pilote d'Unité multidisciplinaire d'alcoologie en milieu sanitaire hospitalier et ambulatoire» (Kapitel 3) vorgestellt. Es handelt sich um ein integriertes Ausbildungs- und Interventionsangebot im Spital und in der Arztpraxis zur Erfassung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit problematischem Alkoholkonsum. Dieses Projekt hat zur Anerkennung der Alkohologie als eigenständige medizinische Disziplin und zur Schaffung einer multidisziplinären Abteilung für Alkohologie am Universitätsspital Lausanne geführt. In der Folge haben andere Spitäler die Idee übernommen. – Es wird hier deutlich, dass sich die Diagnostik von Alkoholproblemen mit vergleichsweise einfachen Mitteln verbessern liess und dass Ärzte für die Früherkennung von Alkoholproblemen gewonnen werden konnten. Ein Erfolg konnte auch beim zielgerichteten Einbezug von Ärzten in die Tabakprävention verbucht werden, wie dies im nationalen Programm «Frei von Tabak: Raucherberatung in der Arztpraxis» dokumentiert ist (Kapitel 2.1).

### *Phase 3: 1997–2000: Systematisierung und Ausweitung der Evaluationsanstrengungen*

Nach der Initiierung von Evaluationsprojekten und -programmen, die einen Erfahrungsschatz liefern sollten, ging es in dieser Phase um die Systematisierung und Ausweitung der Evaluationsanstrengungen: Systematisierung wurde mittels eines Evaluations-Handbuchs erreicht. Dieses dient dem Zweck, für jedes vom BAG mitfinanzierte Projekt die Selbstevaluation wie auch in einzelnen Fällen die Evaluation durch externe Spezialisten sicherzustellen.

Die Erweiterung der Evaluation bezog neben Strategien, Projekten und Programmen im Bereich illegaler Drogen nun auch die Massnahmenpakete Alkohol und Tabak ein. Das BAG gab entsprechende Evaluationen für diese strategischen Aspekte in Auftrag. Die Arbeiten von Bolliger-Salzmänn, Cloetta, Bähler, Müller und Hofmann zur Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996–1999 (Kapitel 1.3) zeigen auf, in welcher Weise eine externe Evaluation geeignet ist, auch auf nationale Strategien Einfluss zu nehmen. So ergibt sich aus der Studie unter anderem, worauf es in Bezug auf eine bessere Zusammenarbeit des BAG mit den Partnern im Feld (Aufgabenteilung) zu achten gilt. Dies unter

Berücksichtigung der aufgezeigten Tatsache, dass der soziopolitische Kontext eine wirkungsvolle Tabakprävention erschwert. Die gewonnenen Erkenntnisse beeinflussten unmittelbar die Reformulierung des nachfolgenden Massnahmenpaketes Tabak 2001–2004.

Aber auch neue Strategien im Alkoholbereich wurden nun kritisch bewertet, wie die Globalevaluation des nationalen Alkoholprogramms «Alles im Griff? – 1999–2002» von Peters, Furrer und Bolliger-Salzmänn (Kapitel 1.2) zeigt. Ganz im Rahmen der Evaluationstradition des BAG wurden Teilergebnisse dieser Globalevaluation im Entwicklungsprozess der Massnahmen(-strategie) berücksichtigt. Dieser Prozess der Berücksichtigung lässt sich in Kürze folgendermassen beschreiben: Geäusserte Kritik führt zu einer zielgerichteten Diskussion und die Ergebnisse dieser Diskussion beeinflussen die Entscheide, welche zeitgerechte und notwendige Anpassungen und Verbesserungen bezwecken.

Die Gesamtstrategie Migration und Gesundheit wurde ebenfalls einer Globalevaluation unterzogen. Siehe dazu: Migration et santé – évaluation du «Programme global migration et santé» de l'Office fédéral de la santé publique von Cattacin, Chimienti, Efnay und Losa (Kapitel 1.4).

Auch das Gebiet der Weiterbildung im Suchtbereich ist dem BAG wichtig. In diesem Zusammenhang ist auch die Gesamtevaluation der Fortbildungssituationen in der Drogenarbeit von Wicki (siehe Kapitel 1.1) zu erwähnen. Obwohl es sich hier um eine ältere Studie handelt, ist sie insofern wichtig, als die Empfehlungen dieses Berichts dazu beigetragen haben, die Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich neu zu gestalten. Die Einsetzung einer Expertenkommission war die Folge. Diese erarbeitete ein Konzept «Weiterbildung im Suchtbereich», das dem BAG die Führungsrolle im Feld ermöglichte. Im Wesentlichen besteht die neue Weiterbildungspolitik in einer Programmförderung (Abkehr von der Institutionenfinanzierung), die Bildungsinstitutionen als Träger der Weiterbildung etabliert. Zur Evaluation dieses neuen Weiterbildungskonzeptes siehe den Bericht: Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich: Evaluation des neuen Weiterbildungskonzeptes, von Binder, Furrer, Maggi und Cattacin (ebenfalls Kapitel 1.1).

Die politischen Bedingungen, welche die Umsetzung von drogenpolitischen Massnahmen des Bundes, insbesondere auf kantonaler Ebene, beeinflussen und letztlich deren Erfolg oder Misserfolg in entscheidendem Masse mitbestimmen, werden in einer Evaluation, die zurzeit noch nicht abgeschlossen ist, untersucht. Siehe dazu den Beitrag über die Determinanten der politischen Verankerung des Massnahmenpakets Drogen von Kübler, Widmer und Rüegg (Kapitel 1.1).

Aber auch verwaltungsinterne Strukturen und Einrichtungen des Suchtbereichs sollen nach dem Willen des Bundesrates evaluiert werden. Ein Beispiel dazu ist die 1996 vom Bundesrat beschlossene Koordinations- und Dienstleistungsplattform Drogen Schweiz (Coordination, modération, information: évaluation de la «plate-forme de coordination et de services dans le domaine des drogues» von Cattacin, Oesch und Verkooyen, Kapitel 1.1).

### Was haben wir aus den bisherigen Evaluationen gelernt?

Im Rahmen des Massnahmenpaketes Drogen weist die Evaluation der Strategien nach, dass die übergeordneten Ziele des Massnahmenpaketes weitgehend erreicht wurden. Dazu gehört die Stabilisierung der Zahl der Drogenkonsumenten seit 1993. Auch sieht es gegenwärtig so aus, als sei Heroin für Neueinsteiger nicht mehr allzu attraktiv. Ob es sich dabei lediglich um eine Modeströmung oder um den Effekt der Massnahmen handelt, wird wohl kaum schlüssig zu beantworten sein. Wenn wir allerdings die Daten richtig interpretieren, tickt mit der Zunahme des problematischen Nikotin-, Cannabis-, Ecstasy- und Alkoholkonsums bei Jugendlichen eine Zeitbombe, die, mag man den Erfahrungen aus früheren Jahren Glauben schenken, mittelfristig auch wieder zu einem Anstieg des Konsums illegaler Drogen führen wird. Daher sollte es das vorrangige Ziel der nächsten Jahre sein, den Alkohol- und Tabakkonsum bei Jugendlichen einzudämmen. Hier kann die Evaluation einen entscheidenden Beitrag zu Verbesserung von Strategien und Programmen leisten.

Aber auch im sekundärpräventiven und therapeutischen Bereich bleibt noch viel zu tun, sei es in der Früherfassung von Abhängigen, bei den eigentlichen therapeutischen Angeboten und, nicht zuletzt, bei der Verminderung der Risiken (HIV-Aids, Hepatitis-Infektionen, Tuberkulose u. a.). Bei den Letzteren ist insbesondere den Hepatitis-Infektionen vermehrt Beachtung zu schenken. Sie sind unter Drogenabhängigen beängstigend weit verbreitet, bei gleichzeitigen Wissensdefiziten, nicht nur unter Drogenabhängigen, in Bezug auf diese Infektionen (siehe z. B. Nelles und Karger, Berger und Uchtenhagen, Kapitel 4).

Welches aber sind die Voraussetzungen, dass ein neues Vorhaben auf den unterschiedlichen Ebenen gelingt?

Wir wollen hier einige wichtige Erfolgsmerkmale für die verschiedenen Ebenen nennen:

– Die Evaluation sollte von Anfang an in die Planung von Strategien, Programmen und Projekten einbezogen werden.

- Die Ziele der Strategie, des Programms, des Projekts sind klar und empirisch überprüfbar formuliert, unter Präzisierung der anzusprechenden Zielgruppen und Lebenswelten wie auch der relevanten kritischen Zeiträume. Die Erreichung von Teilzielen und der Zugang zu den anvisierten Zielgruppen sollte regelmässig, möglichst halbjährlich, überprüft werden. Das erfordert eine rasche und effiziente Kommunikation seitens der Evaluatoren. Die Evaluationsergebnisse sollen bei der Planung weiterer Schritte einbezogen werden.
- Bei der Zielformulierung sollte ein von allen Beteiligten wahrnehmbares Problem benannt werden, das durch die Strategie, das Projekt oder Programm ebenfalls wahrnehmbar zu einer Problemverminderung oder einer Lösung führt (Beispiele von Problemen: zu hoher Alkoholkonsum in der Gesamtbevölkerung, Zunahme des Rauchens bei Jugendlichen in der Schule und in den angrenzenden öffentlichen Räumen, zu hohe Anzahl von rauchenden Erwachsenen mit Aufgaben zur Kinderbetreuung, unzureichende Anzahl rauchfreier öffentlicher Zonen, fehlende Betreuungsangebote für Heroin rauchende Personen, Drogenkonsumierende ohne festen Wohnsitz).
- Der eingeschlagene Lösungsweg sollte sich aus einem überprüfbaren, wohl definierten Konzept ableiten und entsprechende Erfahrungen mit ähnlichen Strategien, Programmen und Projekten im In- und Ausland sollten eine gut dokumentierte Ausgangsbasis darstellen. Auch hier sollten die Evaluatoren frühzeitig einbezogen werden.
- Die Strategie sollte bei allen relevanten Akteuren breit abgestützt sein. In Programmen sollten alle beteiligten gesellschaftlichen Akteure von Anfang an begrüsst und einbezogen werden. Projekte sollten auf den Schultern mehrerer engagierter Personen ruhen, so genannt charismatische Einmann- oder Einfrauprojekte erweisen sich als sehr fragil.
- Die Strategie, das Projekt oder Programm sollte von politischen und nongouvernementalen Macht- und Entscheidungsträgern energisch unterstützt werden. Diese Unterstützung sollte schriftlich festgelegt sein. Wenn immer möglich, sollten bereits bestehende Strukturen und Einrichtungen adaptiert werden. Das erleichtert eine nachhaltige Entwicklung. Neue Einrichtungen sollten von den politischen Rahmenbedingungen her eine zeitliche Konstanz von mindestens drei Jahren garantiert erhalten mit einem noch längerfristigeren Finanzierungskonzept.
- Der Institutionalisierungsprozess (Regeln, formelle und konzeptionelle Vorgaben) sollte regelmässig überprüft werden, um ein Erstarren und eine zum Selbstzweck erstarrende Verbürokratisierung mit Verfehlen der Zielgruppe zu verhindern.
- Strategien sind dann erfolgreich, wenn sie sich an eine klar definierte Zielgruppe richten und privilegierte Akteure als Strategieträger miteinbeziehen (wie zum Beispiel die Entscheidungsträger und die

- Suchtfachleute, die Ärzteschaft, die Polizei – um einige Beispiele zu nennen).
- Die optimale Zielgruppengrösse für ein neues Projekt liegt zwischen 30 und 80 Personen. Bei zu kleinen Projekten besteht eine akute Gefährdung und Ressourcenverknappung. Bei zu grossen Projekten ist das Personal überfordert.
  - Beim Aufbau neuer Projekte sollten alle Gruppen und Akteure einbezogen werden (anvisierte Zielgruppen, städtische und kantonale Administration, Kommissionen, Gesundheits-, Erziehungs- und Justizbehörden, Polizei, Fachleute wie Sozialarbeiter, Ärzte, Apotheker und andere Beteiligte, wie Medienvertreter, Nachbarn, Wirte, Busfahrer, Ladenbesitzer), auch solche, die der Philosophie der Projektinitianten fern stehen oder ihr sogar feindlich gesonnen sind (Quartiervereine, politische Gruppierungen).
  - Dem Einbezug des bereits bestehenden Personals in die Projektgestaltung ist besonders hohe Aufmerksamkeit zu widmen.
  - Hohe Personalfuktuation und Krankheitsraten gefährden Projekte und Programme akut und stellen einen Indikator für ein grosses Entwicklungspotenzial bei der Führungsequipe dar.
  - Für den gemeinsamen Lernprozess der beteiligten Akteure in Strategien, Programmen und Projekten sollten Austauschplattformen geschaffen werden, an denen alle anstehenden Probleme zur Sprache kommen.
  - Eine deutliche Trennung zwischen betriebswirtschaftlicher und fachlicher Leitung erweist sich vor allem in grösseren Programmen und Projekten als hilfreich, führt aber auch oft zu Ressourcen verschleissenden persönlichen Konflikten. Eine klare Kompetenzaufteilung unter Einschluss einer «oberen Entscheidungsinstanz» erweist sich als konsolidierend.
  - Eine intensive Vernetzung von neuen mit bestehenden Angeboten wirkt projektstabilisierend.

Wir möchten hier aber nicht alle Folgerungen, welche die Adressaten dieses Bandes zu ziehen vermögen, vorweg nehmen. So sind Sie, liebe Leserinnen und Leser, aufgefordert, sich selbst ein Bild zu machen. Hoffentlich bietet Ihnen der Band viele Anregungen, Ihre bestehende Praxis zu überdenken und neue Wege zu wagen.

Denn das Ziel der Evaluation besteht nicht darin, etwas beweisen zu wollen, sondern einen Beitrag zur Verbesserung zu leisten.

*«The most important purpose of evaluation is not to prove, but to improve» (Stufflebeam, 1968).*

## Literaturangaben

1. Bundesamt für Gesundheit, Fachbereich Evaluation. Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluation. BAG, Bern, 1997.
2. Estermann J. Sozialepidemiologie des Drogenkonsums und Auswirkungen der Drogenrepression. In (Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.): Suchtforschung des BAG 1996 – 98, Band 1:101-4. BBL/EDMZ Bern, 2000 (auch abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)).
3. Estermann J. Sozialepidemiologie des Drogenkonsums. Zu Prävalenz und Inzidenz des Heroin- und Kokaingebrauchs und dessen polizeilicher Verfolgung. VWB Berlin, 1996.
4. Fornerod S. A quoi et à qui servent les évaluations? Une recherche sur la place des évaluations dans les processus de décision et d'apprentissage dans l'administration fédérale. Mémoire de Master à l'IDHEAP. IDHEAP, Lausanne, 2001.
5. Stufflebeam DL. Evaluation as Enlightenment for Decision-Making. Columbus, Ohio State University Evaluation Center, 1968.
6. Von Aarburg H-P, Oppitz M. Heroindampfscheibenwirbel. Eine kulturanthropologische und ethnopschoanalytische Studie des Folienrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995. In (Bundesamt für Gesundheit, Hrsg.): Suchtforschung des BAG 1996–98, Band 2:105-11. BBL/EDMZ, Bern, 2000 (auch abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)).
7. Von Aarburg H-P. Heroindampfscheibenwirbel. Eine kulturanthropologische und ethnopschoanalytische Studie des Folienrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995. VWB/Orlux, Berlin/Luzern, 1998.

# Evaluations dans le domaine des dépendances – qu'avons-nous retenu des expériences?

**Marlène Läubli-Loud, Margret Rihs-Middel**, Office fédéral de la santé publique  
**Anna Elisabeth Eppler**, Université de Fribourg

## Introduction

Quelle est l'utilité de l'évaluation ? Un travail récemment primé, publié par Serge Fornerod, est consacré à cette question (Fornerod, 2001). Dans ce travail, l'auteur arrive à la conclusion que, pour garantir une meilleure utilisation de l'évaluation, les conditions suivantes doivent être respectées: une institutionnalisation de l'évaluation (y compris une harmonisation des définitions), une méthodologie rigoureuse, une utilisation ancrée à tous les niveaux de la hiérarchie, et une communication claire. De plus, une évaluation est efficace dès lors qu'elle favorise un développement des connaissances et encourage un processus d'apprentissage.

Dès lors, on peut affirmer qu'à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), les conditions requises pour une meilleure utilisation de l'évaluation sont en place.

En effet, au niveau de l'institutionnalisation par exemple, les demandes d'évaluation sont recensées par le Centre de compétences en évaluation (CCE). Depuis septembre 2001, ce centre est rattaché à l'état-major de la direction de l'OFSP.

Par ailleurs, un instrument utile à la planification et à la conduite de l'évaluation a été mis sur pied avec la publication du «Guide pour la planification de l'évaluation de projets ou programmes de santé» (OFSP, 1997). Cette publication sert de base à une compréhension de l'évaluation ne se limitant pas à l'examen du degré de réalisation des objectifs définis dans le cadre de certaines mesures, ou à des analyses d'efficacité.

La communication des résultats d'évaluation, quant à elle, est une tâche qui se conçoit dans la durée et qui incombe aussi bien aux personnes internes qu'externes à l'Office. Cette communication des résultats a pour objectif d'être utile tant aux décideurs qu'aux professionnels du terrain. Ainsi, nous espérons que le présent volume soit non seulement un apport à une communication claire des résultats d'évaluation, mais qu'il initie également un processus d'apprentissage dont profiteront non seulement les secteurs publics et privés actifs dans le domaine des dépendances, mais également les personnes concernées et les experts.

Une étape importante aura été réalisée avec la publication du présent volume si le contenu de ce dernier contribue à informer tant les spécialistes que les décideurs quant à l'efficacité des mesures prises par l'Office fédéral de la santé publique dans le domaine des dépendances. L'objectif du présent volume aura de plus été totalement atteint s'il contribue à tirer des leçons des expériences déjà faites.

L'histoire même de l'évaluation au sein de l'OFSP peut également être considérée comme un processus d'apprentissage, processus qui s'est construit sur différents fondements pour développer ensuite sa propre dynamique.

Ainsi, historiquement, ce sont les interventions menées lors de la lutte contre le sida dans les années 80 qui ont été décisives pour l'introduction des pratiques d'évaluation à l'OFSP. Très tôt, des efforts ont été entrepris afin d'évaluer de manière critique les expériences effectuées au niveau des projets et des programmes. Les lignes directrices de l'OFSP, éditées en 1993, affirment déjà que l'OFSP s'attache à examiner de manière critique les effets de ses actions sur la santé de la population en Suisse, ceci pour:

- Améliorer les mesures et les stratégies de l'Office fédéral de la santé publique.
- Prendre des décisions fondées en vue de la planification de mesures s'inscrivant dans le futur.
- Clarifier les marges de manœuvre à disposition.
- Justifier l'attribution de fonds provenant du domaine public et contribuer à une utilisation adéquate du soutien financier accordé.

Le processus d'évaluation doit permettre d'obtenir de façon systématique des informations sur la signification, les progrès d'application, l'efficacité et l'utilité des mesures financées par l'OFSP, et de s'exprimer sur les conséquences les plus larges de ces dernières.

Dans un passé récent, on a évalué de manière intensive, outre les mesures déployées dans la lutte contre le sida, les activités en matière de dépendances.

Les évaluations présentées ici doivent contribuer à:

- documenter le développement de l'évaluation au sein de l'OFSP en matière de dépendances
- permettre l'accès à des évaluations plus anciennes
- rendre possible un apprentissage sur la base des expériences faites
- encourager le dialogue entre personnes chargées de l'évaluation, spécialistes et décideurs
- préparer les développements à venir sur la base d'expériences actuelles.

Il convient de différencier l'évaluation d'une stratégie, l'évaluation qui s'inscrit dans un programme et celle qui relève d'un projet. Par évaluation d'une stratégie, nous entendons les analyses qui rendent compte des répercussions de l'ensemble des mesures en matière de drogues, d'alcool et de tabac. Ce genre d'évaluation est illustré au chapitre 1.1 dans les contributions de Gervasoni, Dubois-Arber, Benninghoff, Spencer et Paccaud de même que Kellerhals, Gervasoni, Zobel, Dubois-Arber, Spencer,



Jeannin, Benninghoff et Paccaud pour le domaine des drogues.

Peters, Furrer et Bolliger-Salzmann ont analysé les mesures en matière d'alcool «Ca débouche sur quoi?» (chapitre 1.2), tandis que Bolliger-Salzmann, Cloetta, Bähler, Müller et Hofmann ont évalué celles concernant le tabac (chapitre 1.3). Kübler, Widmer et Rüegg (chapitre 1.1) ont évalué l'ancrage politique des mesures destinées à réduire les problèmes de dépendance. Des stratégies d'ordre spécifique ont été analysées par Cattacin, Oesch et Verkooyen au chapitre 1.1, et par Binder, Furrer, Maggi et Cattacin, de même que Wicki (chapitre 1.1 également).

Outre les évaluations de stratégies, les programmes de l'OFSP de grande envergure sont également suivis de manière intensive dans le cadre d'une évaluation dite de programme. Par exemple, parmi les études représentatives de ce genre d'évaluation, on trouve les analyses de Wicki, Krucker et Flammer concernant le renforcement des ressources au niveau des foyers d'accueil (chapitre 2.1), ainsi que celles de Bachmann, Egli et Hornung (chapitre 2.1) abordant la question de savoir comment l'encadrement dans le domaine des sports et celui en matière de dépendances peuvent dialoguer et être source d'actions communes.

Il arrive que des projets isolés et de moindre envergure bénéficient aussi d'une évaluation de l'OFSP, dès lors qu'il s'agit du développement d'offres novatrices. On mentionnera par exemple les évaluations d'une exposition itinérante de Piquerez (chapitre 2.2), d'un jeu d'ordinateur inédit de Munari et Fabbri Munari (chapitre 2.2), du placement de jeunes consommateurs de drogues au sein d'une famille d'accueil par Wicki, Krucker et Flammer (chapitre 3), de l'introduction d'un programme de prévention VIH/sida avec distributeur de seringues au sein d'une prison par Nelles (chapitre 4), et enfin celle d'un nouveau lieu de séjour pour des consommateurs de drogues et d'autres personnes marginalisées, par Coda et Schöpfer (chapitre 4).

Ces exemples reflètent l'importance du rôle que l'évaluation peut jouer lors de projets mineurs et locaux, grâce à une action ciblée et orientée vers l'efficacité.

Après l'exposé des divers types d'évaluation, illustré d'exemples, nous abordons maintenant l'évolution de l'apprentissage de l'OFSP en matière d'évaluation.

## Développement de l'activité d'évaluation de l'OFSP

Suite à l'ampleur que le problème de la drogue a pris dans les années 80, problème accru par l'augmentation du taux de transmission du VIH par voie intraveineuse parmi les consommateurs de drogues, le Conseil fédéral fixa en février 1991 l'ensemble des mesures suivantes en matière de dépendances:

- réduction du nombre de nouveaux consommateurs/personnes dépendantes
- augmentation du nombre de personnes qui parviennent à sortir de la dépendance
- réduction des risques causés à la santé et diminution de la marginalisation sociale des consommateurs de drogues/personnes dépendantes
- protection de la société contre les conséquences nuisibles du problème de la drogue et lutte contre le crime organisé.

Ces buts devraient être atteints dans le cadre de la politique dite des 4 piliers que sont la prévention, la thérapie, la réduction des risques/aide à la survie et la répression - ce dernier pilier n'étant évidemment du ressort de l'Office fédéral de la santé publique que dans la mesure où il implique des aspects liés à la santé.

Toutes ces mesures devraient être évaluées avec soin.

Les modestes moyens mis à disposition n'ont pas permis d'envisager l'étude simultanée de ces tâches, mais leur étude successive.

L'activité d'évaluation de l'OFSP en matière de dépendances peut être répartie en trois phases:

### *Phase 1: 1990–1993 Appréhension de la situation et analyse des lacunes*

Pour mener à bien ces tâches, on a cherché à donner une réponse aux questions suivantes:

- Comment décrire le problème de la drogue en Suisse?
- Quelles lacunes existent au niveau de l'offre en matière de prévention, de traitement et de prise en charge?
- Comment évaluer adéquatement les projets et programmes novateurs?
- Quelle est la portée des mesures fédérales sur les projets et les programmes?

Comme déjà mentionné, le nombre de consommateurs de drogues illégales a fortement augmenté dans les années 80. Le total des personnes con-

sommant de l'héroïne passa à l'époque de 6'000 à 30'000, ceci malgré un prix très élevé de la substance (cf. le résumé d'Estermann (2000), dans le premier volume «Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1996-98»). Au début des années 90, on assiste à une chute massive des prix, phénomène qui ira de pair avec l'augmentation du degré de pureté de l'héroïne sur le marché. Comme von Aarburg en fait mention dans son analyse, une des raisons majeures de cette chute des prix et de l'augmentation du degré de pureté de la substance a été la guerre civile en Afghanistan. Le marché noir européen s'approvisionne en effet en grande partie avec de l'héroïne meilleur marché provenant de l'Afghanistan et du Pakistan (von Aarburg, 2000).

Bien que l'abus de drogues dites légales, soit l'alcool et le tabac, et la dépendance y relative représentent globalement un problème beaucoup plus lourd de conséquences sur le plan humain, social, médical et économique que l'abus de drogues illégales, c'est ce dernier aspect du problème qui s'imposera dans la conscience publique, en raison notamment de l'apparition du VIH/sida et des efforts visant à enrayer au mieux la transmission de l'infection par le VIH.

Diverses initiatives furent lancées en vue de diminuer les risques (distribution de seringues, centres d'accueil de nuit, centres d'accueil de jour, logement avec assistance, programmes d'occupation). On en trouvera quelques exemples au chapitre 4, comme l'évaluation des centres de contact et d'accueil à Zurich (Lanz, Sempach et Scholz), les programmes d'occupation de la ville de Zurich (Meier Kressig), l'évaluation du projet de la maison avec assistance «Haus Breitenstein» (Lanz, Sempach et Scholz), celle des centres d'accueil de jour «Gassenzimmer» I, II et III à Bâle (Ronco, Spuhler, Coda et Schöpfer), de la «Wallstrasse 16» - lieu d'accueil de jour pour les sans-abri (Coda et Schöpfer), l'évaluation des services de placement journalier «Madrugada» à Soleure (Baillod et Amiet) et «Etcetera» à Baden (Baillod).

Dans l'ensemble, les évaluations ont eu un effet stabilisateur sur les projets concernés. Malgré tout, leurs résultats n'ont pas toujours été pris en compte dans les décisions concernant la poursuite ou l'abandon d'un projet novateur. Avec le projet «Haus Breitenstein» par exemple (chapitre 4), qui offrait une possibilité de logement avec assistance, l'expérience a montré que même une appréciation positive du projet ne saurait nécessairement en éviter l'interruption. Le projet a dû être abandonné pour des raisons économiques, avant même la fin de la phase-pilote d'une année. Il est bien entendu difficile d'évaluer l'influence de ce projet pionnier de si courte durée sur le développement du logement avec assistance, lequel fait désormais partie de l'offre courante d'aide en Suisse.

Le problème de la drogue n'a abouti à une prise de conscience nationale que lorsque les personnes dépendantes de la drogue entreprirent d'occuper les lieux publics, pour y être plus ou moins tolérées. De telles scènes de la drogue ont existé à Zurich, Berne, Bâle et Genève. On a également observé des regroupements de toxicomanes dans des villes de moindre importance telles que Fribourg, Bienne, St.Gall ou Olten.

La situation était surtout critique à Zurich, où des centaines de toxicomanes s'approvisionnaient en substances au «Platzspitz», puis à la gare du Letten. Ces plaques tournantes de la drogue ont encouragé la violence et la criminalité. L'inquiétude sociale et politique a finalement abouti à la dissolution de ces scènes publiques par la police. Au chapitre 4 de ce volume figurent divers résumés d'évaluations traitant de cette situation aiguë.

La tentative de rapatrier les toxicomanes au sein de leurs communes de domicile respectives et de les intégrer aux programmes de thérapie et de prise en charge localement en vigueur, a également été évaluée (Evaluation du centre de médiation et de rapatriement «Zürich Kaserne», par Lanz, Arnold et Bieber, toujours au chapitre 4).

A Bâle, les événements connurent moins de turbulences qu'à Zurich. La contribution de Ronco, Spuhler, Coda et Schöpfer au sujet de l'évaluation des «Gassenzimmer» (centres à bas seuil avec lieux d'injection) (chapitre 4) révèle que divers facteurs ont joué un rôle dans l'apaisement de la situation à plus long terme: l'institution d'une table ronde bâloise sur le thème de la drogue («Basler Drogenstammtisch»), autour de laquelle se sont régulièrement rencontrés des représentants de groupes d'intérêts les plus divers, les habitants du quartier, des experts actifs dans l'assistance en cas de dépendance, des consommateurs de drogues, des membres des autorités et d'autres personnes concernées, revêt une signification particulièrement intéressante. En avril 1991, le Parlement bâlois fixa des directives politiques en matière de drogue. Les partis politiques représentés réussirent, après la polarisation du début, à séparer le problème de la drogue de la polémique politique.

L'évaluation des lieux d'injection («Gassenzimmer» I, II et III) à Bâle, révèle les répercussions encourageantes de la présence de locaux d'injection protégés, tant au niveau social et médical qu'au niveau de la politique de sécurité. L'évaluation de la «Wallstrasse 16» – centre d'accueil de jour pour les sans-abri et les personnes sans ressources à Bâle – (toujours au chapitre 4), par Coda et Schöpfer, a démontré que les structures de ce genre sont adéquates pour combler une lacune au niveau de l'offre en matière d'assistance, et pour éloigner de la zone les personnes dépendantes.

D'autres idées s'imposèrent ailleurs. A Genève par exemple, Speyermann a réalisé une étude d'accompagnement dans le cadre du programme inter-institutionnel de prévention PRIP dans le quartier des Pâquis (chapitre 2.2). Dans ce projet, on a relevé un phénomène intéressant, influencé par l'évaluation, à savoir l'adaptation rapide des objectifs du projet aux modifications de l'environnement. Prévu pour des prostituées d'un quartier chaud, ce projet a intégré l'élaboration de nouveaux concepts après que les prostituées se furent déplacées. Grâce à l'apport prépondérant des institutions et de l'administration cantonale, partenaires du projet, ce travail eut nombre de répercussions positives sur la politique en matière de drogue du canton de Genève, dans le domaine dit «à bas seuil».

Outre l'évaluation de ces projets novateurs, aujourd'hui devenus une évidence, diverses offres de traitement dans le domaine «à bas seuil» ont également été soumises à des évaluations. Parmi celles-ci, on compte:

Les traitements à la méthadone menés dans le canton de Zurich au cours des années 1991-95: l'évaluation repose sur la documentation systématique de tous les traitements à la méthadone menés dans le canton de Zurich. Dans leur article donnant une vue d'ensemble (chapitre 3), Falcató, Dobler-Mikola, Uchtenhagen et Olgiati attestent de la place centrale qu'occupent ces traitements. Selon ces auteurs, la demande de traitement à la méthadone ne serait pas encore saturée. Les analyses ont montré de plus qu'un nombre considérable de patients ont réussi à stabiliser leur situation de vie pendant la durée du traitement.

Les quatre articles suivants se basent sur la même documentation cantonale et systématique des traitements à la méthadone dans le canton de Zurich (cf. chapitre 3); la réflexion porte sur différentes questions. Ces analyses révèlent entre autres que l'âge des patients soumis pour la première fois à un traitement à la méthadone dans le canton de Zurich a tendance à augmenter; par contre, le nombre de personnes consommant de la drogue par voie intraveineuse s'est fortement réduit. C'est ici qu'il convient – et ce non seulement pour le canton de Zurich – de s'interroger sur la mise à disposition de possibilités de traitement pour les toxicomanes ne consommant pas de drogue par voie intraveineuse.

L'évaluation à long terme de la polyclinique zurichoise de l'ARUD «Zokl1», 1992-96, cerne une institution novatrice de traitement à la méthadone et «à bas seuil». Cette institution a été fondée au début des années 90 par des experts et des médecins engagés en réponse au désarroi provoqué par la problématique de la drogue à Zurich. Lorsque la situation politique en matière de drogues se durcit et que

les scènes ouvertes furent démantelées, cette polyclinique distributrice de méthadone put prendre en charge de nombreux toxicomanes. L'évaluation atteste des bons résultats de traitement de cette offre «à bas seuil» et de l'importance de cette institution (cf. chapitre 3).

L'article de Tschan (chapitre 3) consacré aux programmes à la méthadone dans le canton de Berne de 1979-92 offre une vue d'ensemble de diverses analyses basées sur les données cantonales disponibles auprès de la Direction de la santé du canton de Berne. Pour les patients qui n'ont pas été retenus dans ces programmes, deux raisons sont évoquées: soit ces patients avaient abandonné le traitement, soit ils en avaient été exclus suite à une consommation parallèle d'autres drogues. Le fait qu'une partie des patients n'aient pas été retenus a donné un élan certain à l'introduction des traitements avec prescription d'héroïne.

Une autre approche a été choisie par trois communes valaisannes. En effet, celles-ci entreprirent une tout autre démarche relative à l'aide à la survie et à la réduction des risques. Il s'agissait de réunir en un réseau communal des médecins, l'hôpital régional, des policiers, des restaurateurs, des chauffeurs de taxi et d'autres personnes, dans le but d'abaisser les cas de décès par overdose, de renforcer la prévention et de réaliser un projet adapté aux besoins spécifiques de cette région. Ce projet fut soutenu par le Président de la municipalité de Martigny de l'époque, qui n'est autre que l'actuel Conseiller fédéral Pascal Couchepin. L'évaluation de ce projet aboutit à quelques conclusions intéressantes, qui devraient être prises en considération lors de la planification de projets communaux futurs (Evaluation d'un programme de prévention dans trois communes bas-valaisannes par Jaccoud et Malatesta, chapitre 2.1).

L'évaluation du Service de prévention des dépendances de Lucerne, par Schneider et Müller, (chapitre 2.2) révèle elle aussi un aspect spécifique. Elle démontre entre autres que ce service n'a pas suffisamment pris en compte certains acteurs importants tels que médecins et policiers. D'autre part, ce service a concentré ses efforts sur le milieu scolaire plutôt que sur les lieux de loisirs.

Au-delà de cette sélection de résultats, de nombreux autres aspects de la problématique ont été mis en évidence et méritent d'être pris en compte, notamment lors de la planification de nouveaux projets.

L'évaluation de ces divers projets démontre également aux communes, cantons et organisations non gouvernementales qu'à long terme on peut, avec de modestes moyens (max. 10% des coûts du projet), constituer une mosaïque d'expériences documentées, ce qui contribue d'une part à améliorer la

qualité de l'offre dans tous les domaines, d'autre part à réaliser cette offre de manière plus efficace.

*Phase 2: 1994–1996 De l'évaluation de projets individuels à l'évaluation de programmes et de stratégies*

Même si la nécessité d'évaluer des projets individuels demeure, l'OFSP a estimé que cela n'avait pas de sens d'évaluer de nombreux projets analogues en cours dans des lieux différents. D'un point de vue stratégique, l'accent portait désormais sur l'évaluation de programmes nationaux. Dès lors, les questions suivantes se sont posées:

- Quelles nouvelles tendances peut-on observer?
- Quels sont les effets des programmes?
- Quels sont les effets des mesures de réduction des risques sur la problématique des dépendances?

La prévention se focalisa désormais davantage sur les différents cadres de vie, à savoir la famille, l'école, la formation, la profession et les loisirs. Selon les vœux de l'OFSP, cette phase se caractérisa également par une collaboration plus étroite avec les intervenants du terrain.

Le cadre familial est envisagé de façon particulière au cours de l'évaluation de deux projets. L'accent n'a pas porté sur une collaboration directe avec la famille, mais plutôt sur les mesures de compensation envisageables au sein de systèmes familiaux ne pouvant plus remplir leur responsabilité éducative, d'où la nécessité de recourir à des alternatives. D'une part, des familles d'accueil ont été recherchées pour des jeunes particulièrement exposés: mesure qui s'est avérée représentative d'une méthode efficace au niveau de la prévention secondaire, comme le démontra l'évaluation du projet Prisma de Wicki, Krucker et Flammer (chapitre 3). Le placement dans un centre d'accueil est une autre alternative possible. L'évaluation du programme «Suchtprävention in Kinder- und Jugendheimen» de Wicki, Krucker et Flammer (chapitre 2.1) a démontré qu'une sensibilisation des intervenants du terrain et des personnes de contact a un effet réellement positif sur l'offre concernant la prévention au sein de ces centres.

L'évaluation du programme-cadre «Ecole et Santé» de Cattacin, Chimienti et Efonayi-Mäder (chapitre 2.1) propose une approche du milieu scolaire. L'évaluation du programme-pilote précurseur «Santé Jeunesse» (Dumont, Gaberel et Gobet), programme qui n'est pas présenté dans un article séparé, a montré que l'essentiel du travail de prévention à l'école devrait porter l'empreinte de personnes issues du milieu scolaire. On ne saurait juger actuellement de l'aboutissement d'une démarche visant à encourager une promotion sanitaire accrue en milieu scolaire ainsi que le renforcement des ressources.

La prévention en milieu professionnel a été appréhendée par des projets de prévention au sein d'écoles professionnelles et d'entreprises offrant une possibilité d'apprentissage. Le projet SPAZ, mené dans le canton de St.Gall, (chapitre 2.2) en est l'illustration. Là aussi, l'utilité de la formation des personnes de contact en matière de dépistage précoce et de prévention est avérée.

Dans le domaine des loisirs, on a tenté d'aborder la prévention de l'usage problématique de stupéfiants par le biais du programme «Ohne Drogen – mit Sport» (chapitre 2.2). L'évaluation fait état des possibilités et des limites d'implication des professeurs de sport en faveur de la prévention.

Dans les domaines importants de la thérapie et de la réduction des risques, outre l'évaluation des services d'aide et d'information ambulatoires (à ce sujet, cf. «Evaluation qualitative de trois services d'aide et d'information aux toxicomanes dans trois villes suisses en 1996» de Gauthier, Weilenmann et Peters, chapitre 3), on retrouve au premier plan les personnes dépendantes traitées en institution (traitements qui à l'époque étaient essentiellement orientés vers l'abstinence).

L'article «Drogenabhängige in stationärer Behandlung – Durchführbarkeitsstudie zur Implementierung einer nationalen Klientendokumentation und Verlaufsevaluation» (chapitre 3) de Dobler-Mikola, Schaaf et Uchtenhagen explicite l'importance d'un système de documentation basé sur les statistiques anonymisées relatives aux patients et exploité en commun par les institutions.

L'exécution pénale peut elle aussi être envisagée comme une forme particulière de traitement en institution. Il ressort des évaluations (toutes deux au chapitre 4) de Nelles (prévention du VIH/sida en milieu carcéral) et de Karger, Berger et Uchtenhagen (prophylaxie de l'infection et promotion de la santé en milieu carcéral) que cette thématique a représenté et représente encore un défi, tant pour les experts en matière de prévention que pour les personnes détenues et les établissements pénitentiaires.

Quant aux migrants, ils représentent un groupe cible auquel doit être accordée une importance particulière, et qui nécessite une approche spécifique.

Avec l'évaluation du projet d'inter-réseau «Internetz», projet de réseau pour la promotion de la santé - pour et par les migrants dans la région de Bâle - (Spreyermann et Steiner, chapitre 2.2), les premiers jalons ont été posés.

Outre le domaine des drogues illégales, des mesures concernant l'alcool et le tabac ont également été soumises à l'analyse.

L'importance croissante, au sein de l'OFSP, de la prévention contre l'alcool et le tabac s'inscrit déjà dans l'article de Yersin et Decrey traitant de l'évaluation d'un projet aux enjeux importants, le «Projet-pilote d'Unité multidisciplinaire d'alcoologie en milieu sanitaire hospitalier et ambulatoire» (chapitre 3).

Ce dernier comporte une offre de formation et d'intervention intégrée en milieu hospitalier et en cabinet médical, en vue d'un diagnostic approprié et d'une proposition de traitement pour des patients confrontés à une consommation problématique d'alcool, alors même qu'ils viennent consulter premièrement pour une autre raison.

Ce projet a conduit à la reconnaissance de l'alcoologie comme discipline médicale indépendante, et à la création d'une unité multidisciplinaire d'alcoologie au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), à Lausanne. D'autres institutions ont repris l'idée.

A l'évidence, le diagnostic de problèmes liés à l'alcool a pu être amélioré grâce à des moyens relativement simples, et un certain nombre de médecins ont adhéré à la cause du dépistage précoce des problèmes liés à l'alcool.

Un autre succès est le fait d'avoir pu convaincre des médecins de s'associer à la prévention contre le tabagisme, telle que décrite dans le programme national «Vivre sans tabac» (chapitre 2.1).

### *Phase 3: 1997 – 2000 Systématisation et extension des efforts d'évaluation*

Après le lancement de projets et de programmes d'évaluation censés livrer une mine d'expériences, il est question dans cette troisième phase de la systématisation et de l'extension des efforts d'évaluation, encouragées par la création d'un manuel d'évaluation. Ce manuel a pour but d'assurer l'auto-évaluation de chaque projet financé par l'OFSP, de même que, dans certains cas, l'évaluation confiée à des spécialistes externes.

L'élargissement de l'évaluation a pris en compte, outre les stratégies, les projets et les programmes en matière de drogues illégales, l'ensemble des mesures concernant l'alcool et le tabac. L'OFSP a mandaté des évaluations correspondant à ces aspects stratégiques. Les travaux de Bolliger-Salzmann, Cloetta, Bähler, Müller et Hofman relatifs à l'évaluation intégrale des mesures envisagées contre le tabagisme 1996-1999 (chapitre 1.3) révèlent dans quelle mesure une évaluation externe peut s'avérer appropriée pour influencer également des stratégies nationales. L'étude indique entre autres les facteurs à prendre en compte pour une meilleure collaboration entre l'OFSP et ses partenaires du terrain

(au niveau de la répartition des tâches), ceci en tenant compte du fait que le contexte socio-politique rend difficile une prévention efficace contre le tabagisme. Les connaissances acquises ont eu une influence considérable sur la reformulation des nouvelles mesures contre le tabac 2001-2004.

Dans le domaine de l'alcoolisme également, de nouvelles stratégies ont été analysées, comme le montre l'évaluation intégrale du programme national contre l'alcoolisme «Ca débouche sur quoi? 1999-2002» de Peters, Furrer et Bolliger-Salzmann (chapitre 1.2). Le fait que des résultats partiels de cette évaluation furent pris en compte dans la procédure de développement des mesures s'inscrit dans la tradition d'évaluation dont se réclame l'OFSP. Cette procédure d'assimilation peut être brièvement décrite comme suit: la critique énoncée amène une discussion orientée vers les objectifs; les résultats de la discussion influencent les décisions qui à leur tour doivent s'adapter aux circonstances actuelles.

La stratégie d'ensemble «migration et santé» fut également soumise à une évaluation globale. A ce sujet, cf. Migration et santé – Evaluation du «Programme global migration et santé» de l'Office fédéral de la santé publique par Cattacin, Chimienti, Efnay et Losa (chapitre 1.4).

Aux yeux de l'OFSP, le domaine de la formation continue en matière de dépendances revêt également une importance certaine. A ce sujet, il convient de mentionner l'évaluation d'ensemble des situations de formation continue des spécialistes du terrain de Wicki (cf. chapitre 1.1). Bien qu'il s'agisse d'une étude plus ancienne, elle a toute son importance puisque les conseils qui y figurent ont contribué à la réorganisation de la politique de formation continue prônée par l'OFSP en matière de dépendances. La mise en place d'une commission d'experts en fut la conséquence. Cette dernière élaborait un concept intitulé «Formation continue en matière de dépendances», qui permit à l'OFSP d'acquiescer le rôle de «leader» sur le terrain. En substance, la nouvelle politique de formation continue réside dans la promotion et le soutien financier de programmes de formation (abandon du financement d'institutions) dispensés par des institutions de formation existantes. A ce sujet, cf. l'article concernant l'évaluation de nouveaux concepts de formation continue: «Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich: Evaluation des neuen Weiterbildungskonzeptes» par Binder, Furrer, Maggi et Cattacin (chapitre 1.1 également).

Les conditions politiques qui influencent la transposition des mesures fédérales en matière de drogues, particulièrement au niveau cantonal, et qui ont un très grand effet en ce qui concerne le succès ou



l'échec de ces dernières, sont actuellement soumises à une évaluation. Cf. à ce sujet la contribution de Kübler, Widmer et Rüegg concernant l'ancrage politique des mesures en matière de dépendances (chapitre 1.1).

Le Conseil fédéral envisage également de soumettre à une évaluation les structures internes à l'administration et les dispositions en matière de prévention. La plate-forme de coordination et de services dans le domaine des drogues en Suisse, instituée en 1996 par le Conseil fédéral, en est un exemple (Coordination, modération, information: évaluation de la «plate-forme de coordination et de services dans le domaine des drogues» par Cattacin, Oesch et Verkooyen, chapitre 1.1).

### Qu'avons-nous retenu des évaluations faites jusqu'à présent?

Dans le cadre de l'ensemble du programme de mesures destinées à réduire les problèmes de drogue, l'évaluation démontre que les principaux objectifs définis ont été largement atteints, notamment celui de la stabilisation du nombre de toxicomanes depuis 1993. A l'heure actuelle, il semble que l'héroïne n'attire plus guère les nouveaux consommateurs. On ne sait pas vraiment s'il s'agit là d'un phénomène de mode ou de l'effet des mesures appliquées. Toutefois, si nous essayons d'interpréter correctement les données en jeu, l'augmentation de la consommation de nicotine, de cannabis, d'ecstasy et d'alcool chez les jeunes fait l'effet d'une bombe à retardement qui, si l'on en croit les expériences des années passées, conduira à moyen terme à l'augmentation de la consommation de drogues illégales. L'objectif urgent des années à venir réside donc dans la réduction de la consommation d'alcool et de tabac chez les jeunes. L'évaluation peut contribuer ici de manière décisive à améliorer les stratégies et les programmes.

Au niveau thérapeutique et de la prévention secondaire, il reste également beaucoup à faire, tant sur le plan du dépistage précoce de personnes dépendantes qu'au niveau de l'offre thérapeutique à proprement parler ou, enfin, de la réduction des risques (VIH/sida, hépatites, tuberculose, etc). Pour ce qui concerne la réduction des risques, il convient d'accorder une importance particulière aux hépatites. Ces dernières sont souvent répandues de manière inquiétante chez les consommateurs de drogues, par méconnaissance de ces infections – méconnaissance partagée au-delà du cercle des consommateurs (cf. par exemple Nelles et Karger, Berger et Uchtenhagen, chapitre 4).

A quelles conditions un nouveau projet pourra-t-il s'imposer avec succès aux différents niveaux?

Nous énumérons ci-dessous quelques caractéristiques de réussite aux différents niveaux:

- L'évaluation devrait dès le départ être prise en compte dans la planification des stratégies, des programmes et des projets.
- Les objectifs de la stratégie, du programme ou du projet doivent être formulés de façon claire et empiriquement vérifiable, en précisant les groupes-cibles sollicités, le domaine concerné et les périodes critiques significatives. Il convient de vérifier régulièrement, idéalement tous les 6 mois, si les objectifs intermédiaires ont été atteints et les groupes-cibles visés abordés. Cela encourage une communication rapide et efficace de la part des évaluateurs. Les résultats de l'évaluation devraient être pris en compte dans la planification d'étapes ultérieures.
- Lors de la formulation des objectifs, il convient de mentionner un problème susceptible d'être perçu par tous les acteurs, et capable d'évoluer de façon également perceptible, par le biais de la stratégie, du projet ou du programme, vers une diminution ou une résolution (exemples de problèmes: consommation trop élevée d'alcool pour l'ensemble de la population, augmentation du nombre de fumeurs chez les jeunes en milieu scolaire et dans les espaces publics y attenants, nombre trop important d'adultes fumeurs ayant la garde d'enfants, trop peu de zones publiques déclarées espaces non fumeurs, offre d'assistance lacunaire pour les personnes fumant de l'héroïne, consommateurs de drogues sans domicile fixe).
- La solution envisagée devrait découler d'un concept vérifiable et bien défini; les expériences analogues menées dans le cadre de stratégies, de programmes et de projets similaires en Suisse et à l'étranger devraient offrir une base d'informations bien documentée. Ici aussi, les évaluateurs devraient être impliqués assez tôt.
- La stratégie mise en œuvre devrait être largement étayée par tous les acteurs-clés. Dans le cadre d'un programme, tous les acteurs concernés devraient être sollicités dès le début et impliqués. Quant aux projets, ils devraient reposer sur un groupe de personnes engagées, les projets s'appuyant sur une seule personne, quoique charismatiques, s'étant révélés très fragiles.
- La stratégie, le projet ou le programme devrait être énergiquement soutenu(e) par des décideurs et des dirigeants aussi bien politiques que non gouvernementaux. Ce soutien devrait être fixé par écrit. Dans la mesure du possible, les structures et dispositions existantes devraient pouvoir être adaptées, ce qui faciliterait le développement durable du projet. Les nouvelles dispositions devraient bénéficier, grâce aux conditions politiques générales, d'une durée d'au moins trois ans garantis, en plus d'un plan de financement à long terme.

- Le mode d’institutionnalisation (règles, prétentions formelles et de l’ordre de la conception) devrait être régulièrement contrôlé, afin d’éviter toute paralysie et bureaucratisation autosuffisante et sclérosée négligeant les groupes-cibles.
- Les stratégies seront menées avec succès si elles s’adaptent à un groupe-cible clairement défini et si elles impliquent certains acteurs privilégiés en tant que piliers (ainsi par exemple les décideurs et les experts en matière de dépendances, tels que le corps médical, la police – pour n’en citer que quelques-uns).
- L’effectif optimal des groupes-cibles pour un nouveau projet se situe entre 30 et 80 personnes. Les projets trop modestes risquent d’être fortement menacés par un tarissement des ressources. Dans le cas de projets trop ambitieux, le personnel est surchargé.
- Lors de la mise sur pied d’un projet, tous les groupes et tous les acteurs devraient être sollicités (groupes-cibles concernés, administration municipale et cantonale, commissions, administration de la santé, de l’éducation et de la justice, experts et travailleurs sociaux, médecins, pharmaciens et autres personnes impliquées, comme les représentants des médias, les voisins, les restaurateurs, les conducteurs de bus, les gérants de magasin), et même ceux qui ne s’identifient pas à la philosophie des initiateurs du projet, ou d’éventuels opposants (associations de quartier, groupements politiques...).
- Il convient de prêter une importance toute particulière à l’intégration du personnel déjà en place à l’organisation du projet.
- De fortes fluctuations au niveau du personnel et un taux d’absentéisme élevé pour cause de maladie mettent sévèrement en danger projets et programmes, et sont révélateurs d’un grand potentiel de développement au sein de l’équipe dirigeante.
- Il convient de mettre sur pied des plates-formes d’échange soutenant une procédure d’apprentissage commune aux acteurs concernés dans le cadre des stratégies, des programmes et des projets, favorisant ainsi la discussion de tous les problèmes rencontrés.
- Le fait de dissocier la direction financière de la direction professionnelle peut s’avérer judicieux, surtout pour les projets de grande envergure, mais peut souvent conduire à des conflits de personnes au risque de tarir les ressources. Une claire répartition des compétences incluant une instance de décision arbitrale joue un rôle stabilisateur.
- La mise en réseau intensive des nouvelles possibilités avec les offres préexistantes consolide un projet.

Nous ne voudrions pas anticiper les conclusions que sauront tirer les personnes à qui s’adresse le présent volume. Voilà pourquoi, chère lectrice, cher lec-

teur, nous vous laissons le soin de vous en faire vous-même une image. Nous espérons que cet ouvrage vous offrira de nombreuses suggestions, et vous permettra de réfléchir à votre exercice pratique actuel et d’oser emprunter de nouveaux chemins.

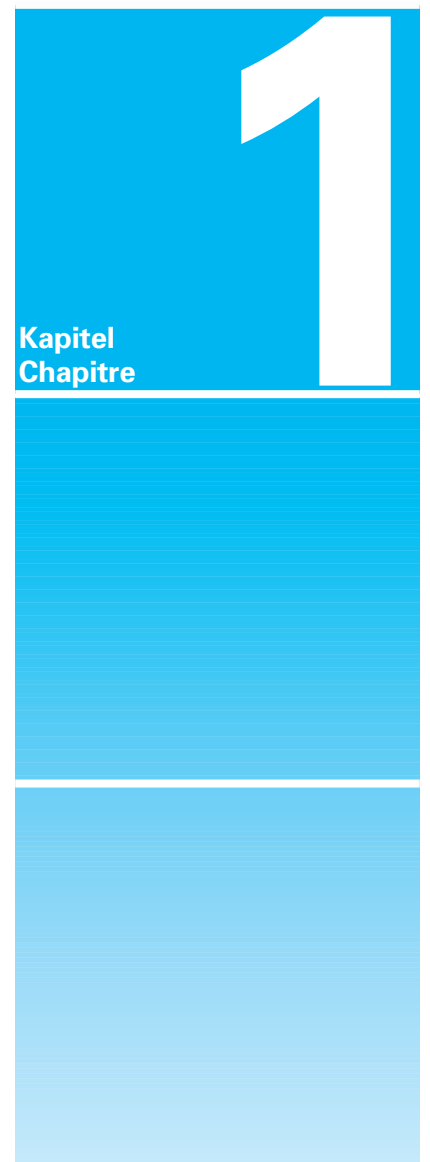
Car le but de l’évaluation ne consiste pas à vouloir prouver un état de fait, mais bien à contribuer à l’améliorer.

*«The most important purpose of evaluation is not to prove, but to improve»* (Stufflebeam, 1968).

## Bibliographie

1. Estermann J. Sozialepidemiologie des Drogenkonsums und Auswirkungen der Drogenrepression. In (Office fédéral de la santé publique, eds): Recherches de l’OFSP en matière de dépendances 1996–98, volume 1:101-4. BBL/EDMZ, Berne, 2000 (peut également être consulté sous: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)).
2. Estermann J. Sozialepidemiologie des Drogenkonsums. Zu Prävalenz und Inzidenz des Heroin- und Kokaingebrauchs und dessen polizeilicher Verfolgung. VWB Berlin, 1996.
3. Fornerod S. A quoi et à qui servent les évaluations? Une recherche sur la place des évaluations dans le processus de décision et d’apprentissage dans l’administration fédérale. Mémoire de Master à l’IDHEAP. IDHEAP, Lausanne, 2001.
4. Office fédéral de la santé publique, Unité d’évaluation. Guide pour la planification de l’Evaluation de projets ou programmes de santé. OFSP, Berne, 1997.
5. Stufflebeam DL. Evaluation as Enlightenment for Decision-Making. Columbus, Ohio State University Evaluation Center, 1968.
6. Von Aarburg H-P, Oppitz M. Heroindampfscheibenwirbel. Eine kulturanthropologische und ethnopsychanalytische Studie des Folierrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995. In (Office fédéral de la santé publique, eds): Recherches de l’OFSP en matière de dépendances 1996–98, volume 2:105-11. BBL/EDMZ, Berne, 2000 (peut également être consulté sous: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)).
7. Von Aarburg H-P. Heroindampfscheibenwirbel. Eine kulturanthropologische und ethnopsychanalytische Studie des Folierrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995. VWB/Orlux, Berlin/Luzern, 1998.

# **Evaluation strategischer Massnahmen/ Evaluation des mesures stratégiques**





## **1.1 Illegale Drogen/ Drogues illégales**

1.2 Alkohol/  
Alcool

1.3 Tabak/  
Tabac

1.4 Migration und Gesundheit/  
Migration et Santé

# Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie (1997–99)\*

**Christophe Kellerhals, Jean-Pierre Gervasoni, Frank Zobel, Françoise Dubois-Arber, Brenda Spencer, André Jeannin, Fabienne Benninghoff, Fred Paccaud**, Unité d'évaluation de programmes de prévention de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

## Résumé

L'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) évalue le train de mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie depuis 1991. Le présent document porte sur la troisième période d'évaluation, soit de 1997 à 1999. Le concept d'évaluation retenu considère les éléments de conception/planification, de mise en œuvre et de résultats du ProMeDro (Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue), ainsi que les éléments pertinents de l'environnement social. L'évaluation accompagne la mise en œuvre des mesures et observe les résultats, elle se construit et se complète au fil du temps. Les divers éléments de la stratégie sont appréhendés au travers d'un ensemble d'études et d'analyses complémentaires, dont la combinaison permet d'obtenir une vision synthétique de la situation. Ainsi, trois études ont notamment été menées dans ce cadre: une enquête auprès des partenaires de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), une étude des modes de délégation de l'OFSP et une étude portant sur les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogue. L'évaluation fait également une synthèse de la situation épidémiologique de la consommation de drogues en Suisse.

## Key Words

Drug Related Problems,  
Strategic Evaluation,  
National Prevention,  
Harm Reduction,  
Epidemiology,  
Coordination,  
Therapy,  
Research,  
Training,  
Migrants,  
Prison

## 1. Introduction

Le Conseil fédéral a mis en place en 1991 un programme de mesures destinées à réduire les problèmes de drogue (ProMeDro<sup>a</sup>). Les interventions fédérales, qui visent à soutenir les efforts des cantons, des communes et des organisations privées (principe de complémentarité), constituent l'une des composantes essentielles de la politique suisse de lutte contre les problèmes liés à la toxicomanie. Cette politique définie par le Conseil fédéral est dénommée «politique des quatre piliers», puisqu'elle repose sur 1) la prévention, 2) la thérapie et la réintégration, 3) la réduction des risques et l'aide à la survie, et 4) la répression et le contrôle.

Les buts du ProMeDro correspondent aux trois piliers dont l'OFSP a la charge. Ils se définissent ainsi:

- diminuer l'entrée dans la consommation de drogues et éviter l'évolution vers une dépendance (prévention)
- améliorer les possibilités de sortie de la toxicomanie (thérapie et réintégration)
- améliorer les conditions de vie et la santé des personnes qui consomment des drogues, réduire les risques et maintenir leur intégration sociale (réduction des risques et aide à la survie).

Dès 1991, l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Lausanne (IUMSP) s'est vu confier l'évaluation globale du paquet de mesures. Le concept d'évaluation retenu consiste en une approche capable d'appréhender les éléments de conception/planification, de mise en œuvre et de résultats du ProMeDro, ainsi que les éléments pertinents de l'environnement social. L'évaluation accompagne la mise en œuvre des mesures et observe les résultats, elle se construit et se complète au fil du temps. Les divers éléments de la stratégie sont appréhendés au travers d'un ensemble d'études et d'analyses complémentaires, dont la

<sup>a</sup> Les buts, stratégies et programmes de mesures de ProMeDro sont fixés dans un document de référence établi par la Direction de l'OFSP et adopté par la Cheffe du Département de l'Intérieur: «Programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro) 1998–2002». Berne: OFSP, 1998.

\* Cette évaluation a été soutenue par le contrat n° 5755 A-B-C de l'Office fédéral de la santé publique.

combinaison permet d'obtenir une vision synthétique de la situation. Ce document porte sur la troisième période d'évaluation, de 1997 à 1999.

Les données épidémiologiques disponibles font état des tendances suivantes: *sur le plan de la consommation*, le nombre estimé de consommateurs réguliers et dépendants (héroïne et/ou cocaïne) paraît s'être stabilisé autour de 30 000. Toutefois, la consommation de cocaïne et la polytoxicomanie semblent être en hausse parmi ces consommateurs. Chez les adolescents et les jeunes adultes, la consommation de cannabis et de drogues légales (alcool, tabac) est en hausse (consommation de cannabis une fois au moins: 33% en 1997, contre 22% en 1994).

*Sur le plan de la morbidité et de la mortalité*, on observe une régression constante des décès liés à la drogue (181 en 1999 contre 405 en 1991) et des nouvelles infections par le VIH. Le programme de prescription de stupéfiants sous contrôle médical a notamment permis de nettement améliorer la santé des personnes bénéficiant de ce type de prise en charge.

*Sur le plan de la thérapie*, le nombre de traitements à la méthadone continue de croître (15382 en 1997), tout comme la prescription de stupéfiants sous contrôle médical (1056 en 1998). L'évolution des places dans le secteur résidentiel est plus difficile à quantifier. Un récent inventaire indique toutefois l'existence de 126 institutions offrant 1950 places de traitements et thérapies. Ces dernières viennent compléter l'utilisation générale des soins de santé primaires; par ailleurs, on constate que la population cachée de consommateurs est apparemment peu importante [1], ce qui, dans l'ensemble, indique que le réseau socio-sanitaire parvient à atteindre les personnes dépendantes.

*Sur le plan de la situation sociale*, les grandes scènes ouvertes n'ont pas fait de réapparition, mais nombre de consommateurs restent marginalisés et vivent encore dans une situation précaire.

Ci-après figurent le résumé de la conception et de la mise en œuvre des trois piliers dont l'OFSP a la charge, ainsi que les conclusions et recommandations principales.

## 2. Déroulement de l'étude/Méthode

### 2.1 Rappel des deux premières phases de l'évaluation (1990–1992, 1993–1996)

En 1991, la Confédération a commencé à intervenir de manière conséquente dans un champ de la santé

qui n'était pas nouveau (la dépendance aux drogues illégales), et pour lequel des mesures dans les domaines relatifs aux trois piliers existaient déjà depuis longtemps aux niveaux cantonal et supracantonal. Il s'agissait donc pour l'OFSP de les renforcer et de les compléter (principe de complémentarité). L'action de la Confédération et surtout ses effets étaient donc difficiles à délimiter et à évaluer.

En ce qui concerne le champ de la recherche et de la statistique, il existait déjà un corpus de données (incomplet et encore insatisfaisant) et surtout des acteurs ayant établi leur domaine de compétence.

Compte tenu de cet état de fait, le premier souci de l'OFSP fut de demander un bilan de situation précédé d'une réflexion sur les différents indicateurs de consommation et de gravité disponibles ou souhaitables [2, 3]. Lors de ce bilan, une définition de l'approche d'évaluation avait été esquissée: celle-ci devait être globale, posséder une forte composante «goal-based» (la partie épidémiologique qui fait la synthèse des données sur la prévalence de la consommation et la gravité des problèmes liés à la consommation) et comprendre aussi la collection systématique d'informations relatives aux processus décisionnels, aux activités, aux caractéristiques et aux effets des mesures mises en œuvre, ainsi qu'à leur environnement [4].

Les évaluations des programmes spécifiques et des projets lancés depuis 1991, par ou avec le soutien de l'OFSP, ne faisaient en principe pas partie de l'évaluation globale. Elles ont d'ailleurs été confiées à d'autres chercheurs («PROVE», «Drogues ou sports», formation des intervenants, etc.). L'évaluation globale pouvait toutefois entrer en matière sur de telles tâches à la demande de l'OFSP. Une part importante de l'évaluation du ProMeDro a donc consisté en l'exploitation de données issues de recherches ou de statistiques existantes.

### 2.2 Troisième phase (1997–1999) et concept de l'évaluation globale (1997–2002)

Dans le cadre du nouveau programme de mesures de l'OFSP (ProMeDro), la troisième phase de l'évaluation [5] s'appuie sur les objectifs et tâches définis pour la période 1997–2002. L'évaluation globale telle que définie en accord avec l'OFSP a notamment été établie sur la base d'un document produit par l'OFSP et largement discutée entre les évaluateurs et les responsables de l'OFSP.

Le concept d'évaluation retenu consiste en une approche d'évaluation globale, capable d'appréhender

der les éléments de conception/planification, de mise en œuvre et de résultats du ProMeDro (outputs et outcomes<sup>b</sup>), ainsi que les éléments pertinents de l'environnement social. Il s'agit donc, au fil du temps, d'examiner et d'éclairer les divers composants de la stratégie et de ses effets. L'évaluation est accompagnante de la mise en œuvre des mesures et observatrice de ses résultats, elle se construit et se complète au fil du temps. Les divers éléments de la stratégie sont appréhendés au travers d'un ensemble d'études et d'analyses complémentaires, dont la combinaison permet d'obtenir une vision synthétique de la situation.

Enfin, l'approche est centrée sur l'utilisateur: c'est-à-dire que l'accent est mis sur la pertinence et l'adéquation de l'évaluation vis-à-vis de la situation à évaluer, aux questions qui lui sont posées et aux besoins de l'utilisateur (ou des utilisateurs). L'évaluation peut s'adapter aux évolutions du questionnement. Cette approche, qui n'est pas un «modèle» en soi, permet une grande liberté dans le choix et la combinaison des méthodes utilisées pour répondre aux multiples questions posées dans une évaluation globale.

L'OFSP souhaite savoir si ce qu'il entreprend est adéquat et dans quelle mesure et comment son action peut être améliorée. Il souhaite donc obtenir un feedback régulier sur le développement, la pertinence, et l'efficacité de ses actions. Les résultats de l'évaluation sont donc régulièrement restitués aux responsables des divers domaines de façon à permettre, le cas échéant, des ajustements dans la stratégie.

En résumé, l'évaluation globale prend donc en compte d'une part le ProMeDro dans son ensemble, et d'autre part des éléments pertinents et prioritaires des divers domaines qui le composent. C'est bien la politique de la Confédération qui est le centre de l'intérêt, les politiques cantonales n'entrant en principe pas en ligne de compte, sauf marginalement et davantage dans l'optique de l'examen de l'environnement dans lequel s'insèrent les mesures. Il est clair que l'évaluation ne peut couvrir tous les domaines de façon équitable, des choix sont faits, en concertation avec l'OFSP, après un premier «balayage» sur la réflexion stratégique et l'implantation des mesures par l'OFSP.

**Tableau 1: Etudes et analyses complémentaires menées par le programme d'évaluation, phases I, II et III**

Domaines	Phase I, 1990–1992	Phase II, 1993–1996	Phase III, 1997–1999
<b>Contexte</b>	Analyse de la presse Représentations et attitudes de la population suisse au sujet de problèmes liés à la drogue	Analyse de la presse Représentations et attitudes de la population suisse au sujet de problèmes liés à la drogue	Analyse de la presse Représentations et attitudes de la population suisse au sujet de problèmes liés à la drogue Etude partenaires Etude police
<b>Stratégie de l'OFSP</b>		Série d'interviews avec les responsables de chaque domaine de l'OFSP	Série d'interviews avec les responsables de chaque domaine de l'OFSP Etude conception/planification Etude modes de délégation
<b>Prévention primaire et secondaire</b>	Evaluation de la phase 1 de la campagne nationale de sensibilisation	Evaluation de la phase 3 de la campagne nationale de sensibilisation et de l'Action «Cirque» Elaboration de la politique de l'OFSP en matière de prévention secondaire Analyse des représentations de la prévention et de la consommation de drogues chez des groupes de jeunes	
<b>Traitement / assistance / réduction des risques</b>		Monitoring des activités des centres à bas seuil <sup>1</sup> Evaluation ABFD («Aufenthalts- und Betreuungsraum für Drogenabhängige») Lucerne	Monitoring des activités des centres à bas seuil
<b>Situation épidémiologique</b>	Etude de la consommation de drogues chez les adolescents (analyse secondaire d'enquêtes de population)  Analyse et synthèse des données épidémiologiques	Etude des clientèles des centres à bas seuil  Etude de la «population cachée»  Analyse et synthèse des données épidémiologiques	Analyse complémentaires des études des clientèles des centres à bas seuil  Analyse complémentaire de l'étude de la «population cachée» Analyse et synthèse des données épidémiologiques
<b>Autres sources de données</b>	Analyse et synthèse d'autres évaluations	Analyse et synthèse d'autres évaluations	Analyse et synthèse d'autres évaluations

<sup>1</sup> Structures spécifiques (local, bus) destinées aux consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Elles n'offrent pas de traitement, mais diverses prestations entrant dans le cadre de la réduction des risques et de l'aide à la survie (matériel d'injection, préservatifs, lieu de repos, conseil, assistance médicale de base, etc.). De plus, elles respectent l'anonymat.

<sup>b</sup> Par output nous entendons les résultats directs du programme en termes de processus (combien d'actions réalisées, de gens touchés, d'organisations participant aux actions, etc.) et par outcome les résultats sur les cibles du programme, les effets à proprement parler (les changements dans la prévalence de la consommation, les formes de consommation, l'état de santé des consommateurs, leur insertion sociale, etc.).

**Tableau 2: Mandats, auteurs et rapports publiés concernant les études complémentaires menées par le programme d'évaluation phases I, II et III**

Mandataire	Durée du mandat	Titre du mandat	Rapport publié
Nom et Institution IPSO Sozial- und Umfrageforschung, Zürich	1. – 30.10.1991	Etude de population sur les attitudes et les opinions de la population suisse face au problème des toxicomanies et à l'égard des consommateurs de drogues. Situation initiale 1991, avant le lancement de la campagne drogues.	Zeugin P, Panchaud C. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: phase I. Base-Line-Befragung zur nationalen Drogenkampagne 1991. Enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 81.1).
DEMOScope Marktforschungsinstitut AG	Janvier 1992	Enquête auprès de la population suisse pour étudier la visibilité, l'acceptabilité et la compréhension de la part du public de la première phase de la campagne de sensibilisation organisée par l'OFSP	Leuthold A, Cattaneo M. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase I. Sichtbarkeit und Akzeptanz der Phase I der nationalen Drogenkampagne 1991-1992. Ergebnisse einer Umfrage. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 81.2).
Université de Fribourg, Institut de journalisme. Prof. Jean Widmer	01.01.1992 30.04.1992	Le discours sur la drogue dans les médias (Argus)	Widmer J, Zbinden Zingg P. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: phase I. Discours sur la drogue dans les médias suisses 1991. Résultats de deux recherches sur la presse écrite d'octobre à décembre 1991. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 81.3).
DEMOScope Marktforschungsinstitut AG	Février 1993	Etude de la visibilité et acceptabilité de la troisième phase de la campagne de l'OFSP de prévention de la toxicomanie	Publié dans le cadre du deuxième apport de synthèse 1991-1996 sur l'évaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Phase II (CahRechDoc IUMSP, n° 111).
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel	01.03.1992 31.03.1994	Evaluation du projet «Aufenthalts- und Betreuungsraum für Drogenabhängige (ABfD)» de la ville de Lucerne	Ronco C, Spuhler G. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase II. Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern: Schlussbericht. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.1).
Université de Fribourg, Institut de journalisme. Prof. Jean Widmer	01.11.1992 28.02.1995	Discours sur la drogue dans les médias suisses, 1993-1994	Boller B. Der Drogendiskurs der Schweizer Presse: Zweijahresbericht 1993-1994. Eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.2).
Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies ISPA, Lausanne	01.12.1993 31.07.1994	Prävention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil	Fahrenkrug H. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Prävention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.3).

<b>Mandataire</b>	<b>Durée du mandat</b>	<b>Titre du mandat</b>	<b>Rapport publié</b>
Nom et Institution Université de Fribourg, Institut de journalisme. Prof. Jean Widmer	1993–1994	Evaluation de l'action Cirque	Boller B, Martin G. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Aktion Zirkus: Bericht für 1993 und 1994. Evaluation einer Präventions- und Sensibilisierungskampagne des BAG. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.4).
IPSO Sozialforschung, Dübendorf	Février 1994	Enquête de population (phase T1) sur les attitudes et les opinions de la population suisse face au problème des toxicomanies et à l'égard des consommateurs de drogues	Heim G, IPSO Sozialforschung, Dübendorf. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Repräsentative Befragung (Phase T1) zu Wahrnehmung und Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -konsum. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.5).
Université de Fribourg, Institut de journalisme. Prof. Jean Widmer	01.06.1995 01.02.1997	Discours sur la drogue dans les médias suisses 1995-1996	Boller B, Coray R, Widmer J. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien I. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.6).  Widmer J, Tröhler M, Ingold G, Terzi C. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien II. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.8).  Boller B, Coray R. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Der Drogendiskurs der Schweizer Presse: Dreijahresbericht 1993-1995. Eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.9).  Widmer J, Boller B, Coray C. Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit: Logik der Medien und Institutionen. Basel/Frankfurt a.M.: Helbing & Lichtenhahn; 1997.
Institut de recherche sur l'environnement construit IREC, Lausanne. Prof. M. Bassand	01.11.1993 31.01.1995	Les personnes consommatrices de drogues illégales sans prise en charge médicale	Kübler D, Hausser D. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical: étude exploratoire auprès d'une population cachée. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.7).

Mandataire Nom et Institution	Durée du mandat	Titre du mandat	Rapport publié
Université de Fribourg, Institut de journalisme. Prof. Jean Widmer	01.10.1997 28.02.1998	Observatoire du discours sur la drogue dans la presse suisse, 1997	Publié dans le cadre du troisième rapport de synthèse 1997-1999 sur l'évaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000.
Institut de recherche sur l'environnement construit IREC, EPFL, Lausanne		Investigation complémentaire de l'étude suisse sur la population cachée	Hausser D, Kübler D, Dubois-Arber F. Characteristics of heroin and cocaine users unknown to treatment agencies. Results from the Swiss hidden population study. <i>Soz Praeventiv-med</i> 1999;44:222-32.  Kübler D, Hausser D, Gervasoni JP. The characteristics of «new users» of cocaine and heroin unknown to treatment agencies: results from the Swiss hidden population study. <i>Addiction</i> 2000;95(10):1561-71.
Marie-Louise Ernst, Monique Aeschbacher	01.10.1998 31.05.1999	Les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues	Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B. <i>Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich</i> . Lausanne: IUMSP, 1999 (Raisons de santé, n° 37a).  Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B. Les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues: IUMSP, 2000 (Raisons de santé, n° 37b).

### 2.3 Buts généraux et questions centrales de l'évaluation

Les buts généraux de l'évaluation sont:

- Fournir une information qui puisse contribuer à l'amélioration des mesures prises par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro
- Aider les responsables du développement et de la mise en œuvre du ProMeDro à prendre des décisions adéquates
- Aider à faire des choix entre diverses options le cas échéant

Les trois questions centrales de l'évaluation posées par l'OFSP sont:

1. Observe-t-on des effets du ProMeDro allant dans le sens des buts poursuivis?
2. Est-ce que ces effets sont obtenus de la manière la plus appropriée (en termes de pertinence, de conformité à ce qui a été planifié, d'efficacité et d'efficience)?
3. Peut-on identifier des facteurs qui ont été décisifs pour atteindre les objectifs du ProMeDro?

Il n'est pas facile de répondre directement à toutes ces questions et le travail d'approfondissement et d'opérationnalisation de ces questions constitue la toute première tâche de l'évaluation (en collaboration avec l'OFSP). Il s'agit de proposer, entre autres, des indicateurs dont le suivi permettra de répondre de façon différenciée à ces questions très globales.

### 2.4 Méthodologie de l'évaluation globale

Les tableaux 1 et 2 présentent l'ensemble des études et analyses qui composent l'évaluation globale.

L'étude de la conception/planification a permis de clarifier les concepts de l'OFSP et de générer une nouvelle série d'indicateurs de processus, de résultats et d'environnement par domaines qui sont suivis et analysés dans l'étude de la mise en œuvre du ProMeDro. Les indicateurs utilisés dans les deux premières phases de l'évaluation (1990-96) ont également été revus et affinés lors de cette étape.

L'étude des modes de délégation de l'OFSP [8] s'inscrit dans l'analyse d'un mode de faire de plus en plus fréquent à l'OFSP. Le recours à la délégation est également un des résultats du passage d'une logique de l'action à celle de coordination.



L'enquête auprès des partenaires de l'OFSP [9] vient compléter l'information sur la collaboration, le niveau de connaissance, la perception qu'ont ceux-ci de l'action et de la politique menées par l'OFSP dans le cadre du ProMeDro.

Finalement, l'étude sur les aspects sanitaires du travail de la police auprès des consommateurs de drogues [10] fournit des informations qui devraient aider l'OFSP dans le développement de la collaboration avec le secteur de la répression.

Les analyses complémentaires d'études ou de données épidémiologiques ont nécessité la mise sur pied d'un système de documentation comportant une mise à jour régulière. Les divers rapports d'études, d'évaluations et de recherches sont classés de manière systématique et proactive. Une partie de ces analyses complémentaires se font sur la base d'études menées directement dans le cadre de l'évaluation globale (cf. tableaux 1 et 2). Une autre partie se fait sur la base d'une revue de la littérature en continu et sur les documents disponibles dans notre service de documentation.

## 2.5 Mise en garde

Il convient toutefois de rappeler que la question de la causalité entre des «effets» observés et les actions entreprises doit toujours être relativisée, ne serait-ce que parce que ces actions ne surviennent pas dans un «vide d'intervention» ou un «vide social», mais dans un environnement où de nombreux acteurs et phénomènes sociaux sont à l'œuvre. On peut aussi raisonnablement affirmer que tous ces phénomènes n'ont pas une influence de même sens sur les indicateurs retenus. Les données recueillies sont soumises à un jugement, une interprétation qui doit en quelque sorte estimer le poids de l'évidence. La confrontation de diverses sources de données est donc nécessaire (triangulation).

## 3. Résultats

Les résultats sont présentés en trois parties: prévention, thérapie et réduction des risques, en référence aux piliers de cette politique.

### 3.1 Prévention

#### 3.1.1 Conception et planification de la prévention

La politique de l'OFSP vise essentiellement les jeunes et, de manière croissante, ceux présentant des problèmes pouvant être associés à des facteurs

de risque liés à l'instauration ou à l'aggravation d'une consommation de stupéfiants (prévention secondaire).

L'objectif de l'OFSP est de multiplier les projets et d'inscrire la prévention et la promotion de la santé dans l'univers immédiat des jeunes. Pour atteindre cet objectif, il se propose de développer des programmes-cadres nationaux, ciblant les lieux de vie des jeunes (écoles, foyers, associations, clubs sportifs). Ces programmes mettent à disposition des intervenants une aide financière, un soutien logistique et une participation à des forums d'échanges d'expériences. Cette stratégie permet à l'OFSP d'intervenir sur les orientations et les conditions générales de la prévention en Suisse, tout en laissant une grande marge de manœuvre aux acteurs de terrain.

Parallèlement, l'OFSP s'engage dans la recherche visant à documenter les effets de la prévention secondaire. Il encourage aussi différents projets-pilotes et finance une centrale de promotion de projets de prévention dans les communes et les quartiers.

#### 3.1.2 Mise en œuvre de la prévention

Pour réaliser ses programmes-cadres, l'OFSP collabore avec différents acteurs nationaux et régionaux. En ce qui concerne les écoles (programme Ecoles et santé), il s'est associé à la Conférence des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP); quant aux autres programmes, l'OFSP a confié leur réalisation à des tiers. Ainsi, le programme visant les foyers (Fil rouge) est réalisé par la Höhere Fachschule für Sozialarbeit (HFS) de Lucerne et par le GREAT; celui visant les associations de jeunesse (Voilà) par le Conseil suisse des activités de jeunesse (CSAJ); pour le programme visant les clubs sportifs, l'OFSP est à la recherche d'un deuxième partenaire venant s'ajouter à l'école de Macolin.

Il est difficile d'évaluer avec précision l'impact conjugué de ces différents programmes, puisque chacun poursuit ses propres objectifs selon ses propres méthodes. On peut cependant noter que chacun des programmes tend actuellement à multiplier ses projets.

En ce qui concerne la recherche sur les effets de la prévention secondaire (supra-f), l'analyse du pilotage des interventions a été confiée à Pro Juventute, et les recherches per se sont menées par une équipe de chercheurs affiliés à différents centres universitaires. Quatorze projets de prévention ont été sélectionnés, qui constituent les sites de l'intervention et de la recherche.



La fondation Radix s'est vu renouveler son mandat de promotion des projets de prévention dans les communes et les quartiers. Ce mandat permet chaque année de soutenir plusieurs centaines de projets déjà éprouvés.

### 3.1.3 Conclusions

Le recours à des programmes-cadres est une stratégie bien adaptée au contexte helvétique et qui s'avère prometteuse. Toutefois, pour que cette stratégie porte ses fruits, il est souhaitable qu'elle repose sur une approche claire et sur un choix de partenaires capables de la mettre en œuvre. A l'heure actuelle, le concept de programme-cadre recouvre différents projets de prévention, qui varient selon les partenaires. Cependant, ceux-ci ne paraissent pas toujours être en mesure de s'approprier la dimension nationale que souhaiterait l'OFSP dans sa stratégie.

Le projet de recherche-intervention supra-f est particulier, puisqu'il s'agit de documenter les effets de diverses formes d'intervention préventives et, à terme, de préciser et de légitimer certaines interventions. L'évaluation note cependant que ce projet pose d'importants problèmes méthodologiques et qu'il aurait dû bénéficier d'une réflexion supplémentaire avant d'être lancé.

Le mandat de promotion de projets de prévention dans les quartiers et communes est l'un des succès de l'OFSP. Il constitue un important moyen d'atteindre un large public-cible.

Finalement, on peut regretter que l'OFSP ne cible que les jeunes, et qu'aucun programme-cadre ne cible les jeunes adultes, puisque ces derniers forment un segment important des personnes débutant une consommation de stupéfiants.

### 3.1.4 Recommandations

- L'OFSP devrait clarifier les modalités de réalisation des programmes-cadres et s'assurer de pouvoir s'appuyer sur des partenaires soucieux et capables d'implanter sa stratégie.
- L'OFSP devrait s'assurer de la pertinence méthodologique de supra-f.
- L'OFSP devrait poursuivre son soutien à des projets innovateurs et à la diffusion de ceux-ci, un secteur dans lequel il s'est avéré très efficace.
- L'OFSP devrait développer un programme-cadre visant les jeunes adultes.

## 3.2 Thérapie

### 3.2.1 Conception et planification de la thérapie

Dans le domaine des thérapies, l'OFSP intervient par une contribution structurelle axée notamment sur les dimensions de qualité et d'accessibilité de l'offre. L'objectif de cette intervention est, d'une part, le développement des compétences et de la coordination au niveau des intervenants et, d'autre part, la mise en place d'une offre de traitements diversifiée et facilement accessible aux toxicomanes.

La contribution de l'OFSP se divise en quatre secteurs aux objectifs spécifiques: résidentiel, héroïne, méthadone et milieu carcéral. Dans le secteur résidentiel, la priorité actuelle est d'élaborer un système de financement et un système d'assurance de qualité. Pour l'héroïne et la méthadone, l'objectif est l'institutionnalisation de l'offre et le soutien aux intervenants (formation, guides, information). Quant au milieu carcéral, il s'agit d'y développer les collaborations avec les acteurs de la santé.

L'OFSP poursuit aussi son implication dans différents projets d'importance: la centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles (COSTE), le programme de prescription d'héroïne sous contrôle médical (PROVE/HeGeBe), les recueils de données sur les thérapies (FOS, statistique méthadone, SAMBAD) ainsi que le développement d'indicateurs de qualité pour le secteur résidentiel (QuaFOS).

### 3.2.2 Mise en œuvre de la thérapie

Pour le secteur résidentiel, la réalisation d'un modèle de financement (FiDe/FiSu) et d'un système de qualité (QuaTheDA) est en cours. L'OFSP s'est fortement engagé sur ces dossiers et a pu s'appuyer sur COSTE et FOS pour développer des standards de qualité. Même si décider d'implanter ces instruments revient en dernier lieu à l'OFAS et aux cantons, il faut relever que l'OFSP a contribué de façon décisive à leur développement. Par ailleurs, les trois principaux projets soutenus par l'OFSP dans ce secteur (COSTE, Infoset Direct, FOS) constituent des instruments largement utilisés et reconnus.

Dans le secteur de la prescription d'héroïne, l'OFSP s'est engagé dans la légitimation et l'institutionnalisation de ce traitement. Ainsi, les récentes votations concernant la toxicomanie lui ont permis de présenter les résultats de l'étude PROVE à plusieurs reprises. Les résultats de la votation sur l'arrêté fédéral urgent montrent que ce type de traitement bénéficie désormais d'une importante légitimité politique et sociale.

Dans le secteur de la méthadone, on peut relever des interventions liées à la formation des médecins romands prescripteurs de méthadone (MedRoTox) et à la récolte de données (statistique méthadone).

Dans le secteur carcéral, des recherches dans différentes prisons et le développement de contacts (notamment au travers d'un groupe de travail «santé en prison») ont été entrepris.

### 3.2.3 Conclusions

L'engagement de l'OFSP dans le secteur résidentiel et dans celui de la prescription d'héroïne est remarquable. Les projets qu'il a soutenus ou implantés bénéficient d'une bonne reconnaissance chez les acteurs de terrain et s'avèrent pour eux d'une grande utilité.

A l'inverse, l'intervention dans les secteurs de la méthadone et dans celui du milieu carcéral paraît parfois trop faible. Le très grand nombre de patients bénéficiant de cures de méthadone devrait notamment inciter l'OFSP à davantage s'intéresser à leur qualité.

La révision de la LStup va s'avérer décisive dans le domaine des traitements, car elle pourrait notamment permettre de mieux répartir les responsabilités et le financement parmi les différentes parties impliquées (cantons, communes, OFAS, OFSP, assurance maladie).

### 3.2.4 Recommandations

- L'OFSP devrait s'investir davantage sur le thème de la qualité des traitements à la méthadone.
- L'OFSP devrait poursuivre son intervention visant à clarifier le contenu et le financement des thérapies résidentielles.
- L'OFSP devrait poursuivre son soutien à des projets reconnus comme COSTE, Infoset Direct et FOS.
- L'OFSP devrait être particulièrement attentif au secteur des thérapies lors de la révision de la LStup.
- L'OFSP devrait poursuivre son engagement en faveur de la reconnaissance et de l'institutionnalisation de la prescription d'héroïne sous contrôle médical.

## 3.3 Réduction des risques et aide à la survie

### 3.3.1 Conception et planification de la réduction des risques et de l'aide à la survie

L'OFSP intervient à deux niveaux: celui de la réduction des risques médicaux liés à l'injection et à la consommation de stupéfiants, et celui de l'aide sociale pour les toxicomanes visant à réduire leur marginalisation et leur isolement. Son intervention contribue à promouvoir et à soutenir l'offre, afin de stimuler son extension et son amélioration.

Pratiquement, le domaine est divisé en trois secteurs: santé, social et carcéral. Pour le premier, il s'agit avant tout d'intervenir pour améliorer les conditions de l'injection des drogues et prévenir la transmission du VIH chez les toxicomanes. Pour le secteur social, l'OFSP a pour objectif d'améliorer l'accessibilité et la qualité de l'offre s'adressant aux toxicomanes. Finalement, l'intervention dans le secteur carcéral vise l'inscription de la réduction des risques dans les prisons [6].

### 3.3.2 Mise en œuvre de la réduction des risques et de l'aide à la survie

Dans le secteur de la santé (réduction des risques), l'OFSP a globalement atteint son but de généraliser ce type d'intervention, et sa contribution se limite désormais au pilotage d'un groupe de travail et au soutien de quelques projets venant combler des lacunes régionales. Il a aussi développé les «Harm reduction cards» qui constituent un matériel d'information à l'intention des toxicomanes eux-mêmes.

Dans le secteur social (aide à la survie), l'OFSP intervient essentiellement par l'intermédiaire d'un bureau de promotion rattaché à l'OSEO. Ce dernier soutient la mise en place de nouveaux projets, s'occupe de la mise en réseau des acteurs du secteur et participe à la diffusion d'informations. Trente-trois projets ont aussi été soutenus entre 1996 et 1998.

Dans le secteur carcéral l'OFSP a soutenu la mise en place et l'évaluation de projets-pilotes de distribution de seringues en prison. Leurs résultats sont aujourd'hui largement reconnus, même s'il faut constater que leur extension à de nouveaux établissements est encore limitée.

### 3.3.3 Conclusions

L'OFSP a exercé une influence décisive sur la reconnaissance et l'institutionnalisation de la réduction des risques en Suisse. Il s'agit là de l'une des plus grandes réussites de sa politique.

Si la prévention de la transmission du VIH par voie d'injection a été le thème principal des interventions de réduction des risques, l'intérêt pour la prévention de la transmission des hépatites chez les toxicomanes n'a pas toujours été aussi élevé. Il est souhaitable que de nouvelles interventions soient aussi développées sur ce thème.

Plus généralement, dans le cadre d'une prise en charge globale de la toxicomanie, les interventions visant à améliorer la santé des toxicomanes et le contrôle de leur santé sont décisives. Les thèmes d'intervention (santé sexuelle, prévention des overdoses, formes de consommation, entraide, alimentation, etc.) sont nombreux, et des interventions peuvent encore être développées.

Dans les domaines thérapie/traitement et réduction des risques/aide à la survie, l'action de l'OFSP se divise en plusieurs secteurs d'intervention, ce qui confirme la volonté de maintenir une diversité de l'offre pour toxicomanes. Pourtant, il faut noter que la diversification et la personnalisation de l'offre sont des processus fragiles qui exigent des réajustements constants. Ainsi, le dessin d'une offre répondant précisément aux besoins des personnes dépendantes

se trouve compromis par les difficultés liées au financement des thérapies stationnaires, par les lacunes dans le travail sur la qualité des traitements à la méthadone (qui touchent près d'un toxicomane sur deux) ou par le relèvement de certains seuils d'accessibilité de l'offre de réduction des risques [7]. L'institutionnalisation de l'offre et de son financement sont également des étapes essentielles au maintien d'une offre réellement accessible.

### 3.3.4 Recommandations

- L'OFSP devrait s'investir davantage sur la question des hépatites, de la prévention de la transmission sexuelle du VIH, et de la santé des toxicomanes en général.
- L'OFSP devrait améliorer la coordination dans ce secteur, ainsi que la récolte de données à son sujet.
- L'OFSP devrait poursuivre son intervention dans le domaine carcéral, afin d'inciter à la généralisation des activités de réduction des risques en prison.

**Tableau 3: Evolution des principaux indicateurs indirects du nombre de consommateurs dépendants (héroïne, cocaïne) et de la gravité des problèmes liés à la dépendance: Synthèse et hypothèses de changement**

Indicateurs**	Evolution	Hypothèses de changement	
		du nombres de consommateurs dépendants	de la gravité des problèmes liés à la dépendance
Nombre de dénonciations: héroïne cocaïne	↘ ↘	→	∅
Age moyen des consommateurs	↘	→ à ↓	∅
Nombre de personnes en traitement	↘	±	↓
Nombre de décès dus à la drogue	↘	±	↓
Nouveaux cas de VIH	↘	∅	↓
Exposition au risque VIH	↘	∅	↓
Polytoxicomanie	↘	∅	↑
Fréquence d'injection	↘	∅	↑
Prostitution	→	∅	→
Insertion sociale: logement***	↘	∅	↓
Insertion sociale: travail*** aide sociale et AI***	→ ↘	∅	→ à ↓

Légende	↘ augmentation ↗ diminution → stabilité	± indicateur incertain ↑ indicateur en faveur d'une augmentation ↓ indicateur en faveur d'une diminution → indicateur en faveur d'une stabilisation ∅ indicateur non pertinent
---------	---	--

**\*Explication du tableau:**

Les données épidémiologiques sont résumées par les tendances qui se dégagent des principaux indicateurs (deux premières colonnes). En l'absence d'indicateurs directs du nombre de consommateurs et de la gravité des problèmes liés à la consommation, les informations des deux premières colonnes sont utilisées et interprétées dans les deux dernières colonnes comme indicateurs indirects de ces deux phénomènes.

**\*\* Exemple de lecture: PROSTITUTION**

2<sup>ème</sup> colonne: la prostitution est stable

3<sup>ème</sup> colonne: la prostitution n'est pas un indicateur indirect du nombre de consommateurs

4<sup>ème</sup> colonne: la prostitution est un indicateur indirect de la gravité des problèmes liés à la dépendance

La prostitution étant stable, l'hypothèse suivante peut être formulée: les problèmes liés à la dépendance ne s'aggravent pas.

\*\*\*Il s'agit de la proportion de consommateurs de drogues ayant respectivement un logement, un travail et/ou bénéficiant de l'aide sociale et/ou de l'assurance invalidité (AI).

### 3.3.5 Evolution des principaux indicateurs indirects du nombre de consommateurs dépendants (héroïne, cocaïne) et de la gravité des problèmes liés à la dépendance: Synthèse et hypothèses de changement

Les tendances actuelles confirment la plupart de celles relevées dans le précédent rapport d'évaluation.

La stabilisation du nombre de consommateurs et la diminution des décès par overdose ou relatifs au VIH indiquent l'infléchissement de l'augmentation de l'entrée dans la toxicomanie et des dangers liés à la consommation de drogues. En revanche, certains facteurs signalent l'émergence de nouvelles dynamiques, notamment, l'augmentation de la consommation de cocaïne, de la polytoxicomanie et de la fréquence d'injection chez les consommateurs de drogues dures. Chez les jeunes, l'augmentation de la consommation de cannabis et de drogues légales se confirme également. Il s'agit donc de nouveaux défis dans la prévention et la prise en charge des toxicomanes. Enfin, les problèmes d'insertion sociale des personnes gravement dépendantes ne semblent pas s'aggraver, ce qui est partiellement positif en période de chômage, l'offre réduite de travail limitant les possibilités de réinsertion.

## 4. Conclusions générales

La période 1997–1999 constitue donc pour l'OFSP une phase de consolidation des expériences et des connaissances acquises. Désormais, la Confédération apparaît comme un acteur incontournable dans le domaine de la toxicomanie en Suisse, et le contenu de sa politique (diversification des traitements, réduction des risques et aide à la survie, prévention sur les lieux de vie des jeunes, etc.) constitue la principale référence dans le pays. Cette politique a obtenu, de manière directe ou indirecte, le soutien de la majorité de la population suisse lors de trois votations fédérales (Jeunesse sans drogues, Droleg, Prescription de stupéfiants). Au plan des collectivités publiques, on peut encore constater que les politiques de certains cantons, qui jusqu'ici se distançaient nettement de ce modèle, tendent à s'approcher de plus en plus d'une politique des quatre piliers.

La stratégie de délégation à des institutions présentes au plan national et les capacités de reconnaître les besoins des acteurs de terrain sont très bonnes, malgré certaines difficultés d'ordre pratique [8]. L'OFSP devrait persévérer dans cette voie, en multipliant les canaux de récolte d'informations, les relais multiplicateurs de son action ainsi que ses outils d'information (campagnes, brochures, rapports) aux professionnels et à la population. Par ce biais, il contribue à améliorer, à coordonner et à

harmoniser les pratiques et les stratégies en Suisse. Une étude portant sur l'appréciation de la politique de l'OFSP [9] par les acteurs de terrain, a d'ailleurs révélé que sa stratégie en matière de toxicomanie était jugée favorablement et que les projets et produits qu'il finance étaient largement utilisés.

En ce qui concerne les actions visant directement la coordination nationale, les tâches des plates-formes nationales de coordination mises en place par l'OFSP, ainsi que leurs articulations, celles-ci doivent encore être mieux définies.

L'harmonisation des statistiques dans le domaine de la toxicomanie devrait figurer parmi les priorités de l'OFSP. Il est l'acteur le mieux placé pour coordonner cette activité et promouvoir l'usage d'indicateurs épidémiologiques fiables. Rappelons qu'un système de surveillance épidémiologique est un outil essentiel pour mener une politique de santé efficace en matière de toxicomanie.

A court et moyen terme, l'OFSP devra généraliser les processus d'ancrage des projets auxquels il participe, pour que leur action ne se limite pas à la période de subvention, pour assurer par ce biais leur accessibilité et leurs effets à long terme.

En raison de l'augmentation de la consommation de tabac et d'alcool chez les adolescents et les jeunes adultes, il est souhaitable que l'OFSP transfère au domaine des drogues légales les nombreuses stratégies, expériences et connaissances acquises dans celui des drogues illégales.

La collaboration avec la police a fortement augmenté, mais doit encore être renforcée: l'OFSP doit s'assurer que les aspects sanitaires de la toxicomanie sont pris en compte par la police [10].

## 5. Références

1. Kübler D, Hausser D. Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical. Etude exploratoire auprès d'une population cachée. Lausanne: IREC/EPFL, 1995 (Rapport de recherche no 131).
2. Cattaneo M, Dubois-Arber F. Rapport intermédiaire sur les indicateurs pour mesurer l'évolution de la gravité/quantité du problème de la toxicomanie en Suisse. Lausanne: Institut de médecine sociale et préventive; 1991.
3. Cattaneo M, Dubois-Arber F, Leuthold A, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Phase I. Bilan initial 1990-1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993 (Cah Rech Doc IUMSP, no 81).

4. Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: deuxième rapport de synthèse, 1990-1996. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1998 (Version abrégée).
5. Gervasoni J-P, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, Benninghoff F, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Troisième rapport de synthèse 1997-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000.
6. Hausser D. Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses: Analyse secondaire sur la base de la littérature disponible. Lausanne: Institut Universitaire de Médecine Sociale et préventive, 1999 (Raisons de santé, no 40).
7. Benninghoff F, Gervasoni J-P, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès pour toxicomanes mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. Rev Epidem Santé Publique 1998;46:205-17.
8. Kellerhals C, Gervasoni J-P. Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du Programme de Mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de Drogue (ProMe Dro). Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999 (Raisons de santé, no 42).
9. Zobel F, Gervasoni J-P, Jeannin A. Enquête auprès des partenaires de l'Office fédéral de la santé publique dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales) dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1999 (Raisons de santé, no 43).
10. Ernst ML, Aeschbacher M, Spencer B. Les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000 (Raisons de santé, no 37b); version originale en allemand 1999 (Raisons de santé, no 37a).

4. Publication d'un résumé «grand public», bilingue français/allemand, tiré à 3000 exemplaires.

## 6.2 Sur le plan scientifique

1. Présentation de l'évaluation globale lors de congrès internationaux.
2. Publications dans la collection «Raisons de santé» des études réalisées pour l'évaluation globale.
3. Articles (cf. Liste des publications en annexe).

7. Conséquences de l'évaluation pour la santé publique, la politique de la drogue, etc.

### 7.1 Conséquences pour la pratique

La politique de l'OFSP a considérablement évolué depuis 1990. La restitution régulière de résultats intermédiaires et les différents rapports d'évaluation semblent avoir contribué en partie à cette évolution, puisqu'un certain nombre des recommandations en provenance de l'évaluation globale ont été confirmées par des adaptations du programme. L'évaluation globale a ainsi été certainement une aide à la décision, mais il est évidemment difficile de savoir si ce sont réellement ces recommandations qui sont la cause de ces changements.

### 7.2 Sur un plan plus général (des leçons tirées)

A maintes reprises, les questions posées dans le cadre de l'évaluation ont permis de soulever les lacunes dans les connaissances en matière de toxicomanie, notamment à propos des données disponibles (problème d'harmonisation des diverses statistiques existantes), ce qui a stimulé des interventions de la part de la Confédération. L'évaluation globale a permis de produire des connaissances sur la qualité du partenariat entre la Confédération, les cantons, les communes et les intervenants, ce qui a par endroits permis d'ajuster la stratégie de l'OFSP.

## 6. Transfert de connaissances/valorisation

### 6.1 Dans la pratique

1. Restitutions régulières (environ deux fois par an) des résultats intermédiaires aux collaborateurs de l'OFSP.
2. Rapports intermédiaires.
3. Publication Rapport final: 4000 exemplaires en 3 langues (1200 en français, 2000 en allemand, 800 en anglais).

Adresse pour correspondance:  
 Institut universitaire de  
 médecine sociale et préventive  
 Unité d'évaluation de  
 programmes de prévention  
 17, rue du Bugnon  
 1005 Lausanne  
 Téléphone: +41 21 314 72 92  
 Téléfax: +41 21 314 72 44  
 E-mail: uepp@inst.hospvd.ch



## 8. Annexes: Publications dans le cadre de l'évaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie

<b>8.1 Articles</b>		
1.	Meystre G, Martin J, Cereghetti A, Haller-Maslov E. Etude du devenir des toxicomanes pris en charge à l'aide de méthadone dans le canton de Vaud (1976-1986). Résultats préliminaires. <i>Soz Praeventivmed</i> 1987;32:240-2.	1987
2.	Martin J, Meystre-Agustoni G. Modalités d'application des traitements à la méthadone dans le canton de Vaud (1976-1986). Implications et perspectives pour l'avenir. <i>Schweiz Ärztezeit</i> 1989;17:712-20.	1989
3.	Hausser D, Falcioni G, Häusermann M. Remise de seringues aux personnes s'injectant des drogues lors du festival Paléo (Nyon juillet 1989). <i>Méd Hyg</i> 1990;48:1694-7.	1990
4.	Meystre-Agustoni G, Wietlisbach V, Martin J, Haller-Maslov E. Methadone treatment in medical private practice: outcome according to the number of courses followed. <i>Br J Addict</i> 1990;85:537-45.	1990
5.	Zimmermann E, Hausser D, Jeangros C, Zeugin P. Drogue: le point de vue de l'opinion publique en Suisse. <i>Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique</i> , no 32, août 1990, pp. 461-4.	1990
6.	Dubois-Arber F. Evaluation des campagnes de prévention du sida auprès des toxicomanes en particulier, en comparaison avec d'autres groupes-cibles. <i>Les cahiers du GREAT</i> , 3/91, pp 11-23.	1991
7.	Zimmermann E, Jeangros C, Hausser D, Zeugin P. La drogue dans l'opinion publique suisse: perception du problème et des mesures à prendre. <i>Déviante et Société</i> 1991;2:157-73.	1991
8.	Cattaneo M, Dubois-Arber F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à diminuer les problèmes liés à la toxicomanie. <i>Cah Méd Soc</i> 1993;37/4:333-43.	1993
9.	Leuthold A, Cattaneo M, Dubois-Arber F. Die Schweizer Bevölkerung und das Drogenproblem: Problemsicht und Lösungsvorschläge. <i>Soz Praeventivmed</i> 1993;38:206-16.	1993
10.	Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Gruet F, Paccaud F. Prévention du sida chez les toxicomanes en Suisse: une évolution encourageante. <i>Schweiz Rundschau Med (PRAXIS)</i> 1994;83:916-20.	1994
11.	Dubois-Arber F, Paccaud F. Editorial. Sondernummer Drogen. <i>Schweiz Rundschau Med (PRAXIS)</i> 1994;83:915.	1994
12.	Dubois-Arber F, Konings E, Koffi-Blanchard M, Gervasoni JP, Hausser D. Evaluating HIV prevention of low threshold needle exchange programmes in Switzerland. In: Friedrich D, Heckmann W, eds. <i>Aids in Europe: the behavioural aspect. Report of the Conference «AIDS in Europe – The Behavioural Aspect»</i> , Berlin 26-29.9.1994. Berlin: Ed. Sigma, 1995:183-90.	1994
13.	Konings E, Dubois-Arber F, Narring F, Michaud PA. Identifying adolescent drug consumers: results from a nation wide survey of adolescent health in Switzerland. <i>J Adolesc Health Care</i> 1995;16:240-7.	1995
14.	Benninghoff F, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Monitoring des activités des structures à bas seuil d'accès pour toxicomanes en Suisse: remise de matériel d'injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux. <i>Soz Praeventivmed</i> 1996;41(Suppl):5-14.	1996
15.	Devos T, Dubois-Arber F, Gervasoni J-P. Prévention secondaire de la toxicomanie: Problématique et exemples. <i>Therapeutische Umschau</i> . Band 54, Heft 8, 1997;468-72.	1997
16.	Dubois-Arber F, Gervasoni J-P. La prise en charge de la toxicomanie en Suisse : quelques expériences. <i>Lettre de l'Union syndicale de la psychiatrie</i> , avril 1997.	1997
17.	Kuntzer Th, Gervasoni J-P, Bogousslavsky J. Drogues et atteintes neurologiques aiguës. <i>Médecine et Hygiène</i> 1997;55:1061-5.	1997
18.	Benninghoff F, Gervasoni JP, Spencer B, Dubois-Arber F. Caractéristiques de la clientèle des structures à bas seuil d'accès pour toxicomanes mettant à disposition du matériel d'injection stérile en Suisse. <i>Rev Epidemiol Santé Publique</i> 1998;46:205-17.	1998
19.	Geense R, Thomas R. Conditions d'injection en Suisse romande: situation et pistes d'amélioration. Yverdon, Fribourg: Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT), Œuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO); 1999.	1999
20.	Benninghoff F. Prise en charge de la toxicodépendance en Suisse: une typologie des offres d'aide à «bas seuil» et à «haut seuil». In: Maeder C, Burton-Jeangros C, Haour-Knipe M, Eds. <i>Santé, médecine et société: contribution à la sociologie de la santé</i> . Zurich: Seismo, 1999:315-31.	1999
21.	Hausser D, Kübler D, Dubois-Arber F. Characteristics of heroin and cocaine users unknown to treatment agencies. Results from the Swiss hidden population study. <i>Soz Praeventivmed</i> 1999;44:222-32.	1999
22.	Huissoud T, Dubois-Arber F, Gervasoni JP, Morency P, Besson M. Intérêt de l'étude des dossiers de patients pour l'évaluation des missions d'institutions médico-sociales (à l'exemple d'un centre de traitement de personnes toxicodépendantes). <i>Med Hyg</i> 2000;58(2306):1416-21.	2000
23.	Kübler D, Hausser D, Gervasoni JP. The characteristics of «new users» of cocaine and heroin unknown to treatment agencies: results from the Swiss hidden population study. <i>Addiction</i> 2000;95(10):1561-71.	2000
<b>8.2 Collection «Raisons de santé» (collection des Hospices cantonaux vaudois)</b>		
N° 20a	Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996. Lausanne: IUMSP, 1998.	1998
N° 20b	Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996: version abrégée du rapport d'août 1998. Lausanne: IUMSP, 1998.	1998
N° 38	Geense R, Huissoud T, Gervasoni J-P. Evaluation du bus de l'Association «Fleur de Pavé»: structure d'accueil pour femmes prostituées. Lausanne: IUMSP, 1999.	1999
N° 40	Hausser D. Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses: analyse secondaire sur la base de la littérature disponible. Lausanne: IUMSP, 1999.	1999
N° 42	Kellerhals C, Gervasoni J-P. Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du Programme de Mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de Drogue (ProMeDro). Lausanne: IUMSP, 1999.	1999
N° 43	Zobel F, Gervasoni J-P, Jeannin A. Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales) dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro. Lausanne: IUMSP, 1999.	1999
N° 37a	Ernst ML, Aeschbacher M, Spencer B. <i>Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich</i> . Lausanne: IUMSP, 1999.	1999
N° 37b	Ernst ML, Aeschbacher M, Spencer B. Les aspects sanitaires du travail de la police avec les consommateurs de drogues. Lausanne: IUMSP, 2000.	2000
N° 46	Geense R, Kellerhals C. Evaluation de l'impact de l'Opération Nez rouge pendant la Fête des vigneron 1999. Lausanne: IUMSP, 2000.	2000
N° 57	Moreau-Gruet F, Coda P, Gervasoni JP. Intervenants en toxicomanie et prévention de la transmission sexuelle du VIH. Lausanne: IUMSP, 2000.	2000
N° 62	Samitca S, Geense R, Huissoud T, Morency P, Benninghoff F, Dubois-Arber F. Evaluation de deux structures à bas seuil de la ville de Lausanne: Le Passage et le Point d'eau. Lausanne: IUMSP, 2001.	2001
N° 63	Huissoud T, Morency P, Samitca S, Benninghoff F, Geense R, Dupertuis-dit-Neveu V, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. 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: IUMSP, 2001.	2001

<b>8.3 Cahiers de recherche et de documentation (collection IUMSP)</b>		
52.2b	Flückiger M, Spreyermann C. Evaluation de l'opération Sprützhüsli à Bâle. Programmes d'intervention dans le cadre d'un travail en matière de drogue qui n'impose pas l'abstinence. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1990, 108 p.	1990
81	Cattaneo M, Dubois-Arber F, Leuthold A, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase I. Bilan initial 1991-1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 114 p. + annexes.	1993
81a	Cattaneo M, Dubois-Arber F, Leuthold A, Paccaud F. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Phase I. Erste Bilanz 1991-1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 116 p. + annexes.	1993
81b	Cattaneo M, Dubois-Arber F, Leuthold A, Paccaud F. Evaluation of the Federal measures to reduce the problems related to drug use: Phase I. Initial report 1991-1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 114 p. annexes.	1993
81.1	Zeugin P, Panchoad C. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: phase I. Base-Line-Befragung zur nationalen Drogenkampagne 1991. Enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 148 p.	1992
81.2	Leuthold A, Cattaneo M. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : Phase I. Sichtbarkeit und Akzeptanz der Phase I der nationalen Drogenkampagne 1991-1992. Ergebnisse einer Umfrage. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 22 p. + annexes.	1992
81.3	Widmer J, Zbinden Zingg P. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase I. Discours sur la drogue dans les médias suisses 1991. Résultats de deux recherches sur la presse écrite d'octobre à décembre 1991. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 66 p. + annexes.	1993
111	Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse, 1990-1996. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1998, 217 p. (Version définitive soumise en 1996). Version abrégée: Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Deuxième rapport de synthèse 1990-1996. Kurzfassung: Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Zweiter zusammenfassender Bericht 1990-1996. Abridged version: Evaluation of the Federal measures to reduce the problems related to drug use. Second synthesis report 1990-1996.	1996 1996 1996
111.1	Ronco C, Spuhler G. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase II. Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern: Schlussbericht. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 94 p.	1994
111.2	Boller B. Der Drogendiskurs der Schweizer Presse: Zweijahresbericht 1993-1994. Eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 135 p. + annexes.	1995
111.3	Fahrenkrug H. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Prävention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 59 p. + annexes.	1995
111.4	Boller B, Martin G. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Action Cirque: rapport de 1993 et 1994. Evaluation d'une campagne de prévention et de sensibilisation de l'OFSP. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 63 p. + annexes.	1995
	Boller B, Martin G. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Aktion Zirkus: Bericht für 1993 und 1994. Evaluation einer Präventions- und Sensibilisierungskampagne des BAG. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 63 S. + Anhang.	1995
111.5	Heim G, IPSO Sozialforschung, Dübendorf. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Repräsentative Befragung (Phase II) zu Wahrnehmung und Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -konsum. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 56 p. + annexes.	1995
111.6	Boller B, Coray R, Widmer J. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien I. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 142 p. + annexes.	1995
111.7	Kübler D, Hausser D. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical: étude exploratoire auprès d'une population cachée. Lausanne Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 156 P. + annexes.	1996
111.8	Widmer J, Tröhler M, Ingold G, Terzi C. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien II. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 197 p.	1996
111.9	Boller B, Coray R. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Der Drogendiskurs der Schweizer Presse: Dreijahresbericht 1993-1995. Eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 175 S. + Anhang.	1996
111.10	Devos T, Gervasoni J-P, Dubois-Arber F. Evaluation des mesures de la Confédération destinée à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Prévention communautaire et réseaux inter-institutionnels. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1997, 73 p.	1997
111.11	Geense RG, Adriaanse H, Benninghoff F, Dubois-Arber F, Gervasoni J-P, Schellings R. Evaluation of the Federal measures to reduce the problems related to drug use. To have or to have not: that's the question. A qualitative study on four low threshold needle exchange services for drug users in Switzerland. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1997, 77 p.+ appendices.	1997
112	Meystre-Agostoni G. PPMT: prévention et perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicomanie. Rapport d'évaluation. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 70 p.	1994
114	Marro J-J, André G, Gervasoni J-P, Bleeker-Massard P, Ziegler G, Dentan A. Toxicomanie et pharmacies, situation dans le canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 20 p. + annexes.	1994

#### 8.4 Autres (Rapports de synthèse)

1.	Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: deuxième rapport de synthèse 1990-1996. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996. Version abrégée.	
2.	Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: zweiter zusammenfassender Bericht 1990-1996. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996. Kurzfassung.	
3.	Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. Evaluation of the confederation's measures to reduce drug-related problems: second synthesis report 1990-1996. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996. Abridged version.	1996
4.	Gervasoni JP, Kellerhals C, Zobel F, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, Benninghoff F, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: troisième rapport de synthèse 1997-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000.	
5.	Gervasoni JP, Kellerhals C, Zobel F, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, Benninghoff F, Paccaud F. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Dritter zusammenfassender Bericht 1997-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000.	
6.	Gervasoni JP, Kellerhals C, Zobel F, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, Benninghoff F, Paccaud F. Evaluation of the confederation's measures to reduce drug-related problems: third synthesis report 1997-1999. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000.	2000

# Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie (1991–96)\*

Jean-Pierre Gervasoni, Françoise Dubois-Arber, Fabienne Benninghoff, Brenda Spencer, Fred Paccaud, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive IUMSP, Lausanne

## Résumé

Depuis 1991, l'OFSP a confié à l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) l'évaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Cette évaluation doit régulièrement présenter une synthèse des données disponibles sur la prévention et l'assistance aux consommateurs de drogues, ainsi que sur leur prise en charge. Cela, afin de dresser des bilans intermédiaires indiquant le stade de réalisation des objectifs visés par les mesures fédérales. Ce document présente brièvement la méthodologie utilisée et les études complémentaires réalisées, ainsi que les principaux résultats obtenus durant la période couvrant 1991 à 1996, pour les principaux domaines retenus ainsi que pour les conclusions globales.

## 1. Introduction

### 1.1. Le paquet de mesures et ses objectifs

En 1991, le Conseil fédéral a formulé sa stratégie visant à réduire, dans les prochaines années, les problèmes liés à la consommation de drogues illégales<sup>1</sup> en Suisse. Il est prévu d'augmenter sensiblement l'engagement de la Confédération dans ce domaine, en maintenant la répartition des compétences entre la Confédération, les cantons, les communes et les organisations privées (principe de complémentarité).

La préférence est donnée à une stratégie comportant des actions et des mesures concrètes, plutôt qu'à une révision de la loi fédérale sur les stupéfiants (Lstup). En effet, il est urgent d'améliorer l'aide aux consommateurs de drogues dépendants, ce qu'une interprétation large de la législation actuelle permet de réaliser sans modification de la loi.

Comme il n'existe pas de panacée permettant de résoudre les problèmes liés à la drogue, une approche politique pragmatique a été choisie. Elle est évaluable à court terme et devrait permettre de tester de nouvelles voies.

Le Conseil fédéral s'est donc fixé les objectifs suivants jusqu'en 1996:

1. Stabiliser d'abord, et réduire à long terme le nombre des personnes dépendantes de drogues dures (héroïne et cocaïne).<sup>2</sup>
2. Réduire les problèmes liés à la consommation illicite que connaissent les personnes dépendantes et réduire également les répercussions de ces problèmes sur la société.

Jusqu'en 1990, l'engagement de la Confédération s'était essentiellement limité à des mesures visant à réduire l'offre de substances illicites. Depuis, cet

## Key Words

Drug Related Problems,  
Strategic Evaluation,  
National Prevention,  
Harm Reduction,  
Epidemiology

<sup>1</sup> Le terme de consommateurs de drogues illégales renvoie aux consommateurs, dépendants ou non, de drogues dites «dures», en particulier héroïne, cocaïne, méthadone.

<sup>2</sup> Relevons que les objectifs fédéraux, initialement fixés en 1991, visaient pour 1993 la stabilisation du nombre des personnes dépendantes des drogues, et leur réduction de 20% pour 1996. Difficilement mesurables sur la base des informations épidémiologiques, ces objectifs quantitatifs ont été reformulés pendant la période étudiée, pour laisser place à ceux figurant ci-dessus.

\* Cette évaluation a été soutenue par le contrat n° 5214 de l'Office fédéral de la santé publique.



engagement a été complété par le développement des mesures visant à réduire la demande et les dommages qui y sont liés. La stratégie adoptée a déjà été éprouvée dans divers cantons et villes ainsi qu'à l'étranger. Elle se compose de quatre éléments ou «piliers»:

1. Répression de la production, du commerce et de la consommation illicites des substances soumises à la loi. Cette répression est complétée par un contrôle strict de l'usage licite des stupéfiants, afin d'en empêcher l'abus (répression et contrôle). La mise en œuvre de cet élément n'incombe pas à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Son évaluation n'est donc pas incluse dans notre mandat.
2. Mesures propres à empêcher l'apparition de nouveaux consommateurs (prévention).
3. Traitement et réinsertion sociale des personnes dépendantes de la drogue (thérapie).
4. Réduction des dommages et aide à la survie pour les personnes dépendantes de la drogue (réduction des dommages).

Pour effectuer le volet de santé publique de ce programme (prévention, thérapie, réduction des dommages et mesures d'accompagnement), le Conseil fédéral a prévu une augmentation substantielle des ressources humaines et financières de l'OFSP<sup>3</sup>. Ainsi, ses moyens financiers sont passés de 300 000 francs en 1990 à 6 millions en 1991, pour atteindre 18.8 millions en 1996. Le personnel de l'OFSP, chargé de ce programme, occupait 1,5 poste en 1990: il en occupe 14 en 1996.

Les différentes mesures retenues comportent pour l'essentiel:

- des mesures de base pour le développement et le renforcement d'activités de prévention, de thérapie et de réduction des risques;
- des mesures d'accompagnement qui viennent renforcer les mesures de base dans les domaines suivants: formation, évaluation, recherche, épidémiologie, information et coordination.

## 1.2 Le mandat de l'évaluation globale et ses objectifs

Depuis 1991, l'OFSP a confié à l'Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP) l'évaluation des mesures de la

Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Cette évaluation doit régulièrement présenter une synthèse des données disponibles sur la prévention et l'assistance aux consommateurs de drogues, ainsi que sur leur prise en charge. Cela, afin de dresser des bilans intermédiaires indiquant le stade de réalisation des objectifs visés par les mesures fédérales.

Les principaux objectifs de l'évaluation globale des mesures de la Confédération sont les suivants:

- analyser les processus de mise en œuvre des différents programmes et actions entrepris ou soutenus par l'OFSP, afin d'en dégager les points forts et les faiblesses. Cette analyse tient compte dans la mesure du possible du contexte des autres actions menées par les cantons, les communes et les diverses organisations privées. Elle inclut la présentation des résultats intermédiaires des mesures mises en œuvre (en termes d'activités développées – ou «outputs»);
- apprécier les résultats finaux des mesures mises en œuvre pour diminuer les problèmes liés à la consommation de drogues illégales (prévention primaire et secondaire, réduction des risques, traitement et réinsertion sociale). Ces résultats sont mesurés en suivant, d'un côté, l'évolution de la prévalence de la consommation, et de l'autre, l'évolution de la gravité des problèmes liés à la consommation. Dans le cadre de la prévention primaire il s'agira, en dernier ressort, de déterminer si – et dans quelle mesure – une diminution du nombre des nouveaux consommateurs a été obtenue; dans celui de la prévention secondaire et tertiaire, il s'agira de déterminer si les actions ont permis de diminuer les cas graves de dépendance, les dégâts physiques, psychiques et sociaux de la toxicomanie, ainsi que les risques de transmission de maladies infectieuses, principalement le sida;
- examiner et suivre dans le temps certains éléments de l'environnement social et politique pouvant influencer les diverses activités de prévention, de traitement et de réduction des risques;
- sur la base des analyses réalisées et de données provenant d'autres évaluations, apprécier dans quelle mesure les objectifs fixés par la Confédération ont été atteints;
- formuler des conclusions et recommandations pour le développement d'actions futures;

<sup>3</sup> Des moyens supplémentaires ont aussi été accordés pour renforcer certains aspects de la répression, cela dès décembre 1990.

**Tableau 1: Etudes et analyses complémentaires menées par le programme d'évaluation, phases I, II**

Domaines	Phase I, 1990–1992	Méthodes	Phase II, 1993–1995	Méthodes
<b>Contexte</b>	Analyse de la presse (Oct–Déc 1991)	Analyse d'articles sur un échantillon de 1381 articles + analyse des photos	Analyse de la presse (1993–1996)	Analyse d'articles en continu (qualitative et quantitative) sur un échantillon de 35 journaux
	Représentations et attitudes de la population suisse au sujet de problèmes liés à la drogue (Oct 1991)	Enquête tél. auprès d'un échantillon représentatif de la population suisse (alémanique+romande) de 17–70 ans (n=1004)	Représentations et attitudes de la population suisse au sujet de problèmes liés à la drogue (Fév 1994)	Enquête tél. auprès d'un échantillon représentatif de la population suisse (alémanique, romande et italienne) de 17–70 ans (n = 1202)
<b>Stratégie de l'OFSP</b>			Mise en place de la stratégie de l'OFSP (1995)	Série d'interviews des responsables de chaque domaine de l'OFSP
<b>Prévention primaire et secondaire</b>	Evaluation de la phase 1 de la campagne nationale de sensibilisation (Jan 1992)	Enquête de type omnibus dans un éch. représentatif de la population suisse alémanique et romande de 15–74 ans (n = 789)	Evaluation de la phase 3 de la campagne nationale de sensibilisation et de l'Action «Cirque» (1993, 1994)	Enquête de type omnibus dans un éch. représentatif de la population suisse (alémanique et romande) de 15–74 ans (n = 517) Recensement des actions menées et de la répercussion médiatique autour de l'Action Cirque et interviews de partenaires locaux
			Elaboration de la politique de l'OFSP en matière de prévention secondaire (1994-1995)	Série d'interviews des responsables de chaque domaine de l'OFSP.
			Analyse des représentations de la prévention et de la consommation de drogues chez des groupes de jeunes (1994)	Focus groupes auprès de jeunes de 13–18 ans alémaniques et romands (12 groupes), «à risques» et à «non risques»
<b>Traitement, assistance, réduction des dommages</b>			Monitoring des activités des centres à bas-seuil <sup>1</sup> (en continu dès 1993)	Recueil en continu d'infos sur le fonctionnement des centres (contacts, matériel remis) + interviews avec les responsables et les clients de 4 centres
			Evaluation ABfD (Aufenthalts- und Betreuungsraum für Drogenabhängige) Lucerne	Interviews avec les responsables du centre, les clients, des personnes-clefs de l'environnement + monitoring d'activités
<b>Situation épidémiologique</b>	Etude de la consommation de drogues chez les adolescents (analyse secondaire d'enquêtes de population)	Enquêtes tél. dans un échantillon représentatif de la population suisse alémanique et romande (n = 1200–2400) 1997–1991 Enquête par questionnaire auprès d'un échantillon représentatif des classes de gymnasiens et d'apprentis suisses alémaniques et romands (n = 3154) 1992	Etude des clientèles des centres à bas-seuil (1993, 1994)	Enquêtes par questionnaire auprès de la clientèle des centres à bas seuil en Suisse alémanique et romande (1993: 9 centres, n=1119; 1994: 8 centres, n = 907)
			Etude de la «population cachée» (1994–1995)	Interviews auprès de 917 consommateurs (600 «cachés» = hors traitement, 238 en traitement)

<sup>1</sup> Structures spécifiques (local, bus) destinées aux consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Elles n'offrent pas de traitement, mais diverses prestations entrant dans le cadre de la réduction des dommages et de l'aide à la survie (matériel d'injection, préservatifs, lieu de repos, conseils, assistance médicale de base, etc.) De plus, elles respectent l'anonymat.

### 1.3 Cadre contextuel et approches de l'évaluation globale

Le problème de la drogue en Suisse fait déjà l'objet de nombreuses recherches et de divers recueils

systematiques de données concernant les aspects épidémiologiques, médicaux, sociaux, policiers et

**Tableau 2: Mandats, auteurs et rapports publiés concernant les études complémentaires menées par le programme d'évaluation phases I, II**

<b>Mandataire</b>	<b>Durée du mandat</b>	<b>Titre du mandat</b>	<b>Rapport publié</b>
Nom et Institution IPSO Sozial- und Umfrageforschung, Zürich	1.– 30.10.1991	Etude de population sur les attitudes et les opinions de la population suisse face au problème des toxicomanies et à l'égard des consommateurs de drogues. Situation initiale 1991, avant le lancement de la campagne drogues.	Zeugin P, Panchaud C. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: phase I. Base-Line-Befragung zur nationalen Drogenkampagne 1991. Enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 81.1).
DEMOScope Marktforschungsinstitut AG	Janvier 1992	Enquête auprès de la population suisse pour étudier la visibilité, l'acceptabilité et la compréhension de la part du public de la première phase de la campagne de sensibilisation organisée par l'OFSP	Leuthold A, Cattaneo M. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase I. Sichtbarkeit und Akzeptanz der Phase I der nationalen Drogenkampagne 1991–1992. Ergebnisse einer Umfrage Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 81.2).
Université de Fribourg, Institut de journalisme. Prof. Jean Widmer	01.01.1992 30.04.1992	Le discours sur la drogue dans les médias (Argus)	Widmer J, Zbinden Zingg P. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: phase I. Discours sur la drogue dans les médias suisses 1991. Résultats de deux recherches sur la presse écrite d'octobre à décembre 1991. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 81.3).
DEMOScope Marktforschungsinstitut AG	Février 1993	Etude de la visibilité et acceptabilité de la troisième phase de la campagne de l'OFSP de prévention de la toxicomanie	Publié dans le cadre du deuxième rapport de synthèse 1991–1996 sur l'évaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Phase II (CahRechDoc IUMSP, n° 111).
Institut für Sozial- und Präventiv- medizin der Universität Basel	01.03.1992 31.03.1994	Evaluation du projet «Aufenthalts- und Betreuungsraum für Drogenabhängige (ABfD)» de la ville de Lucerne	Ronco C, Spuhler G. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase II. Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern: Schlussbericht. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.1).
Université de Fribourg, Institut de journalisme. Prof. Jean Widmer	01.11.1992 28.02.1995	Discours sur la drogue dans les médias suisses, 1993–1994	Boller B. Der Drogendiskurs der Schweizer Presse: Zweijahresbericht 1993–1994. Eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.2).
Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies ISPA, Lausanne	01.12.1993 31.07.1994	Prävention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil	Fahrenkrug H. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Prävention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.3).
Université de Fribourg, Institut de journalisme. Prof. Jean Widmer	1993–1994	Evaluation de l'action Cirque	Boller B, Martin G. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Aktion Zirkus: Bericht für 1993 und 1994. Evaluation einer Präventions- und Sensibilisierungskampagne des BAG. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.4).

**Tableau 2 (suite): Mandats, auteurs et rapports publiés concernant les études complémentaires menées par le programme d'évaluation phases I, II**

Mandataire Nom et Institution	Durée du mandat	Titre du mandat	Rapport publié
IPSO Sozialforschung, Dübendorf	Février 1994	Enquête de population (phase T1) sur les attitudes et les opinions de la population suisse face au problème des toxicomanies et à l'égard des consommateurs de drogues	Heim G, IPSO Sozialforschung, Dübendorf. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Repräsentative Befragung (Phase T1) zu Wahrnehmung und Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -konsum. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.5).
Université de Fribourg, Institut de journalisme. Prof. Jean Widmer	01.06.1995 01.02.1997	Discours sur la drogue dans les médias suisses, 1995–1996	<p>Boller B, Coray R, Widmer J. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien I. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.6).</p> <p>Widmer J, Tröhler M, Ingold G, Terzi C. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien II. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.8).</p> <p>Boller B, Coray R. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Der Drogendiskurs der Schweizer Presse: Dreijahresbericht 1993–1995. Eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.9).</p> <p>Widmer J, Boller B, Coray C. Drogen im Spannungsfeld der Öffentlichkeit: Logik der Medien und Institutionen. Basel/Frankfurt a.M.: Helbing &amp; Lichtenhahn; 1997.</p>
Institut de recherche sur l'environnement construit IREC, Lausanne. Prof. M. Bassand	01.11.1993–31.01.1995	Les personnes consommatrices de drogues illégales sans prise en charge médicale	Kübler D, Hausser D. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical: étude exploratoire auprès d'une population cachée. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996 (Cah Rech Doc IUMSP, n° 111.7).

juridiques. Diverses actions et programmes font l'objet d'évaluations propres. Dans ces conditions, l'essentiel de la démarche d'évaluation globale repose sur l'analyse secondaire et la synthèse de données existantes.

Toutefois, certains domaines ne sont pas ou insuffisamment couverts par la recherche et les recueils de données de routine. L'analyse de ces lacunes a conduit les évaluateurs à proposer des études complémentaires ou des études plus approfondies, lorsque des activités spécifiques de l'OFSP l'exigent, ou lorsque des problèmes particuliers ainsi que des questions nouvelles apparaissent (tableau 1). L'évaluation accompagne la mise en place des me-

ures de la Confédération qui sont du ressort de l'OFSP et de ses partenaires (cantons, associations, institutions, etc.) dans les domaines de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Le processus de feedback aux responsables de la stratégie, qui permet de procéder le cas échéant à des réajustements, est partie intégrante de l'évaluation. Un premier bilan de situation a été établi pour la période 1990–1992. La deuxième phase de l'évaluation se rapporte à la période 1993–1996 et présente également une vue d'ensemble de 1990 à 1996.

## 1.4 Questions et limites de l'évaluation globale

Pour chacun des domaines pris en compte sont présentés les questions les plus importantes auxquelles il faut trouver des réponses, les indicateurs ou les analyses de données qui permettront d'apporter des éléments de réponses, ainsi que les principales sources de données qui seront utilisées. Les questions présentées constituent autant d'objectifs intermédiaires à atteindre par les mesures. Les objectifs fixés par le Conseil fédéral lors de l'adoption du paquet de mesures visant la réduction des problèmes liés à la toxicomanie sont exprimés en termes de réduction du nombre de toxicomanes gravement atteints. Ainsi formulés, les objectifs peuvent faire supposer que la situation épidémiologique de la consommation de drogues illégales est bien connue en Suisse, ce qui est loin d'être le cas.

Afin de déterminer de manière quantitative l'ampleur des problèmes liés à la consommation de drogues, nous utilisons deux types d'indicateurs:

- *indicateurs directs de consommation* (prévalence de la consommation durant la vie, durant les 12 derniers mois, le dernier mois, etc.). Ils se basent essentiellement sur les enquêtes auprès de la population générale et des sous-groupes les plus exposés. Leur fiabilité est limitée, car le phénomène étudié est rare et la véracité des réponses est souvent douteuse en matière d'activité illégale; mais surtout, les personnes les plus touchées par les problèmes de toxicomanie, et donc celles visées par les objectifs de la Confédération, ne sont, la plupart du temps, pas recensées par ce type d'enquêtes;
- *indicateurs indirects de consommation* (nombre de décès liés à la drogue, indicateurs de répression, indicateurs de traitements et de prise en charge, etc.) qui fournissent, d'une part, des données sur les caractéristiques des consommateurs et l'ampleur et la gravité des conséquences de la consommation de drogues et, d'autre part, des données permettant d'évaluer l'efficacité de certaines interventions. Ces indicateurs étant, néanmoins, l'expression indirecte de la problématique, ils ne permettent pas de réellement quantifier le nombre de toxicomanes.

Notons cependant que, la plupart du temps, ces indicateurs fournissent des renseignements reflétant partiellement les résultats de l'ensemble des actions entreprises, dans la mesure où:

- les résultats finaux exprimés, par exemple, en termes de comportements de consommation ou de niveau d'intégration sociale des populations-cibles, résultent souvent d'une combinaison d'influences. Celles-ci ne sont pas attribuables aux seules actions de l'OFSP, mais également à celles des au-

tres partenaires travaillant dans les domaines de la prévention primaire, secondaire et tertiaire;

- d'autres processus sont également à l'œuvre (évolution de la situation économique, du marché de la drogue, de la répression, etc.).

En revanche, on peut mesurer des résultats intermédiaires de l'intervention de l'OFSP en termes d'investissements consentis, de prestations fournies, ou de «clientèle» suivie. Ces éléments font partie de l'évaluation des processus.

## 2. Résultats et conclusions par domaines

### 2.1 Environnement

Les attitudes de la population suisse face au problème de la drogue ont fait l'objet de deux études consécutives: en 1991, avant le lancement de la première phase de la campagne de sensibilisation et en 1994. Selon ces études, la population perçoit la toxicomanie comme un problème social bien plus qu'un problème de santé. Elle favorise, en outre, des solutions multiples: d'une part, recourir à une répression accrue du trafic et du blanchiment de l'argent et, d'autre part, offrir une large palette d'aides aux consommateurs dépendants (en 1991 déjà, plus du 80% de la population était en faveur de la remise de matériel d'injection, et plus du 60% en faveur de la prescription d'héroïne sous contrôle médical). En revanche, la répression des consommateurs et la désintoxication forcée ne sont pas approuvées, pas plus que la tolérance de l'usage de petites quantités de stupéfiants.

Depuis 1990, la progression du chômage touche une importante proportion de jeunes et provoque chez eux un certain climat d'insécurité et de peur du futur. C'est là un élément du contexte social pouvant engendrer des comportements de fuite: donc une consommation accrue de drogues. Par contre, les taux de suicide, bien que toujours élevés dans cette tranche d'âge, sont relativement stables depuis 1985.

L'évolution du discours de la presse durant ces trois dernières années, reflet du problème de la drogue en Suisse, complète l'information sur l'environnement. En 1993, la majorité des articles recensés portaient essentiellement sur la criminalité liée à la consommation de drogues. Dans le courant de 1994 et au début de 1995, le nombre d'articles sur le thème de la drogue a considérablement augmenté et l'on a vu apparaître un nombre croissant d'articles portant sur la prévention, la réduction des risques et les traitements (notamment ceux rattachés aux essais

scientifiques de prescription de stupéfiants sous contrôle médical). En 1995, le discours s'est progressivement routinisé, avec une tendance globale de plus en plus libérale. Néanmoins, il existe d'importantes variations du discours, moins en fonction des régions qu'en fonction du type de journal analysé, les journaux dits de boulevard offrant une image globalement plus conservatrice que les journaux dits de qualité. Généralement, les consommateurs de drogues n'apparaissent que peu comme acteurs principaux dans les articles analysés.

## 2.2 Prévention primaire et secondaire

L'OFSP s'est montré très actif dans le développement et le soutien de projets de prévention primaire et secondaire. On note une réelle volonté d'expérimentation, d'innovation et de diffusion d'expériences ayant fait leur preuves. Ce foisonnement d'activité a, bien entendu, débouché sur des succès divers, comme nous l'avons vu plus haut. De nombreuses activités, essentiellement dans le domaine de la prévention primaire, ont déjà lieu au niveau des cantons. C'est pourquoi, en termes de nombre de consommateurs de drogues, il n'est actuellement pas possible de distinguer si les projets/programmes de l'OFSP ont entraîné une réduction des nouveaux consommateurs ou s'ils ont diminué le nombre de personnes dépendantes. Néanmoins, les conclusions suivantes s'appliquent au domaine de la prévention:

- Si l'on considère les programmes financés par l'OFSP, on constate que ceux qui étaient totalement «nouveaux» (Santé Jeunesse, certains aspects de Mach Mit / Participez) et dont l'OFSP était l'initiateur se sont heurtés à un certain immobilisme, voire à des résistances des structures existantes (système scolaire, clubs sportifs), qui ne voyaient pas toujours d'un très bon œil ces incursions – parfois maladroites – dans leur territoire. Ces programmes étaient aussi parfois insuffisamment préparés (SJ) ou ne tenaient pas assez compte de l'environnement dans lequel ils se déroulaient (SJ, Mach Mit). Ils étaient, par ailleurs, dotés de structures qui ne permettaient pas un pilotage adéquat du projet.
- Il en est tout autrement des programmes dans lesquels l'OFSP a joué le rôle de diffuseur d'une approche déjà expérimentée (SMAT, médiateurs, etc.) ou de soutien d'une initiative extérieure (Mieux vaut prévenir que guérir, projets locaux concernant les populations immigrées, etc.). Là, ces programmes semblent se dérouler selon les attentes et sont réellement «portés» par des gens motivés.
- Il est, par contre, plus difficile de déterminer, sur la base des données actuellement disponibles,

quelle est la possibilité réelle de promouvoir et d'étendre à d'autres endroits les projets locaux, qui fonctionnent bien. Il faudrait donc envisager l'évaluation de cet aspect important, qui est notamment un des critères de base retenus pour le financement de projets locaux.

- Dans le domaine particulier de la prévention secondaire, l'OFSP s'est attelé, dans une première phase, au développement d'un aspect moins connu de la prévention de la dépendance. Cela, avec une volonté certaine d'innover en soutenant et en initiant des projets dans la plupart des domaines concernés.
- Le développement diversifié de la prévention secondaire s'est fait avec beaucoup d'activisme et d'enthousiasme, en se heurtant parfois aussi aux réalités de milieux, dont les priorités divergeaient de celles des promoteurs des programmes (certains aspects du programme Drogue ou Sport). Les évolutions ne peuvent se faire que lentement: une sensibilisation a certes eu lieu, mais les possibilités réelles de reprise après la phase d'impulsion ont été surestimées.

## 2.3 Traitement, prise en charge et réduction des dommages

- Dans le domaine du traitement, l'OFSP a su développer une stratégie bien équilibrée entre les 3 axes principaux: le soutien à des projets-pilotes, la coordination et l'information/documentation.
- Une grande partie de l'effort de la Confédération s'est adressée au secteur ambulatoire avec la mise en place des essais scientifiques de prescription de stupéfiants sous contrôle médical (plus de 6 millions de francs pour la période 1992–1995). Il s'agit clairement ici d'une volonté de tester de nouvelles possibilités de prise en charge dont l'évaluation est en cours.
- La création du système d'information nationale (Infoset Direct) et de la centrale de coordination nationale (COSTE) permettra certainement de mieux planifier les divers types de prise en charge thérapeutique actuellement disponibles en Suisse.
- Le soutien et le développement de statistiques nationales, dans le domaine ambulatoire et résidentiel, ainsi que dans celui du traitement à la méthadone, devraient permettre, à l'avenir, de mieux suivre et d'adapter l'offre en fonction de la demande. Cela, tout en créant des critères de qualité dans la prise en charge thérapeutique. Cette dernière reste encore très variable d'un canton ou d'une région à l'autre.



- Il existe une offre diversifiée de centres proposant travail et hébergement aux personnes évoluant dans le monde de la drogue. Cependant, elle est encore insuffisamment répartie géographiquement, étant concentrée actuellement surtout dans les grandes villes et en Suisse alémanique (en matière d'hébergement en particulier). En outre, cette offre est encore probablement insuffisante. A l'avenir, la création de la nouvelle centrale de coordination de l'OSEO, développée par l'OFSP, devrait pouvoir combler ces lacunes.
- Les consommateurs de drogue utilisent bien plus volontiers du matériel d'injection stérile lorsque celui-ci est disponible, et cela d'autant plus lorsque son accès est facile (structures ad hoc proches des scènes, heures d'ouverture étendues, possibilité d'injection sur place).
- Lorsque des structures à bas seuil ont été fermées ou des scènes dispersées, on a observé une baisse dans la remise de matériel d'injection. Ce qui traduit une insécurité, des difficultés d'approvisionnement et probablement une exposition accrue aux risques d'infections (VIH, abcès) pour les consommateurs de drogues les moins organisés et/ou les plus dépendants.
- La prévention de la transmission sexuelle du VIH reste un parent pauvre de la prévention du sida auprès des consommateurs de drogues.
- La consommation de drogue par injection est une réalité dans les lieux de détention. Le projet-pilote de Hindelbank a montré que la mise à disposition de matériel d'injection en prison est acceptable, faisable, utile et ne présente pas de danger.

## 2.4 Epidémiologie

Les nombreuses sources d'information et projets de recherche développés et soutenus par l'OFSP depuis 5 ans permettent de présenter une image relativement complexe de l'évolution de la situation de la consommation de drogues en Suisse. Comme nous l'avons déjà mentionné dans le chapitre 1.4, les divers indicateurs disponibles fournissent des renseignements qui ne reflètent que partiellement les résultats de l'ensemble des actions entreprises. Cela parce que d'une part, les résultats finaux exprimés, par exemple, en termes de comportements de consommation ou de niveau d'intégration sociale résultent souvent d'une combinaison d'influences. Et celles-ci ne sont pas attribuables aux seules actions de l'OFSP, mais également à celles des autres partenaires travaillant dans les domaines de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. D'autre part, d'autres processus sont également à l'œuvre, comme l'évolution de la situation

économique, du marché de la drogue, de la répression, etc.

### 2.4.1 Nombre de consommateurs

Les indicateurs directs provenant des mesures de la consommation, rapportés dans certaines études de population, montrent que:

- l'expérience de consommation de drogues douces sur la durée de vie semble stable, entre 1989 et 1994, dans la population de 17–30 ans (environ 300 000) et en légère augmentation dans celle de 31–45 ans (160 000 en 1989, 230 000 en 1994). Quant aux populations plus jeunes (15–16 ans), leur expérience de la consommation de cannabis aurait nettement augmenté entre 1986 (11 %) et 1994 (23 %), de même que leur disposition à en consommer;
- l'expérience de consommation de drogues dures sur la durée de vie (héroïne, cocaïne) serait en légère augmentation, entre 1989 et 1994 dans la population de 17–30 ans (42 000 en 1989, 49 000 en 1994) et dans celle de 31–45 ans (24 000 en 1989, 43 000 en 1994). En revanche, les données des études conduites chez les 15–16 ans montreraient une stabilité de l'expérience de la consommation entre 1986 et 1994 (environ 1 % pour l'héroïne et 1 % pour la cocaïne). Toutefois, ces dernières populations sont très jeunes (nettement en-dessous de l'âge moyen de la première consommation d'opiacés ou de cocaïne) et ne reflètent qu'imparfaitement la réalité. Une étude menée chez les jeunes sortis des systèmes de formation montre que l'expérience de consommation de drogues dures est beaucoup plus élevée dans les milieux qui traditionnellement «échappent» aux grandes enquêtes.

**Tableau 3: Diverses estimations du nombre de consommateurs réguliers de drogues dures en Suisse**

	Nombre de consommateurs réguliers de drogues dures en Suisse
Estimation basée sur l'étude suisse de la santé 1992/93	25 700–36 100
Estimation basée sur les taux de mortalité 1991 à 1993	20 000–28 600
Estimation basée sur les réponses des experts cantonaux en 1993	28 400–34 000
Estimation globale basée sur les données de répression 1990 à 1993	26 000–36 000

Le tableau 3 montre que, selon diverses méthodes d'estimation, le nombre de consommateurs réguliers sévèrement dépendants de drogues dures se situe actuellement aux environs de 30 000.

Compte tenu de la large fourchette d'erreur de ces estimations, il n'est pas possible, à ce jour, de mesurer de manière précise une variation de 20% de leur nombre, comme cela était fixé dans les premiers objectifs du paquet de mesures.

Les indicateurs indirects de la consommation dont nous disposons actuellement montrent que:

- le nombre de décès dus à la drogue (les décès dus au sida exclus), qui avait doublé entre 1989 et 1992, s'est par la suite stabilisé jusqu'en 1995 (cf. figure 1);
- les indicateurs de répression concernant les consommateurs d'héroïne montrent une stabilisation récente des dénonciations (1993-1994), après une phase d'augmentation rapide survenue en 1990. Par contre, les dénonciations concernant la cocaïne sont encore en augmentation;
- entre 1989 et 1994, les indicateurs tirés des études portant sur les personnes fréquentant les diverses structures d'aide ou de traitement ne montrent pas d'évolution nette dans l'âge de la première consommation, ou dans l'âge d'entrée en traitement;
- le nombre de consommateurs de drogues en traitement à la méthadone est passé de 5000 en 1989, à

9700 en 1991 et 13 985 en 1994. On estime toutefois que cet accroissement est dû à une augmentation et à une diversification de l'offre, plutôt qu'à une augmentation du nombre de consommateurs (davantage d'entrées en traitement);

- la consommation régulière d'alcool chez les jeunes (11-16 ans) est en augmentation, la consommation de tabac chez les 15-16 ans est plus erratique (diminution entre 1978 et 1986 puis augmentation à nouveau).

Dans l'ensemble, l'évolution des indicateurs directs et indirects irait donc plutôt dans le sens d'une stabilisation du nombre de consommateurs actuels réguliers et sévèrement dépendants, et d'une augmentation de certains facteurs de risque chez les jeunes comme la consommation de drogues légales ou la disposition à consommer du cannabis durant la période d'observation retenue (1990 à 1995).

#### 2.4.2 Gravité de la consommation / situation des consommateurs

En ce qui concerne les aspects de gravité de la consommation chez les personnes sévèrement dépendantes des drogues, les tendances sont les suivantes:

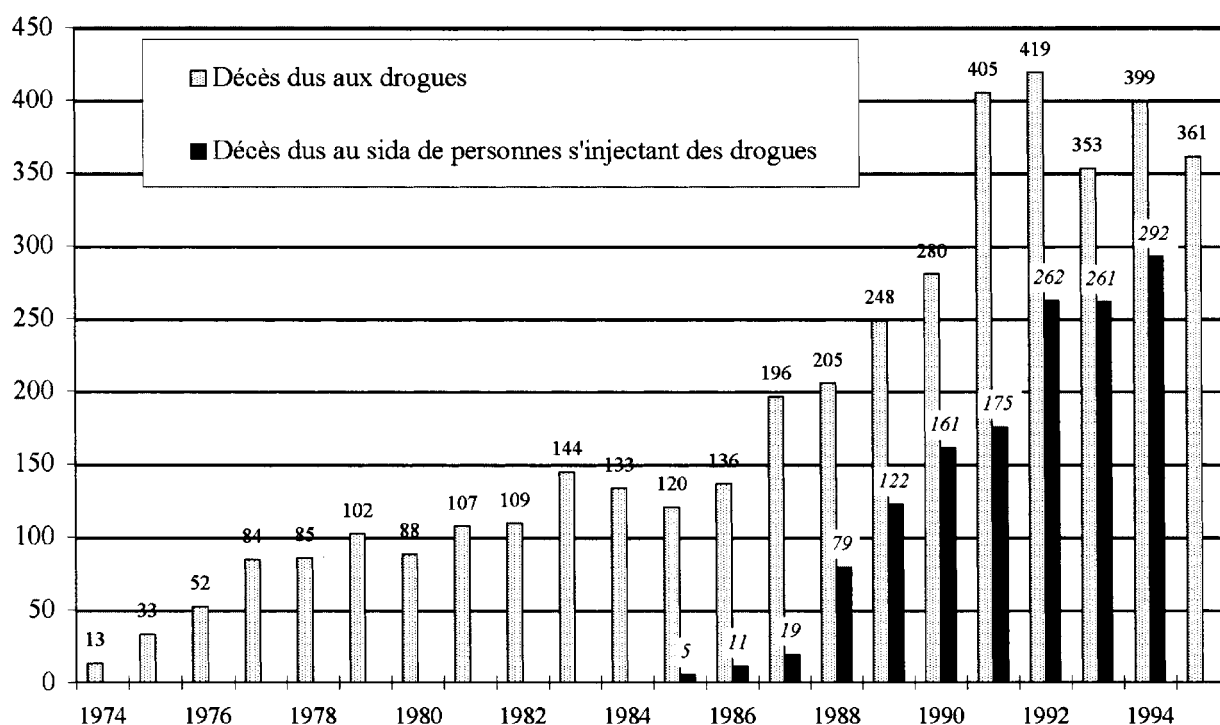


Figure 1: Evolution du nombre de décès liés à la drogue (1974-1995) et dus au sida (1985-1994) parmi les personnes s'injectant des drogues (source: Office fédéral de la statistique et OFSP)



- la multiconsommation de drogues a augmenté;
- les consommateurs de drogues paient un tribut de plus en plus lourd au sida, même si une diminution de la prévalence du VIH est observée (cf. ci-dessous);
- la proportion de consommateurs gravement désinsérés socialement reste importante, même si elle ne semble pas avoir augmenté dans les dernières années. Elle est particulièrement élevée chez les consommateurs qui s'injectent les substances. C'est d'ailleurs le fait de s'injecter ou non qui semble le mieux différencier les consommateurs «cachés» de ceux qui le sont moins;
- en revanche, le nombre de consommateurs de drogues en contact avec des services d'aide, de réduction des risques ou de traitement a fortement augmenté durant ces dernières années.

Par ailleurs, une proportion importante de consommateurs d'héroïne qui fréquentent les centres à bas seuil distribuant du matériel d'injection suivent simultanément un traitement à la méthadone. Ce qui pose la question de l'adéquation des traitements (en particulier des doses), que nous avons déjà évoquée, et partant, du risque potentiel d'overdoses.

#### *2.4.3 Les indicateurs de réduction des risques liés au sida*

Les efforts de prévention du sida auprès des consommateurs de drogue se sont orientés vers la réduction des risques de transmission du VIH par le sang (partage de matériel d'injection) et par voie sexuelle. Les données suivantes sont tirées d'études menées à ce sujet entre 1989 et 1995.

##### *Partage de matériel d'injection*

Une diminution du partage de seringues a été rapportée dans toutes les études qui comparent l'expérience de partage au cours de l'existence à celle dans les 6 derniers mois ou dans le dernier mois. Certes, toutes les études présentées ne s'adressent pas à des populations comparables: certaines ont été menées auprès de patients entrant en traitement, d'autres parmi les personnes qui fréquentent les centres à bas seuil où du matériel d'injection est disponible. La tendance est cependant générale. Notons aussi que a) le fait d'avoir partagé du matériel dans sa vie est plus fréquent en Suisse romande où les seringues sont moins facilement accessibles et b) seule une minorité de consommateurs de drogue par voie intraveineuse s'expose actuellement à ce risque:

- sur 5 études menées entre 1993 et 1995 et concernant divers groupes de consommateurs de drogues (entrées en traitement ambulatoire, personnes fréquentant les centres de distribution de seringues, population plus cachée et hors traitement), la proportion de personnes ayant au moins une fois dans leur vie partagé le matériel d'injection s'échelonne entre 39% et 51%;
- dans ces mêmes études le partage au cours des six derniers mois varie de 11% à 17%.

Il semble que le partage soit plus fréquent chez les consommateurs débutants ou irréguliers (en contact moins étroit avec les structures offrant du matériel stérile) et entre partenaires ou amis.

##### *Prévention de la transmission sexuelle du sida*

Des progrès dans l'usage de préservatifs ont été enregistrés, ce qui montre bien que les consommateurs de drogues sont aussi capables d'adapter leurs comportements sexuels à la réalité imposée par l'épidémie. La prévention de la transmission sexuelle du VIH reste, cependant, un problème majeur parmi les consommateurs de drogue, qui ont fréquemment des partenaires qui ne s'injectent pas ou qui ne sont pas consommateurs. Cela concerne surtout la protection avec les partenaires stables. Les changements de comportements obtenus ne sont pas encore suffisants, compte tenu de la prévalence de l'infection à VIH dans ce groupe. La voie sexuelle de transmission pourrait donc devenir prépondérante dans cette population.

Dans l'ensemble, la protection par le préservatif est la plus fréquente en cas de prostitution: 4 études réalisées entre 1989 et 1994 révèlent des proportions de protection systématique de 46% (1989) à 87% (1994). Avec les partenaires occasionnels (non clients), elle est semblable à celle que l'on rencontre dans la population générale: 9 études menées entre 1989 et 1995 rapportent des taux de protection systématique dans les 6 derniers mois allant de 38% (1989) à 70% (1994). L'emploi de préservatifs est beaucoup moins fréquent entre partenaires stables (avec lesquels les contacts sont répétés): dans les 9 études mentionnées, le taux de protection systématique oscille entre 12% (1989) et 22% (1992).

Les consommateurs de drogues séropositifs utilisent plus souvent des préservatifs que les séronégatifs, mais certains d'entre eux ne le font pas ou pas systématiquement, et cela indépendamment du type de partenaire. Les femmes consommant des drogues se protègent mieux avec leur partenaires occasionnels que les hommes. C'est le contraire qui est vrai dans le cas de la relation stable.

### *Prévalence de l'infection à VIH*

Des taux de séroprévalence assez stables, voire en diminution au cours des dernières années font penser que l'on est arrivé à une diminution de la progression de l'épidémie dans cette population massivement testée: en 1989–90, la prévalence rapportée dans les différentes études s'établissait autour de 20%. En 1993–94, elle se situe plutôt entre 10 et 15%. Elle est encore inférieure chez les personnes qui ont commencé à s'injecter après 1986.

### *Conclusions pour le domaine épidémiologie*

- Dans l'ensemble, les données épidémiologiques portant sur la consommation de drogues ont considérablement augmenté depuis 1990, et cela en grande partie grâce au soutien de nombreux projets de recherche, et au développement de statistiques nationales par l'OFSP.
- Les premiers éléments visant à obtenir une harmonisation des instruments utilisés dans l'épidémiologie de la toxicomanie sont apparus durant cette période, et la tendance va se poursuivre vers une fusion de certaines statistiques, afin d'alléger le considérable travail de saisie de l'information dans ce domaine.
- Le nombre de consommateurs de drogues sévèrement dépendants semble relativement stable depuis le début des années 1990.
- Il en va de même des indicateurs de gravité de la consommation, exception faite de la multiconsumation qui a augmenté.
- La proportion de consommateurs désinsérés socialement reste importante. Elle est particulièrement élevée chez ceux qui s'injectent des drogues.
- Le partage de seringues a fortement diminué en Suisse. Cette tendance se retrouve dans les diverses régions étudiées. Il semble que le partage soit plus fréquent chez les consommateurs débutants ou irréguliers, et entre partenaires ou amis.
- Bien que des progrès dans l'usage de préservatifs aient été enregistrés, la prévention de la transmission sexuelle du VIH reste un problème majeur parmi les consommateurs de drogue. Car souvent, en effet, leurs partenaires ne s'injectent pas ou ne consomment pas de drogue.

### 3. Conclusions globales

Les conclusions et recommandations pour chaque domaine se trouvent dans les chapitres précédents, par conséquent, nous présentons ici des conclusions plus générales qui devraient faciliter une vision plus globale de la situation.

- Durant la période 1991–1995, et conformément à ses engagements concernant la mise en œuvre des mesures destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, l'OFSP s'est montré très actif et innovateur dans le développement et le soutien de projets touchant aux domaines de la prévention primaire et secondaire, de la thérapie et de la réduction des risques.
- Cette intense activité s'est accompagnée d'un effort important de conceptualisation, et a contribué à la formulation d'une politique cohérente de la Confédération en ce domaine. Dans chaque domaine d'intervention retenu, cette importante phase d'acquisition d'expériences a permis de préciser et d'affiner les objectifs poursuivis par l'OFSP, ainsi que leur traduction dans l'action. Ce processus de développement d'une politique s'est déroulé en interaction avec de nombreux partenaires (autorités cantonales et locales, professionnels et associations intervenant dans le champ de la toxicomanie, chercheurs, etc.) dont les appréciations et recommandations ont été prises en compte dans la poursuite de la mise en œuvre des mesures.
- Parallèlement, le soutien ciblé à des projets parfois difficilement réalisables dans certaines régions (manque de moyens locaux ou contextes politiques à forte polarisation du débat sur la toxicomanie) a permis de faire évoluer les situations par l'expérience de projets concrets. Cela a certainement contribué, et c'était là un des objectifs de l'OFSP, à diminuer les importantes différences régionales dans l'approche – tant politique que pratique – du problème de la toxicomanie.
- Le choix délibéré d'agir simultanément dans les divers domaines de la toxicomanie, sans privilégier l'un ou l'autre, a fortement contribué à faire admettre que la toxicomanie nécessite une approche globale.
- Le foisonnement d'activités, la volonté de diversifier et d'innover dans un temps court ont aussi conduit parfois à mettre en place des projets qui manquaient encore de maturité ou qui demandaient une expérience et des compétences qui n'étaient pas encore réunies. Dans la plupart de ces cas, des réajustements ont été faits sur la base de l'expérience ou d'évaluations.

- Dans le domaine de la prévention, c’est dans le soutien, la coordination et la mise en valeur d’expériences et de compétences existantes que l’OFSP a été le plus efficace. En revanche, dans le développement de projets totalement nouveaux, il s’est montré moins performant et a dû procéder à des réajustements d’orientations ou de calendrier.
- L’OFSP a contribué au développement d’un large éventail d’approches thérapeutiques ou de réduction des risques, qui a certainement permis de mieux prendre en charge les divers types de consommateurs de drogues. Dans ce domaine, l’innovation (essais scientifiques de prescription de stupéfiants sous contrôle médical, projet de remise de seringues dans la prison de Hindelbank, par exemple) s’est faite de manière beaucoup plus contrôlée, en faisant largement appel à l’expertise extérieure.
- De manière générale, on assiste depuis 5 ans à une stabilisation du nombre de consommateurs de drogues sévèrement dépendants. Par ailleurs, en dehors de la multiconsomption qui a augmenté, les principaux indicateurs de gravité liés à la consommation de drogues dures montrent une stabilisation, voire une diminution en ce qui concerne, notamment, le partage de seringues et la séroprévalence du VIH. Il existe encore, néanmoins, une frange de consommateurs gravement désinsérés socialement et qui se trouvent dans une situation précaire. Les premiers résultats encourageants des essais scientifiques de prescription de stupéfiants sous contrôle médical pourraient, si ceux-ci se confirment à l’avenir, leur apporter une solution.
- On observe une tendance à l’augmentation de la consommation de drogues légales chez les jeunes.

## 4. Valorisation

### 4.1 Publications (articles)

1. Dubois-Arber F. Evaluation des campagnes de prévention du sida auprès des toxicomanes en particulier, en comparaison avec d’autres groupes-cibles. *Les Cahiers du GREAT* 1992;3:11–23.
2. Leuthold A, Cattaneo M, Dubois-Arber F. Die Schweizer Bevölkerung und das Drogenproblem: Problemsicht und Lösungsvorschläge. *Soz Präventivmed.* 1993;38(4):206–16.
3. Cattaneo M, Dubois-Arber F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à diminuer les problèmes liés à la toxicomanie. *Cahiers médico-sociaux* 1993;37(4):333–43.
4. Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Gruet F, Paccaud F. Prévention du sida chez les toxicomanes en Suisse: une évolution encourageante. *Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS)* 1994;83(34):916–20.

5. Dubois-Arber F, Paccaud F. La toxicomanie comme un problème social, politique, économique et légal. Editorial. *Schweizerische Rundschau für Medizin & Praxis* 1994;83(34):915.
6. Konings E, Dubois-Arber F, Narring F, Michaud PA. Identifying adolescent drug users: result of a national survey on adolescent health in Switzerland. *Journal of Adolescent Health* 1995;16(3):240–7.
7. Dubois-Arber F, Konings E, Koffi-Blanchard M, Gervasoni JP, Hausser D. Evaluating HIV prevention of low threshold needle exchange programmes in Switzerland. In: Friedrich D, Heckmann W (eds). *Aids in Europe – the behavioural aspect. Report of the Conference AIDS in Europe – The Behavioural Aspect, Berlin 26-29.9.1994.* Berlin: Ed. Sigma, 1995:183–90.
8. Benninghoff F, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Monitoring des activités des structures à bas-seuil d’accès pour consommateurs de drogues en Suisse: Remise de matériel d’injection stérile, résultats pour 1993 et quelques exemples cantonaux. *Soz Präventivmed* 1996;41 Suppl 1:5–14.

### 4.2 Rapports

1. Cattaneo M, Dubois-Arber F. Les indicateurs pour le suivi des problèmes liés à la toxicomanie en Suisse. Rapport intermédiaire d’une recherche effectuée sur mandat de l’Office fédéral de la santé publique. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1991. Non publié.
2. Cattaneo M, Dubois-Arber F, Leuthold A, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase I. Bilan initial 1991–1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993. (CahRechDoc IUMSP, no. 81).
3. Cattaneo M, Dubois-Arber F, Leuthold A, Paccaud F. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme: Phase I. Erste Bilanz 1991–1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993; 116 p. + annexes. (CahRechDoc IUMSP, no. 81a).
4. Cattaneo M, Dubois-Arber F, Leuthold A, Paccaud F. Evaluation of the Federal measures to reduce the problems related to drug use: Phase I. Initial report 1991–1992. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993; 114 p. annexes. (CahRechDoc IUMSP, no. 81b).
5. Zeugin P, Panchaud C. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie : phase I. Base-Ligne-Befragung zur nationalen Drogenkampagne

1991. Enquête de base, préalable au lancement de la campagne nationale de sensibilisation aux problèmes des toxicomanies 1991. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 148 p. (CahRechDoc IUMSP, no. 81.1).
6. Leuthold A, Cattaneo M. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase I. Sichtbarkeit und Akzeptanz der Phase I der nationalen Drogenkampagne 1991–1992. Ergebnisse einer Umfrage. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1992, 22 p. + annexes. (CahRechDoc IUMSP, no. 81.2).
  7. Widmer J, Zbinden Zingg P. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase I. Discours sur la drogue dans les médias suisses 1991. Résultats de deux recherches sur la presse écrite d'octobre à décembre 1991. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1993, 66 p. + annexes. (CahRechDoc IUMSP, no. 81.3).
  8. Gervasoni J-P, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Phase II. Deuxième rapport de synthèse 1991–1996. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996. (CahRechDoc IUMSP, no.111).
  9. Ronco C, Spuhler G. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase II. Evaluation des Aufenthalts- und Betreuungsraums für Drogenabhängige in Luzern: Schlussbericht. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 94 p. (CahRechDoc IUMSP, no. 111.1).
  10. Boller B. Der Drogendiskurs der Schweizer Presse: Zweijahresbericht 1993-1994. Eine quantitative Inhaltsanalyse zur Drogenberichterstattung der Schweizer Presse. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 135 p. + annexes.(CahRechDoc IUMSP, no. 111.2).
  11. Fahrenkrug H. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Prävention von Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen mit Risikoprofil. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 59 p. + annexes. (CahRechDoc IUMSP, no. 111.3 ).
  12. Boller B, Martin G. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Action Cirque: rapport de 1993 et 1994. Evaluation d'une campagne de prévention et de sensibilisation de l'OFSP. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 63 p. + annexes. (CahRechDoc IUMSP, no. 111.4 ).
  13. Boller B, Martin G. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Aktion Zirkus: Bericht für 1993 und 1994. Evaluation einer Präventions- und Sensibilisierungskampagne des BAG. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 63 S. + Anhang.
  14. Heim G, IPSO Sozialforschung, Dübendorf. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Repräsentative Befragung (Phase II) zu Wahrnehmung und Einstellungen der Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -konsum. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 56 p. + annexes. (CahRechDoc IUMSP, no. 111.5 ).
  15. Boller B, Coray R, Widmer J. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien I. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1995, 142 p. + annexes. (CahRechDoc IUMSP, no. 111.6 ).
  16. Kübler D, Hausser D. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Consommateurs d'héroïne et/ou de cocaïne hors traitement médical: étude exploratoire auprès d'une population cachée. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 156 P. + annexes. (CahRechDoc IUMSP, no. 111.7 ).
  17. Widmer J, Tröhler M, Ingold G, Terzi C. Evaluation der Massnahmen des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme. Drogen, Medien und Gesellschaft: Studien II. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996, 197 p. (CahRechDoc IUMSP, no. 111.8 ).
  18. Marro J-J, André G, Gervasoni J-P, Bleeker-Massarid P, Ziegler G, Dentan A. Toxicomanie et pharmacies, situation dans le canton de Vaud. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1994, 20 p. + annexes. (CahRechDoc IUMSP, no. 114 ).
  19. Gervasoni JP, Dubois-Arber F. «Situation de la toxicomanie dans le canton de Vaud, comparaisons intercantionales et nationales». Rapport réalisé à la demande de Monsieur E. Torriel, directeur des Institutions et secrétaire de la Commission cantonale pour la prévention et la lutte contre les toxicomanies. Lausanne, mai 1996.
  20. Gervasoni JP, Dubois-Arber F, Benninghoff F, Spencer B, Devos T, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie: Phase II: Deuxième rapport de synthèse 1993–1996. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 1996. Cah Rech Doc IUMSP, no 111a.



### 4.3 Présentations à des congrès / conférences

#### 4.3.1 Présentations orales

1. Dubois-Arber F. «Problèmes spécifiques posés par les évaluations des programmes de prévention (sida et drogue) de la Confédération». Colloque de l'Institut de médecine sociale et préventive de Bâle, 24.11.1992.
2. Dubois-Arber F, Cattaneo M, Leuthold A, Zeugin P. Perception of drug related problems by the Swiss population. The fourth international conference on the reduction of drug related harm. Rotterdam, 14–18 mars 1993.
3. Leuthold A, Cattaneo M, Dubois-Arber F, Widmer J. Activity of the Swiss press on the theme of substance abuse. The fourth international conference on the reduction of drug related harm. Rotterdam, 14–18 mars 1993.
4. Koffi-Blanchard MC, Gervasoni JP, Cattaneo M, Dubois-Arber F, Konings E. Monitoring of activities and clients in syringes exchange programmes for i/v drug users in Switzerland. 5th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Toronto, 6.–10.3.1994.
5. Dubois-Arber F, Gervasoni JP, Cattaneo M. Epidemiological appraisal of illegal drug use in Switzerland. 5th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Toronto, 6-10.3.1994.
6. Dubois-Arber F, Cattaneo M, Gervasoni JP. Evaluating the harm reduction policy related to drug abuse in Switzerland. 5th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Toronto, 6–10.3.1994.
7. Gervasoni JP, Leuthold A, Narring F, Michaud PA, Konings E, Dubois-Arber F. Characteristics of drug consumption among adolescents in Switzerland. 5th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Toronto, 6.–10.3.1994.
8. Dubois-Arber F. Epidémiologie de la toxicomanie en Suisse: problèmes méthodologiques. Drogenforschungs-Symposium. Institut für Suchtforschung. Zürich, 22.–23.3.1994.
9. Konings E, Michaud PA, Narring F. Identifying adolescent drug users: a comparison of school attendees and school drop outs in French speaking Switzerland. Congrès international pré-adolescence, Lausanne, 1.–3.9.1994.
10. Dubois-Arber F, Konings E, Koffi-Blanchard M, Gervasoni JP, Hausser D. Evaluating HIV prevention of low threshold needle exchange programmes in Switzerland. AIDS in Europe. The behavioural aspects. European Conference on Methods and Results of Psychosocial AIDS-research. Berlin, 26.–29.9.1994.
11. Gervasoni JP, Konings E, Dubois-Arber F, Heim G. Swiss attitudes to illicit drug use in 1991 and 1994. 6th International Conference on Harm Reduction, Florence, 26.–30.3.1995.
12. Gervasoni JP, Estermann J, Maag V, Rehm J. Estimation of the number of heroin and cocaine users in Switzerland: Utility for the global evaluation. 6th International Conference on Harm Reduction, Florence, 26.–30.3.1995.
13. Gervasoni JP. La remise contrôlée de seringues propres aux toxicomanes. Soirée d'information pour les représentants des communes de l'Ouest et Nord-Ouest de Lausanne, 25.10.1995.
14. Dubois-Arber F. Evaluations de la lutte contre la toxicomanie et de la prévention du sida en Suisse (keynote speech). Congrès ADELFI / SFSP, Nancy, 5.7.95.
15. Gervasoni JP, Dubois-Arber F. Use of evaluation: the example of two global evaluations of national prevention strategies on AIDS and illegal drug use. Evaluation '95, Evaluation for a New Century, a Global Perspective, Vancouver, 1.–5.11.1995.
16. Gervasoni JP. Evaluation des mesures de la Confédération visant à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Centre québécois de coordination sur le sida. Montréal, 8.11.1995.
17. Gervasoni J-P. Le point sur les programmes de maintien et de désintoxication à la méthadone en Suisse. Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, 8.11.1995.
18. Gervasoni JP. La distribution élargie des seringues: approche épidémiologique. Colloque scientifique de l'association vaudoise des médecins concernés par la toxicodépendance. Prilly, 25.1.1996.
19. Benninghoff F, Gervasoni JP, Dubois-Arber F. National monitoring of low threshold needle exchange programmes in Switzerland and its impact on harm reduction at local and national level. 7th International Conference on Harm Reduction, Hobart, Australia, 3.–7.3.1996.
20. Gervasoni JP. Prévention primaire de la toxicomanie en Suisse et son articulation avec la prévention secondaire. Groupe de travail prévention de la Mission de Prévention des Toxicomanies. Conseil Général de la Seine, Saint-Denis, 3.6.1996.
21. Gervasoni JP. Mise à disposition de matériel d'injection stérile auprès des consommateurs de drogues au niveau international et suisse. Journée de formation des pharmaciens vaudois, Gollion, 12.9.1996.
22. Gervasoni JP. Injecting Drug Use, HIV and Prison Initiatives in Switzerland. The Sixth Annual Collaborators' Meeting. Public Health Laboratory Service, Londres, 4.11.1996.
23. Gervasoni JP. Comment prévenir la transmission du VIH, en mettant à disposition des consommateurs de drogues illégales, du matériel d'injection stérile. Assemblée générale ordinaire de l'AFPT, Yverdon, 19.11.1996.

#### 4.3.2 Posters

1. Cattaneo M, Leuthold A, Dubois-Arber F, Zeugin P. La population suisse face à la consommation de drogues illégales: perception des problèmes et propositions de solutions. Journées scientifiques de la Société de Médecine Sociale et Préventive, Berne, 1.6.1992.
2. Dubois-Arber F, Jeannin A, Zeugin P. What data about drug abuse are provided by a telephone survey of the general population? The fourth international conference on the reduction of drug related harm. Rotterdam, 14.–18.3.1993.

#### 4.3.3 Workshops, divers

1. Monitoring et évaluation des centres à bas seuil visant la réduction des risques chez les toxicomanes (workshop). Co-organisation du workshop. Därligen, 27.–29.9.1992.
2. Gervasoni JP. Présentation du concept d'évaluation globale des mesures de la Confédération. Organisation de la journée d'information sur les études en cours dans le cadre de l'évaluation globale des mesures de la Confédération visant à réduire les problèmes liés à la toxicomanie, Berne, 13.4.1994.
3. Gervasoni JP. Présentation de l'épidémiologie de la toxicomanie en Suisse. Séminaire de l'Institut de police scientifique et de criminologie de l'Université de Lausanne, Lausanne, 1.6.1994.
4. Gervasoni JP. Aide à la survie et distribution de seringues; prévention Sida. Séminaire médias et toxicomanies. Fribourg, 16.11.1995.
5. Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F. Monitoring et études de clientèles des centres à bas seuil en Suisse. Réunion de la Fachgruppe «sida et drogues» de l'OFSP, Berne, 6.6.1996.
6. Gervasoni JP. Epidémiologie des toxicomanies. Cours dans le cadre du cycle de formation continue d'ARIA. Yverdon, 28.6.1996.
7. Animateur de l'atelier «Interface et communication pharmacien-médecin dans la prise en charge des toxicodépendants». Journée de formation des pharmaciens vaudois, Gollion, 12.9.1996.

Adresse pour correspondance:  
Françoise Dubois-Arber  
Institut Universitaire de Médecine Sociale et  
Préventive IUMSP  
rue du Bugnon 17  
CH-1005 Lausanne  
E-Mail: fdubois@inst.hospvd.ch



# Massnahmenpaket Drogen («MaPaDro»): Determinanten der politischen Verankerung\*

Daniel Kübler, Thomas Widmer, Erwin Rüegg, Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich und Institut d'études politiques et internationales, Université de Lausanne

## Zusammenfassung

Das Thema dieser Evaluation sind die politischen Bedingungen, welche die Umsetzung von drogenpolitischen Massnahmen des Bundes beeinflussen und letztlich deren Erfolg oder Misserfolg in entscheidendem Masse mitbestimmen. Sie befindet sich zurzeit in Bearbeitung. Im vorliegenden Text werden Vorgehen, Methode sowie erste Zwischenresultate dargestellt.

## 1. Einleitung

Seit 1991 unterstützt der Bund in Drogenfragen das sogenannte Viersäulenmodell. Dieses setzt zur Reduktion der Drogenproblematik auf Interventionen in den vier Bereichen Prävention, Therapie und Reintegration, Schadensverminderung und Überlebenshilfe sowie Repression und Kontrolle. 1991 und 1998 hat der Bund zwei Massnahmenpakete zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro 1 (1) und MaPaDro 2 (2)) erarbeitet, die der gezielten Umsetzung ausgewählter drogenpolitischer Massnahmen dienen.

Die Intensität und die Ideologisierung der drogenpolitischen Debatten hat im Laufe der Neunzigerjahre zwar abgenommen – insbesondere mit der Schliessung der offenen Drogenszenen (3). Dennoch kann die Akzeptanz der im MaPaDro 2 enthaltenen Massnahmen nicht einfach vorausgesetzt werden. Ziel dieser Evaluation ist es, die Interaktion von (interessen-)politischen Prozessen (*politics*) und Sachpolitik (*policy*) im Drogenbereich im Hinblick auf die Umsetzung der mit dem MaPaDro 2 geförderten Massnahmen aufzuzeigen und zu erklären. Insbesondere sollen die Bedingungen bestimmt werden, welche die Umsetzung dieser Massnahmen begünstigen. Zusätzlich soll untersucht werden, ob und wie das BAG diese Bedingungen beeinflusst hat. Schliesslich soll abgeklärt werden, ob die durch das BAG verwendeten Instrumente angemessen, effektiv und zielführend waren.

Die Evaluation gliedert sich in zwei Hauptteile:

Im *ersten Teil der Evaluation* soll der Grad der politischen Verankerung aller im Rahmen des MaPaDro 2 geförderten Massnahmen untersucht werden sowie die Folgen, die sich daraus für deren Umsetzung ergeben, sowohl auf der Ebene des Bundes als auch auf der der Kantone und Gemeinden. Hierfür sind zwei Schritte vorgesehen: In einem ersten Schritt (Teil 1. a) wird die politische Verankerung der Massnahmen auf Bundesebene analysiert und zwar anhand des Zustandekommens des drogenpolitischen Programms des Bundes. In einem zweiten Schritt (Teil 1. b) wird die politische Verankerung der im MaPaDro 2 speziell geförderten drogenpolitischen Massnahmen auf Kantons- und Gemeindeebene untersucht. Hier wird zunächst der Grad und die Ausprägung der politischen Verankerung dieser Massnahmen in sämtlichen Kantonen sowie in ausgewählten Städten quantitativ anhand der Sitzungsprotokolle der Exekutiven und Legislativen erhoben (*Inventar der drogenpolitischen Entscheidungen*). Sodann wird mittels ausgewählter Fallstudien der Einfluss dieser Verankerung auf die Umsetzung der Massnahmen dargestellt.

## Key Words

Drug Policy,  
Policy Implementation,  
Policy Evaluation,  
Switzerland

\* Diese Evaluation wird vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 00.000006 unterstützt. Laufzeit des Vertrags: Februar 2000 bis Juni 2003.

In einem *zweiten Teil* der Studie werden ausgewählte kantonale und kommunale Implementationsnetzwerke detailliert analysiert, um finanzielle, strategische und konzeptionelle Aspekte dieser Verankerung sowie die Aus- und Rückwirkungen innovativer Problemlösungen auf die Fortschreibung bzw. Anpassung dieser Massnahmen zu untersuchen.

Die Laufzeit dieser Evaluation erstreckt sich von Februar 2000 bis Juni 2003.

## 2. Vorgehen / Methodik

Zum heutigen Zeitpunkt (März 2001) sind die Arbeiten noch in vollem Gange.

Abgeschlossen wurde bis jetzt die Inventarisierung der politischen Entscheidungen zu drogenpolitischen Problemen auf kantonaler Ebene (4). Dieses Inventar deckt alle drogenpolitischen Stellungnahmen und Entscheidungen in allen 26 Kantonen zwischen 1991 bis 2000 ab. Als Grundlage für die Erfassung dienten die Sitzungsprotokolle der jeweiligen kantonalen Parlamente und Exekutiven (soweit zugänglich), sowie die Angaben der kantonalen Kanzleien zu Volksabstimmungen und deren Ausgang. Da von Gesetzes wegen von jeder Sitzung der politischen Instanzen ein Protokoll erstellt werden muss, kann die Datenerhebung über diese Protokolle dem Anspruch der *Vollständigkeit* genügen.

In Anlehnung an die Geschäftsordnung der jeweiligen Instanzen wurden diese Stellungnahmen und Entscheidungen in drei übergreifende Kategorien eingeteilt:

- 1) parlamentarische Vorstösse
- 2) Positionsbezüge der Exekutive
- 3) Parlamentsbeschlüsse und Volksentscheide

Neben der oder den von einer Stellungnahme oder Entscheidung betroffenen drogenpolitischen Massnahmen wurden Eckdaten erfasst, wie z.B. Datum, Parteizugehörigkeiten (bei parlamentarischen Vorstössen), Stimmenverhältnisse, Anzahl Wortmeldungen, Stellungnahmen der Fraktionen, Höhe des gesprochenen Kredits (bei Finanzbeschlüssen, Budgetentscheiden und Exekutiventscheiden), sowie eine Reihe weiterer Informationen.

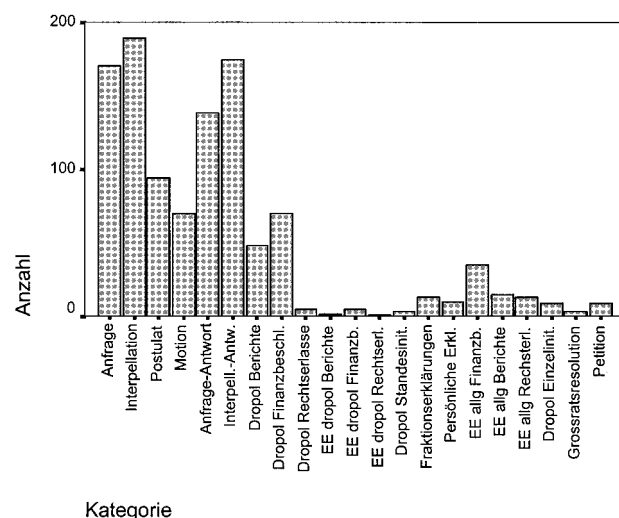
## 3. Erste Zwischenresultate

### 3.1 Erfasste Stellungnahmen/Entscheidungen

Insgesamt sind 1080 Ereignisse erfasst (Tabelle 1). Der weitaus grösste Teil davon, nämlich fast zwei Drittel, sind parlamentarische Vorstösse.

**Tabelle 1: Erfasste Stellungnahmen bzw. Entscheidungen**

	Anzahl	Prozent
Parlamentarische Vorstösse	687	63.6
Positionsbezug der Exekutive	223	20.6
Parlamentsbeschlüsse	161	14.9
Petitionen	9	0.8
Total	1080	100.0



- Kategorie**
- Erläuterung der abgekürzten Bezeichnungen in Abbildung 1:
- Interpell.-Antwort: Antwort der Regierung auf eine Interpellation
  - Dropol Berichte: Die Drogenpolitik betreffende Berichte der Regierung
  - Dropol Finanzbeschl.: Finanzbeschluss zu einer drogenpolitischen Massnahme
  - Dropol Rechtserlasse: Die Drogenpolitik betreffende Rechtserlasse
  - EE dropol Berichte: Einzelentscheidungen innerhalb eines drogenpolitischen Berichtes der Regierung
  - EE dropol Finanzb.: Einzelentscheidung innerhalb eines Finanzbeschlusses zu drogenpolitischen Massnahmen
  - EE dropol Rechtserl.: Einzelentscheidung innerhalb eines die Drogenpolitik betreffenden Rechtserlasses
  - Dropol Standesinit.: Standesinitiative betreffend die Drogenpolitik des Bundes
  - Persönliche Erkl.: Persönliche Erklärung eines Ratsmitglieds
  - EE allg. Finanzb.: Entscheid betreffend eine drogenpolitische Massnahme innerhalb eines Finanzbeschlusses allgemeiner Natur
  - EE allg. Berichte: Entscheid betreffend eine drogenpolitische Massnahme innerhalb eines Berichtes allgemeiner Natur
  - EE allg. Rechtserlasse: Entscheid betreffend eine drogenpolitische Massnahme innerhalb eines Rechtserlasses allgemeiner Natur
  - Dropol Einzelinit.: Die Drogenpolitik betreffende Einzelinitiative

**Abbildung 1: Erfasste Stellungnahmen bzw. Entscheidungen nach juristischen Kategorien**

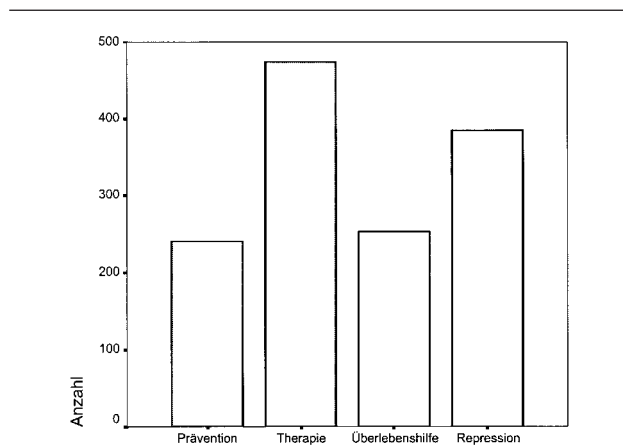
Die Aufschlüsselung nach juristischen Kategorien (Abbildung 1) zeigt, dass es sich bei der grossen Mehrheit der erfassten Ereignisse um die relativ unverbindlichen Interpellationen bzw. parlamentarischen Anfragen handelt.

In der chronologischen Aufstellung (Abbildung 2) wird klar, dass die parlamentarische Behandlung drogenpolitischer Fragen Konjunkturen unterliegt. In den Jahren 1991 bis 1995 haben sich die kantonalen Parlamente



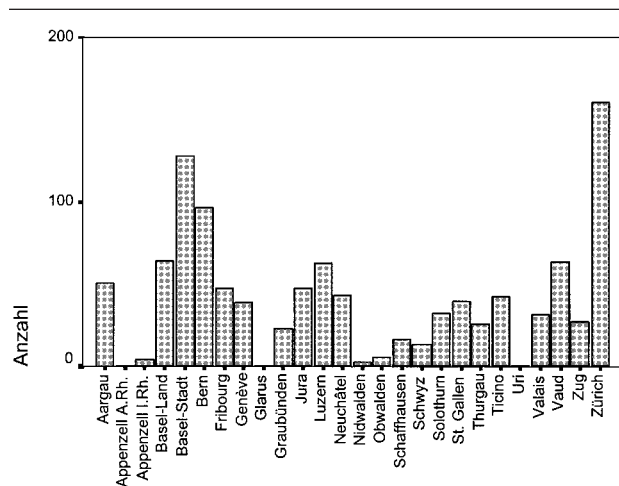
**Abbildung 2: Stellungnahmen bzw. Entscheidungen nach Jahren**

durchschnittlich weit über hundert Mal mit drogenpolitischen Themen befasst. Ab 1995 (Letztschliessung) ist dies weit weniger oft der Fall<sup>a</sup>.



**Abbildung 3: Erfasste Stellungnahmen bzw. Entscheidungen nach den vier Säulen der Drogenpolitik**

Bezüglich der betroffenen Säulen der Drogenpolitik (Prävention, Therapie, Schadensminderung, Repression) waren Massnahmen im Bereich Therapie weit aus das am meisten debattierte Thema (Abbildung 3). Dieses Resultat ist vor allem auf die heftigen Auseinandersetzungen um die Heroinabgabeprojek-



**Abbildung 4: Stellungnahmen bzw. Entscheidungen nach Kantonen**

te zurückzuführen: In 44% aller Stellungnahmen im Bereich Therapie ist die heroingestützte Behandlung erwähnt. Im Bereich Repression, dem am zweitmeisten diskutierten Bereich, fallen die Probleme mit den offenen Drogenszenen ins Gewicht: 28% aller Stellungnahmen beziehen sich hier auf Massnahmen rund um Drogenszenen.

Die Aufschlüsselung nach Kantonen (Abbildung 4) zeigt grosse Unterschiede in der Häufigkeit, mit der sich die einzelnen Kantonsparlamente mit drogenpolitischen Themen beschäftigen. Absoluter Spitzenreiter ist der Kanton Zürich mit insgesamt 161 Einträgen, gefolgt von Basel-Stadt mit deren 128. Am anderen Ende der Skala befinden sich die Kantone Uri und Glarus mit je einem Eintrag.

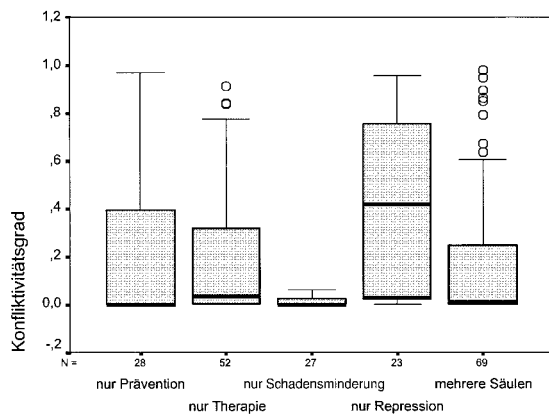
### 3.2 Konfliktivitätsgrad

Aufgrund der Stimmenverhältnisse bei Mehrheitsentscheiden lässt sich der Konfliktivitätsgrad einer beschlossenen Massnahme bestimmen. Die in der politikwissenschaftlichen Literatur (5) dafür verwendete Formel ist die folgende:

$$\text{Konfliktivitätsgrad} = \frac{2 \times \text{Minderheit}}{(\text{Minderheit} + \text{Mehrheit})^2}$$

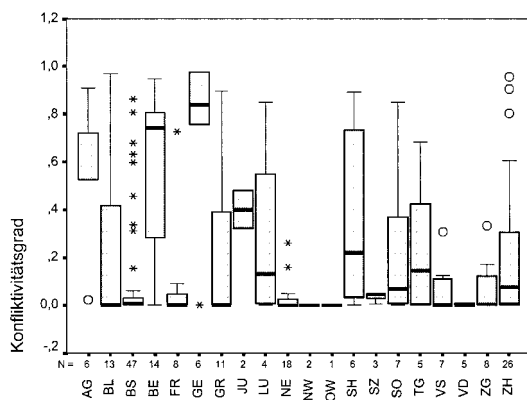
Die anhand dieser Formel erhaltenen Werte lassen sich wie folgt interpretieren: Einem maximal polarisierten Stimmenverhältnis (50% Ja gegen 50% Nein) entspricht ein Konfliktivitätsgrad von 1; einem absoluten Konsens (100% Ja gegen 0% Nein bzw. 0% Ja gegen 100% Nein) entspricht ein Konfliktivitätsgrad von 0.

<sup>a</sup> NB: Das Jahr 2000 kann nur begrenzt mit den anderen Jahren verglichen werden, da noch nicht alle Sitzungen des Jahres 2000 erfasst werden konnten.



**Abbildung 5: Konfliktivitätsgrad der Entscheidungen nach Säulen der Drogenpolitik (Streuung und Medianwerte)**

Abbildung 5 stellt den Konfliktivitätsgrad der einzelnen Säulen der Drogenpolitik dar. Sie zeigt auf, dass der Bereich der Repression den höchsten Konfliktivitätsgrad aufweist, gefolgt vom Bereich der therapeutischen Massnahmen. Dieses Resultat erscheint plausibel: Einerseits fallen in unserer Datenbasis Stellungnahmen zur Entkriminalisierung unter den Bereich Repression, andererseits wird die heroinge-



**Abbildung 6: Konfliktivitätsgrad der Entscheidungen nach Kantonen (Streuung und Medianwerte)**

stützte Behandlung im Bereich Therapie aufgeführt. Kontraintuitiv sind jedoch der tiefe Konfliktivitätsgrad im Bereich der Schadensminderung sowie der vergleichsweise hohe Konfliktivitätsgrad des Bereichs Prävention. Eine Erklärung wird hier sicher die geplante Feinanalyse der einzelnen Massnahmen liefern.

Die Aufschlüsselung nach Kantonen (Abbildung 6) zeigt grosse Unterschiede im Konfliktivitätsgrad der Drogenpolitik (alle vier Säulen zusammen) in den einzelnen kantonalen Parlamenten. Einen eher ho-

hen Konfliktivitätsgrad (über 0,4 im Durchschnitt) weisen die Kantone Aargau, Bern, Genf und Jura auf. Einen mittleren Konfliktivitätsgrad (0,2 bis 0,4) haben die Kantone Baselland, Graubünden, Luzern, Schaffhausen, Schwyz, Solothurn, Thurgau und Zürich. Einen vergleichsweise tiefen Konfliktivitätsgrad (unter 0,2) findet man in den Kantonen Basel-Stadt, Fribourg, Neuenburg, Nidwalden, Obwalden, Wallis, Waadt und Zug<sup>b</sup>.

## 4. Diskussion / Schlussfolgerungen

### 4.1 Zur Methode

Das gewählte Forschungsdesign und Vorgehen hat sich als zielfähig erwiesen. Zum Ersten liess sich ausreichend genau und vollständig erfassen, welche drogenpolitischen Massnahmen im kantonalen politischen Prozess diskutiert werden und wie die Stellungnahmen und Entscheide dazu ausfielen. Es scheint somit also möglich, anhand dieses Gesamtinventars das *drogenpolitische Programm* der einzelnen Kantone darzustellen. Zum Zweiten zeigen die im Zwischenbericht vorgestellten (und hier in verkürzter Form wiedergegebenen) Analysen, dass es möglich und machbar ist, die politische Verankerung von drogenpolitischen Massnahmen in den Kantonen anhand der im Gesamtinventar enthaltenen Daten mittels politikwissenschaftlicher Variablen zu bestimmen.

Zusätzlich kann zu jeder einzelnen Massnahme nicht nur ihre politische Verankerung wiedergegeben werden, sondern auch eine Reihe von Zusatzinformationen, wie z.B. die «Konjunktur» der verschiedenen Stellungnahmen und Entscheidungen, deren parteipolitische Verortung etc. Natürlich muss die Analyse noch verfeinert und vertieft werden. Insgesamt lässt sich aber jetzt schon absehen, dass aufgrund dieser Daten eine relativ genaue Charakterisierung des drogenpolitischen Klimas in den einzelnen Kantonen – und vermutlich auch in den noch fertig zu erfassenden Städten – vorgenommen werden kann.

### 4.2 Nächste Schritte

Der nächste Arbeitsschritt wird darin bestehen, die Verankerung der mit dem MaPaDro 2 geförderten

<sup>b</sup> In dieser Analyse fehlen die Kantone St. Gallen, Uri, Glarus, Tessin und die beiden Appenzell. In diesen Kantonen war die Berechnung des Konfliktivitätsgrades nicht möglich, entweder weil in den Sitzungsprotokollen keine Angaben zum Stimmenverhältnis wiedergegeben waren (SG, TI), oder weil in der Erfassungsperiode keine Entscheidungen zu drogenpolitischen Massnahmen stattgefunden haben (GL, UR, AI+AR). Weiter ist zu beachten, dass in einigen Kantonen (bes. Jura, Nidwalden, Obwalden und Schwyz) in der Untersuchungsperiode nur wenige Entscheide getroffen wurden.

drogenpolitischen Massnahmen zu bestimmen. Ziel ist es hier, eine Art Gesamtschau über den Grad der Verankerung des Massnahmenpakets Drogen in den einzelnen Städten und Kantonen zu erstellen. Aufgrund dieser Gesamtschau wird dann eine Auswahl der Kantone und Städte vertieft qualitativ analysiert, um zu bestimmen, worauf der unterschiedliche Grad der Verankerung zurückzuführen ist und welches der Einfluss der Aktivitäten des BAG auf diesen Verankerungsgrad ist.

## 5. Referenzen

1. Office fédéral de la santé publique. Mesures fédérales pour réduire les problèmes de drogue. Berne: OFSP, 1994.
2. Bundesamt für Gesundheit. Massnahmenpaket des Bundes im Bereich der Gesundheit zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro) 1998–2002. Bern: BAG, 1998.
3. Kübler D. Politique de la drogue dans les villes suisses entre ordre et santé. Analyse des conflits de mise en oeuvre. Logiques politiques. Paris: L'Harmattan, 2000.
4. Kübler D, Radaelli A, Neuenschwander P. Inventar der drogenpolitischen Entscheidungen. Erster Zwischenbericht. Zürich und Lausanne: Institut für Politikwissenschaft/Institut d'études politiques et internationales, 2001.
5. Papadopoulos Y. Conflit et consensus dans le système de partis et la société. In: Papadopoulos Y, ed. Elites politiques et peuple en Suisse. Lausanne: Réalités sociales, 1994: 203-44.

## 6. Wissenstransfer

### 6.1 In der Praxis

Eine Präsentation der Zwischenresultate beim BAG hat stattgefunden. Weitere Präsentationen (Konferenz der kantonalen Beauftragten für Suchtfragen; Konferenz der städtischen Beauftragten für Suchtfragen) sind geplant, sobald die erhobenen Daten fertig ausgewertet sind.

### 6.2 Auf wissenschaftlichem Gebiet

Geplant.

## 7. Konsequenzen der Evaluation in Bezug auf die öffentliche Gesundheit, die Drogenpolitik, etc.

Diese Evaluation befindet sich zurzeit (März 2001) im ersten Drittel ihrer Laufzeit. Zur Beurteilung von Konsequenzen, Lerneffekten, etc. ist es daher noch zu früh.

Der zu erwartende Nutzen dieser Evaluation besteht vor allem in der Erweiterung des Wissens über politische und administrative Zusammenhänge der schweizerischen Drogenpolitik, das die von anderer Seite (UEPP/IUMSP – Unité d'évaluation de programmes de prévention de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne) evaluierten sozialen und medizinischen Aspekte synergetisch ergänzen soll. Das Gesamtinventar der drogenpolitischen Entscheide aller 26 Kantone und von rund 20–30 Städten in den Jahren 1991– 2000 sowie die darauf aufbauenden Analysen ermöglichen Bund, Kantonen, Gemeinden und weiteren Akteuren einen fundierten Einblick in die Entwicklungsbedingungen der schweizerischen Drogenpolitik auf allen Stufen (Akteure, Interessen, Interaktionen, Rahmenbedingungen etc.) und in die Interdependenzen zwischen den drei Ebenen des schweizerischen politischen Systems im drogenpolitischen Bereich.

Im interkantonalen und interkommunalen Vergleich werden systematische Informationen über drogenpolitische Konzepte, politische Entscheidungen, Umsetzungs- und Implementationsprobleme erarbeitet, die dem Bund, Kantonen und Gemeinden sowie weiteren Akteuren bei der künftigen Ausgestaltung ihrer Drogenpolitik hilfreich sein können. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den kantonalen und kommunalen Drogenpolitiken werden mit Hilfe verschiedener Faktoren erklärt und lassen so Rückschlüsse auf das Ausmass drogenpolitischer Kohärenz in der Schweiz, auf Konflikt-, Konsens- und Kompromissmechanismen sowie auf Interaktionen und Interdependenzen zwischen der Drogenpolitik und anderen Politikbereichen zu.

Korrespondenzadresse:  
Institut für Politikwissenschaft  
Universität Zürich  
Karl-Schmid-Str. 4  
CH-8006 Zürich  
Tel: +41-1-634 38 41  
Fax: +41-1-634 49 25  
Dr. Daniel Kübler (Dkuebler@pwi.unizh.ch)  
Dr. Thomas Widmer (Leitung)  
(thow@pwi.unizh.ch)  
Dr. Erwin Rüegg (e.rueegg@access.unizh.ch)



# Coordination, modération, information: évaluation de la «plate-forme de coordination et de services dans le domaine des drogues»\*

**Sandro Cattacin**, Forum suisse pour l'étude des migrations, Université de Neuchâtel

**Daniel Oesch, Erik Verkooyen**, Laboratoire de recherches en sciences sociales et politiques appliquées de l'Université de Genève

## Résumé

Le 24 avril 1996, le Conseil fédéral décida de créer la «Plate-forme de coordination et de services dans le domaine des drogues» ou KDS (Koordinations- und Dienstleistungsplattform Drogen Schweiz), à laquelle s'affiliera le NDA (Nationaler Drogenausschuss). Le point numéro 4 du projet émis par le Département fédéral de l'Intérieur prévoyait alors «une évaluation des résultats de la plate-forme de coordination et de services et la présentation d'un rapport à ce sujet au Conseil fédéral en 1999». C'est précisément cette évaluation qui fait l'objet du présent texte.

## 1. Introduction

Ce rapport de recherche présente l'évaluation de la «plate-forme de coordination et de services dans le domaine des drogues». Cette structure a été mise en place en 1996 suite à une longue préparation visant à l'amélioration de la coordination entre les acteurs actifs dans le domaine de la drogue en général, et en particulier entre les acteurs appartenant à différents niveaux fédéraux, à savoir les Villes, les Cantons et la Confédération.

En présence d'une grande complexité du point de vue des acteurs et des facettes du problème de la drogue, nous avons opté pour une approche évaluative modeste, partant de la nouvelle structure instaurée par le Conseil fédéral et en reconstruisant son environnement. L'approche est donc orientée vers une perspective micro. Cette structure était, d'une certaine manière, bicéphale, avec d'un côté un «secrétariat spécialisé de la plate-forme de coordination et de services Suisse» (dorénavant «la plate-forme»), et de l'autre côté un «comité de liaison national en matière de drogue» (dorénavant le NDA, selon son abréviation allemande). Nous avons choisi de nommer la structure, dans son ensemble, le «pivot drogue».

Les questions d'évaluation étaient orientées vers les buts du pivot drogue tels qu'ils étaient énumérés dans le projet, c'est-à-dire les tâches

- d'information et de soutien (documentation),
- de promotion, d'innovation et de garantie de la qualité,
- d'harmonisation et de recherche du consensus et, enfin,
- de la coordination des politiques et des instances (toutes y figurent).

## 2. Déroulement de l'étude / Méthode

Comment avons-nous procédé pour répondre à ces questions? Nous avons cherché à établir un bilan adéquat, à travers l'utilisation et l'analyse des sources et des données documentaires (les documents issus de cette structure depuis son début, en particulier les procès-verbaux) et surtout à travers une enquête par entretiens (35 interviews brèves, 15 interviews en profondeur).

## Key Words

Drug Policy,  
Federalism,  
Coordination,  
Risk Management

\* Cette évaluation a été soutenue par le contrat n° 6861 de l'Office fédéral de la santé publique.



### 3. Résultats

Il s'avère que la structure travaille dans des conditions organisationnelles peu propices à la réalisation d'objectifs ambitieux qu'on lui a confiée: budget modeste, position hiérarchique non adéquate des personnes en charge de la plate-forme, manque d'identité de la structure. Il s'agit là des problèmes majeurs qui ont été mis en évidence du point de vue organisationnel.

En revanche, en ce qui concerne les buts, ils semblent tous atteints, bien que, dans l'intensité et l'impact, d'importants décalages existent.

Il n'y a pas de problèmes majeurs au sujet de l'axe «information et soutien». Il faut néanmoins relever que, du côté de l'efficacité dans la diffusion de l'information et dans le soutien aux organes pouvant profiter de la plate-forme drogue, il y a une claire limitation aux «insiders» de l'activité. La structure reste en dehors des cercles étroits, sans identité et sans politique de communication.

Du point de vue de la promotion, de l'innovation et de la garantie de la qualité, le pivot drogue est peu visible et d'une certaine manière dépassé par son objectif. La structure est surchargée (ne disposant que de ressources matérielles limitées) et impuissante (n'ayant pas accès aux lieux de décision importants par défaut de ressources hiérarchiques).

Les résultats concernant l'harmonisation et le renforcement du consensus des politiques sont meilleurs: sans que le pivot drogue ne présente une visibilité particulière, les commissions coordonnées suivent des politiques similaires. Il n'est pas certain cependant qu'il s'agisse là d'effets des activités du pivot, plutôt que des choix opérés par les acteurs administratifs chargés d'harmoniser la politique en matière de drogue. De la part des personnalités interrogées, il n'est pas possible de déduire un rôle particulier du pivot drogue, que ce soit au niveau des opinions ou au niveau des régions linguistiques distinctes.

Par contre, il semble que le pivot drogue puisse être vu comme un élément renforçant la coordination entre les niveaux fédéraux et à l'intérieur de l'administration fédérale, même si la situation est perfectible (problème d'intégration de l'Office fédéral des assurances sociales OFAS, intégration limitée d'acteurs des différents piliers, attitude encore peu coopérative des cantons à l'égard des communes).

Nous pouvons conclure que le pivot drogue a participé, sans jouer un rôle déterminant, au renforcement du consensus autour de la politique en matière de drogue. La même chose peut être affirmée pour la coordination. Par contre, il nous semble être

un acteur relativement isolé, peu intégré dans le développement de la stratégie en matière de drogues, sans parler de la politique de la santé en général. Pour la coordination, il reste notamment à mettre en évidence l'important travail, venant de la plate-forme, d'information, voire de cooptation, des acteurs policiers.

### 4. Discussion / Conclusions

Les attentes importantes à l'égard du pivot drogue lors de sa création se sont heurtées à des positions acquises, difficiles à changer. L'OFSP, d'un côté, a poussé à la création du pivot, mais ne l'a plus soutenu de manière conséquente après sa création. De l'autre côté, les autres instances s'occupant de coordination ont accepté son existence, sans pour autant lui accorder davantage qu'un rôle de soutien (secrétariat) et sans investir dans son implication au niveau des décisions politiques. Sa création n'a donc ni clarifié la structuration décisionnelle et opérative en matière de politique de la drogue, ni réellement permis de rationaliser le système des commissions.

Ainsi, les acteurs contents du fonctionnement et du rôle du pivot sont rares et proposent des changements. Trois directions sont discutées:

D'une part, on pourrait renforcer et soutenir les éléments jugés de bonne qualité, à savoir les services de soutien et d'information. Dans ce cadre, il serait utile de renforcer les synergies avec les autres acteurs de l'information qui travaillent dans les mêmes domaines ou dans des domaines similaires (Spectra, Sida Info Docu, etc.). Ce potentiel de concentration des activités d'information pourrait déboucher sur un renforcement du rôle du pivot drogue comme acteur d'envergure nationale.

D'autre part, tout en reconnaissant le rôle potentiel du pivot drogue dans des situations de crise, on pourrait lui donner des compétences thématiques ultérieures, en le transformant en une structure qui intervienne non seulement dans le domaine des drogues illégales, mais aussi au niveau d'autres dépendances, voire de questions de prévention de la santé en général. Un choix allant dans cette direction aurait sans doute aussi pour conséquence de renforcer les synergies entre les activités déployées par l'OFSP dans les domaines des drogues illégales, des dépendances et du VIH/sida, qui souvent manquent de coordination. On pourrait y ajouter un rôle de médiation et d'observation en transformant le pivot drogue en un véritable lieu de monitoring des activités de prévention de la santé dans les cantons et les communes qui se basent, – et cela serait l'élément de force –, sur leur collaboration.

Enfin, et c'est peut-être ce qui est le plus réclamé par les acteurs interpellés, une rationalisation organisationnelle est fortement souhaitée. Cette demande revêt différentes formes. Elle va de l'idée de créer une position de «délégué drogue» national à la proposition de réduire à deux acteurs de coordination – l'un plus technique et l'autre plus politique – les commissions au niveau fédéral. Ces positions venant notamment des Villes et des Cantons se résument par une forte demande de réorganisation qui irait dans la direction d'une visibilité croissante des lieux-clés de coordination et d'une limitation des lieux de coordination existants.

## 5. Recommandations

Ces remarques nous amènent tout droit à nos recommandations. Il nous semble prioritaire, en vue d'une réflexion autour d'un renouvellement de la base légale dans le domaine des dépendances, de poser certaines questions fondamentales dont la réponse déterminera en grande partie le travail futur du pivot drogue.

D'entrée, et comme le demandent une partie importante des acteurs sollicités, il serait important de définir les activités que le pivot drogue doit prendre en charge et, par conséquent, d'adapter l'importance de ses ressources en fonction de ces activités.

Si on prétend en faire un pôle de coordination politique entre les niveaux fédéraux et à l'intérieur de la Confédération, le pivot drogue doit aujourd'hui se doter d'un secrétariat d'impact institutionnel plus fort, notamment par l'augmentation des ressources (matérielles et de légitimation dite symbolique) à disposition. La structure actuelle est dépassée par les objectifs fixés et seulement une réévaluation de sa position pourrait donner ce poids permettant le travail de coordination requis (et souhaité d'ailleurs par les acteurs susceptibles de profiter du travail du pivot, aux niveaux cantonal et communal en particulier).

Si, par contre, il est décidé de restructurer le pivot drogue comme un acteur parmi d'autres et dont la tâche principale serait la production de services pour les acteurs de coordination au niveau national, il serait sans doute utile de définir ces activités dans un nouveau projet ou, mieux, dans la révision de la loi sur les stupéfiants, par le renforcement des compétences de gestion et d'information (et à ce moment-là, de chercher à développer des synergies avec les autres acteurs fédéraux dans le domaine de l'information). En tous les cas, ce projet ambitieux, devenu une structure discrète, demande une réadaptation des objectifs pour sortir de cette situation de surcharge et de manque de puissance financière et politique.

Effectuer ce choix, entre une structure politique et une structure ayant des fonctions logistiques, ou la combinaison des deux comme le veut l'ordonnance, nous semble prioritaire. De cette manière seulement, il serait possible d'investir le pivot drogue d'un objectif réalisable et précis. Ce choix aurait de toute manière des conséquences financières, au pire assorties d'un transfert de pouvoir: si nous devons résumer la politique en matière de drogue de cette décennie comme un lent passage de la régulation locale à celle nationale et d'une régulation hiérarchique à celle horizontale, le pivot drogue apparaît de jure comme un aboutissement. De facto, il reste un acteur dont le rôle central est accordé à défaut de mieux et sans conséquences réelles sur la structuration du champ décisionnel en matière de drogue.

Politiquement, il est donc tout à fait légitime de se demander s'il faut encore soutenir la structure-alibi telle qu'elle apparaît dans la confrontation des objectifs prévus et des objectifs réalisés. D'ailleurs, plusieurs personnes contestent ce soutien. L'alternative de continuer ce «muddling through» n'est en effet pas la bonne solution. Peut-être est-il même préférable de faire table rase, de réévaluer fondamentalement son rôle et de repartir sur une nouvelle base, plutôt que d'avancer encore à tâtons.

En vue des restructurations probables au sein de l'OFSP, des réflexions issues de la littérature, tant sur le fédéralisme que sur la santé publique, une troisième voie de réforme – différente du statu quo ou de la disparition du pivot drogue – nous paraît par contre plus souhaitable, à savoir la transformation dans le but d'une rationalisation des activités en matière de santé publique de l'OFSP du pivot drogue en un «pivot prévention». Qu'il s'agisse du lieu d'intervention ou du domaine d'intervention, la coordination demandée par la Confédération au niveau de la santé nous semble, à l'avenir, plus difficile à sectionner:

Du point de vue du domaine de l'intervention, les drogues illégales se laissent donc difficilement isoler d'autres problèmes de santé publique comme le VIH/sida, l'hépatite C, la pluri-toxicomanie ou le tabagisme. Ces différents champs d'action de la Confédération doivent à l'avenir être mieux intégrés du point de vue de l'échange entre les différentes connaissances. La responsabilité à cet égard est confinée à la direction de l'OFSP, alors qu'elle devrait, dans une logique de renforcement des compétences, devenir un facteur de liaison entre les unités administratives, à l'intérieur et à l'extérieur de l'OFSP (nous pensons en particulier à la liaison entre des unités de l'OFSP, de l'OFAS et de l'OFFP).

Une ouverture thématique pourrait avoir pour effet collatéral de passer d'une logique exclusive (de trai-

tement de thèmes isolés) à une logique inclusive (de perspective globale sur les problèmes). Cette perspective permettrait d'ailleurs une adaptabilité majeure à des changements de tout type dans les domaines concrets: l'arrivée d'une nouvelle substance toxique, de nouveaux traitements, de changements législatifs en Suisse ou à l'étranger ayant des effets sur la relation entre ces différents domaines, et ainsi de suite.

Du point de vue du lieu d'intervention, toute hiérarchisation politique unilatérale est dangereuse pour la mise en œuvre d'une option. Dans le domaine des drogues illégales notamment, il a été démontré comment une structuration décisionnelle horizontale basée sur différents centres décisionnels coordonnés entre eux, peut faire avancer le consensus et l'harmonisation de la politique. Dans le domaine du VIH/sida, le même constat est possible. Il semble donc indispensable de créer des lieux de décision qui prennent au sérieux les différents niveaux existant dans le système politique suisse. Cela est d'autant plus important lorsque le problème implique les compétences législatives. Il n'y a pas, selon nous, d'alternative aux lieux de décision entre les acteurs fédéraux, comme ils se développent de manière spontanée, non coordonnée, presque dissimulée par le pragmatisme dans leurs intentions structurelles. La question qui se pose à la Confédération à cet égard n'est donc pas: «Voulons-nous donner plus de pouvoir aux Cantons et aux Villes?», mais plutôt: «Pouvons-nous influencer les décisions qui se prennent par des structures alternatives de coordination?» Dans cette logique, une perte de pouvoir du pivot drogue se répercute directement par une perte de pouvoir de la Confédération dans ce domaine.

Le système politique suisse, dans sa logique d'organisation du bas vers le haut, et malgré sa croissante activité législative, risque d'être délégitimé, si les options organisationnelles actuelles sont maintenues. Ceci en particulier dans des secteurs d'intervention précis, si elle ne réussit pas à s'appuyer sur des acteurs réels (et non pas alibi comme l'est désormais le pivot drogue dans l'imaginaire des personnes impliquées). Par la création d'un niveau tiers de coordination, à côté du pluralisme idéologique (le Parlement) et du pluralisme cantonal (le Conseil des Etats), à savoir un système de représentation des intérêts touchés par des problématiques précises comme l'est potentiellement le pivot drogue, la Confédération pourrait non seulement garder une position centrale en tant que médiatrice des intérêts, mais par ce biais, elle pourrait aussi augmenter son influence réelle dans la réalisation des politiques aux niveaux cantonal, communal, mais aussi sociétal.

Il nous semble donc important de (re-)donner au pivot drogue l'envergure nécessaire pour renforcer

l'impact des orientations de la Confédération, mais aussi des autres acteurs clés pour la réalisation de ces orientations. Cette envergure pourrait se concrétiser par une augmentation du domaine d'intervention, mais aussi par un renforcement de son autonomie, si possible basé sur une législation qui mette au centre le but de la coordination à travers une ou plusieurs structures précises.

La condition de la réalisation de cette option est la disponibilité des acteurs au niveau fédéral, et notamment de l'OFSP, d'accepter la discussion, mais aussi la négociation de ses orientations. Il serait peut-être même souhaitable qu'une partie de leurs pouvoirs soient délégués. Il s'agit cependant là d'une décision qu'il leur sera sans doute très difficile de prendre.

## 6. Références

1. Bergman M, Cattacin S, Lucas B, Wernli B. Libéraliser, réduire les risques, soigner ou réprimer? L'opinion de la population suisse à l'égard de la politique en matière de drogue. Travaux et communication du Département de science politique de l'Université de Genève, 1997/8.
2. Boggio Y, Cattacin S, Cesoni ML, Lucas B. Apprendre à gérer. La politique suisse en matière de drogue. Genève, Georg, 1997.
3. Bütschi D, Cattacin S. «L'Etat incitateur: nouvelles pratiques de subsidiarité dans le système du bien-être suisse». *Annuaire Suisse de Science Politique* 1993;33:143-62.
4. Bütschi D, Cattacin S. Le modèle suisse du bien-être. *Coopération conflictuelle entre Etat et société civile: le cas de l'alcoolisme et du VIH/sida*. Lausanne, Réalités sociales, 1994.
5. Cattacin S, Landert C. Monitoring Aids: le monitoring des réponses organisationnelles cantonales visant la prévention VIH/sida: Laboratoire de recherches sociales et politiques appliquées resop, Université de Genève, 1998.
6. Cattacin S, Lucas B, Vetter S. Modèles de politique en matière de drogue. Une recherche comparative sur six réalités européennes. Paris, L'Harmattan, 1996.
7. Fahrenkrug H. Macht und Einfluss in der nationalen schweizerischen Drogenpolitik. *Europäische Drogenpolitik im Vergleich*. Lausanne, SFA/ISPA, 1996.
8. Gervasoni JP, Zobel F, Kellerhals C, Dubois-Arber F, Spencer B, Jeannin A, Paccaud F. Evaluation des mesures de la Confédération visant à réduire les problèmes liés à la toxicomanie. Troisième rapport de synthèse 1997-1999. Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000.

9. Vitali R, Cattacin S, en collaboration avec Abele M et Landert C. La prévention du sida dans les cantons suisses: une analyse organisationnelle. Muri, Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, 1997.

## 7. Transfert de connaissances / Valorisation

### 7.1 Dans la pratique

Rationalisation de la structure évaluée.

### 7.2 Sur le plan scientifique

Publication d'un document de recherche.

8. Conséquences de l'évaluation pour la santé publique, la politique de la drogue, etc.

### 8.1 Conséquences pour la pratique

En vue des restructurations en cours au sein de l'OFSP, des réflexions issues de la littérature, tant sur le fédéralisme que sur la santé publique, une troisième voie de réforme nous paraît par contre plus souhaitable, à savoir la transformation dans le but d'une rationalisation des activités en matière de santé publique de l'OFSP du pivot drogue en un «pivot prévention».

### 8.2 Sur un plan plus général (des leçons tirées)

Le groupe d'accompagnement de cette recherche était d'une grande qualité et nous a servi à la fois pour entrer en contact avec les personnes utiles à cette recherche et pour systématiquement remettre en question ses résultats intermédiaires. L'analyse des procès-verbaux de ces séances nous a néanmoins donné l'impression d'une difficulté à combiner, lors des séances, les différents niveaux de discussion: interprétation pratique, interprétation politique, discussion scientifique. Ces trois niveaux se sont régulièrement mélangés. Cette expérience, d'un intérêt méthodologique certain, nous semble-t-il, comportait en revanche le risque d'agacer les participants de ce groupe et de ne pas permettre d'approfondir tous les aspects nécessaires pour le suivi du groupe de chercheurs. Nous pensons que l'expérience menée nous permettra, pour de futures évaluations éventuelles, de mieux cerner les cercles interpellés dans des groupes d'accompagnement. Ceci pourrait se faire par un choix visant une homogénéité majeure des participants et par

une définition plus claire du rôle du groupe d'accompagnement. Une alternative serait par exemple de travailler avec plusieurs groupes d'accompagnement fonctionnellement différenciés. Ces groupes pourraient exister parallèlement ou encore se rencontrer une ou deux fois durant l'évaluation. Cette expérience d'évaluation pourrait ainsi ouvrir la voie à d'autres formes d'intégration des savoirs et des pouvoirs.

Par ailleurs, nous avons expérimenté l'enquête par téléphone auprès de décideurs et d'intervenants cruciaux dans le domaine analysé. Si, au niveau des grands sondages, les entretiens par téléphone se sont désormais imposés, ce type d'outil est à notre connaissance rarement utilisé pour des entretiens avec des experts et des personnalités politiques. L'expérience, positive pour l'essentiel, nous a néanmoins montré les limites de cette démarche chez certains interlocuteurs qui s'attendent à une prise en compte plus systématique de leur opinion, peut-être aussi plus respectueuse. La qualité des réponses était aussi fortement différente, puisque l'interlocuteur avait la possibilité d'entrer sérieusement en matière ou non. Nous retenons surtout que des settings similaires peuvent être conseillés, mais avec une ouverture sur l'option «interview par rencontre directe» pour les personnes qui le souhaitent. Ainsi, ce seront davantage la bonne volonté et l'engagement libre de l'interlocuteur qui dicteront le choix du type d'interview et qui permettront d'envisager un entretien approfondi ou non.

Adresse pour correspondance:  
Sandro Cattacin  
Swiss Forum for Migration Studies  
at the University of Neuchâtel  
Rue des Terreaux 1  
CH - 2001 Neuchâtel  
Tel.: +41-32-718 39 20  
Fax: +41-32-718 39 21  
E-mail: sandro.cattacin@unine.ch  
Adresse internet: www.unine.ch/fsm

# Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich: Evaluation des neuen Weiterbildungskonzeptes (Versuchsphase 1996–2001)\*

Hans-Martin Binder, Cornelia Furrer, Interface Institut für Politikstudien, Luzern

Jenny Maggi, Sandro Cattacin, Laboratoire de recherches sociales et politiques appliquées (resop), Genève

## Zusammenfassung

Die Weiterbildung im Suchtbereich (legale und illegale Drogen) bildet seit 1991 Gegenstand eines aktiven Engagements des Bundes. 1996 ging das Bundesamt für Gesundheit zu einer neuen Konzeption über. Der neue Ansatz wurde probeweise auf fünf Jahre festgelegt (1996–2001). *Im Zentrum der Evaluation stehen drei Fragestellungen: Erstens* soll abgeklärt werden, ob, in welchem Ausmass und in welcher Art die Ziele der neuen Weiterbildungspolitik erreicht werden. *Zweitens* soll die Zweckmässigkeit des Weiterbildungskonzeptes des BAG hinsichtlich dieser Ziele überprüft werden. *Drittens* sollen die Vorteile und Grenzen der aktuellen Weiterbildungspolitik bewertet werden. *Die Untersuchung wurde mit qualitativen und quantitativen Methoden* vorgenommen. Eine Analyse der Umsetzung des Weiterbildungskonzeptes in den verschiedenen Landesteilen und Abklärungen betreffend die Qualität der Weiterbildungskurse bildeten eine wichtige Grundlage der Evaluation. Die Nachbefragungen von TeilnehmerInnen der Weiterbildungskurse sowie Gespräche mit ExpertInnen im Bereich der Ausbildung von Suchtfachleuten lieferten wichtige Hinweise auf die Qualität und die Wirkung des Weiterbildungsangebotes.

## Key Words

Dependence on Legal and Illegal Drugs, Training and Further Education in the Treatment of Addiction, Strategic Evaluation, Utilization-Focused Evaluation, Participative Evaluation

## 1. Einleitung

### 1.1 Ausgangslage und Zielsetzungen

Die Weiterbildung im Suchtbereich bildet seit 1991 Gegenstand eines aktiven Engagements des Bundes. Um ein entsprechendes Bildungsangebot aufzubauen, hat sich das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zwischen 1991 und 1996 auf die wichtigsten Fachverbände abgestützt und die Schaffung von neuen Strukturen finanziert. Auf Empfehlung einer nationalen ExpertInnenkommission ging das Bundesamt zu einer *neuen Konzeption* über und *ersetzte die Strukturfinanzierung durch Programmförderung*. Weiter sah das neue Konzept vor, bei bestehenden Bildungsinstitutionen ein modulares Weiterbildungsangebot mit intra- und interprofessionellen Modulen anzusiedeln. Das Bundesamt übernimmt eine Pauschalfinanzierung der Module.

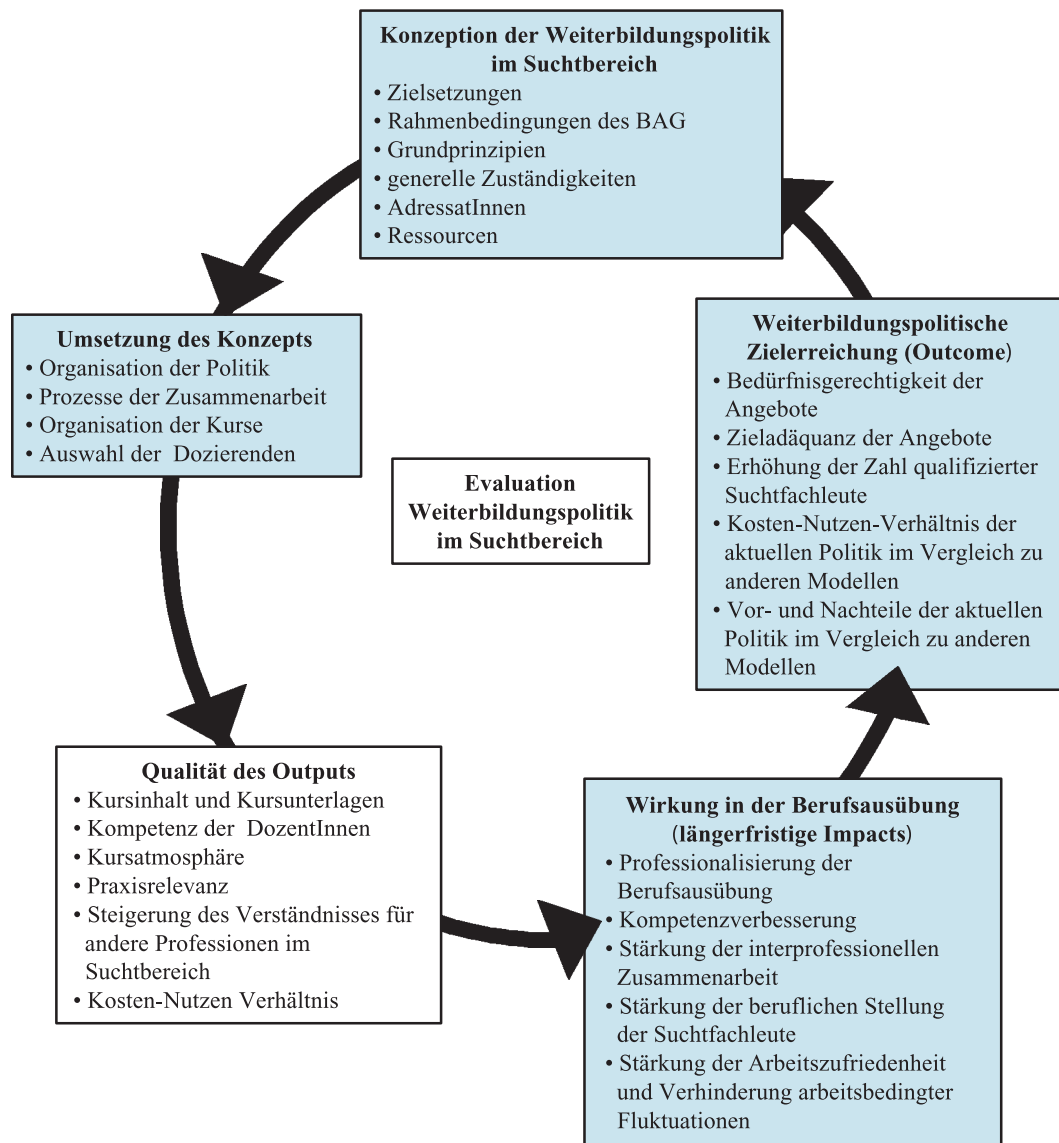
*Mit dem neuen Konzept verfolgt das BAG folgende Ziele:*

- Bereitstellung eines Fort- und Weiterbildungsangebotes, das den Bedürfnissen der Fachleute und der Institutionen entspricht und mit den vom Bundesrat festgelegten Zielen der Drogen- und der Alkoholpolitik übereinstimmt;
- Erhöhung der Anzahl gut ausgebildeter Fachleute im Suchtbereich;
- Förderung professioneller Berufsausübung;
- Verstärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit;
- Stärkung der beruflichen Stellung der Suchtfachleute;
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit der im Suchtbereich Tätigen sowie Verminderung von Fluktuation.

*Die Zielerreichung* soll unter Berücksichtigung der üblichen Rahmenbedingungen der Aktivitäten des BAG erfolgen (Berücksichtigung des legalen sowie des illegalen Suchtbereiches, Anpassung des Angebots an regionale und sprachliche Eigenheiten, Berücksichtigung von Suchtfachleuten in erster Priorität, Berücksichtigung aller Berufskategorien, die von der Viersäulenpolitik des Bundes betroffen sind, Berücksichtigung der besonderen Situation von Personen ohne tertiäre Ausbildung).

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 99.000795 unterstützt.





**Abbildung 1: Der Evaluation zugrunde gelegtes Wirkungsmodell**

Die neue Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich wurde für eine Probezeit von fünf Jahren festgelegt (1996 bis 2001). Nachdem sich die getroffenen Massnahmen seit 1999 auszuwirken beginnen, sollte eine breit angelegte Evaluation das Weiterbildungskonzept auf seine Zweckmässigkeit und Wirksamkeit hin überprüfen.

*Die Evaluation verfolgte insbesondere drei Ziele:*

- Erstens sollte abgeklärt werden, ob, in welchem Ausmass und in welcher Art die Ziele der neuen Weiterbildungspolitik des BAG erreicht werden.
- Zweitens sollte die Zweckmässigkeit des Weiterbildungskonzepts des BAG im Suchtbereich hinsichtlich dieser Ziele überprüft werden.

- Drittens sollten, vor dem Hintergrund der Erfahrungen der früheren Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich, die Erfahrungen mit der aktuellen Politik in den verschiedenen Sprachregionen und die Vorteile und Grenzen der aktuellen Weiterbildungspolitik bewertet werden.

Die Auftraggeberin wünschte eine formative Evaluation, damit die gewonnenen Erkenntnisse über die Zweckmässigkeit des Konzepts und die Zielerreichung für die Weiterentwicklung der Weiterbildungspolitik im Suchtbereich genutzt werden können. Die Evaluation sollte in enger Zusammenarbeit mit dem Verantwortlichen für die Weiterbildungspolitik des BAG und mit der ExpertInnenkommission erfolgen. Als AdressatInnen der Evaluation lassen sich in erster Linie die Dienste des BAG sowie an-



dere administrative und politische Instanzen von Bund und Kantonen identifizieren, welche das zu evaluierende Projekt geplant haben und auch finanzieren. Der formative Charakter der Evaluation legt auch nahe, die involvierten Weiterbildungsfachleute sowie die Berufsverbände als Adressatengruppe mit einzuschliessen. Letztlich soll sich die Evaluation aber auch an WissenschaftlerInnen (auf nationaler und internationaler Ebene) richten, die sich mit der Weiterbildungspolitik im Suchtbereich beschäftigen.

## 1.2 Problemstellung

Die Grundlage für die Generierung des Evaluationskonzeptes bilden die aus der wissenschaftlichen Evaluation bekannten Stufen der Wirkungsentfaltung (2). Vor diesem Hintergrund wird der Untersuchung das in Abbildung 1 dargestellte Wirkungsmodell zugrunde gelegt.

Auf jeder Stufe des Modells stellen sich aus der Sicht der Evaluation Fragen, welche Probleme und Chancen der Wirkungsentfaltung betreffen. Wir stellen nachfolgend die einzelnen Evaluationsgegenstände und Wirkungszusammenhänge im Überblick dar.

### 1.2.1 Konzeption der Weiterbildungspolitik

Grundlage einer erfolgreichen Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich bildet eine geeignete Konzeption. Folgende Fragen stehen im Zentrum:

- Erweisen sich die festgelegten Grundprinzipien, die organisatorischen Vorgaben und die definierten Zuständigkeiten der verschiedenen Akteure als geeignet, um die Ziele der Weiterbildungspolitik zu erreichen?
- Welche AdressatInnen sollen durch die Weiterbildungsbemühungen erreicht werden?
- Welche Ressourcen stehen für die Realisierung der Weiterbildungspolitik zur Verfügung?

Gemäss Pflichtenheft bildet die Konzeption der Weiterbildungspolitik einen wichtigen Gegenstand der Evaluation. Als Evaluationskriterium wird dabei die Zweckmässigkeit des Konzepts im Hinblick auf die Zielerreichung geprüft.

### 1.2.2 Umsetzung des Konzepts

Auch die Abwicklung der Weiterbildungspolitik (Programmorganisation) beeinflusst deren Wirkungen.

Folgende Fragen stehen im Zentrum:

- Sind die Angebote so angelegt, dass alle erforderlichen Kompetenzbereiche berücksichtigt sind?
- Sind die Angebote so angelegt, dass die Grundprinzipien des Weiterbildungskonzepts des BAG, insbesondere die Erfordernisse eines modularen Aufbaus, einer Unterteilung in intra- und interprofessionelle Module sowie der Interdisziplinarität berücksichtigt sind?
- Werden die vom BAG gesetzten Rahmenbedingungen eingehalten? Nämlich: Sind die Angebote an die regionalen und sprachlichen Eigenheiten angepasst? Wird der legale sowie der illegale Suchtbereich berücksichtigt? Werden alle Berufskategorien, die von der Viersäulenpolitik des Bundes betroffen sind, einbezogen? Wird der besonderen Situation von Personen ohne tertiäre Ausbildung Rechnung getragen?

Die Evaluation sollte im Weiteren eine Beurteilung des Spannungsfeldes zwischen Koordination und Konkurrenz der verschiedenen Modulanbieter ermöglichen.

Evaluationskriterium ist die Eignung der Umsetzungsstrukturen und -prozesse zur Zielerreichung.

### 1.2.3 Kursdurchführung und Zufriedenheit der Teilnehmenden

Entscheidend für den Erfolg der Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich ist weiter die Professionalität der Kursdurchführung und die Zufriedenheit der Teilnehmenden. In der Evaluationsforschung spricht man in diesem Zusammenhang von der Qualität des Outputs (z.B. räumliche und soziale Lernbedingungen, Kompetenz der Dozierenden, etc.) und von den kurzfristigen Impacts der Kurse (Zufriedenheit der TeilnehmerInnen, Beurteilung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses aus der Sicht der Teilnehmenden, etc). Diesbezügliche Erhebungen und Auswertungen werden vom Sekretariat der ExpertInnenkommission des BAG «Weiterbildung im Suchtbereich» an der Koordinationsstelle für Weiterbildung der Universität Bern laufend durchgeführt. Entsprechende Fragen stehen nicht im Zentrum der Evaluation. Soweit die verfügbaren Daten jedoch zur Beantwortung der zentralen Untersuchungsfragen dienen, wurden sie in einer Sekundärauswertung miteinbezogen.

### 1.2.4 Wirkung in der Berufsausübung (längerfristige Impacts)

Das Weiterbildungsangebot soll generell zu einer Verbesserung verschiedener Aspekte der Arbeitssituation von Suchtfachleuten beitragen. In diesem

Zusammenhang stellen sich verschiedene Fragen, welche die längerfristige Wirkung der Weiterbildungspolitik des BAG auf die Berufsausübung betreffen:

- Ist es gelungen, dank den unterstützten Weiterbildungsaktivitäten die Berufsausübung zu professionalisieren und die Kompetenzen der AbsolventInnen zu verbessern?
- Konnte die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt werden?
- Konnte die berufliche Stellung der Suchtfachleute gestärkt werden?
- Ist es gelungen, die Arbeitszufriedenheit der im Suchtbereich Tätigen zu erhöhen und Fluktuationen zu vermindern?

Evaluationsgegenstand sind in diesem Zusammenhang die längerfristigen Impacts der Weiterbildungspolitik. Die Überprüfung dieser Fragen bildete einen Schwerpunkt dieser Evaluation.

#### 1.2.5 Zielerreichung (Outcomes)

Am Ende der Wirkungskette steht schliesslich die Thematik der Zielerreichung. Konkret geht es um die realen Wirkungen der Politik auf die Konstitution des zu lösenden gesellschaftlichen Problems. In diesem Zusammenhang stellen sich drei elementare Fragen:

*Relevanz:* Tut das Projekt für seine Zielgruppe(n) das Richtige; ist es für diese von Bedeutung?

*Wirksamkeit:* Sind seine Aktivitäten geeignet, um die gesteckten Ziele zu erreichen? Zeigt es Wirkung? Stimmen die erzielten Wirkungen mit den Zielen der Drogen- und der Alkoholpolitik des Bundes überein? Konnte die Anzahl gut ausgebildeter Suchtfachleute erhöht werden? Wie sind die Ergebnisse der Untersuchung im Vergleich zu den Erfahrungen der früheren Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich zu bewerten? Sind unerwartete (negative) Nebeneffekte erkennbar geworden?

*Effizienz:* Ist es wirtschaftlich, d.h. werden die Ressourcen effizient eingesetzt? Welches sind die Vorteile und Grenzen der verschiedenen Modelle?

Die generelle Frage, ob, in welchen Zieldimensionen und in welchem Umfang es gelungen ist, mit dem neuen Konzept ein Weiterbildungsangebot aufzubauen, das den Bedürfnissen der Fachleute und der Institutionen entspricht, bildete den zentralen Fokus dieser Evaluation.

## 2. Vorgehen / Methodik

### 2.1 Vergleichsebenen

Bei Evaluationen lassen sich drei Arten von Vergleichen unterscheiden, nämlich Soll-Ist-Vergleiche, Längsschnittvergleiche und Quervergleiche. Im Rahmen dieses Projekts wurden in erster Linie Soll-Ist-Vergleiche und Quervergleiche erstellt. In beschränktem Ausmass wurden auch Längsschnittvergleiche mit einbezogen. Die Gesamtbeurteilung erfolgte auf der Basis einer Gegenüberstellung und Synthese der Ergebnisse der verschiedenen Vergleiche. Evaluationswissenschaftlich kann man in diesem Zusammenhang von einer «konzeptionellen Triangulation» sprechen.

#### 2.1.1 Soll-Ist-Vergleiche

Soll-Ist-Vergleiche setzen die Ziele, die auf politischer Ebene sowie im verwaltungsinternen Umsetzungsprozess mit der Auslösung des Projektes verbunden wurden, den tatsächlichen Ergebnissen gegenüber. Bei der Evaluation der Weiterbildungspolitik ist diese Art von Vergleichen sehr wichtig, da die Überprüfung der Zielerreichung einen Schwerpunkt der Untersuchung bildet.

#### 2.1.2 Quervergleiche

Quervergleiche kommen in dieser Evaluation einerseits bei der Gegenüberstellung der Zielerreichung in verschiedenen Regionen (Westschweiz, Deutschschweiz, Tessin) zur Anwendung. Andererseits ist die Gegenüberstellung der Erfahrungen aus anderen Modellen der Weiterbildungspolitik als Quervergleich zu betrachten.

#### 2.1.3 Längsschnitt-Vergleiche

Längsschnitt-Vergleiche untersuchen die Projektentwicklung im Zeitablauf und vergleichen Zustände vor und nach der Einführung einer Massnahme. Grundsätzlich wäre dazu eine Messung vor der Einführung der neuen Weiterbildungspolitik des BAG notwendig. Derartige Daten standen indessen nicht zur Verfügung. Deshalb musste der Zustand vor der Einführung der neuen Politik im Rahmen der Befragungen erfasst werden. Diese Vorgehensweise ist allerdings mit einiger Unsicherheit bezüglich Zuverlässigkeit und Stabilität der Aussagen behaftet, weshalb wir von einem «subjektiven» Längsschnittvergleich sprechen.

### 2.2 Empirische Grundlagen

In dieser Untersuchung werden qualitative und quantitative Methoden kombiniert. Empirisch aufge-

baut wird die Untersuchung auf insgesamt vier Grundlagen, welche im Folgenden kurz dargestellt werden.

### 2.2.1 Dokumentenstudium

Das erste empirische Element der Evaluation bildet eine vertiefte Auseinandersetzung mit der verfügbaren Literatur. Angesprochen sind:

- Unterlagen des BAG sowie der ExpertInnenkommission, welche das aktuelle Konzept zur Weiterbildung im Suchtbereich und dessen Umsetzung konkretisieren;
- Unterlagen, welche das zwischen 1991 und 1996 geltende Konzept betreffen (Darstellungen, Bewertungen);
- Unterlagen, welche andere angewandte Modelle der Weiterbildungspolitik im Suchtbereich betreffen;
- Gesetzliche und andere Grundlagen der Weiterbildungspolitik im Suchtbereich sowie der Evaluation im Gesundheitsbereich;
- Dokumente der Koordinations- und/oder Kompetenzzentren sowie der übrigen Institutionen, die für die Umsetzung der Weiterbildungspolitik des BAG relevant sind.

### 2.2.2 Sekundärauswertung der Kursevaluationen

KursanbieterInnen, deren Veranstaltungen im Rahmen der Weiterbildung im Suchtbereich durch das BAG unterstützt werden, sind verpflichtet, die Qualität der Weiterbildungskurse mittels eines vom Sekretariat der ExpertInnenkommission zur Verfügung gestellten Fragebogens zu überprüfen. Die Auswertung dieser Erhebung erfolgt durch das Kommissions-Sekretariat. Die Ergebnisse dieser Erhebungen für die Deutsch- und die Westschweiz wurden in die Evaluation einbezogen.

### 2.2.3 Nachbefragung der TeilnehmerInnen

Die von der Koordinationsstelle für Weiterbildung KWB durchgeführten Kursevaluationen geben ein Stimmungsbild bei Kursende wieder. Für die Beurteilung der längerfristigen Wirkungen bei Teilnehmenden (insbesondere: Professionalisierung, Kompetenzverbesserung, Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit) war eine entsprechende Nachbefragung der KursteilnehmerInnen unabdingbar. Durchgeführt wurde eine Vollerhebung. Das Sample umfasst über 600 AbsolventInnen aus der deutschen Schweiz und der Romandie.

### 2.2.4 Umfeldanalyse

Dieser Arbeitsschritt beinhaltet eine Situierung und Positionierung der Angebote im beruflichen Umfeld. Wichtig ist in diesem Zusammenhang der Vergleich der Resultate der Evaluation mit Wirkungsüberprüfungen anderer Modelle der Weiterbildung im Suchtbereich. Es wurden vor allem Gespräche geführt mit ExpertInnen im Bereich der Ausbildung von Suchtfachleuten und Organisationen, die sich mit Qualitätsstandards im Berufsfeld der Suchtfachleute auseinandersetzen. In erster Linie sind dies die Fachverbände VSD, GREAT, ASID, A+S sowie VCRD, sowie die kantonalen Delegierten für Drogenfragen, VertreterInnen in der KKBS und die Verantwortlichen für die Organisation der Ausbildung.

Durch die ExpertInnengespräche ist es nicht nur möglich, die Rolle der verschiedenen Akteure im Prozess der Definition der Ausbildungsoptionen zu verstehen, sondern auch, diese im aktuellen drogenpolitischen Kontext zu verorten.

In diese organisationspolitisch ausgerichtete Evaluation musste der Kanton Tessin mit einbezogen werden. Die Spezifität dieses Kantons als kulturell eigenständige Region in der Schweiz, das relativ starke Gewicht der Drogenproblematik in diesem Kanton und die Kontroverse bezüglich der Viersäulenpolitik des Bundes sind einige Gründe, die für den Einbezug des Tessins in diese Untersuchung sprechen. Auch die Studie Wicki (1994) hat auf die Bedeutung der unterschiedlichen kontextuellen Bedingungen in den verschiedenen Sprach- und Kulturregionen hingewiesen. Die etwas vertiefte Analyse im Rahmen dieser Evaluation kann diesen wichtigen Befund noch weiter spezifizieren.

## 3. Resultate und Empfehlungen

### 3.1 Implementation: Umsetzung des Programms und Managementfaktoren

Das neue Weiterbildungskonzept des BAG führte sowohl in der Deutschschweiz als auch in der Romandie zu einer Strukturbildung im Feld der Anbieter. Dieser Prozess lag in der Intention des neuen Konzeptes. Dass diese Struktur- oder Systembildung in der Romandie und in der Deutschschweiz auf unterschiedliche Art erfolgte, hat wohl vor allem mit kontextuellen Aspekten zu tun und weniger mit grundsätzlichen konzeptuellen Faktoren. Die empirische Untersuchung hat keine Anhaltspunkte dazu geliefert, dass die unterschiedliche Form der Systembildung in der Romandie und der Deutschschweiz und die daraus resultierenden Strukturen und Angebote auf die tragenden Charakteristiken

des neuen Weiterbildungskonzeptes zurückzuführen wären. Von einer mangelnden Stimmigkeit des Konzeptes kann also keinesfalls ausgegangen werden – im Gegenteil: Das Weiterbildungskonzept lässt die Entwicklung und Ausgestaltung der Selbstorganisation des Feldes bewusst offen, damit die unterschiedlichen kontextuellen Parameter im Vollzug berücksichtigt werden können. So lassen sich sprachregional durchaus unterschiedliche Ausprägungen von Konkurrenz und Koordination beobachten, doch muss dies nicht zwingend Auswirkungen auf den Umfang und die Qualität der Weiterbildungsangebote haben. Insofern besteht unter diesem Aspekt kein Bedarf nach Programmsteuerung.

In der Romandie hat der durch den Systemwechsel herbeigeführte Ausschluss der Verbände zur Gründung der *Fédération romande des organismes de formation dans le domaine des dépendances (Fordd)* geführt. Einerseits hatte dies eine systembildende Wirkung dadurch, dass Fordd die Einbindung aller an der Weiterbildungspolitik beteiligten Akteure – einschliesslich der Berufsverbände – anstrebte. Andererseits führte die selbstdefinierte Koordinationsfunktion willentlich dazu, den Wettbewerb unter den Anbietern auszuschalten – eine Wirkung, die vom Weiterbildungskonzept des BAG nicht intendiert war.

In der deutschen Schweiz entwickelte sich die Weiterbildung im Suchtbereich grundsätzlich nach dem vom Konzept her vorgesehenen System. Dieses wirkte sich einerseits dadurch aus, dass bisher nicht aktive Berufssparten im Praxisfeld Sucht in die Weiterbildungspolitik eingebunden werden konnten, andererseits dahingehend, dass im sich konkurrenzierenden Feld der Sozialarbeit eine – zum Teil gegenseitig abgesprochene – Konzentration auf wenige Anbieter stattgefunden hat (kartellistische Tendenz).

Im Kanton Tessin erzeugte das neue Weiterbildungskonzept bisher wenig Wirkung. Es erfolgte lediglich – dem Konzept entsprechend – die Zuweisung der Funktion als hauptverantwortliche Trägerinstitution an die *Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI)*. Weiterbildungsmodule wurden indessen noch keine durchgeführt.

Die Angebotsgenerierung erfolgt in der deutschen Schweiz nach dem vom Konzept vorgesehenen System. In der Romandie laufen die gesamte Angebotsgenerierung und die entsprechende Koordination über Fordd. Die Hauptmotivation dieser Koordination liegt nach eigener Einschätzung von Fordd im Bestreben, die im sprachregionalen Kontext potenziell vorhandene Angebotskonkurrenz auszuschalten. Damit soll ein Element impliziter Wirkung des Weiterbildungskonzeptes explizit verhindert werden.

Die drei Strukturprinzipien des Konzeptes – Programmförderung statt Strukturförderung, Pauschalfinanzierung und Ansiedlung der Angebote bei anerkannten Bildungsinstitutionen – sind bei den beteiligten Akteuren des Systems unbestritten und werden von diesen anerkannt und als richtig beurteilt. Einzig die teilweise unklaren Kriterien für die Anerkennung von Modulproduzenten, insbesondere hinsichtlich der privaten und verbandszugehörigen Bildungsinstitutionen, kann zu unklaren Verhältnissen führen, obwohl deren Kompetenz im Bildungsbereich unbestritten ist.

Die Programmstruktur mit Trägerinstitutionen und Modulproduzenten konnte sowohl in der Romandie als auch in der Deutschschweiz praktisch vollständig installiert werden. Die Trägerinstitutionen erfüllten in der ersten Implementationsphase des Konzeptes eine wichtige Funktion als systembildendes, koordinierendes Element. Sie spielten darüber hinaus für die ExpertInnenkommission eine wichtige Rolle als Gesprächspartnerinnen und als Institutionen, von denen aus die vom Konzept angestrebte berufsspezifische Profilbildung organisiert und vorangetrieben werden konnte. Heute, in der Phase der Konsolidierung der Weiterbildungspolitik im Suchtbereich, verkörpert die Ebene der Trägerinstitutionen – in ihrer Funktion als Ausschreibungs- und Qualitätsfilter – indessen eher ein Element unnötiger Überstrukturierung.

Die Beurteilung der von den Modulproduzenten vorgeschlagenen Module kann allein von der ExpertInnenkommission vorgenommen werden. Die Frage der Koordination ist in Anbetracht der Selbstorganisation des Feldes und angesichts der Anzahl von Modulproduzenten nicht mehr zwingend notwendig. Im Berufsfeld der Sozialarbeit wirkt sie zudem wettbewerbsverzerrend.

Die ExpertInnenkommission erfüllt ihre Funktion als qualitäts- und relevanzprüfende Instanz bei der Bewilligung von Modulgesuchen kompetent und wird von den Modulproduzenten in dieser Funktion auch respektiert.

Durch die Initiierung und Förderung der intraprofessionellen Profilbildung hat die ExpertInnenkommission eine für die erste Phase der Politikimplementierung wichtige Funktion der Programmsteuerung wahrgenommen. Dieser berufsspezifischen Profilbildung wurde aus bildungspolitischen Überlegungen eine herausragende Bedeutung zugeschrieben.

Neben der Profilbildung entwickelt das neue System der Weiterbildungspolitik weitere – eher indirekte – Programmsteuerungswirkungen durch die Koordinationsleistungen der beteiligten Institutionen und die durch den Weiterbildungsmarkt induzierte Generierung von Angeboten.

Die ExpertInnenkommission wirkt bis jetzt wenig auf der Ebene der Angebotssteuerung. Ein inhaltliches Rahmenprogramm – wie es das Konzept vorsieht – wurde bisher nicht erstellt. Die Kommission reagiert lediglich auf die Angebotsstruktur, wie sie das Feld der Anbietenden hervorbringt. In diesem Sinn wird das Wissens- und Erfahrungspotential innerhalb der ExpertInnenkommission ungenügend genutzt. Die Gewährleistung eines inhaltlich umfassenden, austarierten, variierten und den aktuellen Problemstellungen und Entwicklungen im Suchtbereich angepassten «Pflichtprogramms» ist nicht gesichert. Allfällige Angebotslücken werden nicht systematisch erkannt und erfasst.

In der ExpertInnenkommission fehlt eine Vertretung aus dem Kanton Tessin.

### *Empfehlungen*

1. Die Grundstruktur und Konzeption der Weiterbildungspolitik des BAG ist in sich stimmig. Sprachregionale Unterschiedlichkeiten in der Struktur- und Systembildung machen eine Änderung oder Anpassung des Weiterbildungskonzeptes nicht notwendig.
2. Die ExpertInnenkommission sollte ein System der Outputsteuerung (Angebotssteuerung) auf der Basis eines Wissenschafts- und Feldmonitorings entwickeln und umsetzen. Neben der Funktion, weiterhin die Angebote, die der Markt entwickelt, auf Qualität und Relevanz zu prüfen, muss dem Feld der Anbieter die vom BAG und der ExpertInnenkommission erwartete Themenpalette in einem periodisch neu definierten Rahmenprogramm zur Kenntnis gebracht werden. Dieses Rahmenprogramm hat die sprachregionalen Verhältnisse und Bedingungen zu berücksichtigen. Die Entwicklung und Realisierung eines Systems der Angebotssteuerung muss sich mit der Frage auseinandersetzen, wie wirkungsvolle Mechanismen gestaltet werden können, die in der Lage sind, in kulturell und institutionell unterschiedlichen Kontexten die Angebotspolitik von 3 Bildungsinstitutionen als Modulproduzenten zu beeinflussen.

### **3.2 Output: Struktur und Qualität des Programmangebotes**

Zahlenmässig vergleichbar wurden im Rahmen des neuen Konzeptes mehr Weiterbildungs-Module angeboten als im früheren Fördersystem. Soweit ein Kostenvergleich zwischen den beiden Systemen möglich ist, kann festgestellt werden, dass das neue Konzept ein besseres Kosten-Output-Verhältnis aufweist als das alte System der Strukturförderung durch das BAG. Mindestens für die Region der

Deutschschweiz scheint der Markt annähernd gesättigt zu sein. In der Romandie besteht proportional ein ebenso grosses Angebot.

Die Qualität der Weiterbildungsangebote wird von den TeilnehmerInnen auch im Nachhinein – ermittelt über die schriftliche Nachbefragung – grosso modo als positiv beurteilt. Geäusserte Defizite liegen im Bereich mangelnder Praxisnähe und wenig partizipativer Elemente im Unterricht.

Die fachspezifische und didaktische Qualität der DozentInnen wird von den TeilnehmerInnen zu grossen Teilen positiv beurteilt. Ein grösserer Teil der DozentInnen unterrichtet regelmässig und wiederholt in Weiterbildungskursen. Aber: Eine knappe Mehrheit der DozentInnen verfügt über keine spezifische didaktische Ausbildung bzw. eine solche in Erwachsenenbildung.

In der regionalen Verteilung der realisierten Angebote sind deutliche Disparitäten festzustellen. In der deutschen Schweiz gibt es in den Gebieten der Nordostschweiz sowie der Ostschweiz inklusive Graubünden wenig Weiterbildungsangebote. Im Gebiet der Romandie fehlen Angebote im Wallis und im Raum Fribourg-Neuchâtel-Jura. In der Westschweiz ist eine markante Konzentration im Gebiet Lausanne-Genève erkennbar.

Die vom BAG und damit auch die im Konzept angelegte Unterscheidung zwischen Angebotsförderung im legalen und einer solchen im illegalen Suchtbereich wird von den Beteiligten im Praxisfeld als nicht mehr zeitgemäss und daher als wenig opportun erachtet. Inhaltlich sinnvolle Grenzen zwischen beiden Bereichen können heute – abgesehen von bestimmten themenspezifischen intraprofessionellen Fragestellungen – praktisch nicht mehr gezogen werden.

Das vom BAG gesetzte Ziel, wonach alle von der 4-Säulen-Politik des Bundes betroffenen Fachleute in den Genuss von Weiterbildungsangeboten kommen sollen, wurde nicht vollumfänglich erreicht. Die beiden Bereiche Prävention und Repression wurden durch das Angebotssortiment ungenügend abgedeckt.

Die Konzentration bzw. Beschränkung der Angebotsförderung auf SuchtspezialistInnen wird in weiten Kreisen – stark vertreten in der Romandie – als eine zu enge Betrachtungsweise beurteilt. Insbesondere im Bereich der Prävention – eine «Säule», die in der geförderten Angebotspalette untervertreten ist – sind in der Weiterbildung zusätzliche Personkreise anzusprechen, die nicht zur Kategorie der «Suchtfachleute» gehören.

Das im Konzept – aus einer begründeten Optik der Bildungsforschung – definierte Prinzip der Mindestdauer von drei Tagen für ein subventionsbe-



rechtiges Modul wird in weiten Kreisen unter den Anbietern und den Betroffenen der verschiedenen Praxisfelder als zu rigide bezeichnet. Die Schwierigkeit im Berufsfeld der Ärzte, sich diesem Prinzip zu unterziehen, hat zu einer auf diese Berufssparte beschränkten Lockerung dieser Regel geführt – ein Umstand, der von anderen Berufssparten verständlicherweise als ungerecht empfunden wird.

#### *Empfehlungen*

1. Mit den in den entsprechenden Praxisfeldern versierten ExpertInnen müsste geprüft werden, ob auf eine explizite Unterscheidung zwischen Angebotsförderung im legalen bzw. illegalen Suchtbereich verzichtet werden könnte. In jedem Fall muss die ExpertInnenkommission aber sicherstellen – nötigenfalls über eine gezielte Outputsteuerung und eventuell auch den Zuzug weiterer Praxisfeld-naher ExpertInnen – , dass in beiden Suchtbereichen die notwendigen themenspezifischen Weiterbildungen angeboten werden.
2. Durch eine zu konzipierende Outputsteuerung (siehe oben) sollte die ExpertInnenkommission dafür sorgen, dass eine Angebotspalette für alle von der 4-Säulen-Politik des Bundes Betroffenen gewährleistet ist. Für den Wirkungsbereich der Prävention ist eine Ausdehnung der primären Adressatengruppen zu prüfen.
3. Am Grundsatz der Mindestdauer für ein vom BAG anerkanntes Weiterbildungsmodul ist – weiterhin aus der Sicht der Bildungsforschung – als Richtlinie festzuhalten. Zu prüfen ist, in welchen Fällen und unter welchen Bedingungen eine Ausnahme dieser Regel sinnvollerweise für die verschiedenen Berufsgruppen zu gewähren ist.

### **3.3 Impact: Wirkung der Weiterbildungspolitik auf die Berufsausübung und das Berufsfeld**

Die von der ExpertInnenkommission initiierte und finanziell unterstützte Profilbildung in den einzelnen im Konzept definierten Berufssparten ist positiv zu bewerten. Sie hat in allen Sparten zu intensiven Reflexionsprozessen darüber geführt, welches intraprofessionelle Wissen und Können im Suchtbereich notwendig ist. Dass diese Profilbildung in den einzelnen Berufssparten mit unterschiedlichem Aufwand und Erfolg hat realisiert werden können, ist abhängig von der Homogenität und Abgrenzbarkeit des Berufs- und Praxisfeldes. Hervorzuheben ist der nationale (und nicht sprachregionale) Ansatz der Profilbildung im Bereich Medizin.

Das Konzept hat eine starke Förderung der interprofessionellen Angebote gebracht. Fast zwei Drittel der befragten TeilnehmerInnen bestätigen auch,

dass sie ihre interdisziplinären Kenntnisse durch die besuchten Kurse hätten verbessern können. Auch die Beteiligten in den verschiedenen Praxisfeldern sind der Ansicht, das Schwergewicht der Weiterbildung müsse auf einem interprofessionellen und interdisziplinären Ansatz beruhen. Einzig die ÄrztInnen tun sich offensichtlich schwer mit der Teilnahme an interdisziplinär ausgerichteten Veranstaltungen.

Durch die Übertragung der Verantwortung für die Planung und Realisierung von Weiterbildungsmodulen an Bildungsinstitutionen und den weitgehenden Ausschluss der Berufsverbände und Praxisfeld-Organisationen aus der offiziellen Weiterbildungspolitik des BAG fehlt die konzeptionell und strukturell abgesicherte Vernetzung von Praxisfeld und Modulproduzenten. Damit ist auch eine kontinuierliche und systematische Ermittlung und Erfassung des Weiterbildungsbedarfs verschiedener Berufstypen in den einzelnen Praxisfeldern nicht gewährleistet.

#### *Empfehlungen*

1. Den Verbänden wird im neuen Konzept der Weiterbildungspolitik aus primär bildungspolitischen Überlegungen (Sicherung von Kontinuität und Stabilität der Angebote, höhere Gewichtung des Bildungs-Know-hows) keine operative Funktion mehr zugeschrieben. Trotzdem muss im Rahmen der Weiterbildungspolitik des BAG im Suchtbereich den betroffenen Verbänden und Praxisfeldorganisationen im Vollzugskonzept eine definierte Rolle zuerkannt werden (Bedarfsermittlung und Sensor in den Berufs- und Praxisfeldern). Damit kann eine Vernetzung zwischen dem Praxisfeld und den Anbietern auf organisationaler Ebene implementiert werden. Diese operative Einbindung der Verbände und Praxisfeldorganisationen muss nicht zwangsläufig durch eine Einsitznahme der entsprechenden VertreterInnen in der ExpertInnenkommission abgestützt werden.
2. Die Profilbildung soll weiterhin gefördert werden, damit die Politik des Bundes im Suchtbereich auf gemeinsame fachliche Hintergründe der verschiedenen involvierten Berufsfelder aufbauen kann.

### **3.4 Zusammenfassende Bilanz der Zielerreichung**

Zur Frage, was die Weiterbildungspolitik des BAG im Rahmen des neuen Konzeptes erreicht hat bzw. wo Schwachstellen ermittelt wurden, kann zusammenfassend bilanziert werden:

- Auf konzeptioneller Ebene (Weiterbildungskonzept) und operativer Ebene (ExpertInnenkommissi-



on, Kommissionssekretariat, Modulproduzenten) wurde in einem effizienten Verfahren (personeller und finanzieller Aufwand) für die deutsche Schweiz und die Romandie ein zahlenmässig (im Verhältnis zur Grösse des Praxisfeldes) und qualitativ guter Output erbracht.

- Der intraprofessionelle Aspekt der Weiterbildung im Suchtbereich wurde durch die von der ExpertInnenkommission geforderte Profilbildung gefördert.
- Die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde durch das grosse Angebot entsprechender Weiterbildungsmodule gefördert.
- Im Rahmen der bisherigen Weiterbildungspolitik ist es nicht gelungen, für ein angemessenes Angebot im Kanton Tessin zu sorgen.
- Der Auftrag zur Erarbeitung eines inhaltlichen Rahmenprogrammes wurde von der ExpertInnenkommission nicht erfüllt. Ebenso erfolgte keine auf ein Monitoringsystem abgestützte und sprachregional differenzierte Outputsteuerung. Beide Aspekte hatten zur Folge, dass die Weiterbildungspolitik des BAG keine Gewähr dafür gibt, dass ein sprachregional differenziertes und inhaltlich umfassendes Weiterbildungsangebot besteht, das alle Berufssparten bzw. alle von der 4-Säulen-Politik Betroffenen berücksichtigt.

#### 4. Referenzen

1. Boggio Y, Cattacin S, Cesoni ML, Lucas B. Apprendre à gérer. La politique suisse en matière de drogue. Genève, Georg, 1997.
2. Bussmann W, Klöti U, Knoepfel P (Hrsg.). Einführung in die Politikevaluation. Helbing & Lichtenhahn, Basel, 1997.
3. Cattacin S, Lucas B, Vetter S. Drogenpolitische Modelle in Europa. Ein Vergleich sechs europäischer Realitäten (Übersetzung aus dem Französischen). Zürich, Seismo, 1996.
4. ExpertInnenkommission des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). «Weiterbildung im Suchtbereich». Förderung von Weiterbildungsmaßnahmen im legalen und illegalen Suchtbereich. Konzept. Bundesamt für Gesundheit, Bern, 1998.
5. Gertsch, M. Der Weiterbildungsbedarf der Institutionen der schweizerischen Drogenhilfe. Koordinationsstelle für Weiterbildung der Universität Bern, Arbeitsbericht 12, 1994.
6. Nadeau M-A, Baumann G, Claude A. Evaluation. Luzern, Zentralstelle für die Weiterbildung der Mittelschullehrpersonen WBZ, 1996.

7. Koordinationsstelle für Weiterbildung der Universität Bern (Hrsg.). «Programmförderung des BAG: Weiterbildung im Suchtbereich». Zwischenbericht 1998/1999. Koordinationsstelle für Weiterbildung der Universität Bern, 1999.
8. Wicki, M. Komparative Evaluation zweier Fort- und Weiterbildungsprojekte im Suchtbereich. Koordinationsstelle für Weiterbildung der Universität Bern, 1994.

#### 5. Wissenstransfer

Der Schlussbericht dieser Evaluation ist über Internet einer breiteren interessierten Öffentlichkeit zugänglich (unter: [www.interface-politikstudien.ch](http://www.interface-politikstudien.ch) – oder – [www.admin.ch/bag](http://www.admin.ch/bag)).

#### 6. Konsequenzen der Evaluation in Bezug auf die öffentliche Gesundheit, die Drogenpolitik etc.

Auftrag der Evaluation war es, der Auftraggeberin empirisch gestützte Beurteilungen zum Vollzug und zur Wirkung der Weiterbildungskonzeption im Suchtbereich abzugeben mit dem Ziel, dass allfällige Korrekturen und Optimierungen im System der Weiterbildung (Vollzugssteuerung) vorgenommen werden können.

Korrespondenzadresse:  
Hans-Martin Binder  
Interface Institut für Politikstudien  
Kapellgasse 1  
6004 Luzern  
E-Mail: [binder@interface-politikstudien.ch](mailto:binder@interface-politikstudien.ch)

# Gesamtevaluation der Fortbildungssituationen in der Drogenarbeit (Stand 1994)\*

Martin Wicki, Koordinationsstelle für Weiterbildung der Universität Bern

## Zusammenfassung

Im Auftrag des BAG erhielten zwei Vereine von Fachpersonen im Suchtbereich 1992 den Auftrag zum Aufbau von Strukturen der Fort- und Weiterbildung für beruflich im Sucht- und Drogenbereich tätige Personen. Diese Vereine organisierten in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz je ein Projekt. Geprägt durch die verschiedenen Kontexte unterscheiden sich diese Projekte erheblich voneinander. Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen der Projekte «convers» und «ARIA» sowie der systematische Vergleich der Angebote sind Gegenstand dieser Evaluationsstudie. Verglichen werden ein «entwicklungsorientiertes» Angebot, das «marktnah» an den Bedürfnissen der Fachleute im Umfeld des Vereins anknüpft und sich vor allem an der Praxis zu orientieren sucht, sowie ein auf ein Zertifikat hin orientierter, 13-moduliger Aufbaukurs, der sich an akademischen Standards orientiert.

## 1. Einleitung

Im Rahmen der Massnahmen, die der Bundesrat zur Verminderung der Drogenprobleme Anfang 1991 beschlossen hat, wurde dem Bundesamt für Gesundheit BAG unter anderem der Auftrag erteilt, die Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich der Suchtarbeit zu verbessern. Die eingeleiteten Massnahmen zur Verbesserung des Fort- und Weiterbildungsangebots sind, wie die andern in diesem Rahmen erteilten Bundesaufträge, zu evaluieren, um in den folgenden Phasen die Effektivität zu optimieren.

Ab 1992 wurden zwei Pilotprojekte lanciert. Die vorliegende Evaluation zieht nach rund zweijähriger Laufzeit Bilanz aus der Aufbauphase und versucht, Schlüsse für eine optimale Weiterentwicklung zu ziehen. Sie wirft Fragen auf zwei Achsen auf:

- Zum einen werden die Erfahrungen der Strukturierung von Projekten analysiert,
- zum andern wird der Frage der Ausbildung mit professionellen Standards für die Suchtarbeit nachgegangen.

In einer Trägerschaftsexpertise (Wicki/Weber 1994) (2) wurden die Probleme der institutionellen Abstimmung erörtert und Modelle für eine breitere Verankerung präsentiert. Die Herausbildung professioneller Standards ist eng mit der Trägerfrage gekoppelt und wird mit der Organisations- und Programmentwicklung der beiden Projekte in diesem Bericht abgehandelt.

## 2. Vorgehen / Methodik

Die Evaluation beschreibt zum einen Umweltbedingungen aufgrund organisationssoziologischer und akteurtheoretischer Überlegungen, zum andern werden wesentliche innere Aspekte der Projektentwicklung beleuchtet. Grob lässt sich der Bericht damit in zwei Teile gliedern: in eine Beschreibung der Umwelt (mit äusseren und inneren Bedingungen) und in die Beschreibung und Analyse der Systementwicklung.

## Key Words

Further Education in the Treatment of Addiction, Comparative Evaluation of Different Systems, Demand Analysis, Professionalism, Needs Analysis

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 8020 unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus: Rihs-Middel M, Lotti H. Suchtforschung des BAG / Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996. Bern, EDMZ, 1997.

Der gewählte system- und akteurspezifische Zugang bringt verschiedene Vorteile:

- Er gestattet, die Dynamik der Institutionen in ihrer wechselseitigen Verknüpftheit zu rekonstruieren. Fehlentwicklungen werden interpretierbar als Ergebnis komplexer Zusammenhänge, in die verschiedene Akteure involviert sind. Die Suche nach einem Sündenbock ist erschwert.
- Die systemische Perspektive stellt die Folie dar, nach der wir die Wirklichkeit strukturieren. Sie ist ein (analytischer) Wegweiser in der Landschaft. Empirische Befunde sind im Lichte dieses Konzeptes zu bewerten, aber auch zu interpretieren.
- Eine solche Perspektive ist besonders geeignet bei einer Untersuchung, in der zwei Fälle beobachtet wurden.
- Schliesslich erleichtert der gewählte Ansatz die Reflexion aller Beteiligten über die Entwicklung. Er ist kommunikationsfördernd, was unter praktisch-politischen Gesichtspunkten sehr wichtig ist.

Das vielschichtige Evaluationsvorhaben legt den gleichzeitigen Einsatz mehrerer Methoden nahe: Interviews/Expertengespräche, Fragebogen, Dokumentenanalyse. Die Analysemethode als Gesamtes kann mit dem Begriff der «gegenstandsorientierten Theoriebildung» («grounded theory» im Sinne von Strauss/Corbin 1991) umschrieben werden.

Die beiden Projekte und deren Trägerorganisationen ebenso wie die Sektion Drogenfragen des BAG stellten uns alle relevanten schriftlichen Unterlagen (Statuten, Leitbilder, Konzepte, Programme, Jahresberichte usw.) zur Verfügung. Diese Informationsquellen stellten eine erste Grundlage für den Bericht dar.

Zum Einsatz gelangten verschiedene Fragebogen: je ein Voraus- (ex ante) und ein Danach-Fragebogen (ex post) für sämtliche Teilnehmende von convers-Kursen im Kursjahr 1993 sowie ein Fragebogen für die KursleiterInnen dieser convers-Kurse; für das französischsprachige Projekt je ein Fragebogen für die Teilnehmenden des ersten Moduls «Formation Continue» von ARIA und für Teilnehmende jedes Moduls «Perfectionnement Professionnel» von ARIA, sowie ein Fragebogen für die jeweiligen KursleiterInnen (Intervenants). Diese Fragebogen wurden soweit aufeinander abgestimmt, dass bestimmte Basisdaten zwischen den Projekten vergleichbar wurden. Die Fragebogen wurden mit dem Statistikpaket SPSS ausgewertet.

Als weitere Informationsquellen dienten Expertengespräche mit Vertreterinnen und Vertretern des BAG, des VSD, von GREAT, convers und ARIA. Sie wurden themenzentriert protokolliert. Ergänzend

wurden etliche telefonische und direkte Gespräche mit weiteren Akteuren geführt (z. B. VSFA, SPD Zürich, SAAP).

Schliesslich wurden im Dezember 1993 an der Universität Bern, im Rahmen eines von der KWB veranstalteten Hearings, ExpertInnen aus BIGA, BFK, Universität Bern, Gesundheitsdirektorenkonferenz und IUPG Genf zum Thema Trägerschaftsregelungen für Weiterbildungsinstitutionen angehört.

### 3. Resultate

Die Startbedingungen gestalteten sich für alle beteiligten Akteure schwierig. Die Drogenmassnahmen intervenieren in einem gesellschaftspolitisch kontroversen Feld. Mit dem rapiden personellen Wachstum der Abteilung Medizin des BAG bei Inkrafttreten der Fördermassnahmen stellten sich schwierige Organisations- und Normbildungsprobleme, während die beiden Trägerorganisationen, die eigentlich kleine Fachvereine sind, sich der mächtigen Aufgabe einer Projektentwicklung stellen mussten.

Die beiden Programme «convers» und «ARIA» lassen sich einerseits als Resultate zweier unterschiedlicher Konzeptualisierungsvarianten von Professionalisierung darstellen, zum andern sind sie auch Resultat von sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen. Träger dieser vorerst mit Konzepterarbeitung und Vorabklärungen, dann mit der Programmentwicklung beauftragten Partner waren «GREAT» und «VSD», zwei kleine, fast vollständig milizmässig betriebene Vereine mit starker Verankerung im Suchtbereich, zu denen MitarbeiterInnen des BAG bereits Kontakte hatten. Sie zeichnen sich durch ein sehr unterschiedliches Profil aus, das sich auch in einer unterschiedlichen Domänendefinition ausdrückt: Der GREAT in der Westschweiz umfasst Fachleute beider Bereiche Alkohol und illegale Drogen und wurde von MedizinerInnen gegründet. Der deutschschweizerische Verein VSD zählt allein den Bereich der illegalen Drogen zu seiner Domäne und scheint besonders im sozialarbeiterischen und psychologischen Milieu verwurzelt. Beide Vereine funktionieren mit geringen finanziellen Ressourcen und können sich auf keinen professionellen Apparat stützen. GREAT hängt zudem finanziell stark von den Westschweizer Kantonen ab. Wichtigste Ressource beider Verbände sind ihre Mitglieder, die in der Domäne gut verankert sind, was den Feldzugang und den Zugang zu bereichsspezifischem Know-how erleichtert. Während der VSD neben Professionalisierungszielen eine gesellschaftspolitische Zielsetzung formuliert, tritt der GREAT drogenpolitisch möglichst «neutral» auf, nicht zuletzt aufgrund der finanziellen Abhängigkeit von drogenpolitisch eher konservativen Kantonen.

Neue Bildungsprojekte haben zuerst zwei Hauptaufgaben zu bewältigen: Strukturbildung und Programmentwicklung. Sie müssen also zum einen funktionsfähige Strukturen mit definierten Rollen und Abläufen aufbauen und andererseits einen vollständigen Programmablauf entwickeln. Bei diesen Schritten gilt es, die wichtigsten Akteure mit einzu beziehen. Als weitere Aufgaben sind sodann die Programme zu realisieren und zu evaluieren. Die wichtigsten Teilaufgaben wurden in den beiden Pilotprojekten auf sehr unterschiedliche Art bewältigt.

Zur Sicherung des Zugangs zu Wissen sowie der fachlichen und institutionellen Absicherung – einer wichtigen ersten Teilaufgabe – werden in der Regel Beiräte gebildet. So auch bei «convers» und «ARIA», wobei sich die Beiräte weitgehend aus Vereinsmitgliedern zusammensetzten. Bei «ARIA» sind die Funktionen der inhaltlichen und der Managementseite voneinander getrennt (Commission Pédagogique et Scientifique und Comité de Gestion), wobei sich die beiden Gremien personell überlappen (CG ist Teil der CPS). Bei «convers» fungiert(e) ein (externer) Projektkoordinator als Verantwortlicher für die Managementfunktionen; die Projektbegleitgruppe PBG übernimmt die inhaltliche Verantwortung. Die Zuständigkeiten und die personelle Zusammensetzung änderten sich seit Projektbeginn sehr häufig. Wegen der Instabilität der Leitungs- und Begleitstrukturen wurde bei «convers» ein grosser Teil der strategischen Aufgaben dem Projektteam selbst übertragen. Demgegenüber macht «ARIA» den Eindruck einer Organisation mit klarer Rollendifferenzierung und stärker formalisierten Abläufen.

Der finanzielle Rahmen der Aus- und Weiterbildungsprojekte wurde durch den Projektkredit des BAG und Auflagen über selbstkostendeckende Lehrleistungen abgesteckt. Bezüglich Zielgruppen und Programmaufbau blieb der Spielraum weitgehend offen. Als Ziele und Leitideen der Professionalisierungsabsichten formulierten beide Vereine in ihren Projekteingaben an das BAG, zu einer Verbesserung und Fundierung der Kenntnisse und Fähigkeiten von Fachleuten auf den verschiedenen Interventionsebenen des Suchtbereichs beizutragen. Beide Verbände gehen dabei vom Befund heterogener Interessenlagen im Tätigkeitsfeld aus. Dennoch unterscheiden sich die Projekte wegen der unterschiedlichen Interpretation dieses Befunds stark in ihrer Orientierung: Während sich «GREAT» deutlich auf prestigehohe, universitäre Standards ausrichtet und mit dem 13 Module umfassenden Projekt «ARIA» (Formation Continue) fundiertes Grundlagenwissen in einem modularen Aufbaukurs anbietet, setzt der VSD an den unmittelbaren Bedürfnissen von Institutionen und Fachleuten an und stellt die Fortbildung (das «Fixprogramm» von «convers») weniger in den Rahmen einer Herausbildung eines eigenständigen Berufsbildes. Vielmehr sieht er sie

als wichtiges Element in einer integrierten Beratungs- und Dienstleistungsinfrastruktur des Vereins für den Suchtbereich. Die unterschiedlichen «Unternehmensphilosophien» der Trägervereine wirken sich direkt auf die Angebote der Projekte «convers» und «ARIA» aus: während «ARIA» – von einem umfassenden Konzept eines Professionalisierungswissens ausgehend – auf einen zertifizierbaren Lehrgang hin arbeitet und sich an akademische Standards anlehnt, entwickelt «convers» punktuelle «niederschwellige» Angebote. Das Programmkonzept von «convers» will die Nachfrage nach Fortbildung marktbezogen entwickeln und ein Programm mit Einzelkursen anbieten, das sowohl konzeptuell entwickelte Grundlagenvermittlung (systemische Suchtarbeit; NeueinsteigerInnen in die Suchtarbeit) anstrebt als auch themenzentrierte, zielgruppengerechte Fortbildung anbietet. Die Auswahl der Kursthemen beruht auf Anregungen aus VSD-Fachgruppen sowie auf Kursauswertungen.

Das TeilnehmerInnen-Profil von «convers»-Kursen weist mehr Gemeinsamkeiten mit jenem der Formation-Continue-TeilnehmerInnen von «ARIA» (13-moduliger Kurs) auf als mit dem von TeilnehmerInnen des Perfectionnement Professionnel (punktuelle Fortbildung): Ein Grossteil arbeitet im Suchtbereich und ist zwischen 30 und 40 Jahre alt. Je rund ein Drittel haben einen Abschluss an einer Schule für Sozialarbeit, ein Fünftel einen Hochschulabschluss. Während drei Viertel der Teilnehmenden von «convers»-Kursen Frauen sind, sind es bei der Formation Continue von «ARIA» bloss knapp 50%. Teilnehmende aus dem Gesundheitsbereich fehlen bei «convers» fast völlig, bei «ARIA» nehmen solche besonders häufig als Teilnehmende des Perfectionnement Professionnel von «ARIA» teil. Das Durchschnittsalter dieser TeilnehmerInnen liegt rund 10 Jahre höher als jenes der Formation Continue und bei «convers».

#### 4. Diskussion

Mit den Fördermassnahmen im Bereich Fort- und Weiterbildung von Suchtfachleuten erhielten sehr verschiedene Akteure eine für sie in dieser Form neuartige Aufgabe, die stark durch gegenstandsunspezifische Kontextbedingungen mitgeprägt wird, insbesondere durch die politischen Rahmenbedingungen, den Zeit- und den Erwartungsdruck, dem die Projekte ausgesetzt sind. Zwei vom Drogenproblem unabhängige Rahmenbedingungen prägen die verschiedenartige Entwicklung der Pilotprojekte mit: die unterschiedlichen Bildungskontexte (höherer Akademisierungsgrad in der Romandie) und der unterschiedliche drogenpolitische Spielraum der beiden Trägervereine (finanzielle Abhängigkeit von Kantonen bei GREAT). Folglich packten die beiden

Projekte «ARIA» und «convers» die Aufgaben der Fort- und Weiterbildung im Suchtbereich von zwei unterschiedlichen Seiten her an. Beide können ein Bedürfnis nach ihren Kursen ausweisen. Auch wenn noch nicht klar ist, inwiefern die Angebote eine breite Professionalisierung im Suchtbereich zu fördern vermögen, kann angesichts der schwierigen Ausgangsbedingungen eine positive Bilanz gezogen werden: Es bestehen heute Grundlagen, auf die es nun aufzubauen gilt.

Sind die Vorstellungen eines Programmkonzepts bei «ARIA» eher statisch und auf eine prestigehöhere Verankerung ausgerichtet, so sieht «convers» die Programmentwicklung als einen Prozess, der von «niederschweligen» Angeboten und vereinzelt «ambitiöseren» Kursen ausgehend, zunehmend den Bedürfnissen der Fachleute verschiedener Tätigkeitsbereiche basisnah gerecht wird. Er soll durch Prozessevaluation unterstützt werden. Der Aufbau einer modularen Weiterbildung wird erst als mittel- bis längerfristiges Ziel angesehen; er tritt hinter aktualitäts- und zielgruppenbezogenen Einzelkursen zurück.

Die Teilnehmendenprofile zeigen, dass sich nicht nur das Publikum der Einzelkurse von «convers» von jenem der zertifikatsausgerichteten «Formation Continue» von «ARIA» unterscheidet, sondern, dass sich auch das «Perfectionnement Professionnel» an ein deutlich anderes Publikum wendet.

## 5. Schlussfolgerungen

Als Fachvereine in einem Feld mit noch wenig anerkannten beruflichen Standards haben die beiden Vereine VSD und GREAT sicherlich ein Interesse, Träger von Bildungsprojekten zu werden und damit an der Normbildung massgeblich beteiligt zu werden. Sie verfügen auch über einige gute Voraussetzungen (Ressourcen) dazu. Gegen eine alleinige Übertragung der Trägerschaftsverantwortung spricht andererseits, dass es sich um relativ kleine Vereine ohne professionellen Kern mit ausdifferenzierten Rollen handelt, dass im Feld auch andere, durch die beiden nicht repräsentierte Akteure handeln, die bei einer Aushandlung von Normen mit einbezogen werden müssten, wenn diese breitere Anerkennung erlangen soll. Zwar haben beide Vereine mit ihren Projekten rege Nachfrage gefunden und ihre Programme weiterentwickeln können. Die Festlegung von Professionalisierungsgrundsätzen und entsprechende Programmentwicklungen stellen indessen Aushandlungsprozesse dar, bei denen es entscheidend ist, dass möglichst alle wesentlichen Akteure beteiligt werden. Die zu dünne Basis stellte zum Zeitpunkt der Evaluation bei beiden Projekten ein Kernproblem für die Weiterentwicklung

dar. Als vordringlich sahen wir daher an, dass der Normbildungsprozess auf eine breitere Basis gestellt wird, wobei dieser Normbildungsprozess sowohl die Ebenen der Förderung und der Projektkonzeption als auch jene der Durchführung und der Evaluation beinhaltet. Eine solche Basisverbreiterung ist umso wichtiger, als das Feld der Suchtarbeit sehr dynamischen Bedingungen ausgesetzt ist und von grossen drogenpolitischen Auseinandersetzungen tangiert wird.

## 6. Referenzen

1. Wicki M. Komparative Evaluation zweier Fort- und Weiterbildungsprojekte im Suchtbereich. Koordinationsstelle für Weiterbildung der Universität Bern 1994; Arbeitsbericht 13.
2. Wicki M, Weber K. Modelle für eine künftige Trägerschaftsregelung. Unveröffentlichte Expertise im Auftrag des BAG. Koordinationsstelle für Weiterbildung der Universität Bern, 1994.

Korrespondenzadresse:  
Professor Karl Weber  
Koordinationsstelle für Weiterbildung  
Universität Bern  
Postfach 484  
3000 Bern 25  
E-Mail: karl.weber@kwb.unibe.ch

1.1 Illegale Drogen/  
Drogues illégales

**1.2 Alkohol/  
Alcool**

1.3 Tabak/  
Tabac

1.4 Migration und Gesundheit/  
Migration et Santé



# Die Globalevaluation des nationalen Alkoholprogramms «Alles im Griff?» 1999–2002\*

Matthias Peters\*, IPSO Sozialforschung, Dübendorf

Cornelia Furrer, Interface, Institut für Politikstudien, Luzern

Heinz Bolliger-Salzmann, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

## Zusammenfassung

Das nationale Programm zum Alkoholkonsum «Alles im Griff?» 1999–2002 stützt sich auf die Methode des Social Marketing sowie auf das Transtheoretische Modell von Prochaska et al. und fokussiert auf eine Reduktion von risikoreichen Trinkmustern in der Bevölkerung. Die laufende Globalevaluation des Programms umfasst eine Beurteilung der strategischen Konzeptualisierung, der Umsetzung, der Wirkung der Massnahmen sowie die Formulierung von Empfehlungen für das weitere Vorgehen. In einem Mehr-Ebenen-mehr-Methoden-Ansatz werden fünf Module, abgeleitet aus dem evaluatorischen Auftrag und aus dem Wirkungsmodell, bearbeitet und einer Synthese zugeführt: Konzept-, Vollzugs-, Output-, Impact- und Wirkungsevaluation. Bis anhin liegen die Ergebnisse der massenmedialen Kampagne 1999 sowie des Teilprojektes «ÄrztInnen in der Praxis» 1999 vor: Beide Kampagnen können grundsätzlich weiter verfolgt werden. Bei der massenmedialen Kampagne liegen jedoch die Erinnerungswerte und das Botschaftsverständnis eher tief und sollten verbessert werden. Weiter ist der Absender stärker zu betonen. Die Verbindung von Plakat und TV-Spot muss verstärkt werden. Die Kampagne ist weniger konzentriert, dafür zeitlich breiter gestreut anzulegen. Durch die Kampagne «ÄrztInnen in der Praxis» konnte die Ärzteschaft für die Früherkennung von PatientInnen mit riskantem Alkoholkonsum sensibilisiert werden. Die zur Verfügung gestellten Materialien für die Früherkennung und Kurzintervention wurden insgesamt als gut beurteilt. Bedarf besteht für zusätzliche Weiterbildungsangebote.

## Key Words

Alcohol Related Problems,  
National Prevention,  
Strategic Evaluation,  
Mass Media,  
Physicians

## 1. Einleitung

### 1.1 Was ist das nationale Alkoholprogramm «Alles im Griff?» 1999–2002?

Das Bundesamt für Gesundheit hat in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Alkoholverwaltung (EAV) und der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol und andere Drogenprobleme (SFA) unter dem Titel «Alles im Griff?» zum ersten Mal ein nationales Programm zum Alkoholkonsum lanciert, das auf vier Jahre angelegt ist (1999–2002).

*Das Programm propagiert keine generelle Alkoholabstinenz, sondern möchte als Globalziel risikoreiche Trinkmuster in der Bevölkerung reduzieren.*

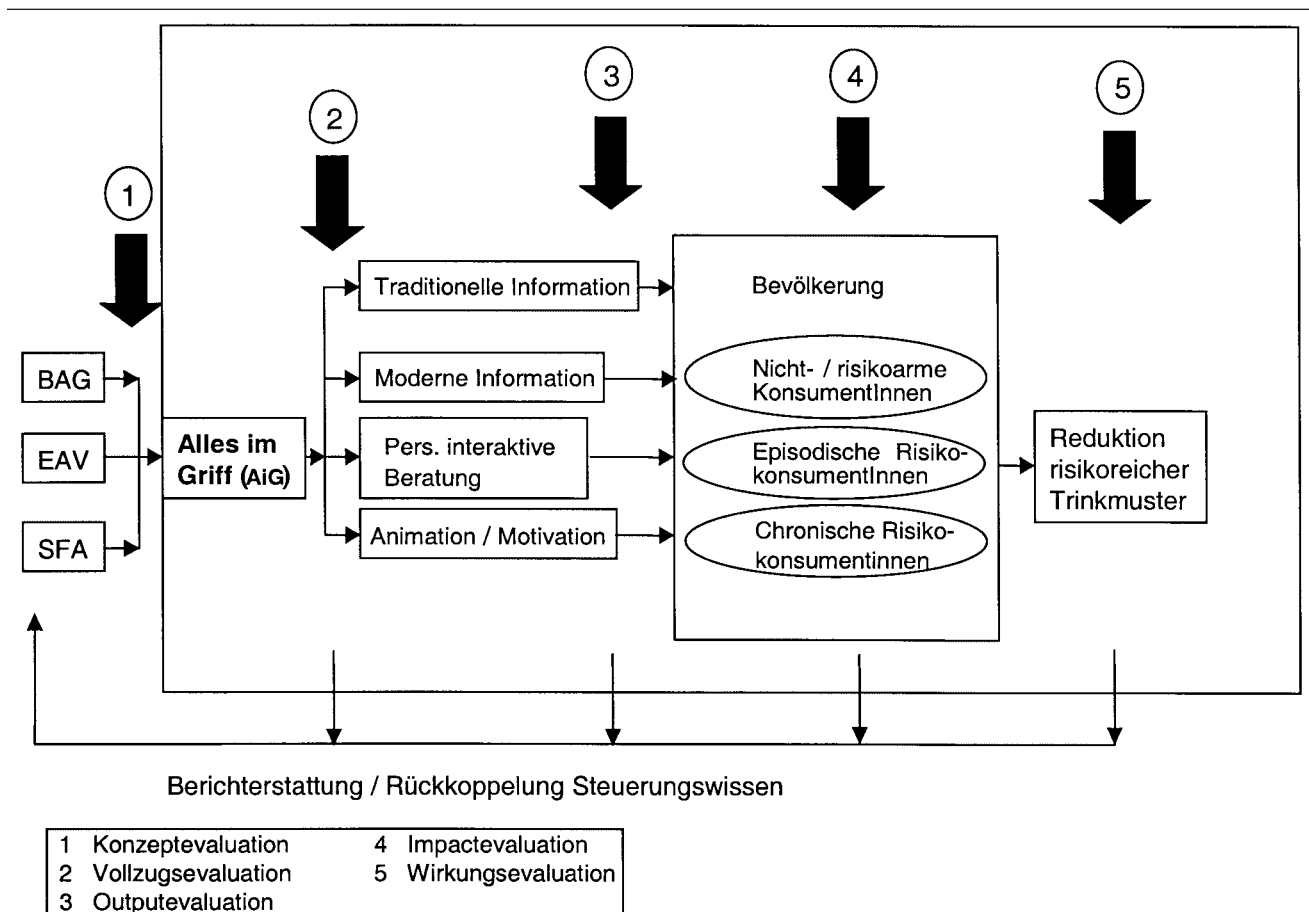
*Dem Programm liegen zwei theoretische Ansätze zugrunde:*

- Das Transtheoretische Modell von Prochaska et al. (2) mit seinen fünf Phasen, das zur Definition der Strategie und der Massnahmen dient und sich in verschiedenen Bereichen der Prävention bereits bewährt hat. Eine weitere Anwendung in der Schweiz erfährt das Modell im Rahmen des Bewegungsprogramms «Allez Hop!», in dessen Rahmen es auch evaluiert und somit operationalisiert wurde (ISPM, IPSO und L&S 2000).
- Die Methode des Social Marketing (4), die das Konzept des Marketing und Marketing-Mix auf Nicht-Markt-Bereiche wie die Gesundheitsprävention überträgt.

*Die Strategie wird durch folgende Schlüsselmassnahmen für die Jahre 1999, 2000 und 2001/2002 gebildet:*

- 1999: Bekanntmachung von «Alles im Griff?» und Sensibilisierung der Gesamtbevölkerung
- 2000: Fokussierung auf episodische RauschtrinkerInnen und Erhöhung des Problembewusstseins in der Zielgruppe der 20–30-Jährigen sowie Thematisierung in der breiten Öffentlichkeit
- 2001/2002: Angebot von Hilfen, weitere Erhöhung des Problembewusstseins und Ausweitung der Aktivitäten und Partnerschaften sowie Förderung und Vertiefung des Programms durch ausgewählte Teilprojekte

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 00.00203 unterstützt. \* Projektleitung



**Abbildung 1: Wirkungsmodell des nationalen Alkoholprogramms «Alles im Griff?»**

## 1.2 Auftrag und Fragestellungen der Global-evaluation

Die vielfältigen Massnahmen des Programms werden im Evaluationskonzept in fünf Gruppen unterteilt:

- Traditionelle mediale Information
- Moderne mediale Information
- Persönliche interaktive Beratung
- Informationsmaterialien
- Animation und Motivation

*Der Auftraggeber erwartet von der Globalevaluation Antworten auf die folgenden vier Hauptfragen:*

1. Ist die Konzeptualisierung des Alkoholprogramms samt der strategischen Entscheide relevant?
2. Welche Stärken und Schwächen weist das gewählte Programm in Bezug auf seine Umsetzung

auf und ist es geeignet, die anvisierten Ziele und Zielgruppen zu erreichen?

3. Durch welche Massnahmen werden die definierten Ziele und Zielgruppen erreicht und mit welchen Auswirkungen?
4. Welchen Einfluss hat der Kontext (politisch, sozial, ökonomisch, kulturell, regional etc.) auf die Ziele des Alkoholprogramms?

## 2. Vorgehen / Methodik

### 2.1 Evaluationsdesign

Das Alkoholprogramm stützt sich auf das Social-Marketing-Konzept von Andreasen (1), der den Ansatz von Kotler mit dem Transtheoretischen Modell der «stages of change» von Prochaska et al. verknüpft, führt aber eine wesentliche Vereinfachung ein. Es geht nicht darum, auf allen Stufen des Modells etwas zu bewirken, bspw. die Aufrechterhaltung der neuen, gewünschten Verhaltensweise sicherzustellen, was beim Bewegungsprogramm

«Allez Hop!» ein wichtiges Ziel ist. Vielmehr geht es nur um zwei Stufenübergänge, was sowohl in Bezug auf die gewählte Umsetzung als auch für eine sachgerechte Evaluation von Bedeutung ist.

Das Programm zielt somit «lediglich» darauf ab,

- risikoreich konsumierende Precontemplators (sehen kein Problem in ihrem Konsum) zu Contemplators (nehmen ihren Konsum als problematisch wahr) zu machen und
- risikoreich konsumierende Contemplators zu Actors (handeln, um den Konsum zu reduzieren) zu machen.

Ausgehend von der Programmbeschreibung und der evaluatorischen Problemstellung wurde der Globalevaluation das in Abbildung 1 dargestellte Wirkungsmodell zugrunde gelegt.

*Aus dem Wirkungsmodell und den Hauptfragestellungen ergeben sich folgende fünf Module für die Globalevaluation:*

#### *Modul 1: Konzeptevaluation*

Evaluation der strategischen Entscheide (z.B. Problemdefinition, Wahl des theoretischen Ansatzes, Festlegung der Zielgruppen und Ziele, Entscheid für Marketing-Ansatz) und des Entscheidungsprozesses.

#### *Modul 2: Vollzugsevaluation*

Evaluation der Umsetzung der gewählten Strategie und der Bestimmung des Marketing-Mix (welche Elemente des Sozialmarketings werden wo, zu welchem Preis und wie eingesetzt). Evaluation der konkreten Organisation des Programms und der Zusammenarbeit seiner Organe.

#### *Modul 3: Outputevaluation*

Evaluation der sichtbaren «Produkte», Maßnahmen und Botschaften im Hinblick auf ihre Übereinstimmung mit den Zielen des Programms und ihre Akzeptanz und Verständlichkeit für die Rezipienten.

#### *Modul 4: Impactevaluation*

Evaluation der Kampagne in Bezug auf Bekanntheit, Wahrnehmung und Beurteilung. Analyse der erreichten Veränderungen bezüglich der «stages of change» bei der primären, ausgewählten Risiko-

gruppe (episodisch risikoreich Alkohol konsumierende Personen) unter Berücksichtigung bzw. Kontrolle anderer Faktoren.

#### *Modul 5: Wirkungsevaluation*

Evaluation der Wirksamkeit des Programms in Sinne der Reduktion der risikoreichen Trinkmuster in der Gesellschaft, insbesondere bei der ausgewählten Zielgruppe unter Berücksichtigung der Ereignisse im Kontext.

## **2.2 Datenquellen und Methoden**

Die Untersuchungsanlage ergibt sich aus der Bearbeitung der fünf Module. Dabei werden im Wesentlichen drei Datenquellen verarbeitet:

- Unterlagen und Materialien aus dem Programm
- Resultate von Auto-Evaluationen der Programmorgane
- Eigene Erhebungen

Die fünf Module werden mit jeweils geeigneten Methoden bearbeitet. Zum Einsatz kommen u.a. qualitative und quantitative Bevölkerungs- und Expertenbefragungen, Gruppendiskussionen, Dokumentenanalysen, Analysen prozessproduzierter Daten, Entscheidungsprozessanalysen sowie Sekundäranalysen vorhandener Untersuchungen.

## **2.3 Synthese und Berichterstattung**

Die Berichterstattung erfolgt dem modularen Aufbau der Evaluation entsprechend in Teilberichten, die sich auf die Forschungsfragen beziehen. Aus diesen Teilberichten wird ein Synthesebericht erarbeitet. Die Ergebnisse der Evaluation werden in Zwischen- und Schlussberichten zuhanden des Auftraggebers zusammengestellt und via Expertenbefragungen und Gruppendiskussionen mit der wissenschaftlichen Begleitgruppe und dem Auftraggeber validiert. Ziel ist es, eine Globalbeurteilung des Programms zu erstellen sowie Schlussfolgerungen und Empfehlungen abzuleiten, die der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

### 3. Resultate

Da das eigentliche Projekt der Globalevaluation erst im Herbst 2000 begonnen hat, liegen bis heute daraus noch keine Ergebnisse vor. Vorgängig wurden jedoch bereits Teilevaluationen durchgeführt, die später in die Globalevaluation mit einbezogen werden sollen:

#### 3.1 Evaluation der massenmedialen Kampagne 1999

Im Rahmen des Alkoholprogrammes «Alles im Griff?» fand im Frühjahr und Sommer 1999 eine massenmediale Kampagne statt, die humoristische Spots in TV und Kino sowie Plakate einsetzte. Diese Kampagne wurde kombiniert mit einer persönlichen, repräsentativen Bevölkerungsbefragung (n=1258) in der ganzen Schweiz in Bezug auf Sichtbarkeit und Akzeptanz sowie Botschaftsverständnis und Wirkung (Teil der Module 3 und 4: Output- und Impactevaluation).

*Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:*

1. Die Erinnerungswerte (ungestützte Frage oder recall) der gesamten Kampagne sind eher tief, sie liegen unter 10%.
2. Die Erinnerungswerte der Spots, zumeist der TV-Spots, liegen ebenfalls bei rund 10%. Sie sind angesichts der kurzen zeitlichen Distanz von 1–2 Monaten zwischen Schaltung der Kampagne und Messung der Erinnerungswerte (recall-Periode) ebenfalls als eher tief zu bezeichnen.
3. Die Wiedererkennungswerte (gestützte Frage oder recognition) von Plakat, Spots und Logo liegen mit rund einem Drittel eher tief.
4. Das Botschaftsverständnis ist beim Slogan am besten und liegt bei rund 60%, d.h. rund 60% der Bevölkerung haben ihn richtig interpretiert. Beim Logo und beim Plakat liegt das Botschaftsverständnis bei etwa 50%.
5. Wer mindestens einen Spot (400 Personen) gesehen hat, versteht die Botschaft etwa im gleichen Masse (je nach Spot zwischen 54% und 76%).
6. Klare Kontraproduktivität ist beim Plakat teilweise feststellbar (mindestens 10%).
7. Die Wirkung im Sinne des Anstosses zum Nachdenken ist beim Plakat nur beschränkt: Nur 25% der Befragten werden zum Nachdenken über

den Alkoholkonsum im Allgemeinen angeregt und noch weniger (10%) zum Nachdenken über den eigenen Konsum.

8. Die Wirkung der Spots ist – bezogen auf die Personen, die mindestens einen Spot gesehen haben – wesentlich höher: knapp 50% im allgemeinen Sinne und rund 15% bezogen auf den eigenen Konsum.
9. In den Augen der Bevölkerung ist die Berechtigung der Kampagne unbestritten, sie ist akzeptiert und glaubwürdig. Der Auftritt (Auffälligkeit, Gefallen, Originalität) insgesamt wird als mittelmässig beurteilt, die Verständlichkeit hingegen als nicht vollständig gegeben erachtet.
10. Insgesamt gesehen ergeben sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Regionen und auch nicht zwischen Altersgruppen.
11. Die Unterteilung der Bevölkerung in die Gruppen Precontemplators (sehen kein Problem in ihrem Konsum), Contemplators (nehmen ihren Konsum als problematisch wahr) und Actors (handeln, um den Konsum zu reduzieren) ergibt dieselbe Gruppenmächtigkeit wie in der Baselinebefragung. Ferner zeigt sich, dass die Actors die Kampagne stärker memorisiert haben und zusammen mit den Contemplators mehr über ihren eigenen Alkoholkonsum wie auch über Alkoholkonsum allgemein nachdenken als die Precontemplators.
12. Wird das Sample nach Konsumgewohnheiten unterteilt, zeigen sich die Risikokumulierer am nachdenklichsten, sowohl was Alkoholkonsum allgemein wie auch den persönlichen Alkoholkonsum angeht. Hingegen können keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Konsumgruppen in der Häufigkeit/Intensität der Wahrnehmung der Kampagne festgestellt werden.

#### 3.2 Evaluation des Teilprojektes «ÄrztInnen in der Praxis» 1999

Mit dem Teilprojekt «ÄrztInnen in der Praxis» sollte die Ärzteschaft in der Früherkennung von PatientInnen mit riskantem Alkoholkonsum und in der Kurzintervention unterstützt werden (Teil der Module 3 und 4: Output- und Impactevaluation).

Das Alkoholprogramm versandte Ende Oktober 1999 an 5800 AllgemeinpraktikerInnen und InternistInnen mit eigener Praxis einen Leitfaden für das Gespräch zwischen ÄrztIn und PatientIn bei Verdacht auf risikoreichen Alkoholkonsum. Mittels der dem Leitfaden beiliegenden Bestelllisten konnten interessierte ÄrztInnen noch weiteres Material zur Unterstützung für solche

Gespräche anfordern: Sogenannte Alkoholschieber, welche die Grenze zwischen Genuss und Missbrauch illustrieren, und Wartezimmer-Plakate, welche Hemmungen der PatientInnen, das Thema anzusprechen, abbauen helfen sollen. Aufgrund eines Artikels in der Ärztezeitung konnten interessierte Personen schon vorher den Leitfadens und die anderen Materialien bestellen. Neben ÄrztInnen verschiedener Fachrichtungen machten von dieser Möglichkeit auch zahlreiche andere Personen aus Institutionen, Beratungsstellen etc. Gebrauch, die jedoch nicht in die Grundgesamtheit der zu befragenden Personen Eingang fanden.

Ziel der Studie war die Abklärung der Akzeptanz und des Nutzens des Gesprächsleitfadens und der anderen Materialien sowie der Bedarf an weiteren Hilfsmitteln. Die Resultate der Befragung sollten dem Programm als Grundlage für die weitere Planung dienen.

Aus der Grundgesamtheit der 5800 AllgemeinpraktikerInnen und InternistInnen in der Deutsch- und Westschweiz wurde eine Zufallsstichprobe von 400 ÄrztInnen gezogen, welche telephonisch zur Akzeptanz und zum Nutzen der Materialien befragt wurden.

*Die Ergebnisse können wie folgt zusammengefasst werden:*

1. Die aktive Rolle des Bundes in der Kampagne wird akzeptiert.
2. Die Ärzteschaft sieht sich verantwortlich für Früherkennung und Kurzintervention – die Rolle also, die ihr im Alkoholprogramm zugeordnet ist.
3. Der Einsatz eines Massenversandes wird als richtig erachtet.
4. Die Erinnerung an den Versand vom Oktober 1999 und die Beachtung der Broschüre können als gut bezeichnet werden: Rund 2/3 der Stichprobe haben die Broschüre angeschaut und ein Drittel hat sie ganz oder teilweise gelesen.
5. Die Unterstützungsmaterialien werden insgesamt als gut beurteilt. Dies gilt, auch wenn sie teilweise nur wenig genutzt werden, da der Grund für die Nicht-Nutzung meist darin liegt, dass man eigene Vorgehensweisen anwendet.
6. Der Bedarf an Unterstützungsmaterial ist mehr oder weniger abgedeckt. Für Fortbildungsangebote ist jedoch ein Potenzial vorhanden.
7. Gesamthaft gesehen kann das für den Massenversand gesetzte Ziel der Sensibilisierung der Ärzteschaft als erreicht gelten.

## 4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus den Teilevaluationen

Da erst Resultate der massenmedialen und ärztebezogenen Teilkampagnen vorliegen, werden im Folgenden die spezifischen Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus diesen Teilevaluationen referiert.

### **4.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen bezüglich der massenmedialen Teilkampagne**

1. Die Kampagne kann grundsätzlich weitergeführt werden.
2. Das Botschaftsverständnis ist zu verbessern, insbesondere ist der Bezug zu Alkoholkonsum und zur eigenen Situation zu verstärken.
3. Der Absender ist stärker zu betonen.
4. Eine Konzentration auf TV-Spots ist angezeigt, sofern das Botschaftsverständnis bei den Plakaten nicht verbessert wird.
5. Eine Beschränkung auf die drei wirksamsten Spots ist angezeigt, sofern die schlechter verstandenen nicht klar verbessert werden.
6. Die Verbindung von Plakat und TV-Spot muss verstärkt werden, da die beiden Elemente visuell zu stark unterschiedlich sind.
7. Regionale Anpassungen drängen sich nicht auf.
8. Die Kampagne ist im Sinne des Recency Planning weniger konzentriert, dafür zeitlich breiter gestreut anzulegen.

### **4.2 Schlussfolgerungen und Empfehlungen bezüglich der Teilkampagne «ÄrztInnen in der Praxis»**

1. Die gewählte Strategie ist weiter zu verfolgen.
2. Die Erwartungen an eine aktive Rolle der Ärzteschaft in bezug auf Früherkennung und Kurzintervention bei risikoreichem Alkoholkonsum sind klarer zu formulieren.
3. Dieser Klärung entsprechend ist die Nützlichkeit des Leitfadens in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft zu erhöhen.
4. Es ist ein Weiterbildungsangebot auszutesten und einzuführen.

## 5. Diskussion / allgemeine Schlussfolgerungen

Die zwei referierten Teilevaluationen wurden vorgängig der Konzeptualisierung der Globalevaluation durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Stossrichtung der untersuchten Teilprojekte des Programms grundsätzlich stimmt. Insbesondere bei der Informationskampagne für die Öffentlichkeit sind Verbesserungen möglich.

Es kann festgestellt werden, dass die Programmleitung die Erkenntnisse aus den Teilevaluationen ernst genommen und die Folgerungen für die weiteren Aktivitäten daraus gezogen hat. Sie sucht die Zusammenarbeit mit dem Evaluationsteam, um im Sinne der formativen Evaluation zu lernen.

Die Arbeiten der Globalevaluation haben erst begonnen, vorerst und im Jahre 2001 geht es um die Evaluation von Konzept- und Vollzugsfragen sowie um die Evaluation einzelner Outputs.

## 6. Referenzen

1. Andreasen AR. Marketing Social Change. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1995.
2. Grimley D, Prochaska JO, Velicer WF, Blais LM, DiClemente C. The Transtheoretical Model of Change. In: Brin Haupt ThM, Lipka RP (Eds.): Changing the Self: Philosophies, Techniques and Experiences. Albany NY, State University of New York Press, SUNY series, studying the self, 1994:201-27.
3. ISPM, IPSO, L&S. Evaluation der Phase II der «Allez Hop!»-Kampagne. Wissenschaftlicher Bericht, Zürich, 2000.
4. Kotler P, Roberto E. Social Marketing. ECON Verlag, Düsseldorf/Wien/New York, 1991.

## 7. Wissenstransfer

### 7.1 In der Praxis

Der Wissenstransfer erfolgte in den beiden Teilevaluationen unmittelbar an die Fertigstellung der Berichte. Die Verantwortlichen des Programms sowie Partner und Beauftragte der konkreten Projekte wurden mit dem Bericht informiert und die Ergebnisse wurden gemeinsam diskutiert.

### 7.2 Auf wissenschaftlichem Gebiet

Wissenschaftliche Publikationen sind im Rahmen der Globalevaluation vorgesehen.

Korrespondenzadresse:  
Matthias Peters  
IPSO Sozialforschung  
Kompetenzzentrum der IHA-GfM  
Zürichstr. 98  
Postfach  
CH-8600 Dübendorf  
E-Mail: matthias.peters@ihagfm.ch



1.1 Illegale Drogen/  
Drogues illégales

1.2 Alkohol/  
Alcool

**1.3 Tabak/  
Tabac**

1.4 Migration und Gesundheit/  
Migration et Santé

# Die Globalevaluation des Massnahmenpakets Tabak 1996–1999\*

Heinz Bolliger-Salzman, Bernhard Cloetta, Gisela Bähler, Franziska Müller, Claudia Hofmann,  
Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

## Zusammenfassung

Das Massnahmenpaket Tabak (MPT) war für die vier Jahre seiner Laufzeit mit insgesamt 10 Mio. Franken dotiert. Damit wurden mehr als zwei Dutzend Interventionsprojekte und rund ein halbes Dutzend Forschungsprojekte finanziert. Die Evaluation wurde in Form einer formativen Prozessevaluation durchgeführt. Diese zeigte, dass in der Untersuchungszeit das Präventionsangebot ausgeweitet wurde und dass die Zielgruppen die Kampagnen gut akzeptierten. Allerdings war das MPT ausserhalb eines relativ engen Fachkreises kaum bekannt, dies obwohl die Berichterstattung zum Thema Tabak in den Printmedien in der Untersuchungszeit zugenommen hat. Die Zusammenarbeit der Fachstellen der Tabakprävention wurde ausgeweitet, wobei das MPT dazu relativ wenig beigetragen hat. Das Projektmanagement des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) ist verbesserungsbedürftig, v.a. auch, was die Informationspolitik an die PartnerInnen anbetrifft. Zur Umsetzung der Tabakpolitik 2001–2005 wird das BAG seine Ordnungs- und Koordinationsaufgabe entschiedener wahrnehmen müssen. Unverkennbar waren Lerneffekte, welche auf den Rückmeldungen aus der Prozessevaluation beruhten: diese Methode gewährleistete, dass Erkenntnisse unmittelbar zurückgespeist wurden, was z. B. dazu führte, dass Teilziele revidiert oder dass die Führungsrolle ernsthaft diskutiert wurde. Die Richtung des gesamten Pakets wurde hingegen davon nicht beeinflusst.

## Key Words

Tobacco Related Problems,  
Strategic Evaluation,  
National Prevention,  
Primary Prevention,  
Smoking Cessation,  
Passive Smoking,  
Switzerland

## 1. Einleitung

Im August 1995 beauftragte der Bundesrat das Bundesamt für Gesundheit (BAG), ein «Massnahmenpaket zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums» (MPT) durchzuführen. Dies erfolgte vor allem auf dem Hintergrund folgender Faktoren:

- Steigende Prävalenz des Rauchens bei Frauen und Jugendlichen
- Verbesserungsbedarf beim NichtraucherInnen-schutz in der Schweiz
- Im Vorfeld zu den Zwillingsinitiativen abgegebenes Versprechen, eine offensivere Präventionspolitik zu betreiben
- Bestrebungen der WHO auf internationaler Ebene zur Koordination der Tabakpräventionspolitik

Pro Jahr standen für das Massnahmenpaket ca. SFr. 2,5 Mio. zur Verfügung. Im ersten Konzeptpapier wurden acht so genannte Strategien bezeichnet, die verfolgt werden sollten. Dies erwies sich rasch als zu ambitiös, und es erfolgte eine Konzentration auf die folgenden drei Bereiche:

- Primärprävention
- Passivrauchen
- Tabakentwöhnung

In diesen drei Bereichen wurden Projekte anderer Anbieter gefördert, initiiert oder aber vom BAG selbst durchgeführt. Dabei sollte der Grundsatz der Subsidiarität beachtet werden. Auch sollte die Zusammenarbeit zwischen Privaten, Kantonen und dem Bund verstärkt werden. Mehr als zwei Dutzend Interventionsprojekte und rund ein halbes Dutzend Forschungsprojekte wurden im Rahmen des MPT 1996–1999 finanziell unterstützt. Dabei wurden ursprünglich folgende Ziele angestrebt:

- Senkung der Prävalenz des Tabakkonsums in der Schweiz auf einen europäischen Spitzenrang (d. h. eine Senkung von derzeit über 30% auf unter 30% RaucherInnenanteil in der Bevölkerung)
- Sichtbarkeit des MPT und des BAG
- Vermeidung jeder Art sozialer Diskriminierung von Rauchenden

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit den Verträgen Nr. 5683 A und B unterstützt.

Diese Ziele wurden in der Laufzeit des MPT vom BAG den Gegebenheiten angepasst und z. T. revidiert, was eine Folge der Prozessevaluation darstellte.

## 2. Vorgehen / Methodik

### 2.1. Art der Evaluation

Bei der Globalevaluation handelte es sich um eine formative Prozessevaluation. Dabei lagen diesen Begrifflichkeiten folgende Definitionen zugrunde (nach 1): Eine *Globalevaluation* ist eine Evaluation, die ein ganzes Massnahmenpaket bzw. eine Gesamtstrategie zum Gegenstand hat. Eine *formative Evaluation* ist eine Evaluation während des Verlaufs bzw. parallel zum Ablauf einer Massnahme. Durch kontinuierliches Feedback werden der Verlauf und die Leistungen einer Massnahme günstig beeinflusst/verbessert. Eine *Prozessevaluation* schliesslich konzentriert sich spezifisch auf den Verlauf bzw. den Umsetzungsprozess eines Projekts/Programms. Der Schwerpunkt der Betrachtung liegt auf den Verfahren und Praktiken, Strukturen, Organisationsformen, Bedingungen etc., die zum Erreichen der Projektziele beitragen und *nicht* auf den Inputs, Outputs, Wirkungen usw.

### 2.2. Fragestellungen

Im Laufe der Arbeit wurden folgende vier Evaluationsfragestellungen ausgearbeitet, auf welche vor allem für die drei Bereiche Primärprävention, Passivrauchen und Tabakentwöhnung spezifische Antworten zu finden waren:

1. Wie günstig waren die Kontextbedingungen, unter denen das Massnahmenpaket Tabak (MPT) entstand und durchgeführt wurde?
2. Hat sich dank dem Massnahmenpaket Tabak die Zusammenarbeit in der Schweiz bezüglich Tabakprävention im Allgemeinen und dem Programm «Entwöhnung» im Besonderen verbessert?
3. Wurde dank dem MPT das Präventionsangebot verbessert?
4. Wurden dank dem MPT die relevanten Zielgruppen besser erreicht?

### 2.3. Stichproben und Methoden

Als Arbeitsgrundlage diente ein umfangreicher Indikatorenkatalog, der aufgrund der Fragestellungen konzipiert wurde. Die erarbeiteten Indikatoren wurden mit eigens entwickelten sozialwissenschaftlichen Instru-

**Tabelle 1: Durchgeführte Untersuchungen**

Anzahl	Methode	Stichprobe
1	Dokumentenanalyse	BAG-interne Papiere
44	persönliche Interviews	– Verantwortliche des MPT des BAG – Programmleiterinnen – VertreterInnen von Tabakpräventions-Organisationen
336	Fragebogen	– VertreterInnen von nationalen und regionalen Tabakpräventions-Organisationen – ExpertInnen im Präventions- und Gesundheitsbereich
424	Telefoninterviews	– Zufallsstichprobe der Deutschschweizer Bevölkerung über 18 Jahren – VertreterInnen von Tabakpräventions-Organisationen – Schlüsselpersonen
3510	Printmedienanalyse	Artikel in Schweizer Printmedien

menten erfasst. Die durchgeführten Untersuchungen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen wurden jeweils in einem separaten Arbeitsbericht (den sog. Satellitenberichten) dokumentiert. So entstanden zehn Arbeitsberichte, welche wiederum in einem Schlussbericht (2) zusammengefasst und synthetisiert wurden.

## 3. Resultate

### 3.1.1 Internationaler Kontext

Die gesundheitspolitische Situation hat während der Laufzeit des Massnahmenpakets Tabak von internationaler Seite Impulse erhalten (z. B.: Diskussion um das Verbot der Tabakwerbung durch die EU-Gesundheitsminister; die Priorisierung der Bekämpfung des Tabakkonsums durch die WHO oder der Milliarden-Vergleich in den USA zwischen den Behörden und der Tabakindustrie). Diese Gegebenheiten wirkten sich aber höchstens indirekt auf das Geschehen in der Schweiz aus.

### 3.1.2 Nationaler Kontext

Allein die Lancierung des Massnahmenpakets Tabak wird als positives Zeichen gewertet, weil es als Ausdruck des politischen Willens verstanden wird, in diesem präventiv wichtigen Bereich energischer tätig zu werden. Mit der Unterstützung von Forschungsprojekten hat das BAG ein klares Signal gesetzt, die eher als schmal bezeichnete epidemiologische Datenbasis zu verbreitern. Von den MPT-Projekten sind nur einzelne (v. a. die nationalen und grossen) Projekte bekannt, die dann auch als nützlich und wichtig angesehen werden. Als erfreulich kann die Ausweitung der Berichterstattung über MPT-Projekte in den Printmedien angesehen wer-

den. Schwerpunkt sind dabei v. a. deutschschweizerische und regionale (d. h. kleine) Druckerzeugnisse.

In der Schweiz sind ca. 33 volle Stellen mit Tabakprävention beschäftigt, wobei die Innerschweiz keine spezialisierte TP-Stelle aufweist. Sieben Stellen sind während der vier Jahre der Laufzeit des MPT neu geschaffen worden; dies auch, aber nicht nur, dank des MPT.

Die während des Verlaufs des MPT getroffene Entscheidung, dass das BAG nicht mehr selber operativ wirken wolle, sondern die Aufgaben in Form eines Leistungsauftrags an die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT) als den zentralen anerkannten Akteur zu delegieren, könnte sich in Zukunft als effizienzsteigernd erweisen.

### **3.2 Zusammenarbeit und Informationspolitik**

Die Zusammenarbeit der Fachstellen der Tabakprävention wurde quantitativ und qualitativ ausgeweitet. Der Einfluss des MPT auf diese Verbesserung wurde allerdings insgesamt als gering eingestuft, ausser bei den Universitäts- und Forschungsinstituten, welche ihre Zusammenarbeit mit Verwaltungsstellen verstärkt haben. Hingegen wurde die Zusammenarbeit zwischen dem BAG und der Tabakprävention eher kritisch eingeschätzt. Dies hat wohl vor allem mit ungenügender Information seitens des BAG zu tun. Das MPT war aber immerhin in der engeren Fachwelt einigermaßen bekannt. Defizite stellten wir beim MPT im Bereich des Projektmanagements des BAG fest; z. B. gab es keine zuverlässige, vollständige Projektdokumentation. Deutlich erkennbar sind allerdings Lerneffekte beim BAG, das im Begriff ist, eine griffige gesamtschweizerische Tabakpolitik zu formulieren. Zu deren Umsetzung wird das BAG seine Ordnungs- und Koordinationsaufgabe entschieden wahrnehmen müssen.

### **3.3 Ausweitung des Präventionsangebots**

Das Präventionsangebot wurde ausgeweitet, sodass auch die Gefahr gesehen wurde, dass dies zu einer Verzettelung der Kräfte führen könnte. Innovationen standen allerdings nicht im Vordergrund, viel mehr wurden vor allem bekannte grosse Projekte durch das MPT gefördert.

### **3.4 Zielgruppenerreichung**

Eine Analyse der Projektanträge (als empirisch belegter Prädiktor für die Wirkung eines Projektes) zeigte wesentliche Verbesserungsmöglichkeiten auf (z. B. Präzisierung von Zielgruppen und Zwi-

schenzielen, Bezug auf wissenschaftliche Daten). In diesem Sinne könnte das BAG die Qualität von Projekten dadurch fördern, dass es die entsprechenden Anforderungen durchsetzt und entsprechende Unterstützung gibt. Der Informationsstand der Zielgruppen wird von den ProjektleiterInnen der Interventionsprojekte als nur mittelmässig eingeschätzt; aber immerhin wird festgestellt, dass die Akzeptanz von Kampagnen gross ist und dass die Nachfrage seitens der Zielgruppen sogar grösser war als erwartet.

## **4. Diskussion / Schlussfolgerungen**

Das Hauptziel (die Senkung der Prävalenzrate) wurde schon zu Beginn des Programms als unrealistisch eingestuft. Die Ausweitung des Präventionsangebots hingegen kann als Zeichen genommen werden, dass sowohl ein Bedarf als auch ein Bedürfnis nach solchen Interventionen vorhanden ist. Innovationen standen nicht im Vordergrund, viel mehr wurden vor allem bekannte grosse Projekte durch das Massnahmenpaket Tabak (MPT) gefördert. Da die avisierten Zielgruppen damit im Allgemeinen erreicht wurden, erwies sich dies als eine effiziente Strategie, weil das Rad nicht mit jedem Projekt neu erfunden werden muss. Bezüglich der wichtigen Zielgruppe «Jugendliche» ist allerdings zu beachten, dass hier Kreativität gefragt ist, um nicht sehr bald (in den Augen der Adolozenten) zum alten Eisen zu gehören.

Mit der Unterstützung von Forschungsprojekten hat das BAG ein klares Signal gesetzt, wissenschaftliche Erkenntnisse in die Präventionspolitik einfließen zu lassen und aufgrund gesicherter epidemiologischer Daten argumentieren zu wollen. Das Bemühen um wissenschaftliche Abstützung und das Fördern von Forschungsprojekten ist für die Präventionsarbeit im allgemeinen (z. B. bezüglich der Erforschung von psycho-sozialen Faktoren für deviantes Verhalten) und in der Tabakprävention im besonderen wichtig, dies in Anbetracht der alarmierenden neusten Prävalenzraten. Ein interessantes Modell für ein schweizerisches Monitoring wurde in einer im Rahmen des MPT erarbeiteten Machbarkeitsstudie vorgestellt (3).

Werden die in den letzten vier Jahren gemachten Erfahrungen in eine zukünftige Tabakpolitik miteinbezogen, dann darf, bei aller Kritik, das MPT als erfolgreich bezeichnet werden. Erste Ansätze dazu sind vorhanden und z. T. schon während der Laufzeit realisiert worden. Allerdings muss weiteres Umsetzungspotenzial noch genutzt werden.

## 5. Empfehlungen

Es sind *Verbesserungen des BAG-eigenen Projektmanagements* zu fordern, z.B. in Form einer kontinuierlichen und offenen Kommunikation an sämtliche PartnerInnen (konkret beispielsweise mit einem News-Letter). Dass getroffene Entscheide nach aussen kommuniziert und begründet werden, muss zur Selbstverständlichkeit werden. Die Konzentration auf ein Schwerpunktthema könnte zu einer Effizienzsteigerung beitragen. Aufgrund der strukturellen und finanziellen Macht des BAG sollte es möglich sein, Standards in der Tabakprävention einzuführen, die zu einer (weiteren) Professionalisierung der Präventionsarbeit beitragen könnten. Dies könnte z. B. in Form von verbindlichen Qualitätssicherungsmerkmalen sein. Strukturell wurde, im Sinne einer klaren Rollenverteilung, empfohlen, dass die operative Tätigkeit vom BAG im Rahmen eines Leistungsauftrages nach aussen vergeben wird. Diese Empfehlung wurde bei der Formulierung der zukünftigen Tabakpolitik aufgenommen und die Führungsrolle der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT) zugeordnet. Zudem sollte ein politisches Lobbying aufgebaut werden. Die Ausrichtung der zukünftigen Tabakpolitik soll beschlossen und rasch umgesetzt werden. Ein weiterer Punkt ist, dass diese vermehrt auch dem Gender-Aspekt Rechnung tragen sollte.

Die vom BAG schon umgesetzten Empfehlungen zeigen eine methodologische Stärke der Prozessevaluation auf.

## 6. Referenzen

1. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Leitfaden für die Planung von Projekt- und Programmevaluationen. Bern, Bundesamt für Gesundheit, 1997.
2. Bolliger-Salzmann H, Cloetta B, Bähler G, Müller F, Hofmann C. Das Massnahmenpaket Tabak 1996 bis 1999 des Bundesamtes für Gesundheit. Schlussbericht über die Ergebnisse der Globalvaluation. Bern: Universität, Abteilung für Gesundheitsforschung des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin, 2000.
3. Krebs H, Demarmels B. Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz (Machbarkeitsstudie) (Forschungsbericht). Bern: Bundesamt für Gesundheit, 1998. Kurzfassung in: Suchtforschung des BAG/Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1996-98, Band 1:57-61 (BBL/EDMZ Bern 2000 oder unter: [www.admin.ch/bag](http://www.admin.ch/bag)).
4. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how People change. *American Psychologist* 1992; 47(9):1102-15.
5. Junker C, Töny G, Abelin T. Wunsch, Versuch und

Erfolg mit dem Rauchen aufzuhören. Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung in der deutschen Schweiz. (Forschungsbericht). Bern: Universität, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, 1999. Kurzfassung (Kenntnisse über die Raucherentwöhnung in der Schweiz) in: Suchtforschung des BAG/Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1996-98, Band 1:74-7 (BBL/EDMZ Bern 2000 oder unter: [www.admin.ch/bag](http://www.admin.ch/bag)).

6. Vitale S, Priez F, Jeanrenaud C. Le coût social de la consommation de tabac en Suisse. Neuchâtel: Institut de recherches économiques et régionales, 1998. Kurzfassung in: Suchtforschung des BAG/Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1996-98, Band 1:155-9 (BBL/EDMZ Bern 2000 oder unter: [www.admin.ch/bag](http://www.admin.ch/bag)).
7. Holly A, Gardiol L, Zurn P. Relation(s) entre la consommation tabagique et la taxation du tabac – divers scénarios. Institut d'économie et management de la santé (IEMS), Université de Lausanne, 1999. Kurzfassung in: Suchtforschung des BAG/Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1996-98, Band 1:62-7 (BBL/EDMZ Bern 2000 oder unter: [www.admin.ch/bag](http://www.admin.ch/bag)).

## 7. Wissenstransfer

### 7.1 In der Praxis

Ein Wissenstransfer fand auf zwei Ebenen statt: einerseits gewann das BAG wertvolle Erkenntnisse über den Umsetzungs- und Implementierungsprozess der durchgeführten Politik. Dank der gewählten Methode konnte der Prozess laufend überprüft und nötigenfalls adaptiert werden. Andererseits profitierten die verschiedenen Projekte im Feld nicht nur von den neuen Handlungskompetenzen des BAG, sondern auch durch direkte Zusammenarbeit mit den EvaluatorInnen (z.B. Seminare, Interviews, Betreiben einer Hotline).

### 7.2 Auf wissenschaftlichem Gebiet

Ergebnisse von Forschungsprojekten haben Resultate gezeigt, die für die weitere Präventionsarbeit (nicht nur im Bereich Tabak) von Wichtigkeit sein könnten: So wurde z.B. das Transtheoretische Modell (4) entscheidend verfeinert (5). Dass die sozialen Kosten des Rauchens beziffert wurden (ca. SFr. 10 Milliarden pro Jahr) (6) oder, dass verschiedene mathematische Modelle der Beziehung zwischen dem Tabakkonsum und der Tabakbesteuerung berechnet wurden (7), sind wichtige Grundlagentzahlen, die erstmals in dieser Form erhoben wurden und nur dank dem MPT möglich waren. Mittels mehrerer Seminare wurde der Wissenstransfer sichergestellt.

## 8. Konsequenzen der Evaluation in Bezug auf die Präventionspolitik

### 8.1 Konsequenzen für die Praxis

Ergebnisse der Evaluation wurden sowohl bei der Formulierung des Tabakpräventionsprogramms 2001–2005 als auch bei der Umsetzung des Alkoholpräventionsprogramms («Alles im Griff?») (z. B. das Einsetzen des Social Marketings als Ansatz bei nationalen Kampagnen) umgesetzt. Der Verzicht einer operativen Rolle des BAG und die Ausgliederung eines Leistungsauftrags an die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention (AT) ist möglicherweise eine der entscheidendsten Konsequenzen, die gezogen worden sind.

### 8.2 «Lerneffekt»

Die Umsetzung der Ergebnisse der Globalevaluation ist ein gelungenes Beispiel dafür, dass Evaluationen einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Handlungsweisen und die Formulierung von Policies durch ein Bundesamt haben können. Dies konnte z. T. schon während, dann aber noch verstärkt nach Abschluss des MPT erfahren werden, was wiederum für die Nachhaltigkeit dieser Evaluation spricht.

Korrespondenzadresse:  
Dr. phil. Heinz Bolliger-Salzmann  
Abteilung für Gesundheitsforschung  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Bern  
Niesenweg 6  
CH-3012 Bern  
Tel: +41-31-631 35 17  
bolliger@ispm.unibe.ch



1.1 Illegale Drogen/  
Drogues illégales

1.2 Alkohol/  
Alcool

1.3 Tabak/  
Tabac

**1.4 Migration und Gesundheit/  
Migration et Santé**

# Migration et santé – évaluation du «Programme global migration et santé» de l'Office fédéral de la santé publique\*

Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Denise Efionayi, Stefano Losa, Forum suisse pour l'étude des migrations, Neuchâtel

## Résumé

Cette évaluation qui est encore en cours veut comprendre les *outputs* actuels de la politique dans le domaine «migration et santé» de la Confédération et en déceler les transformations stratégiques qui ont eu lieu depuis son instauration. Il s'agit d'évaluer dans les grandes lignes – et ceci par une «évaluation brève» – le «Programme global migration et santé» développé au début des années quatre-vingt-dix. L'analyse se focalise principalement sur le «Projet migration et santé», qui constitue le premier et le principal projet du programme global et dont le contrat actuel expire en 2002. En outre, nous proposons une brève appréciation générale de la situation internationale dans le domaine «migration et santé». Enfin, nous envisageons de comparer les tendances actuelles dans ce domaine avec les résultats d'une analyse Delphi menée pour le Service Migration de l'Office fédéral de la santé publique sur les politiques et tendances de transformations actuelles. Ceci nous permet d'agrémenter non seulement l'analyse Delphi par les résultats de cette évaluation, mais aussi de profiter de l'analyse Delphi pour répondre précisément aux questions liées au contenu et à l'organisation de la politique en matière de «migration et santé» de la Confédération. Les résultats et le rapport final de cette évaluation devraient être disponibles fin avril 2001.

## Key Words

Migration,  
Aids Prevention,  
Prevention of Drug  
Dependence,  
Health Promotion,  
Programme Evaluation

## 1. Introduction

Les activités de la part de la Confédération dans le domaine «migration et santé» se sont développées à partir de la crise du VIH/sida et des problèmes liés à la prévention de la toxicomanie. Elles sont donc de date relativement récente. Par contre, au niveau des communautés étrangères, les activités dans ce domaine ont caractérisé l'histoire de la migration organisée. Les associations des migrants italiens notamment, dans un effort d'entraide, étaient sensibles à ce thème et intervenaient régulièrement quand il s'agissait en particulier de soutien psychosocial.

En revanche, en ce qui concerne les activités organisées par les acteurs au niveau national, nous recensons en particulier le «Projet migrants», développé au début des années 90 par la Confédération et ayant un accent fortement communautaire. Il visait à travers l'implication d'abord des communautés espagnoles, portugaises et turques, ensuite celles latino-américaines, italiennes, yougoslaves, tamoules et africaines d'augmenter l'impact de la prévention à l'égard du VIH/sida et de la toxicomanie par une stratégie cherchant à mobiliser des multiplicateurs appartenant à ces communautés (voir en particulier Burgi et al. 1992, Burgi et al. 1995, Burgi et al. 1997).

## 2. Déroulement de l'étude / Méthode

Il s'agit donc, à ces fins, d'établir un inventaire des activités très sommaire dans ce domaine, d'identifier les changements majeurs intervenus au cours des années 90 au niveau des programmes et des politiques de la Confédération – en particulier dans le «programme global migration et santé» –, ainsi qu'au niveau du phénomène migratoire, puis d'analyser la réflexivité au niveau des programmes et d'apprécier la coordination au niveau de la politique.

Dans ce but, nous proposons une combinaison d'enquêtes:

1. Nous proposons d'abord une analyse secondaire des évaluations faites sur les projets de la Confédération en cours. S'ajoutent aux analyses concernant les programmes soutenus par la Confédération les évaluations que nous avons déjà pu identifier au niveau des cantons et des communes. Ceci correspond à une phase préparatoire.

\* Cette évaluation est soutenue par le contrat n° 99.000835 de l'Office fédéral de la santé publique.

2. Les responsables des projets soutenus par la Confédération, ainsi que les responsables au niveau fédéral seront soumis, dans un deuxième temps, à des interviews structurées visant à la reconstitution des étapes majeures de la mise en place de la politique dans le domaine «migration et santé». Nous pensons en particulier aux anciens et actuels responsables du «projet migrant», de personnes ayant organisé cette intervention sur le terrain, ainsi qu'aux évaluateurs chargés de l'analyse de ces projets. Dans ce contexte, il s'agit de questionner les «mémoires» institutionnelles sur les (et quelquefois leurs) choix en la matière, de comprendre la rationalité de la transformation des projets et du programme «migration et santé», ainsi que les perspectives futures, d'évaluer les résultats du «Programme global migration et santé» par une analyse de son contenu. Il importe notamment de comprendre si les offres en prévention sont accessibles à la population visée (migrants), si l'offre s'adapte aux questions qui peuvent surgir et quelle est alors sa logique de déploiement (il s'agit donc ici d'une question visant une étude de type organisationnel).

Ces informations recueillies permettront d'identifier les forces et faiblesses majeures des activités dans ce domaine et de ce fait de porter un jugement sommatif sur le «Programme global migration et santé». Au cours de cette enquête nous essayerons d'ailleurs de préciser les questions d'évaluation qui sont, dans le concept de base de cette soumission, encore relativement ouvertes.

3. En ce qui concerne précisément la rationalité de la transformation, nous effectuerons une méta-évaluation des logiques d'auto-évaluation des projets soutenus par le programme global et des acteurs travaillant dans le domaine. Les informations seront recueillies par des entretiens avec les personnes responsables des projets individuels à l'intérieur du projet migrant.

4. Dans une enquête par questionnaire adressé aux cantons et aux villes majeures nous chercherons à déceler les activités dans ce domaine qui s'ajoutent à celle de la Confédération. Ce tableau sera analysé dans l'intention de comprendre l'envergure de l'action de la Confédération et le système de «division du travail» qui s'est mis en place. Il s'agit de développer une batterie simple de questions, auxquelles il est facile de répondre et permettant dans un deuxième temps d'approfondir éventuellement la connaissance de certains programmes.

5. Enfin, les résultats d'une analyse Delphi que nous menons sur le même sujet<sup>1</sup> pourront ensuite être intégrés dans une logique de triangulation, mais aussi dans le but de juger les options politiques (issues de la Delphi) en vue des choix faits au niveau des activités déployées. Cette démarche permet en particulier de vérifier si le but visé par le programme général «migration et santé» de l'Office fédéral de la santé publique de sensibiliser les experts de la santé en Suisse sur le thème de la migration est atteint.

### 3. Références

1. Burgi D et al. Das Migrantenprojekt – Tätigkeitsbericht 1991/1992. Bern, Bundesamt für Gesundheit, 1992.
2. Burgi D et al. Das Migrantenprojekt – Tätigkeitsbericht 1993–1995. Bern, Bundesamt für Gesundheit, 1995.
3. Burgi D et al. Le projet migrants: rapport intermédiaire 1995–1997 (prévention du sida et des comportements de dépendance auprès des communautés étrangères en Suisse). Berne, Office fédéral de la santé publique, 1997.

<sup>1</sup> Il s'agit de l'analyse mandatée par l'Office fédéral de la santé publique visant à l'élaboration d'une stratégie d'action dans le domaine «migration et santé».

Adresse pour correspondance:  
Forum suisse pour l'étude des migrations  
1, rue des Terreaux  
2000 Neuchâtel  
Tél. +41 32 739 18 33 / 20  
Fax. +41 32 739 18 21  
E-mail: denise.efionayi@unine.ch  
Adresse internet: [www.unine.ch/fsm](http://www.unine.ch/fsm)

# **Evaluation im Präventionsbereich/ Evaluation dans le domaine de la prévention**



## 2.1 Programme/ Programmes

## 2.2 Projekte/ Projets

# Globalevaluation des Rahmenprogramms «Schulen und Gesundheit» des Bundesamtes für Gesundheit\*

**Sandro Cattacin, Milena Chimienti, Denise Efionayi-Mäder**, Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP), Lausanne, und Schweizerisches Forum für Migrationsstudien (SFM), Neuchâtel

## Zusammenfassung

*Das Mandat umfasst insgesamt drei Evaluations-Module: In einem ersten Modul sollen die Erfahrungen aus der Phase 1 des Rahmenprogramms «Schulen und Gesundheit» synthetisiert und Planungsgrundlagen für die Phase 2 bereitgestellt werden. Neben den vorgesehenen Elementen schlagen wir dazu die informatische Verarbeitung der Berichte und bestehenden Dokumente, vor allem aber der Selbstevaluationen und der Interviews, durch ein Dimensionierungsprogramm (ATLAS.ti) vor. Dies sollte eine zielgerichtete und fragenorientierte Rekonstruktion der Daten erlauben. In einem zweiten Modul soll ein Überblick über das bestehende Reporting in den Projekten und eine Review der regelmässigen Erhebungen im Bereich der Gesundheitsstatistik und Sozial-epidemiologie (Schülerbefragungen der SFA, kantonale Erhebungen, Gesundheitsbefragungen usw.) zur Entwicklung einer langfristigen Wirkungsevaluation des Rahmenprogramms erstellt werden. Schliesslich geht es darum, ein integriertes Monitoring- und Evaluationssystem in Zusammenarbeit mit der Programmleitung und der Arbeitsgruppe EDK zu entwickeln (3. Modul). Das ideale Modell wird über Interviews mit Expertinnen und Experten sowie mit den für die Umsetzung des Programms relevanten Akteuren erarbeitet. Ferner werden ein Organisationsmodell und ein Konzept für ein Indikatorensystem zum längerfristigen Monitoring des Gesamtprogramms vorgeschlagen.*

## 1. Einleitung

Nach Abschluss des gemeinsamen Pilotprojekts «Santé Jeunesse» im Herbst 1995 beschlossen das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) ein Rahmenprogramm «Schulen und Gesundheit» zu initiieren, dessen erste Phase bis Juni 2002 läuft. Es versteht sich als «Impulsprogramm» des Bundes, das die Kantone in der Entwicklung und Verankerung der Gesundheitsförderung an den Schulen unterstützen soll. Die Programmleitung liegt bei der Schulstelle des BAG und diese wird von einer Arbeitsgruppe der EDK begleitet.

Seit dem Frühjahr 2000 wird das Programm auch von der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung kofinanziert. Es arbeitet mit dem Europäischen Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (ENGS) zusammen, das von Radix koordiniert wird. Das Rahmenprogramm hat sich folgende Ziele gesetzt:

- Die Rolle der Schulen als Lernfeld für gesundheitsfördernde Lebensweisen zu stärken
- Schaffung von Rahmenbedingungen für die Integration der Gesundheitsförderung in den Schulen
- Entwicklung von Synergien zwischen den Akteuren im Schulbereich, die sich mit Gesundheitserziehung befassen
- Erweiterung des Netzwerkes «Gesundheitsfördernde Schulen» durch weitere interessierte Schulen

Diese generellen Zielsetzungen sind sicherlich als Orientierung zu Beginn des Programmes verständlich. Sie konnten jedoch während der ersten Laufzeit des Projektes auf der Ebene mittelfristiger oder kurzfristiger Ziele nicht ausreichend konkretisiert werden. Dies erlaubte dem Programm eine gewisse Offenheit in der Entwicklung, schaffte jedoch auch Schwierigkeiten in Bezug auf die unterschiedlichen und zum Teil kontrastierenden Erwartungen, die von den verschiedenen beteiligten Akteuren gegenüber dem Programm formuliert wurden (7). Um die Wirkung des Programms zu bewerten, drängt sich sicherlich eine Präzisierung dieser generellen Zielsetzungen auf, bevor diese Evaluation durchgeführt wird. Vereinzelt Vorstösse in diese Richtung wurden bereits unternommen, verbindliche Vorgaben existieren bisher aber nicht. Immerhin bezeichnet ein BAG-internes Dokument sechzehn spezifische Absichten (objectifs spécifiques), um die Rolle der Schulen als Lernfeld zu stärken (1).

## Key Words

Health Promotion,  
Primary and Secondary  
Prevention, Health Policy,  
School, Health Promoting  
Schools, Children, Adolescents, Monitoring

\* Diese Evaluation wird vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 00.001443 unterstützt.



**Tabelle 1: Kurzbeschreibung der ausgewählten Projekte/Programme für die vertieften Fallstudien**

Arbeitskreis Gesunde Schule konkret (AK-GSK)	Espace BEJUNE(FR)	Prévention Suicide TI
Ziel ist die Zusammenarbeit bei der Entwicklung, Realisierung und Evaluation von Projekten zur Umsetzung von Gesundheitsfördernden Schulen durch die Ausbildung von Kontaktlehrpersonen (Beauftragten, Koordinator/innen für Gesundheitsförderung) und die Schaffung von unterstützenden interdisziplinären Teams.	[Il s'agit de] former les enseignantes du préscolaire à des techniques qui permettront aux élèves de développer des habitudes et des comportements renforcés dans le milieu familial et touchant à différents aspects de leur vie quotidienne (alimentation, soins du corps, besoins en sommeil, estime de soi, etc.).	Information et sensibilisation des adultes (maîtres d'apprentissage, enseignants, éducateurs, parents...) sur les expressions de mal-être des adolescents: connaissance de l'adolescence, signaux d'intentions suicidaires, savoir à qui s'adresser en cas de besoin (réseau d'aide). Préparation et distribution de publications et organisation d'un congrès.
Beteiligte Kantone: ZH, BS, BE, FR (deutschsprachiger Teil)	Beteiligte Kantone: BE (französischsprachiges Kantonsgebiet), JU, NE, (FR)	Beteiligte Kantone: TI (GE)
Laufzeit: bis 2002	Laufzeit verlängert bis Juni 2001	Projekt abgeschlossen, Nachfolgeprojekt in Diskussion

## 2. Vorgehen / Methodik

Das Vorgehen für das erste Modul ist in drei Hauptetappen vorgesehen, die sich methodisch differenzieren lassen und sich zeitlich teilweise überschneiden:

### 2.1 Dokumentenanalyse und Review der vorhandenen Evaluationsergebnisse und Projektdokumentationen

Es wird darum gehen, wichtige Schlüsselindikatoren für die Projektbeschreibung, die systematisch erhoben wurden, zu ermitteln und entsprechende Datenlücken aufzuzeigen. Wir schlagen dazu eine informatische Verarbeitung der Berichte und bestehenden Dokumente durch ein Dimensionierungsprogramm (ATLAS.ti) vor, das eine zielgerichtete und fragenorientierte Rekonstruktion der Daten erlaubt.

### 2.2 Vertiefte Fallstudien von drei ausgewählten Projekten

Aufgrund dieser Untersuchungen soll nicht nur auf die Projekte, sondern auch auf das Umfeld eingegangen werden. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei der Erhebung von Nebenprodukten (spinoffs, bottom-up-Initiativen usw.), die durch Impulse des Programms entstanden sind. Gleichzeitig soll auch der Frage nach der Formulierung von (Wirkungs-)Indikatoren zur Erfassung des Erfolgs der Projekte (spinoffs, Verankerung, Verbesserung der Rahmenbedingungen usw.) aus der Perspektive der Beteiligten nachgegangen werden. Nach Möglichkeit gilt es auch, die Vor- und Nachteile einer Vernetzung zwischen ENGS (Europäisches Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen) und S+G (Programm «Schulen und Gesundheit») anhand konkreter Beispiele zu diskutieren.

Die Projekte für die Fallstudien wurden in Absprache mit der Evaluations-Begleitgruppe (der Arbeitsgruppe EDK) ausgewählt: AK-GSK (ein Programm, das mehrere Teilprojekte umfasst), BEJUNE und Prévention Suicide TI (Tabelle 1). Die ausgewählten Projekte/Programme stammen aus drei verschiedenen kulturellen Kontexten, sind weitgehend überregional angelegt und stellen verschiedene Herangehensweisen dar. Die Fallanalysen stützen sich vorwiegend auf persönliche Interviews mit Projektverantwortlichen und MitarbeiterInnen. Daneben sollen auch Personen aus dem Umfeld der Projekte angesprochen werden (BehördenvertreterInnen der beteiligten Kantone, Verantwortliche der Schulen oder von Seminaren usw.).

### 2.3 Telefoninterviews mit Projektverantwortlichen

Schliesslich ist eine Befragung der Verantwortlichen aller 16 Projekte vorgesehen, und zwar mittels eines kurzen Telefongesprächs aufbauend auf einem strukturierten Fragebogen, der mit Hilfe der Erfahrungen aus den Fallstudien entwickelt wird. In dieser Kurzbefragung werden u. a. zusätzliche Schlüsselindikatoren zur Beschreibung und Wirkung der Projekte, die in den Tätigkeitsberichten fehlen, erhoben.

### 2.4 Zeitplan

Es ist vorgesehen, dass der Schlussbericht zum ersten Modul im September 2001 vorgelegt wird. Die Arbeiten für das 2. Modul sollen im September 2001 beginnen und mit einer tabellarischen Zusammenstellung und einer kurzen Beschreibung Anfang Dezember abgeschlossen werden. Ebenfalls auf diesen Termin wird ein detailliertes Pflichtenheft für das dritte Studienmodul (Januar bis April 2002) erstellt.

### 3. Referenzen

1. Stamm R. «Ecoles et Santé»: Definition des objectifs du programme-cadre. Document non publié. BAG, 1997.
2. Monnard-Droz A-L, Hess B. Projekte «Schulen und Gesundheit» – 1. Ausschreibungsrunde 1997. BAG, Bern, 1998.
3. Basler A, Hess B, Oertle Bürki C. Schulen und Gesundheit – Zwischenbericht. AG Gesundheits-erziehung und -förderung, EDK und BAG; Bern, 1999.
4. BAG – Arbeitsgruppe Jugendliche und Gesundheit. Prävention und Gesundheitsförderung bei Jugendlichen – Ziele, Strategien, Programme und Projekte. BAG, Bern, 1999.
5. Badan Ph, Dumont P, Gaberel P-E, Stahl-Thuriaux A. Evaluation du programme-cadre «Ecoles et santé»: premier rapport intermédiaire. CEPES (Collectif d'évaluation du programme cadre écoles et santé), Genève, janvier 1999.
6. Badan Ph, Dumont P, Gaberel P-E, Stahl-Thuriaux A. Evaluation du programme-cadre «Ecoles et santé»: deuxième rapport intermédiaire. CEPES (Collectif d'évaluation du programme cadre écoles et santé), Genève, 2000.
7. Badan Ph, Dumont P, Gaberel P-E, Stahl-Thuriaux A. Evaluation du programme-cadre «Ecoles et santé»: rapport de synthèse. CEPES (Collectif d'évaluation du programme cadre écoles et santé), Genève, 2000.
8. Hess B. Schulen und Gesundheit – Die laufenden Projekte 2000. Bundesamt für Gesundheit, Bern, 2000.

Korrespondenzadresse:  
Schweiz. Forum für Migrationsstudien (SFM)  
Forum Suisse pour l'étude des Migrations (FSM)  
Rue des Terreaux 1  
2000 Neuchâtel  
Tél. +41 (0)32 718 39 20/33  
Fax +41 (0)32 718 39 21  
E-Mail: denise.efionayi@unine.ch  
Internet: www.unine.ch/fsm

# Frei von Tabak: Raucherberatung in der Arztpraxis – Erfahrungen aus der Schweizer Kampagne\*

Anne-Katharina Burkhalter, Bundesamt für Gesundheit, Bern

## Zusammenfassung

Der ärztliche Rat zum Rauchstopp ist die wirksamste Massnahme gegen die wichtigste verhütbare Ursache von Krankheit und Tod. Die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) entwickelten ein Interventionsprogramm, das eine kurze systematische Raucherberatung in 4 Stufen propagiert. Während der intensiven Startphase von 1990 bis 1993 wurden die 12 000 Schweizer ÄrztInnen insgesamt dreimal direkt angeschrieben und eingeladen, das Beratungspaket kostenlos anzufordern. Gleichzeitig wurde ein halbtägiges Seminar zur Vertiefung des 4-Stufen-Programms angeboten. Die Seminarteilnehmer wurden im Rahmen einer kontinuierlichen Evaluation befragt über Wissen, Einstellung und Verhalten in der Raucherberatung (jeweils vor, nach und 6 Monate nach dem Seminar). 1991 wurde die Reichweite und Wirksamkeit der gesamten Kampagne in einer repräsentativen Stichprobe von 450 ÄrztInnen untersucht. Die 3 Untergruppen umfassten je 150 Ärzte. Gruppe I bestand aus Kursteilnehmern (die alle das Beratungspaket hatten), Gruppe II aus denen, die nur das schriftliche Beratungspaket verwendeten, und die Kontrollgruppe aus jenen, die weder zu I noch zu II gehörten. Die Gesamtrücklaufquote belief sich auf 80%. Die Gruppen I und II hatten eine Quote von 93%, die Kontrollgruppe eine von 76%. 92% der antwortenden ÄrztInnen hatten von der Kampagne gehört, 51% benutzten (irgend-)einen Teil des Beratungspaketes in ihrer täglichen Arbeit. Von ihnen gaben 63% an, im vergangenen Jahr häufiger Raucherinterventionen unternommen zu haben, und 55% hatten auch mehr Erfolg damit – die Nichtteilnehmer meldeten hier 26% ( $p < 0,001$ ) und in Bezug auf Häufigkeit nur 38% ( $p < 0,001$ ). Wahrscheinlich ist dieser Unterschied ein Effekt der Kampagne.

## 1. Einleitung

Etwas Wagemut gehörte schon dazu, als sich 1989 eine kleine Gruppe von Fachleuten vornahm, innert Jahresfrist eine landesweite Kampagne zu starten – eine Kampagne, die den Schweizer ÄrztInnen die Raucherberatung nahe bringen sollte. Die ersten Ideen und Konzepte waren ein Jahr zuvor entstanden, in gemeinsamen Gesprächen der beiden betroffenen Dachorganisationen des Schweizerischen Gesundheitswesens, der Verbindung der Schweizer Ärzte und dem Bundesamt für Gesundheit. Es sollte keine appellative Massenmedienkampagne lanciert werden, sondern eine Aktion, die ihre Berechtigung und ihren Erfolg nur durch eine aktive und breite Teilnahme der Ärzte erhielt.

Würden die ÄrztInnen mitmachen? Würden ÄrztInnen ihre PatientInnen auch tatsächlich auf die Risiken des Rauchens ansprechen wollen? Viele Ärzte rauchen doch selber und viele werden wohl der Meinung sein, Tabak sei ein Genussmittel, über dessen Konsum jeder in eigener Verantwortung frei entscheiden sollte. Würden sie auch bereit sein, Zeit für die Verbesserung ihrer Kompetenzen in der Raucherberatung einzusetzen, obwohl Raucherberatung etwas ausserhalb der üblichen ärztlichen Intervention steht und sehr viel mit Kommunikation und Psychologie zu tun hat?

Nur ungern dachte man auch an die ungenügend geregelte finanzielle Abgeltung für Raucherberatung. Obwohl der Arzt heute bis zu einem Viertel seiner Arbeitszeit mit Patientengespräch und Beratung verbringt, sind genau diese grundlegenden Fertigkeiten schlecht bezahlt.

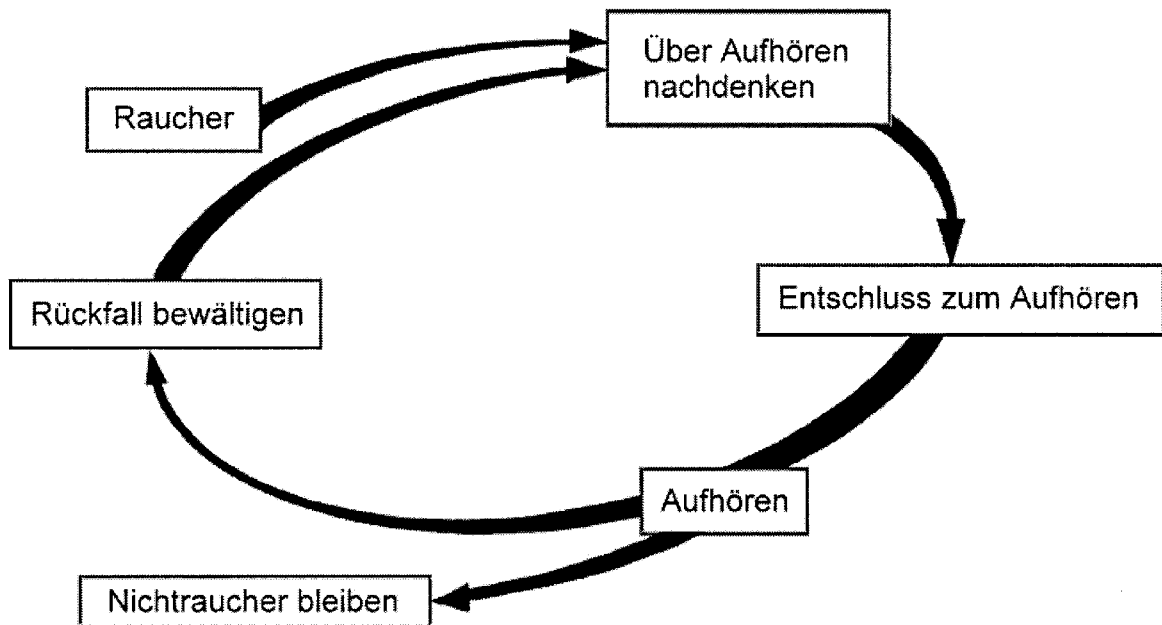
Den Grundsätzen des Sozialmarketings folgend, investierte die Konzeptgruppe viel Zeit in die Erhebung genau dieser Widerstände und Schwierigkeiten. Erst die bestmögliche Kenntnis der Zielgruppen kann Gewähr dafür bieten, dass das Angebot der Kampagne den Bedürfnissen des Arztes und seiner rauchenden Patienten auch wirklich entspricht.

Ein möglicher ideeller und physischer Gewinn sollte sowohl Arzt wie Patient dazu einladen, ein gewünschtes anderes Verhalten einzunehmen. Verbale Überzeugungsarbeit, das war der Gruppe klar, würde nicht genügen.

## Key Words

Smoking, Physicians, Smoking Cessation Intervention, Switzerland

\* Dieses Projekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit aus den Verträgen Nr. 5122 und 5384 unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus Z ärztl Fortbild 1995; 89:531-6, © 2001, mit freundlicher Genehmigung des Urban & Fischer Verlags. Eine Übersetzung ins Französische ist erhältlich bei der Verfasserin. (Ausserdem enthält letztere, wie der Originalartikel, auch eine Zusammenfassung in englischer Sprache.)



**Abbildung 1: Aufhören zu rauchen als Lernprozess: die vier Stufen der ärztlichen Raucherbehandlung (Grüniger 1989)**

Das belegt auch die genauere Beobachtung der Raucherpopulation. Es ergibt sich ein höchst dynamisches Bild: Obwohl zum Zeitpunkt der Erhebungen stark rauchend, möchten drei Viertel der Rauchenden lieber aufhören. Fast die Hälfte versucht es dann auch, aber langfristig erfolgreich ist von ihnen nur jeder Zwanzigste.

Nur 5 von 100 erfolgreichen Aufhörern geben an, professionelle Beratung erhalten zu haben. Hier liesse sich manches ändern.

## 2. Die Wirksamkeit ärztlicher Raucherberatung

Die neuere Raucherforschung hat die verschiedenen Interventionen in diesem Bereich verglichen. Dem Rat des Arztes kommt eine entscheidende Bedeutung zu. Zusammengeführt belegen diese Studien einhellig ein Dosis-Wirkungsprinzip auch für die Raucherberatung. Die so genannte Spontan-Aufhörerate kann der kurze professionelle Gesundheitshinweis der Ärztin entscheidend heben. Mehr noch: die weitere Begleitung macht den ärztlichen Rat zur wirksamsten heute bekannten Massnahme in der sekundären Tabakprävention.

Raucherberatung ist aber eine komplexe Intervention in einem heiklen Bereich. Verhaltensfor-

schung, Kommunikationslehre und die ganze Erfahrung aus der medizinischen Interventionspraxis mussten berücksichtigt werden (2, 6, 9, 10, 12, 16, 17). Schliesslich legte die Gruppe ein Modell zur so genannten Minimalintervention vor, das 4-Stufen-Programm (13). Die Raucherberatung in vier Stufen empfiehlt, dass *möglichst alle ÄrztInnen* möglichst alle PatientInnen aufs Rauchen ansprechen (Stufe 1), den informierten Entscheid anstreben (Stufe 2), gemeinsam konkrete Aufhörpläne entwickeln (3. Stufe) und mit Folgekontakten als vierte Stufe einen möglichen Rückfall auffangen oder verhindern.

## 3. Die Kampagne im zeitlichen Verlauf

Vor diesem Hintergrund hat die Konzeptgruppe, bestehend aus vier Medizinerinnen und drei Behördenvertretern, Ziele und Angebote der Kampagne formuliert.

Die vier Hauptziele betrafen einerseits die ÄrztInnen, andererseits deren KlientInnen:

- Mehr ÄrztInnen als heute leisten Raucherberatung
- Qualität und Wirksamkeit der Raucherberatung werden erhöht
- Mehr RaucherInnen als heute versuchen aufzuhören

– Mehr Aufhörversuche sind wirklich erfolgreich

Die Kampagne sollte wegweisend werden für die Zusammenarbeit von Organisationen im Gesundheitswesen; weitere Projekte mit ähnlichen Präventionsaufgaben waren geplant. Die Vernetzung der relativ autonomen kantonalen Ärztegesellschaften und Fachgesellschaften untereinander sollte ebenso angestrebt werden wie die Koordination von lokalen Initiativen und etablierten Privatorganisationen in der Tabakprävention.

Bei der Planung der beiden Angebote, Seminare und Materialien zum Selbststudium, ist der unterschiedlichen Bereitschaft der ÄrztInnen Rechnung getragen worden. Neben den Seminaren werden eine ganze Palette von schriftlichen Materialien angeboten:

*Die komplette Dokumentationsmappe* enthielt einerseits das detaillierte Manual über das 4-stufige Beratungsprogramm und die medizinischen Fakten in handlicher Form, andererseits enthielt es wichtige Arbeitsunterlagen für die PatientInnen, wie den Rauchertest und die dialogisch aufgebaute Broschüre für Patienten.

*Die Seminare:* Schon 1989 entwickelte eine Expertengruppe das Programm zur ärztlichen Fortbildung im nicht-direktiven Patientengespräch. Dieses Fortbildungsangebot, auf eine Vertiefung des im Manual vorgestellten 4-Stufen-Programms hin angelegt, sollte eine wesentliche Stütze des Gesamtkonzeptes bilden. Ab Mai 1990 wurden dann regionale halbtägige Ärzteseminare zur Fortbildung in Rauchberatung angeboten. Als Moderatoren wurden später speziell geschulte «Tandems» (je ein Psychotherapeut/Raucherberater und ein Arzt) eingesetzt.

### 3.1 Kampagnenverlauf

Gestartet wurde mit einem Mailing an alle 12 000 frei praktizierenden ÄrztInnen. Begleitbriefe, von den Präsidenten der kantonalen Ärztegesellschaften unterzeichnet, luden ein zur Bestellung der schriftlichen Materialien oder, ebenfalls im März 1990 zum ersten Mal ausgeschrieben, zu einem Seminar. Eine gut besuchte *Pressekonferenz* verhalf zu einer breiten Öffentlichkeit.

Mit weiteren zeitlich gestaffelten Werbeversänden (Oktober 1990, April 1992) sind alle Ärzte wiederholt direkt auf die Angebote aufmerksam gemacht worden.

Mit Fachartikeln in der Schweizerischen Ärztezeitung, einer Schwerpunktnummer und, in lockerer Folge daran anschliessend, Erstpublikationen von Schweizer Studien über Rauchen, ist es gelungen, so etwas wie ein wissenschaftliches «up-date»-Programm aufzubauen.

Mit drei Geschenkkaktionen (wie Klebern mit dem Logo der Aktion, zuckerlosen Bonbons und Plakaten) wurde die Aktion zunächst promoviert.

### 3.2 Teilnahmestatistik

Die Konzeptgruppe hatte, ausgehend von der Zielgruppenforschung, eine möglichst realistische Erwartung für die Teilnahme formuliert: Landesweit könnten maximal 5000 komplette Dokumentationsmappen benötigt werden und Seminarteilnehmer wären maximal 450 zu erwarten. Während der ersten 36 Monate des Projektes gingen aber 8282 Bestellungen ein (4960 deutsch, 2646 französisch und 676 italienisch) und über 800 Seminaranmeldungen.

Die Bestellungen der kompletten Dokumentation wurden im zentralen Generalsekretariat der FMH erfasst, dies nach den schon im Konzept bestimmten Kriterien zur späteren Evaluation. Erstbestellung (= Teilnahme), Häufigkeit der Nachbestellungen und Seminarteilnahme bildeten die Grunddaten. Nicht alle Teilnehmer konnten namentlich erfasst werden (Klinik-Bestellungen, Doppelbestellungen ohne Namen, Hand-zu-Hand-Empfehlungen). Bestellungen einzelner Teile konnten mangels Personal nicht registriert werden, obwohl diese eine dreimalige Neuauflage nötig machten.

Promotion scheint von zentraler Wichtigkeit für eine derartige Interventionskampagne, wie es die Auszahlungen der 3-Monats-Intervalle zeigen (Tab. 1).

**Tabelle 1:**

Versand	Anzahl	Rückmeldungen innerhalb von 3 Monaten nach Versand	
		Bestellungen	Seminaranmeldungen*
März 1990	10800	2300	321
Okt. 1990	11840	1200 (davon 801 neu)	108
April 1990	13787	1180 (davon 820 neu)	254

\*nicht alle Angemeldeten nahmen auch tatsächlich am Seminar teil!

Die Teilnahme an den Seminaren (in allen drei Sprachregionen der Schweiz angeboten) ist ebenso wenig lückenlos belegt wie die Bestellungen. Eine geringe Anzahl Teilnehmer meldete sich vorgängig nicht an (Hinweise auf Kurs im Krankenhaus), und andere verliessen vorzeitig das Seminar.

Im Teilnehmerverzeichnis aufgeführt sind für die Dauer der ersten 3 Jahre insgesamt 723 Teilnehmer (Tab. 2).

**Tabelle 2:**

Jahr	Anzahl Seminare/Workshops	Anzahl Teilnehmer
1990	20	352
1991	12	126
1992	10	191
1993 (bis Mai)	3	54
Total (bis Mai 1993)	45	723

#### 4. Wurden die Ziele erreicht?

Die von der Projektleitung beobachtete gute Aufnahme der Kampagne «Frei von Tabak» durch die Zielgruppe der Ärzte selber, aber auch durch die Medien und weitere Fachkreise ist zwar erfreulich, stellt jedoch noch keinen Wirkungsnachweis dar.

Bereits in der Planungsphase wurde die Evaluation der Kampagne bei der Ärzteschaft miteinbezogen. Zusätzlich sollten die Seminare, in welche recht grosse Erwartungen, aber auch viele personelle und finanzielle Mittel gesteckt wurden, mit einer eigenen Studie zuverlässig evaluiert werden. Damit sollten insbesondere auch systematische Erfahrungen im Hinblick auf künftige Präventionsseminare zu anderen Themen (Suizid, HIV, Sucht u. a.) gewonnen werden.

##### 4.1 Die Ärztebefragung

Im Rahmen der Evaluation der landesweiten Kampagne «Frei von Tabak» wurde im Mai 1991, also ein Jahr nach Aktionsstart, eine repräsentative Auswahl von 450 frei praktizierenden Ärzten über ihre Teilnahme an der Kampagne, ihre Raucherintervention bei den Patienten und über ihre Selbstbeurteilung des Interventionserfolges postalisch befragt.

*Methode:* In randomisierter Auswahl aus der Liste des Generalsekretariates der FMH sind drei stratifizierte Stichproben erhoben worden:

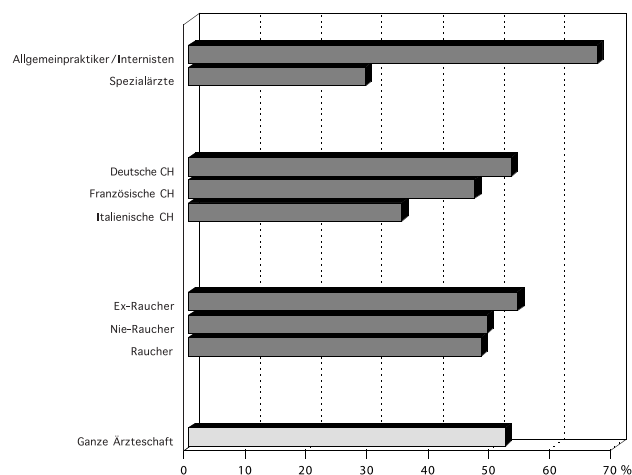
- 1) Seminarteilnehmer (bestätigte Teilnahme)
- 2) Teilnehmer (Erstbesteller)
- 3) ÄrztInnen, die weder zu 1) noch zu 2) gehören

Die Auswahl erfolgte systematisch nach Berechnung des jeweiligen Stichprobenintervalles für die betreffende Gruppe. Jedes Stratum umfasste wenigstens 100 antwortende ÄrztInnen (jede Gruppe 150 ÄrztInnen, insgesamt 450 Fragebogen), um das 95%-Vertrauensintervall in jedem Stratum < 10% zu halten.

Bei einem erfreulich hohen Gesamtrücklauf der Fragebogen von über 80% wiesen die Gruppen untereinander Unterschiede auf: Gruppen I und II hatten beide eine Rücklaufquote von 93%, gegenüber 76% der Kontrollgruppe.

##### 4.1.1 Die Beachtung der Kampagne

92% der praktizierenden Schweizer ÄrztInnen hatten von der Kampagne gehört. Praktisch alle Ärzte (98%), welche die Arztedokumentation bestellt hatten, haben sich das Material auch tatsächlich ange-



**Abbildung 2: Teilnahme an der Kampagne. Anteil der Ärzte, die 1 Jahr nach Aktionsstart angaben, Kampagnematerial zur Beratung eingesetzt zu haben** (N = 450, Ärzteumfrage Mai 1991, ISPM Zürich)

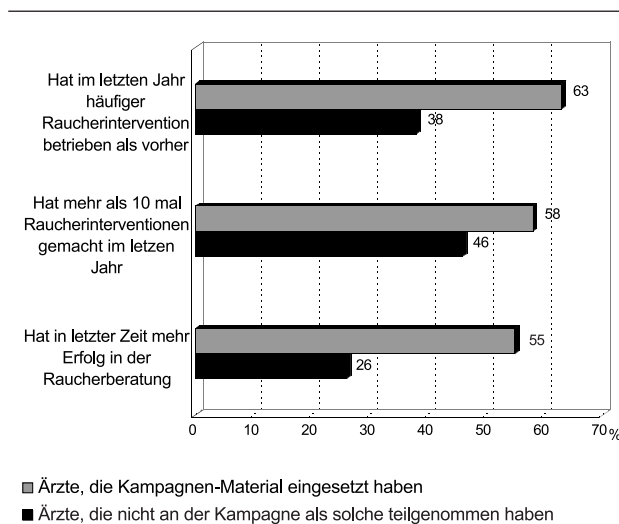
sehen. Damit wird die Annahme bestätigt, dass ein gezielter Versand von relativ kostspieligen Dokumenten nur an solche Personen, die diese Dokumente auch wirklich wollen, eine bessere Kosten-Nutzen-Relation aufweist als ein unangeforderter Versand an alle Ärzte.

(Dies zeigt auch die Evaluation der britischen «*Help Your Patient Stop*»-Initiative, bei welcher alle 26000 Mitglieder der British Medical Association unaufgefordert ein Manual zur Raucherberatung erhielten. Danach gaben nur 50% der nachträglich befragten Ärzte an, die Broschüre überhaupt erhalten zu haben. Und nur 28% der Ärzte haben die Broschüre auch angeschaut.)

51% aller Schweizer Ärzte benutzten bereits ein Jahr nach Aktionsstart irgendeinen Teil des Infopakets «*Frei von Tabak*» für ihre Raucherberatung. Selbst unter den Ärzten der Kontrollgruppe, die keine Materialien direkt beim BAG bestellt hatten, aber offenbar über andere Kanäle wie Ärztevertreter von Ciba-Geigy oder Tagungskontakte das Ärztematerial «*Stufenprogramm Raucherberatung*» erhalten haben mochten, gaben 38% an, den Inhalt zu kennen und praktischen Gebrauch davon zu machen. Dies ist ein wichtiger Hinweis dafür, dass die Reichweite der Kampagne durch verschiedene Kanäle deutlich erhöht werden konnte.

Die Aktion griff in der deutschen Schweiz besser als in der Romandie und im Tessin. Interessant ist die höhere Beteiligung von Ex-Rauchern gegenüber Nie-Rauchern und Rauchern unter den Ärzten. Durch ihre eigene Erfahrung mit Rauchen und Entwöhnung haben sich Ex-Raucher auch in den Seminaren besonders aktiv und motiviert gezeigt.





**Abbildung 3: Häufigkeit und Erfolg in der Raucherberatung**

#### 4.1.2 Häufigkeit und Erfolg der Raucherberatung

Von den Ärzten, die irgendeinen Teil des Materials benutzt hatten, gaben 63% an, ihre rauchenden Patienten im vergangenen Jahr *häufiger beraten* zu haben, verglichen mit nur 38% bei Nichtteilnehmern.

Unter denen, die ihren Patienten Unterstützung beim Entwöhnen anbieten (82% aller Ärzte bzw. 99% der Allgemeinpraktiker und Internisten) verzeichneten nach eigenem Urteil 55% der Teilnehmer *mehr Erfolg* als früher. Aber auch 26% der Nichtteilnehmer erleben sich als erfolgreicher, was darauf hinweist, dass die Antworten ein sozial erwünschtes Verhalten widerspiegeln könnten und sich kaum immer objektiv belegen lassen würden.

Auch *Nikotinsubstitution* verschrieben die Ärztinnen häufig (89% der Befragten). (Nikotinpflaster, nicht aber Kaumasse, sind in der Schweiz rezeptpflichtig.) 59% verbanden diese Behandlung mit einer Beratung, 41% gaben nur das Rezept ab.

#### 4.1.3 Die Unterschiede zwischen KursteilnehmerInnen und TeilnehmerInnen

Die SeminarteilnehmerInnen (Gruppe I) unterschieden sich wesentlich von Gruppe II, jenen, die ausschliesslich mit der schriftlichen Dokumentation gearbeitet hatten, indem sie in allen Fragen die Vorgaben der Kampagne besser kannten, gezielter verfolgten und die Materialien häufiger nachbestellten. 70% von ihnen boten auch vermehrte Unterstützung an, gegenüber 58% der Gruppe II; eine subjektive Verbesserung ihrer Beratungsfähigkeit verzeichneten 60% gegenüber 46% in Gruppe II.

## 4.2. Publikumsbefragung

Der initialen Befragung des Publikums 1988/90, mit der die Erwartungen an die Ärzte bezüglich der Beratung in Tabak- (und Alkohol-) Prävention gemessen worden waren, sind bis heute keine repräsentativen Untersuchungen der Auswirkungen dieser Kampagne gefolgt.

Die grosse Mehrheit der Bevölkerung erwartete 1989 eine aktive Rolle des Arztes in der Alkohol- und Tabakprävention. Eine aktuelle Befragung (kleine Stichprobe) bestätigte diese Erwartung.

## 4.3 Die Auswertung der Seminare

Die Evaluation sah drei Befragungen der Seminarteilnehmer vor: Die erste Befragung fand zu Kursbeginn statt, die zweite bei Kursende und die dritte Befragung mittels postalischem Fragebogen 6 Monate nach dem Kurs. Die folgenden Resultate beruhen auf der Auswertung der 20 Seminare des ersten Projektjahres 1990.

Von 298 Ärzten hat mindestens ein Fragebogen vorgelegen; von 224 Teilnehmern gingen die beiden Fragebogen vor und unmittelbar nach dem Kurs ein.

Als eine Art «Testfrage» für die Berechtigung der (teuren) Seminare galt die Frage «*Würden Sie den Kurs weiterempfehlen?*». Erstaunliche 91% dieser 224 teilnehmenden ÄrztInnen antworteten positiv. Sehr positiv waren auch die Aussagen zum möglichen Gewinn, den der eben absolvierte Kurs erbracht haben könnte: Einen Zuwachs von Wissen gaben 73% der Antwortenden an, von praktischen Fähigkeiten 83%, von Motivation 85% und schliesslich von Sicherheit in der Beratungssituation 90%.

Für die folgenden Angaben sind die Antworten jener 96 Teilnehmer ausgewertet worden, von denen die Fragebogen aus allen drei Erhebungen zur Verfügung standen: Die Seminare zeigen signifikante Effekte auf das Wissen, gemessen an der Kenntnis der 4 Stufen der Raucherberatung. Auf die Frage «*Welches sind die im Manual resp. im Kurs empfohlenen 4 Stufen der Raucherberatung?*» wurden nach dem Kurs alle vier Stufen hochsignifikant häufiger richtig benannt, eine Verbesserung, die auch nach 6 Monaten anhielt.

Interessant ist die signifikante Abnahme in der Erwartung «*ich könnte noch erfolgreicher sein*», was wohl eine durch den Kursbesuch bewirkte realistischere Einschätzung der ärztlichen Möglichkeit darstellt. Nicht beeinflusst wurde die initial bereits hohe Motivation zur Raucherberatung (Selektionseffekt der Seminare).

Die Seminare «Raucherberatung in der Arztpraxis» sind ohne Zweifel ein Spitzenangebot der ganzen

Kampagne, sowohl quantitativ (45 Seminare mit 723 Teilnehmern) wie qualitativ. Erst diese Seminare erlaubten den wirklich motivierten Ärzten eine Vertiefung in das Thema, einen oft spannenden Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen und Kollegen und vor allem – ein praktisches Üben der Beratung.

## 5. Schlussfolgerungen

Folgende positiven Aspekte der Kampagne «Frei von Tabak» können hervorgehoben werden:

- Die Schweizer Ärzte begrüßen eine nationale, breit angelegte und länger dauernde Präventionskampagne zum Thema Rauchen.
- Über 7000 aller angesprochenen Ärzte beteiligten sich in irgendeiner Form an der Kampagne, über 700 davon intensiv in einer Fortbildung.
- Das Modell der Minimalintervention in 4 Stufen wurde breit akzeptiert.
- Die Ärzteschaft ist, so dürfen wir heute annehmen, weitgehend sensibilisiert für Tabakprobleme. Hingegen konnten mit diesem ersten Projekt längst nicht alle Anregungen aus den Reihen der Ärzteschaft selber aufgenommen werden.
- Die Weiterführung der Kampagne wurde vor zwei Jahren der neu geschaffenen FMH-Abteilung «Prävention» übertragen, die zurzeit neue Möglichkeiten der Tabakprävention in der Arztpraxis überprüft.

## 6. Verdankung

Der Herausgeber dankt dem Urban & Fischer Verlag für die Genehmigung zum Abdruck dieses Artikels, der erstmals in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (Z ärztl Fortbild 1995;89:531-6) erschienen ist.

## 7. Literatur

1. Abelin T. Rauchen und Rauchentwöhnung im Kontext der präventiven Kardiologie. Schw Med Rundschau (Praxis) 1990;79:1062-7.
2. Cummings SR, Coates TJ, Richard RJ et al. Training physicians in counseling about smoking cessation: a randomized trial of the «Quit for Life» program. Ann Intern Med 1989;110:640-7.
3. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The Cost-eff-

- fectiveness of Counseling Smokers to Quit. JAMA 1989;261:75-9.
4. Demoscope. PERMA-Studie Rauchen. Unveröffentlichter Bericht; Juni 1989, ebenso 1990, ebenso 1992.
5. Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years observations on male british doctors. BMJ 1976;2:1525-36.
6. Ewart CK, Li VC, Coates TC. Increasing physicians antismoking influence by applying an inexpensive feedback technique. J Med Educ 1983;58:468-73.
7. Fagerström KO. Effects of nicotine chewing-gum and follow-up appointments in physician-based smoking cessation. Prev Med 1984;13: 517-27.
8. Fowler G et al. The «Help your patient stop» initiative. Evaluation of Smoking Prevalence and Dissemination of WHO/UICC Guidelines in UK General Practice. Lancet 1989;i:1253-5.
9. Glynn TJ, Manley MW. How to help your patients stop smoking. A National Cancer Institute Manual for Physicians. US DHHS-NIH Publication 1989;No 89-3964.
10. Greene HL, Goldberg RJ, Ockene JK. Cigarette Smoking: The Physician's Role in Cessation and Maintenance. J Gen. Internal Med 1988;3:75-85.
11. Grüninger U. Evaluation der Fortbildungskurse «Raucherberatung in der Arztpraxis». Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, 1991, unveröffentlicht.
12. Grüninger U, Hänisch L. Weniger Rauch – Mehr Feuer. Was jeder Arzt in zwei Minuten für den Raucher tun kann. Der informierte Arzt 1985;9:19-31.
13. Grüninger U, Meili B. Frei von Tabak – Stufenprogramm zur Raucherberatung in der Arztpraxis. Verbindung der Schweizer Ärzte FMH, Bundesamt für Gesundheit BAG, 1990.
14. Grüninger U, Mion H, Abelin T. Immer weniger Ärzte sind Raucher. Ergebnisse aus der FMH-Umfrage «Arzt und Prävention». Schweiz Ärztezeitung 1990;71:739-43.
15. Kottke TE, Battista RN, De Friese GH et al. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. JAMA 1988;259:2882-9.
16. Raw M. Help your patient stop. British Medical Association/ICRF/ UICC/WHO, London, 1988.
17. Russel MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. BMJ 1997;2:231-5.
18. Schorr D, Meili B et al. Akzeptanz und Reichweite der Kampagne «Frei von Tabak – Raucherberatung in der Arztpraxis». Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 1991, unveröffentlicht.
19. Troschke v J, Westenhoff F. Einstellungen von Medizinstudenten in der BRD zum Rauchen. Soz Präventivmed 1989;34:119-23.

20. Tessier JF et al. Smoking habits and attitudes of medical students towards smoking and antismoking campaigns in fourteen european countries. Eur J Epidem 1989;5:311-21.
21. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking; a report of the Surgeon General. Washington, DHHS (CDC) 1989:898-8411.
22. U.S. Department of Health, Education and Welfare. The Health Benefits of Smoking Cessation; a report of the Surgeon General. Washington, DHHS (CDC) 1990:90-8416.
23. Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR et al. A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. JAMA 1988;260:1570-4.
24. World Health Organization/Regional Office for Europe, Copenhagen. It can be done; a smoke-free Europe. Copenhagen, 1990.

## 8. Weitere Informationen und Unterlagen

sind erhältlich bei:

Verbindung der Schweizer Ärzte  
Abteilung Prävention  
Elfenstrasse 18  
CH-3000 Bern 16.

Anmerkung des Herausgebers: Eine Übersetzung des hier publizierten Artikels ins Französische ist erhältlich bei der Verfasserin (unter der folgenden Korrespondenzadresse). Ausserdem enthält letztere, wie der Originalartikel, auch eine Zusammenfassung in englischer Sprache.

Korrespondenzadresse:  
Anne-Katharina Burkhalter  
Bundesamt für Gesundheit  
Facheinheit Sucht und Aids  
Postfach  
3003 Bern  
E-Mail: [annekaeth.burkhalter@bag.admin.ch](mailto:annekaeth.burkhalter@bag.admin.ch)

# Evaluation d'un programme de prévention dans trois communes bas-valaisannes\*

Christophe Jaccoud, Dominique Malatesta, Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne, Département d'Architecture, Institut de Recherche sur l'Environnement Construit

## Résumé

L'évaluation du programme de prévention communautaire lancé dans trois communes de la région du Bas-Valais, visait à rendre compte d'un dispositif d'action, à en analyser la méthodologie et à mener une enquête auprès de jeunes en difficultés d'insertion. Les objectifs du programme de prévention allaient de la responsabilisation de la communauté par rapport à la prévention des toxicomanies chez les jeunes, jusqu'à la prise en charge des toxicomanes dans un contexte de solidarité, en passant par le renforcement de la répression (rendre le territoire le plus inhospitalier possible pour tout vendeur de drogues). La mise en œuvre du dispositif s'est caractérisée par sa rapidité et son efficacité organisationnelle dès son annonce faite à la presse, particulièrement dans certains des domaines prévus (prévention primaire et prise en charge médicale, renforcement de la répression du trafic) et moins dans d'autres, comme le développement de la solidarité ou encore le renforcement de l'insertion des consommateurs de drogues illégales ou plus généralement de jeunes en difficultés. L'analyse du déroulement de l'expérience a montré, en effet, que la rapidité de la mise en œuvre de groupes de travail, mais aussi de manifestations publiques, s'est révélée être un véritable obstacle à l'installation d'un projet réellement communautaire, ne laissant guère de place aux acteurs plus éloignés de l'institution responsable, et faisant l'impasse sur un dispositif de diagnostic de territoire qui aurait poussé à une plus grande adéquation entre les interventions, les acteurs impliqués et les problèmes identifiés.

## Key Words

Community Action,  
Local Prevention Policy,  
Drug Prevention Measures

## 1. Présentation

### 1.1 Les objectifs du programme et mise en œuvre

Le programme de prévention communautaire a été lancé par la Ligue valaisanne contre les toxicomanies, dans trois communes du Bas-Valais: Martigny (13795 habitants), Monthey (13683 habitants) et St-Maurice (3595 habitants). C'est la ville de Martigny qui avait sollicité la LVT, organe principal de la politique de la drogue dans ce canton, pour que celle-ci renforce le dispositif de prévention des toxicomanies. La direction de la LVT mit à profit cette demande pour lancer une expérience originale: faire qu'un tel programme soit communautaire et se traduise par un dispositif d'action, de sensibilisation et de responsabilisation porté par le plus grand nombre. Le programme avait une intention générale: responsabiliser la communauté dans son ensemble par rapport à la prévention des toxicomanies chez les jeunes, par le renforcement de leur insertion sociale, ainsi que par rapport à la prise en charge généralisée, dans un contexte de solidarité, des consommateurs de drogues.

Les moyens d'y parvenir étaient les suivants:

- promouvoir des attitudes positives auprès des jeunes, renforçant ainsi la volonté de mener une vie sans drogue;
- améliorer les possibilités d'aide pour toute personne, parents ou jeunes, se trouvant confrontée à l'usage des drogues;
- rendre le plus inhospitalier possible le territoire de la commune pour tout vendeur de drogues.

Le dispositif communautaire de mise en œuvre, tel qu'il était prévu dès l'origine par ses initiateurs, était constitué de commissions de coordination et de groupes de travail ou sous-commissions. Chaque commune a constitué une commission de coordination regroupant des représentants de l'autorité politique, des services publics concernés et des «experts». Les sous-commissions étaient destinées, elles, à traiter et à instrumenter des thèmes particuliers annoncés au départ: scène-droque (répression, surveillance et information ou, autrement dit, «rendre inhospitalier le territoire au trafic»), urgences médicales (malaises divers et overdoses), la collaboration interprofessionnelle (nouveaux partenariats), les sociétés locales (les clubs de sport et autres associations comprenant des jeunes), les écoles primaires (promotion de la santé avec outils spécifiques), les écoles secondaires (promotion de la santé) et, enfin, les conférences publiques (conférences-débat/opérations de promotion).

\* Ce projet était soutenu par le contrat n° 5608 de l'Office fédéral de la santé publique. L'évaluation couvre une période qui va de l'automne 1992 à l'automne 1995.

## 1.2 Les questions de l'évaluation

L'évaluation du programme pose plusieurs questions au niveau de la faisabilité d'un tel projet et au niveau de son contenu. Plus précisément:

- faisabilité de la mise en œuvre d'un projet d'action à l'échelle locale;
- rôle des institutions dominantes et leur insertion dans des milieux professionnels concernés par le projet (nouveaux partenariats);
- insertion du projet d'action communautaire et de ses agents dans une réalité sociale et économique à la fois spécifique et changeante (intégration de la société civile);
- sens des actions menées, en termes de population visée et de perception des dangers (idéologies de prise en charge);
- précarités chez les jeunes (diagnostic local de milieu).

Ces questions dépendant directement des objectifs du programme de prévention sont rattachées à deux notions spécifiques utilisées très fréquemment à l'heure actuelle: celle de «communautaire» (dans l'idée du développement de la participation des habitants) et celle de «projet» (dans l'idée d'une construction collective intégrant des agents autonomes par rapport aux acteurs dominants). L'évaluation les garde comme repères théoriques.

## 2. Démarche d'investigation

La perspective méthodologique retenue dans cette évaluation est double. Elle doit répondre à deux types d'interrogations. Il y avait, d'abord, la question générale (1) de la faisabilité d'une telle expérience et de sa «caractérisation»:

- dans quelle mesure un tel programme est-il faisable et intégrable dans une communauté locale, par quels acteurs et pour quelles motivations? (la construction du projet participatif);
- dans quelle mesure la société civile est-elle représentée dans le dispositif et auprès des autorités politiques? (le développement du communautaire).

La restitution de la mise en place du dispositif permettait d'analyser la composition des commissions (dispositif communautaire) au fil des mois et, partant, de rendre compte de l'instaura-

tion de nouveaux partenariats; mais aussi de rendre compte de l'investissement de l'institution responsable dans le programme au fil des mois, dans la mesure où l'action dite communautaire devrait valoriser des dispositifs de partenariats et de collaborations souples, plutôt que la reconduction d'appareillages institutionnels classiques.

Ensuite, s'est ajoutée la nécessité de rendre compte d'une réalité sociale (2), ici les jeunes en difficulté d'insertion sociale, celle-là même que le programme visait comme cible des interventions, dans le but de prévenir de nouvelles toxicodépendances.

1. Aux premières questions, l'enquête a répondu par un suivi de la mise en œuvre du dispositif (création des commissions et groupes de travail, les membres y participant et les actions envisagées et réalisées). Des entretiens ont été menés auprès de membres du dispositif provenant d'institutions diverses (de la police à des représentants de familles concernées). Les collaborateurs de la LVT engagés dans le programme ont répondu également à un questionnaire ouvert qui touchait à leur engagement et aux changements que celui-ci avait pu engendrer dans leur travail et la perception qu'ils en avaient. Des données complémentaires ont été récoltées, provenant de la presse régionale et locale ainsi que des procès-verbaux des commissions et groupes de travail. Une quarantaine d'entretiens auprès de professionnels (services d'aides sociales et médicales) et de membres de commissions et groupes de travail ont été réalisés pour le premier volet.

2. Pour le deuxième volet, et dans un deuxième temps, une enquête spécifique a été menée auprès de jeunes en difficulté d'insertion sociale et professionnelle. Des entretiens approfondis ont permis de rendre compte de parcours singuliers, mais qui tous renvoyaient au problème de l'insertion sociale dans des petites villes en situation de crise économique. Cette incursion dans une catégorie de population qui devrait pouvoir bénéficier d'un programme de prévention communautaire n'avait pas pour objectif d'évaluer les résultats de l'expérience auprès d'une population-cible, mais bien de prendre connaissance de situations potentiellement «à risques», en termes de désinsertion sociale, d'état dépressif et de toxicodépendances. Il y avait, là aussi, l'opportunité de rendre compte du travail et des difficultés des professionnels au front d'une crise sociale et économique. L'objectif de cette investigation particulière était alors de montrer des pistes pour que le programme et ses initiateurs se rapprochent d'une réalité sociale.



Quinze jeunes gens, âgés de 15 à 20 ans, ont été rencontrés, ainsi qu'une dizaine de professionnels pour l'enquête exploratoire sur les jeunes en difficulté d'insertion. C'est donc 65 personnes qui ont été rencontrées pour l'analyse du processus.

### 3. Principaux résultats

Les résultats sont répartis distinctement selon qu'ils concernent la faisabilité d'un tel projet ou alors son intégration communautaire dans une région.

#### 3.1 La faisabilité

Le besoin et la pertinence d'une telle initiative sont indiscutables. Le projet a reçu, en effet, un écho suffisamment important pour passer du stade d'un produit proposé par une institution «expert» à un processus de sensibilisation et d'intervention locales.

L'évaluation montre, toutefois, qu'un tel dispositif a pu, pour l'essentiel, être mis en place parce que le contexte politique s'y prêtait. D'une part, l'institution responsable de la mise en œuvre, la LVT, bénéficiait, dès le départ, d'un capital de ressources politiques et institutionnelles importantes, tout en étant leader dans le débat idéologique relatif au domaine de la toxicomanie. D'autre part, les pouvoirs publics étaient à l'origine d'une demande, certes générale, mais qui traduisait l'inquiétude d'une communauté. La faisabilité de la mise en œuvre se caractérise par deux éléments: une mobilisation rapide et visible sur des thèmes précis, ainsi qu'un engagement de la communauté politique.

1. *La mobilisation* (groupes de travail et commissions) est acquise rapidement: le programme est lancé et suivra un processus de développement sans interruption et efficace, dans les trois communes. Trois mois seulement auront été nécessaires pour passer du stade de la négociation avec les autorités communales au stade de constitution des commissions et groupes de travail, et en moyenne moins de six mois avant que ne soient enclenchées les premières actions. La mobilisation fut donc incontestable: le programme constitué de commissions de coordination et de groupes de travail thématiques activera un réseau de près de 1000 personnes, si l'on compte ceux et celles (tout particulièrement dans le milieu enseignant) qui ont suivi des formations dispensées dans le cadre du programme de prévention communautaire, ainsi que les participants aux conférences publiques. Des groupes de travail précis incarnent cette mobilisation:

– Les groupes de travail «urgences médicales» ont constitué un réseau socio-sanitaire local concen-

trant et coordonnant les moyens d'information et d'intervention au niveau des trois communes. Les acteurs de ce réseau proviennent d'institutions différentes ayant toutes affaire avec la prise en charge des consommateurs de drogues illégales. Il s'agit de la police, de l'hôpital, des centres médico-sociaux, des médecins libéraux et de la LVT.

– Les groupes de travail «écoles primaires et secondaires» ont amené au renforcement de la prévention primaire et de l'éducation à la santé dans le milieu scolaire, en augmentant le nombre d'heures attribuées à la promotion de la santé et partant l'usage de supports dont la LVT a toujours fait la promotion, et en multipliant les stages de formation destinés aux enseignants, qui y ont largement participé.

– Les groupes «conférences publiques et marketing» ont amplifié la visibilité du programme par l'organisation de conférences publiques, largement suivies au début, puis faisant l'expérience de la saturation, auxquelles ont participé des intervenants (thérapeutes et médecins), mais aussi des tenants d'une politique dure dans le domaine de la toxicomanie. Le groupe a également produit des affiches incitant à la prévention des toxicomanies et promouvant le programme. Une fête de la jeunesse a été également organisée à Monthey, patronnée par des sportifs de la région.

– Les groupes «scène-drogue» composés par des policiers, des cafetiers-restaurateurs et des parents «concernés» ont développé une logique de toxico-vigilance prenant pour cible privilégiée d'intervention des discothèques et les rave-parties dont certaines ont d'ailleurs été interdites. Des actions de sensibilisation et de rappel à l'ordre légaliste, de grande ampleur, ont été orchestrées en direction des cafetiers-restaurateurs.

2. *La responsabilisation* de la communauté politique locale qui est largement représentée dans les commissions de coordination et groupes de travail. Une telle participation a permis à la LVT, surtout, d'augmenter son capital de ressources et d'ancrer plus encore son expertise dans le domaine. L'expérience lancée dans les trois communes a d'ailleurs été reprise dans d'autres villes du canton, en passant par une implication de l'Etat cantonal.

Ces acquis montrent que la prévention primaire a été développée, de même que la prise en charge médicale: ce sont, en effet, les milieux au bénéfice d'une culture professionnelle déjà constituée, les médecins et les enseignants, qui ont profité pleinement du renforcement des partenariats. Le contrôle des «scènes» s'est également accru et institutionnalisé.



Il faut ajouter que ces acquis sont directement reliés aux projets propres à la LVT et à son insertion dans le milieu politique local, mais constater aussi que des thématiques sont restées silencieuses, celles qui touchent à la solidarité avec les toxicomanes, l'accompagnement des personnes concernées. L'approche communautaire est demeurée lacunaire parce que des pans entiers de l'action prévention n'ont pas été intégrés dans le programme.

Les milieux dont les identités sont peu «travaillées», comme les associations locales, voire les professionnels de l'aide sociale en général (des offices de chômage à l'orientation professionnelle, en passant par les «parents concernés») ont échappé à la mobilisation, faute d'une attention suffisamment patiente pour que ces réalités professionnelles diverses, et souvent au front de problèmes allant grandissant, puissent trouver un ancrage dans le dispositif.

L'accent a été mis explicitement sur la prévention primaire et sur la répression (rendre le territoire le plus inhospitalier possible aux trafiquants), sur les prises en charge médicales, au détriment de l'objectif consacré à la prise en charge des toxicomanes dans un contexte de solidarité. De manière générale les discours sur la drogue demeureraient empreints de peur et de danger à supprimer.

### **3.2 Intégration communautaire (les jeunes en difficulté)**

L'enquête auprès de jeunes en difficulté d'insertion socio-économique et bien souvent aussi d'affiliation socio-affective, a montré que la région n'est pas en proie à la ghettoïsation: pas de «zones d'ombre», pas de phénomène de désinsertion totale. Le problème de l'inoccupation et du désœuvrement est important, même si la trame sociale de prise en charge, institutionnelle et non-institutionnelle, est importante dans la région.

Cette investigation de terrain a fait se rapprocher différentes actualités: celle des jeunes en difficulté, celle des professionnels manquant de moyens pour répondre à ces problèmes, qui semblent aller grandissant, et celle d'initiatives – de travailleurs sociaux ou de jeunes concernés – vouées au renforcement des identités de jeunes adultes et d'adolescents en mal d'attaches et d'ancrages (semestre de motivation pour jeunes chômeurs et projet de salle de concert auto-gérée).

Elle a révélé des besoins de plusieurs acteurs, mais aussi des ressources et des initiatives susceptibles d'être soutenues. Nous noterons que ces acteurs-là étaient tous absents de la mise en œuvre du programme de prévention communautaire.

## **4. Conclusion**

Le dispositif mis en place a amené une forme de technicisation de la démarche préventive, à travers les acteurs institutionnels qui pouvaient y adhérer, milieux professionnels ou politiques: la connaissance du milieu et de l'actualité demeure faible du fait de la volonté de rendre ce programme visible le plus rapidement possible et en accord avec les attentes des décideurs et de l'institution dominante dans le domaine. L'appareillage mis en place dans cette région a fait l'impasse sur une démarche de logique de projet qui donne une place et un rôle à tous, y compris à ceux qui n'ont pas la même culture professionnelle ou politique. Ce serait là une manière de ne pas dramatiser, une manière de garder un point de vue susceptible d'être entendu dans la population de la région.

L'expérience s'est déroulée suivant le dispositif hiérarchisé prévu dès le départ par la LVT, mais, du fait de cette hiérarchisation, tous n'y ont pas trouvé une place, faute d'y avoir été invité, ou alors faute d'avoir pu s'adapter au «style» de la démarche, promouvant rapidité, visibilité, efficacité et compétences techniques.

L'épreuve du terrain a montré que l'expérience ne pouvait répondre à tous les objectifs dans un temps condensé: ce sont les thèmes porteurs (prévention primaire, mais aussi répression) qui ont été médiatisés et ont bénéficié d'interventions.

Parmi les acteurs engagés, seuls les milieux professionnels déjà constitués ont pu saisir l'opportunité de cette mobilisation, pour renforcer leurs interventions et développer des partenariats.

L'évaluation montre, en effet, que les collaborateurs de la LVT ont assuré l'essentiel de la programmation et de l'animation du dispositif.

## **5. Recommandations**

Les recommandations concernent donc essentiellement les manques «communautaires» de l'expérience, dans le sens d'une meilleure adaptation à la réalité sociale et du développement des ressources et projets existants localement.

– L'incursion dans le «monde des jeunes en difficulté» montre d'abord l'importance de procéder à un diagnostic de milieu pour ajuster des interventions préventives, mais aussi pour identifier les professionnels en contact avec cette population, que ce contact soit formel et institutionnel, les services de chômage, de santé et d'aide sociale, ou alors provenant de la proximité sociale (réseau d'inter-

connaissance) et géographique («on se croise dans la rue»).

- Le renforcement des modalités de l’insertion sociale est un enjeu majeur dans cette région périphérique affrontant une crise économique sévère. Le secteur de la prévention des toxicomanies doit sans doute le prendre en considération, en vue d’incarner au mieux, et de façon réaliste, les messages de promotion de la santé. Au niveau du programme, il est donc essentiel que les professionnels de ce terrain précis soient entendus et soutenus.
- Le renforcement de la démarche communautaire doit passer par le développement d’interventions préventives pour des populations ciblées. La connaissance du milieu dans lequel les jeunes évoluent est donc primordiale pour identifier, hors tout fantasme qui souvent pousse à la tentation sécuritaire, des modes de vie et les fragilités qu’ils peuvent engendrer. Les problèmes de l’occupation du temps libre, des scolarités et formations fragiles, et des milieux familiaux en difficulté devraient être prioritairement intégrés dans un programme de prévention communautaire.
- Il importe enfin que le programme ne devienne pas une école de l’ordre et de la bonne conduite, qu’il demeure à l’abri des tentations sécuritaires (la prévention par l’exclusion et la répression) que l’on pourrait déceler dans le renforcement du contrôle des soirées musicales (rave parties) et des établissements publics.
- Un projet, né en ville de Monthey, illustre de façon pertinente une action communautaire. Il s’agit d’une salle de concert auto-gérée qui mêle tout à la fois un aspect participatif (engagement de jeunes dans un projet original), de diagnostic de milieu (enjeux socio-économiques), de créativité (proposition est faite à des jeunes de développer des compétences de travail et de responsabilité) et de valorisation des ressources locales (à l’origine du projet, on trouve des jeunes venant de la sphère de l’animation socio-culturelle locale). La pertinence communautaire réside dans le fait que le projet se situe à l’interface du travail, du loisir et du projet professionnel.

Adresse pour correspondance:  
Dominique Malatesta  
Institut de recherche sur l’environnement  
construit IREC  
Case postale 555  
CH-1001 Lausanne  
E-Mail: dominique.malatesta@epfl.ch

# Evaluation des Programms «Suchtprävention in Kinder- und Jugendheimen»\*

Werner Wicki, Stefan Krucker, August Flammer, Institut für Psychologie der Universität Bern

## Zusammenfassung

Die Evaluation des Projektes «Suchtprävention in Kinder- und Jugendheimen» wurde vom Institut für Psychologie der Universität Bern durchgeführt. Der Schweizerische Fachverband für Sozial- und Heilpädagogik (SVE) war Ende 1993 vom BAG mit dem Präventionsprojekt beauftragt worden und hat es von 1994 bis 1996, während drei Jahren, durchgeführt. Das Projekt verfolgte im wesentlichen das Ziel, die Handlungskompetenzen des fachlichen Heimpersonals und der HeimleiterInnen im Hinblick auf den Umgang mit Suchtproblemen der Kinder und Jugendlichen zu erhöhen. Die Evaluation umfasste die Beschreibung von Projektorganisation und -entwicklung, insbesondere auch der Projektangebote und der erreichten Zielgruppen, sodann die formative Evaluation der ersten Angebote und schliesslich die Überprüfung möglicher Effekte bei den die Angebote nutzenden HeimleiterInnen im Vergleich zu den keine Projekt-Angebote nutzenden HeimleiterInnen. Der Aufbau der Projektorganisation verlief eher zögernd, weil die Rekrutierung regionaler Kontaktpersonen, die Projektleistungen wie etwa die Planung und Durchführung von so genannten Sensibilisierungstagungen für das pädagogische Fachpersonal der Heime (inkl. HeimleiterInnen) zu erbringen hatten, schwieriger war, als erwartet. Die Projektangebote entwickelten sich ab Ende des zweiten und im dritten Projektjahr im geplanten und wünschbaren Rahmen. Insgesamt hatten etwa 16% der anvisierten Zielgruppe in irgend einer Weise vom Projektangebot profitieren können. Die längsschnittliche HeimleiterInnenbefragung (n= 187) zeigte, dass jene HeimleiterInnen, die häufiger mit Suchtproblemen bei ihren Jugendlichen konfrontiert waren, auch häufiger heimexterne oder -interne Angebote zur suchtppräventionsbezogenen Weiterbildung oder zum Erfahrungsaustausch nutzten. Zwischen August 1995 und Februar 1996 wurden in 46% der Heime Massnahmen zur Suchtprävention und Gesundheitsförderung ergriffen, zwischen Februar 1996 und August 1996 in 62% der befragten Heime. Institutionen, deren LeiterInnen oder MitarbeiterInnen zwischen März 1995 und Februar 1996 Projekt-Angebote genutzt hatten, ergriffen in der darauffolgenden Zeit überdurchschnittlich häufig suchtppräventive und gesundheitsfördernde Massnahmen. Die Evaluation kann somit positive Effekte des Präventionsprojektes auf der Ebene der anvisierten Zielgruppe nachweisen und unterstützt die Fortsetzung der sekundärpräventiven Anstrengungen des BAG.

## 1. Einleitung

Aufgrund eines Auftrages des Bundesrates im Jahre 1992 hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die *Sekundärprävention von Suchtproblemen* in mehreren Projekten entwickelt und gefördert. Als einen der prioritären Schwerpunktbereiche der Sekundärprävention bestimmte die Sektion Drogenfragen des BAG im Jahre 1993 den Bereich der *Kinder- und Jugendheime* (BAG, 1993), weil für Jugendliche mit Heimerfahrung im Vergleich zu anderen Jugendlichen ein erhöhtes Suchtrisiko bezüglich illegaler Drogen festgestellt wurde (vgl. Müller & Grob, 1992 (1); Projektgruppe TUdrop, 1984 (6); Uchtenhagen & Zimmer, 1986 (7)).

Der Schweizerische Fachverband für Sozial- und Heilpädagogik (SVE) realisierte im Auftrag des BAG in den Jahren 1994 bis 1996 ein Suchtppräventionsprojekt im Bereich der Kinder- und Jugendheime, das von einem psychosozialen Verursachungsmodell von Suchtverhalten ausging. Gemäss Projektbeschreibung sollte die vom Projekt geleistete Prävention vor allem bei der aktuellen Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen in Heimen ansetzen, indem u.a. die *Handlungskompetenzen der HeimmitarbeiterInnen verbessert* werden (SVE, 1993, 1994) (2,3). Als primäre Zielgruppe wurden somit die HeimleiterInnen und das erzieherische Fachpersonal von stationären sozialpädagogischen Einrichtungen betrachtet, «in welche Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene primär aus erzieherischen Gründen platziert werden» (SVE, 1994, S. 7) (3). Es sollte aber auch das nicht erzieherisch tätige Heimpersonal (in Hauswirtschaft, Verwaltung etc.) einbezogen werden. Insgesamt sollte «die Tragfähigkeit der Institution und die Handlungskompetenz des Personals in seiner jeweiligen Rolle (...) im Umgang mit suchtgefährdeten und drogenabhängigen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen verbessert werden. Die Sicherheit des Heimpersonals im Umgang mit Suchtfragen soll mittels Strategien und Instrumenten für den Bewusstwerdungs- und Interventionsprozess vergrössert werden» (SVE, 1994, S. 6) (3).

## Key Words

Addiction,  
Prevention,  
Residences for  
Children and  
Adolescents

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 5647 unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus: Rihs-Middel M, Lotti H. Suchtforschung des BAG / Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993-1996. Bern, EDMZ, 1997.

Von den geplanten Interventionen wurden unspezifisch positive Effekte auf das Wohlbefinden, die Persönlichkeitsentwicklung und das Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen erwartet. In den Projektbeschrieben des SVE wurden die folgenden Konzepte angesprochen: Früherkennung und Frühintervention (insbesondere die gezielte Förderung anderer Problemlösungswege), allgemeine Gesundheitsförderung, Stärkung der Persönlichkeitskräfte (tragfähige Beziehungen und gesundes Selbstbewusstsein ermöglichen), auf Faktoren in der Umwelt einwirken (z.B. Reflexionsfähigkeit der MitarbeiterInnen verbessern, Vernetzung). Im Hinblick auf die Projektdurchführung war von Anfang an eine rollende Planung vorgesehen.

Das *Institut für Psychologie der Universität Bern* wurde im April 1994 vom BAG eingeladen, die Evaluation des SVE-Heimpräventionsprojektes zu planen und eine entsprechende Offerte vorzulegen. Diese Offerte wurde im Oktober 1994 vom BAG akzeptiert; die Evaluation dauerte zwei Jahre (1.11. 1994 bis 31.10. 1996).

Die Evaluation verfolgte im wesentlichen drei Ziele: (1) *Monitoring*, d.h. Beschreibung und Beurteilung des Projektverlaufs und der Projektleistungen, (2) *formative Evaluation*, d.h. Einholen der Nutzer-Evaluation laufender Projektangebote sowie Bedarfsabklärung bei den Zielgruppen hinsichtlich weiterer Angebote und Rückmeldung dieser Resultate an die Projektverantwortlichen und (3) *Effektevaluation*, d.h. Überprüfung postulierter Effekte bei den Zielgruppen.

Als elementare Projektziele wurden untersucht:

- 1) Die Zielgruppen sind über das SVE-Projekt informiert und beteiligen sich aktiv daran.
- 2) Die erarbeiteten Angebote entsprechen den Bedürfnissen der Zielgruppe und werden durch die Teilnehmenden positiv beurteilt.
- 3) Die Teilnahme an Projektangeboten führt bei HeimleiterInnen zu mehr Sicherheit und zum Einsatz wünschenswerter Präventionsmassnahmen.

## 2. Methode

Zur Beschreibung der Projektorganisation und -entwicklung (Monitoring) wurden die SVE-Projektbeschriebe (SVE, 1993, 1994) (2,3) und Zwischenberichte (1995, 1996) (4,5) sowie die Protokolle aller Sitzungen der Projektplanungsgruppe (PPG) herangezogen. Es interessierten insbesondere die Formulierung operativer Ziele, der organisatorische Projektaufbau inkl. die Verteilung von Ressourcen und

Aufgaben, der Informationsfluss zwischen Projektbeteiligten sowie Art und Anzahl der entwickelten Angebote.

Die *formative Evaluation* der Angebote wurde während der ersten Phase der Projektdauer anlässlich der regionalen Fachtagungen (s.u.) per Fragebogen durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden gebeten, die Tagung in organisatorischer und inhaltlicher Hinsicht zu beurteilen. Darüber hinaus wurde der Bedarf an weiteren präventionsbezogenen Angeboten abgeklärt.

An den sieben regionalen Fachtagungen haben insgesamt 446 Personen teilgenommen, 219 Personen (49%) haben einen Fragebogen zur Tagung und zu ihren weiteren Interessen bezüglich Suchtprävention ausgefüllt. Bei den Teilnehmenden handelte es sich vorwiegend um pädagogische MitarbeiterInnen und Leitungspersonen aus Kinder- und Jugendheimen. Vertreten waren aber auch verwandte Berufsgruppen und VertreterInnen von Institutionen, die mit Kinder- und Jugendheimen in Beziehung stehen (einweisende Stellen, Ausbildungsinstitutionen, Freizeitangebote, etc.).

Die *Effektevaluation* wurde längsschnittlich in Form einer Fragebogenuntersuchung (Vollerhebung) bei den LeiterInnen aller einschlägigen Institutionen in der Deutschschweiz und in der Romandie durchgeführt. 187 LeiterInnen von Kinder- und Jugendheimen wurden durch uns im Februar 1996 und im August 1996 schriftlich befragt. Da die Zahl der für das Projekt einschlägigen Kinder- und Jugendheime auf rund 365 (mit etwa 4500 MitarbeiterInnen) geschätzt wird (SVE, 1994) (3), wurden damit rund 50% sämtlicher LeiterInnen erreicht. Der Fragebogen erfasste u.a. die Teilnahme an präventionsbezogenen Angeboten des SVE oder anderer Anbieter (heimexterne oder interne Weiter- und Fortbildung, Austausch- und Erfahrungsgruppen etc.), die Wahrnehmung von Suchtproblemen in der eigenen Institution sowie die Handlungsstrategien und die subjektive Sicherheit im Handeln angesichts der im Heim wahrgenommenen Suchtprobleme. Das quasi-experimentelle Design dieser Untersuchung erlaubte den Vergleich zwischen HeimleiterInnen, die bestimmte präventionsbezogene Angebote genutzt hatten, und HeimleiterInnen, die keine Angebote genutzt hatten, in Bezug auf die konkreten Massnahmen zur Suchtprävention, die in der letzten Zeit im Heim getroffen worden waren.

## 3. Resultate

### 3.1 Monitoring

Im Projektjahr 1994 stand die Herausgabe des ersten «Newsletter», die Knüpfung von Kontakten mit diversen Stellen und Einzelpersonen sowie die Suche nach den regionalen Kontaktpersonen durch die ab Februar 1994 zu 50% angestellte Projektkoordinatorin im Vordergrund.

Die regionale Gliederung umfasste sechs Regionen: Nord- und Innerschweiz, Ostschweiz, Zürich, Bern, Tessin, Westschweiz. An der Sitzung der Projektplanungsgruppe vom Mai 1994 wurde erstmals erwähnt, dass für verschiedene Regionen je eine ausführende Kontaktperson gefunden werden müsse. Diese *regionalen Kontaktpersonen* sollten laut Neufassung des Projektbeschriebs (SVE, Juli 1994) (3) die Planung und Durchführung des Projektes in der jeweiligen Region übernehmen. Die Suche der Projektkoordinatorin nach regionalen Kontaktpersonen erwies sich in der Folge als schwierig und dauerte bis Ende 1994. Die regionalen Kontaktpersonen bildeten in ihren Regionen *Begleitgruppen*, in denen HeimleiterInnen und weitere Schlüsselpersonen aus der Region vertreten waren.

In der Romandie verlief die Suche einfacher: Bereits an der ersten PPG-Sitzung wurde vorgeschlagen, in der Romandie eine eigene Projektkoordination aufzubauen. Eine Ergänzung des Vertrages BAG-SVE ermöglichte die Anstellung von zwei Fachleuten zu je 20% per 1.9. 1994; die beiden Personen nahmen bereits Anfang Juli ihre Arbeit auf.

Beim *Newsletter* handelt es sich um ein gesamtschweizerisches Informationsorgan. Ursprünglich als Name für den Newsletter vorgesehen, etablierte sich «le fil rouge» nach und nach als Projektname. Zwischen November 1994 und Oktober 1996 wurden sechs Ausgaben des Newsletter an jeweils ca. 1300 Adressen des SVE versandt. Je nach Ausgabe umfasste er vier bis zwölf A4-Seiten. Redigiert wurden sämtliche Ausgaben von der Projektkoordinatorin.

1995 wurden fünf regionale Fachtagungen (auch als Sensibilisierungstagungen bezeichnet) sowie einzelne heiminterne Fortbildungen (Fribourg) und Erfahrungsgruppen (Ostschweiz und Romandie) durchgeführt (2 weitere Fachtagungen folgten 1996). Insgesamt haben etwa 490 HeimmitarbeiterInnen (inkl. HeimleiterInnen) an diesen Angeboten teilgenommen. Im Anschluss an die Tagungen entstanden 1996 im Wesentlichen vier Angebotstypen: Offene Fortbildungen, heiminterne Beratungen/Fortbildungen, Kooperationsprojekte und Erfahrungsgruppen. Für die Jahre 1995 und 1996 gehen wir davon aus, dass ca. 740 HeimmitarbeiterInnen (inkl. LeiterInnen) einmal oder wiederholt von einem

Angebot des SVE-Projektes profitiert haben. Dies entspricht ca. 16% der oben erwähnten Zielgruppe.

### 3.2 Formative Evaluation

Die regionalen Fachtagungen wurden von den Teilnehmenden im Allgemeinen als gut bis sehr gut bezeichnet. Insbesondere wurden die inhaltliche Gestaltung und das Klima an der Tagung sehr positiv beurteilt. Der persönliche Wissenszuwachs aufgrund des Tagungsbesuchs war für die TeilnehmerInnen unterschiedlich gross. Der Nutzen der Tagung für die Praxis wurde mehrheitlich als mittel bis gross bezeichnet. Die zeitliche Gestaltung wurde mehrheitlich positiv beurteilt, zwischen den Tagungen zeigten sich aber zum Teil markante Unterschiede, die auf die unterschiedlichen Tagungsgestaltungen zurückgeführt werden können. Das am besten akzeptierte Verhältnis zwischen Vorträgen und Diskussionen lag bei etwa 1:2.

Das Interesse der befragten Zielgruppen am Thema Suchtprävention war gross: Eine deutliche Mehrheit der befragten TagungsteilnehmerInnen bekundete Interesse an weiteren, längerfristigen Angeboten. Je etwa die Hälfte der antwortenden TeilnehmerInnen war an den folgenden drei Angebotstypen interessiert: (1) externe Kursangebote, (2) heiminterne Angebote und (3) Erfahrungsaustausch. Das geäußerte Interesse steht allerdings teilweise im Widerspruch zur Tatsache, dass mehrere Angebote des Projektes wegen mangelnden Anmeldungen abge sagt werden mussten. Kaum gewünscht wurden schliesslich persönliche oder strukturelle Beratungen und Supervision, evtl. weil diese Bedürfnisse bereits von anderen Anbietern abgedeckt wurden.

### 3.3 Effektevaluation

Sowohl im Februar als auch im August war das Projekt «Suchtprävention in Kinder- und Jugendheimen» bei den HeimleiterInnen sehr gut bekannt und es wurde ausgesprochen positiv beurteilt. In den einhalb Jahren zwischen März 1995 und August 1996 hatten 24% aller Antwortenden an einem «le fil rouge»-(SVE)-Angebot teilgenommen, 35% hatten ein anderes Angebot zum Thema Suchtprävention und Gesundheitsförderung in Anspruch genommen und 35% hatten kein Angebot genutzt. Werden die Heimmitarbeitenden mitberücksichtigt, so haben 35% der Heime mit wenigstens einer Person an einem «le fil rouge»-Angebot, weitere 44% an einem andern präventionsbezogenen Angebot und nur 21% an keinem Angebot teilgenommen. Der Nutzen der Angebote wurde überwiegend positiv beurteilt.

Zu beiden Erhebungszeitpunkten fühlten sich fast drei Viertel aller HeimleiterInnen sicher im Umgang



mit dem Suchtmittelkonsum der Kinder und Jugendlichen. Es zeigten sich keine wesentlichen Veränderungen über die Zeit und keine wesentlichen Unterschiede zwischen NutzerInnen und Nicht-NutzerInnen von Angeboten.

Zwischen August 1995 und Februar 1996 wurden in 46% der Heime Massnahmen zur Suchtprävention und Gesundheitsförderung ergriffen, zwischen Februar 1996 und August 1996 waren es 116 oder 62% der Heime (Tab. 1).

Diese Massnahmen bezogen sich am häufigsten auf die Information der Jugendlichen und der MitarbeiterInnen, auf das Treffen neuer Regelungen, auf die Reflexion und auf Projekte in den Bereichen Sport, Musik und Kunst (Tab. 1). Institutionen, deren LeiterInnen zwischen März 1995 und Februar 1996 «le fil rouge»-Angebote genutzt hatten oder deren MitarbeiterInnen Angebote («le fil rouge» oder andere) genutzt hatten, hatten überdurchschnittlich häufig in der darauffolgenden Zeit Massnahmen im Zusammenhang mit Suchtprävention und Gesundheitsförderung ergriffen. HeimleiterInnen, die zum zweiten Messzeitpunkt besonders häufig mit Suchtproblemen konfrontiert waren, hatten auch schon im gleichen Zeitraum besonders häufig Massnahmen ergriffen. Schliesslich haben TeilnehmerInnen von Angeboten im zweiten Halbjahr im gleichen Zeitraum überdurchschnittlich häufig erstmals Massnahmen durchgeführt.

Knapp die Hälfte der HeimleiterInnen gab im August 1996 an, der Stellenwert der Suchtprävention und Gesundheitsförderung habe sich in den vorausgehenden zwei Jahren vergrössert, die andere Hälfte stellte keine Veränderung fest. Als Gründe für eine Erhöhung des Stellenwertes wurde einerseits eine höhere Sensibilisierung der in Heimen Tätigen und andererseits die grössere Verbreitung von Suchtverhalten bei den betreuten Kindern und Jugendlichen genannt.

**Tabelle 1: Durchgeführte Massnahmen (Februar–August 1996)**

Massnahmen	Häufigkeit*
Drogenkonzept erarbeitet	19%
Informationsstand über Suchtverhalten gefördert	
bei den Kindern/Jugendlichen	59%
bei den MitarbeiterInnen	47%
Regelungen im Zusammenhang mit Suchtverhalten festgelegt	
für Kinder/Jugendliche	55%
für MitarbeiterInnen	28%
Reflexion über Suchtverhalten gefördert	
bei den Kindern/Jugendlichen	55%
bei den MitarbeiterInnen	46%
Projekte in den Bereichen Sport, Musik oder Kunst	58%
Vernetzung mit anderen Institutionen gefördert	23%
Massnahmen zur Aids-Prävention getroffen	35%

\* relative Häufigkeit bezogen auf die HeimleiterInnen, die (überhaupt) irgendwelche Massnahmen ergriffen haben (N=116)

## 4. Diskussion

Das SVE-Präventionsprojekt («le fil rouge») entwickelte sich anfänglich eher langsam. Wie aus den PPG-Protokollen hervorgeht, blieb das bis Ende 1995 entwickelte Angebot deutlich hinter den Erwartungen des BAG zurück. Dies führte Mitte 1995 zu zwei Retraits und zur präziseren Umschreibung des Tätigkeitsprogrammes für die noch verbleibende Zeit (bis Ende 1996). Für den schleppenden Beginn zumindest mitverantwortlich waren die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung der regionalen Kontaktpersonen, die von den Projektverantwortlichen unterschätzt worden waren. Die Tatsache, dass diese Probleme in der Romandie nicht auftraten, dürfte wesentlich mit der für diese Region getroffenen Lösung (2 Stellen zu je 20%) zusammenhängen. Ein weiterer Grund lag unseres Erachtens in der sog. rollenden Planung und im entsprechenden Projektbescrieb des SVE (1993) (2), der Grundlage des SVE-BAG-Vertrages, der im Hinblick auf die vom Projekt zu erbringenden Leistungen, aber auch hinsichtlich konkreter operationaler Projektziele, zu wenig präzise war. Im Verlaufe des Jahres 1996 erbrachte das Projekt ein vielfältiges, dezentrales Angebot und erreichte die gemeinsam mit der BAG-Projektleitung festgelegten Ziele. Von den anvisierten Zielgruppen haben vermutlich ca. 16% in irgendeiner Weise vom Projekt profitiert, was u. E. für eine dreijährige Projektdauer akzeptabel ist.

Die im Rahmen des SVE-Projektes angebotenen regionalen Fachtagungen wurden von den Teilnehmenden positiv bewertet und haben die damit verbundenen Erwartungen – Information, Sensibilisierung, Knüpfen von Kontakten – erfüllt.

Die HeimleiterInnenbefragung ergab, dass die meisten Antwortenden im Umgang mit der in der eigenen Institution auftretenden Suchtproblematik sicher bis sehr sicher sind. Wer aber häufiger mit Suchtproblemen konfrontiert war, hat auch häufiger präventionsbezogene Weiterbildungen und Erfahrungsgruppen besucht. Diese Aktivitäten wiederum waren bei jenen LeiterInnen häufig, die (in der Folge) in ihren Institutionen konkrete suchtpreventive Massnahmen durchgeführt haben. Dieser Befund verweist auf mögliche positive Effekte des SVE-Präventionsprojektes.

## 5. Schlussfolgerung

Das SVE-Projekt hat zwar weniger Breitenwirkung erzielt als ursprünglich erwartet, aber die erbrachten Angebote haben den Nutzererwartungen in hohem Masse entsprochen. Wer vom Projekt oder andern (ähnlichen) suchtpreventiven Angeboten profitiert



hat, scheint auch eher bereit und fähig zu sein, das Gelernte in der eigenen Institution umzusetzen.

Obwohl die Jugendlichen in den Heimen nicht in diese Evaluation miteinbezogen worden waren, weil die entsprechenden Effekte erst längerfristig und nur mit sehr grossem Aufwand festgestellt werden könnten, haben wir Grund zur Annahme, dass die Jugendlichen von den in den Heimen getroffenen suchtpreventiven Massnahmen (veränderte Regelungen, Information, mehr Gespräche, Sport-, Musik- und Kulturprojekte) profitiert haben oder noch profitieren werden.

Insgesamt sind wir der Ansicht, dass die sekundärpräventiven Anstrengungen des BAG zur Verhinderung resp. Eindämmung der Suchtprobleme von Heimjugendlichen fortgesetzt werden sollten.

## 6. Referenzen

1. Müller T, Grob PJ. Medizinische und soziale Aspekte der offenen Drogenszene Platzspitz in Zürich 1991. Zürich: Institut für klinische Immunologie, 1992.
2. Schweizerischer Fachverband für Sozial- und Heilpädagogik SVE. Suchtprevention im Heim – ein Modellprojekt. Unveröffentlichte Projektskizze, 1993.
3. Schweizerischer Fachverband für Sozial- und Heilpädagogik SVE. Projekt «Suchtprevention in Kinder- und Jugendheimen». Unveröffentlichter Projektbeschrieb, 1994.
4. Schweizerischer Fachverband für Sozial- und Heilpädagogik SVE. Zwischenbericht «Suchtprevention in Kinder- und Jugendheimen». Unveröffentlichter Bericht. 1995.
5. Schweizerischer Fachverband für Sozial- und Heilpädagogik SVE. 2. Zwischenbericht «le fil rouge». Unveröffentlichter Bericht, 1996.
6. Projektgruppe TUDrop. Heroinabhängigkeit unbetreuter Jugendlicher. Basel, Beltz, 1984.
7. Uchtenhagen A, Zimmer D. Heroinabhängige und ihre «normalen» Altersgenossen. Bern, Haupt, 1986.

## 7. Valorisierung

1. Die wichtigsten Evaluationsergebnisse wurden laufend im gesamtschweizerischen Projekt-News-letter («le fil rouge») vorgestellt und die Evaluationsergebnisse laufend in der Projektplanungsgruppe (s.o.) referiert.
2. Krucker S, Wicki W. Evaluation des Projektes «Suchtprevention in Kinder- und Jugendheimen». Schlussbericht. Institut für Psychologie der Universität Bern, 1996.

3. Krucker S, Wicki W. Projekt «Suchtprevention in Kinder- und Jugendheimen». Kurzfassung des Schlussberichts. Institut für Psychologie der Universität Bern, 1997.
4. Wicki W, Friedrich R. Zusatzerhebung zur Evaluation des Projektes «Suchtprevention in Kinder- und Jugendheimen» («le fil rouge»). Institut für Psychologie der Universität Bern, 1997.

Korrespondenzadresse:  
PD Dr. Werner Wicki  
Institut für Lehrerinnen- und Lehrerbildung  
Waldhof  
4900 Langenthal  
E-Mail: werner.wicki@llb.unibe.ch

# Evaluation des Programms «Ohne Drogen – mit Sport»\*

Nicole Bachmann, Peter Eggli, Rainer Hornung, Abteilung Sozialpsychologie des Psychologischen Instituts der Universität Zürich

## Zusammenfassung

Die von 1992 bis Ende 1995 vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Sportschule Magglingen (ESSM) durchgeführte Kampagne «Ohne Drogen – mit Sport» hatte zum Ziel, den Sport gezielt in der Prävention, Früherfassung sowie Überlebenshilfe, Therapie und Nachsorge von Drogenabhängigen einzusetzen und so einen Beitrag zur Verminderung der Drogenprobleme in der Schweiz zu leisten. Die Kampagne besteht aus dem Teilprojekt «MACH MIT plus» (Primärprävention und Sekundärprävention), welches die beiden früheren Projekte «MACH MIT» und «MOVE» in sich vereinigt, und dem Teilprojekt «START» (Entzug, Suchtphase, Therapie, Rehabilitation). Die Gesamtevaluation von «Ohne Drogen – mit Sport» wurde im Mai 1993 aufgenommen und endete im Juni 1996. Als Datengrundlage dienten der Evaluation einerseits die einzelnen Projektevaluationen sowie eigene projektübergreifende Untersuchungen. Im Primärpräventionsbereich («MACH MIT plus») wurden vierzehn Leitergrundkurse mit 256 SportleiterInnen durchgeführt und ca. vierzig Strassen- und Trendsportveranstaltungen, mit dem Ziel, nicht-vereinsgebundene Jugendliche zu erreichen, organisiert. Während der Projektlaufzeit kann von einer relativ grossen Breitenwirkung ausgegangen werden. Eine Etablierung der Projektideen auf regionaler und nationaler Ebene konnte nur in bedingtem Masse erreicht werden. Die SportleiterInnenkurse im Sekundärpräventionsbereich hatten die Förderung von Sicherheit und Kompetenz im Umgang mit auffälligen Jugendlichen zum Ziel. Es wurden sieben Fortbildungskurse mit insgesamt 94 SportleiterInnen durchgeführt. Bis Anfang 1995 wurden im Rahmen von «START» (Therapie) 139 Projekte initiiert resp. durchgeführt. Die Angebote im ambulanten niederschweligen Bereich (29 Projekte) zeigen zwar bei den TeilnehmerInnen die angestrebten Effekte, aber sie erreichen nur eine sehr kleine Zahl von DrogenkonsumentInnen und weisen somit eine geringe Reichweite auf. Die Qualität der «START»-Angebote im stationären therapeutischen Bereich (89 Projekte) wurde von den therapeutischen Institutionen mit wenigen Ausnahmen als gut beurteilt. Die Grundideen von «Ohne Drogen – mit Sport» werden grundsätzlich sowohl von projektrelevanten Fachleuten als auch von der breiteren Öffentlichkeit begrüsst. Unsere Informationen verweisen zudem auf einen hohen Programm-Output mit relativ grosser Breitenwirkung während der Kampagnenlaufzeit, der jedoch nur vereinzelt zu der intendierten Etablierung einiger Kampagnenelemente führte. Die Ergebnisse der Evaluation weisen darauf hin, dass entsprechende Etablierungseffekte einen

verstärkten Einbezug der betroffenen Stellen im projektrelevanten Umfeld (Drogenfachleute, regionale Beratungsdienste und Präventionsfachleute) sowohl bei der Konzeption als auch bei der Implementation erfordert hätten.

## Key Words

Drug Dependence, Primary and Secondary Prevention, Treatment, Collaboration between Health- and Sport-Organisations, Associations of Sport, Formation of Professionals of Sport as Mediators

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 8028 unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus: Rihs-Middel M, Lotti H. Suchtforschung des BAG / Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996. Bern, EDMZ, 1997.

## 1. Einleitung

Die eigentliche Kampagne «Ohne Drogen – mit Sport» dauerte von 1992 bis 1995. Einzelne Elemente der Projekte «START» und «MACH MIT plus» werden regional oder auch national aber noch zurzeit des Abschlusses dieser Evaluation, im Jahre 1996, weitergeführt.

Die Kampagnenleitung ging von folgenden Annahmen über die Eignung des Sports zur Erreichung der präventiven und therapeutischen Ziele der Kampagne aus (Meili, 1992)(1):

- Sport besitzt eine starke Verbreitung und hohe Akzeptanz in der Bevölkerung, insbesondere bei Jugendlichen.
- Es besteht die Möglichkeit der Nutzung von Mediatoren in Sportvereinen (kostengünstige Vorgehensweise und Nähe zur Zielgruppe).
- Die Attraktivität des Sports macht es wahrscheinlicher, Partner aus Wirtschaft, Politik und Kultur zu finden, die sich zu einem längerdauernden Engagement in einer gesundheitsorientierten Drogenpolitik bereit erklären.

Ausserdem werden der sportlichen Aktivität die folgenden vier Werte zugeschrieben:

- *Eigenwert*: Sport ist sinnstiftend, herausfordernd, bietet Erlebnisse und Spass.
- *Gesundheitswert*: Sport fördert die körperliche Fitness und das seelische Wohlbefinden.
- *Pädagogischer und therapeutischer Wert*: Sport steigert den Selbstwert, die Beziehungs- und Konfliktfähigkeit.
- *Sozialer Wert*: Sport bietet den Hintergrund für Geselligkeit, soziale Integration und Freizeitgestaltung.

Ziel der Gesamtevaluation war einerseits die Begleitung der Teilprojekte und die zusammenfassende Darstellung sowie Analyse der jeweiligen Evaluationen und andererseits die Beantwortung projektübergreifender Evaluationsfragestellungen. Die projektübergreifende Zielsetzung von «Ohne Drogen – mit Sport» lässt sich folgendermassen formulieren: Durch den Einsatz von professionellem Sport einen Beitrag zur Verringerung der Drogenprobleme in allen Suchtphasen leisten und das Angebot der Suchthilfe erweitern und bereichern.

*Daraus liessen sich die folgenden Aufgaben für die Gesamtevaluation ableiten:*

- a) Differenzierende Analysen auf der Ebene der Kampagnenleistung und -wirkung
- b) Analyse und Optimierung der Organisationsstruktur
- c) Erfassung und Interpretation der generellen Auswirkungen und Nebeneffekte

Die Gesamtevaluation soll Rückmeldungen/Antworten geben, die auf einer politischen Ebene Grundlagen für wissenschaftlich gestützte Argumentations- und Entscheidungshilfen für die Weiterführung der Kampagnen sowie für die Konzeption und Implementation späterer Projekte mit ähnlichen Zielvorgaben bilden. Die Evaluation begann im Mai 1993 (ca. ein Jahr nach Kampagnenbeginn) und endete mit der Abgabe des Schlussberichtes (Eggl, Bachmann & Hornung, 1996)(2) plangemäss im Sommer 1996. Wie aus den Aufgaben und Zielen der Gesamtevaluation hervorgeht, soll die Evaluation sowohl eine formative als auch eine summative Funktion erfüllen. Dem hauptsächlichen Anspruch, Aussagen über Wirkungszusammenhänge bei der Umsetzung der Projekte zu erhalten, wird durch eine Prozessevaluation entsprochen. Die Schwerpunkte der Evaluation beziehen sich auf die Prozessanalyse der Implementationsebene und somit auf die für eine optimale Wirkungsentfaltung notwendigen Voraussetzungen und Effekte bei den Personen und Institutionen resp. Organisationen, die zur Umsetzung der Projekte beitragen (ProjektmitarbeiterInnen, Mediatoren, Institutionen/Organisationen im projektrelevanten Umfeld). Effekte auf der Ebene der (latenten) DrogenkonsumentInnen, also der eigentlichen Zielgruppe, werden in der vorliegenden Evaluation soweit wie möglich untersucht, stehen aber nicht im Zentrum der Studie. Dies ist einerseits auf die Schwerpunktfragestellung der Evaluationsauftraggeber und andererseits auf die eingeschränkten methodischen Untersuchungsansätze, die im Rahmen dieser Kampagne möglich waren, zurückzuführen.

## 2. Vorgehen / Methodik

### 2.1 Kurzbeschreibung der einzelnen Projekte und Zusammenfassung der Teilevaluationen

Anhand der Dokumentationen und vor allem auf der Grundlage der Teilevaluationen (Pulfer & Egger, 1993 (3), Zürcher & Schibler, 1995 (4), Bachmann, Eggl, Fabian & Hornung, 1995 (5)), sowie zusätzlicher Erhebungen der Gesamtevaluation, werden die Teilprojekte mit ihren Schwerpunkten kurz beschrieben, die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und interpretierende Schlussfolgerungen mit allfälligen Empfehlungen formuliert.

## **2.2 Organisation der Kampagne «Ohne Drogen – mit Sport»**

Eine Organisationsanalyse der beiden Teilprojekte soll Anhaltspunkte zur Beurteilung folgender Fragen liefern:

- Hat sich die Struktur der Teilprojekt- und der Kampagnenorganisation sowie die darin ablaufenden Prozesse bezüglich einer optimalen Umsetzung der Projektmassnahmen bewährt?
- Gibt es diesbezügliche Optimierungsmöglichkeiten?

## **2.3 Die Kampagne «Ohne Drogen – mit Sport» im projektrelevanten Umfeld**

Anhand von Umfragen und Interviews bei VertreterInnen von drogen- und sportspezifischen Institutionen bzw. Verbänden sowie bei regionalen Institutionen der Jugend- und Suchtberatung wird die Einbettung und Vernetzung sowie die Beurteilung und Akzeptanz des Programms im programmrelevanten Umfeld dargestellt.

## **2.4 Perzeption und Akzeptanz von «Ohne Drogen – mit Sport» im weiteren Kampagnenumfeld**

Eine weitere Zusatzkomponente stellt bei «Ohne Drogen – mit Sport» die Auswirkung der einzelnen Projekte auf die öffentliche Meinung dar. Folgende Fragen stehen auf dieser Ebene im Mittelpunkt:

- Wird das Programm in der Öffentlichkeit wahrgenommen?
- Wie wird es beurteilt?
- Wie prägnant wird das Programm wahrgenommen? Diese Frage ist besonders von Interesse bezüglich der Abgrenzung zur Initiative «Jugend ohne Drogen».

## **2.5 Grundsätzliche Überlegungen zum Programm**

Diesem Bereich wurde im Evaluationskonzept keine feste Thematik zugeordnet. Er war als Gefäss für projektbezogene Arbeiten von StudentInnen (z.B. SportlehrerInnen, PsychologInnen) konzipiert, die die Ausarbeitung und Diskussion einschlägiger theoretischer Ansätze und empirischer Untersuchungen allgemeiner Themen im Projektumfeld zum Ziel hatten. In die vorliegende Evaluation wurde eine Arbeit einbezogen, die sich mit der frauenspezifischen Perspektive von Sport in der Drogentherapie befasst (Bruhin, Jost & Pianta, 1994)(6).

## **3. Resultate**

### **3.1 Output**

Welche Leistungen hat die Kampagne während ihrer Laufdauer erbracht?

Planmässig konnten im primärpräventiven Projekt während der Projektzeit die Leitergrundkurse durchgeführt werden. Es wurden insgesamt 256 SportleiterInnen verteilt auf zehn Regionen in diesem Themenbereich weitergebildet. Ausserdem wurden ca. vierzig Strassensportveranstaltungen, die grösstenteils sehr gut besucht waren, organisiert. Über die Projektzeit hinaus werden folgende Leistungen in den Regionen erbracht: Ein Teil der Strassensportaktivitäten kann weiter angeboten werden und ungefähr fünf neue Trainingsmöglichkeiten wurden geschaffen. National werden die Sportleiterkurse zu einem regelmässig angebotenen Jugend-und-Sport-(J+S)-Kurs umgewandelt und es werden wichtige Informationen und Erfahrungen aus der Projektzeit in Handbuchform veröffentlicht. Die Leistungen im sekundärpräventiven Bereich konnten nicht im erwarteten Umfang erbracht werden. Es kam nur in drei Regionen zu Überweisungen (insgesamt 67), dabei stellt die Region Bern eine Ausnahme dar (50 Zuweisungen). Nach Beendigung der Kampagne wird in den Regionen kaum etwas von diesen Anstrengungen weitergetragen werden. Es bleibt die nationale Koordinationsstelle in der Eidgenössischen Sport- und Magglingen (ESSM), welche als Beratungs- und Informationsquelle dient. Das rehabilitativ ausgerichtete Projekt «START» initiierte eine erstaunlich grosse Anzahl von Aktivitäten bis Anfang 1995 (139 Projekte). Bei den insgesamt 89 Leistungen für stationär betreute Drogenabhängige fielen 41 auf eigentliche Sportprojekte auf KlientInnenebene, 24 beinhalteten Weiterbildungs- und Beratungsangebote für die Betreuer und die restlichen 24 stellten Informationsveranstaltungen, Finanzierungshilfen sowie theoretische Arbeiten dar. Im niederschweligen und ambulanten Bereich wurden 19 Sportangebote mit regelmässigem Training und zehn einmalige Sportveranstaltungen (ein Tag bis zwei Wochen) durchgeführt, wobei bei den Angeboten mit regelmässigem Charakter am meisten Abbrüche zu verzeichnen waren. Nach der Projektzeit werden auf der nationalen Ebene weiterhin die Fortbildungswochen für Drogenfachleute angeboten, es werden die bereits vor dem Projekt durchgeführten nationalen Veranstaltungen weitergeführt und ausserdem steht die oben erwähnte Koordinationsstelle der ESSM auch den Institutionen der Drogenhilfe zur Verfügung.

### **3.2 Effekte**

Wie wir gesehen haben, wurde durch die Projekte der Kampagne im allgemeinen eine sehr grosse

Leistung erbracht. Eine andere Frage betrifft aber nun die Erreichung der festgehaltenen Ziele. Hatten die durchgeführten Aktivitäten der Projekte auch einen Effekt? Diese Frage können wir nicht in allen Punkten befriedigend beantworten. Einerseits aufgrund der methodischen Schwierigkeiten, die sich bei einer Analyse von Effekten generell stellen. Andererseits sollte man hier sicher auch die Resultate der Evaluation von «MACH MIT *plus*» (Egger & Zahner, 1996) (7) berücksichtigen können, um die Effekte des Projekts «MACH MIT *plus*» umfassender beurteilen zu können.

### 3.3 Erreichen der Zielgruppen

Das Projekt «MACH MIT» (bzw. die primärpräventive Ausrichtung von «MACH MIT *plus*») konzentriert sich in erster Linie auf zwei Zielgruppen: die SporttrainerInnen in den Sportvereinen und die Jugendlichen, die sich für Sport ausserhalb des Sportvereins interessieren (Veranstaltung von Strassensportveranstaltungen). Interessierte SporttrainerInnen als Mediatoren konnten in grosser Anzahl für diese Weiterbildung gewonnen werden. Auch die Strassensportveranstaltungen wurden von einer grossen Zahl Jugendlicher besucht. Im Rahmen der Jugend- und Sport-(J+S)-Kurse wird es einen Spezialkurs zur Vermittlung der suchtpreventiven Anliegen geben. Es war jedoch leider nicht möglich – wie ursprünglich geplant – ein suchtpreventives Modul in die regulären J+S-Kurse einbauen zu können. Dieses Vorhaben scheiterte an den diesbezüglichen Vorbehalten der Verantwortlichen an der Eidgenössischen Sportschule Magglingen (ESSM). Damit wäre es möglich gewesen, eine viel breitere Gruppe mit diesem Thema zu konfrontieren, d.h. auch TrainerInnen, die sich nicht speziell für Suchtprävention oder die psychosozialen Aspekte eines Sporttrainings interessieren.

Im Projekt «MOVE» (bzw. der sekundärpräventiven Ausrichtung von «MACH MIT *plus*») kann von zwei Arten von Mediatoren gesprochen werden: die JugendtrainerInnen in Sportvereinen und die zuweisenden MitarbeiterInnen von Sozialdiensten, Beratungsstellen und Behörden. Insgesamt kann man festhalten, dass es eine genügend grosse Gruppe von SportleiterInnen gibt, die sich durch diese Projektidee ansprechen liessen. Die MitarbeiterInnen der sozialen Dienste waren aber kaum oder gar nicht ansprechbar. Über die Erreichung der eigentlichen Zielgruppe – Jugendliche in einer Problemphase bzw. Einstiegsphase bezüglich Drogen – kann gesagt werden, dass ihre Erreichbarkeit aufgrund der mangelnden Bereitschaft der psychosozialen Dienste schon von vornherein stark eingeschränkt war. In Bezug auf diejenigen Fälle, bei denen eine Überweisung stattfinden konnte, lässt sich nicht allzu viel aussagen, da leider keine systematische Nachbefra-

gung stattfand. Aufgrund des Berichts von Zürcher und Schibler (1995) (4), die mit einigen dieser Jugendlichen Interviews durchführten, kann geschlossen werden, dass nur ein kleiner Teil tatsächlich über eine gewisse Zeit am Training teilnahm (von den zehn interviewten Jugendlichen sind die meisten nach einigen Besuchen wieder aus dem Training ausgestiegen). Insgesamt gehen wir deshalb davon aus, dass nur eine verschwindend kleine Anzahl der ursprünglich angestrebten Zielgruppe mit dieser Massnahme erreicht werden konnte. Das Projekt «START» versuchte seine Zielsetzung vor allem durch Ansprache von Mediatoren (Suchtfachleute, therapeutische Mitarbeiter) zu erreichen. Andererseits wurden auch selbst entwickelte Sportprogramme direkt für die proximale Zielgruppe (Drogenabhängige) angeboten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mediatoren gut angesprochen werden konnten. Mit den einmaligen, nationalen Veranstaltungen für Drogenabhängige in einer therapeutischen Institution konnte man ebenfalls eine grosse Anzahl von Personen erreichen. Die Zielgruppe der Drogenabhängigen in Substitutionsprogrammen oder in der Drogenszene selbst konnte kaum erreicht werden.

### 3.4 Effekte bei den Zielgruppen

Welche Effekte konnten bei den Zielgruppen, die durch die Projekte erreicht wurden, ausgelöst werden? Im Allgemeinen können wir diese Frage – wenn überhaupt – nur in Bezug auf die Mediatoren beantworten. Im Projekt «MACH MIT *plus*» zeigt sich, dass die Weiterbildung durch die TeilnehmerInnen als sehr gut beurteilt wurde und auch einen wahrgenommenen positiven Einfluss auf ihre Kompetenzen im Umgang mit Drogenproblemen oder anderen kritischen Situationen im Training hatte. Wie sich dieser Effekt auf das subjektiv wahrgenommene Wohlbefinden oder den Umgang mit Drogen der von ihnen betreuten Jugendlichen auswirkt, kann nicht beurteilt werden. Die dauerhafte Integration von Jugendlichen, die als auffällig erfasst wurden oder sich in einer Krise befinden, hat sich als äusserst schwierig erwiesen (vgl. auch Debrunner, 1994)(8). Das heisst auch, dass es in den insgesamt wenigen Fällen, in denen solche Jugendliche erreicht werden konnten, nicht sicher war, dass die Zuweisung zu der beabsichtigten Integration führte. Demgegenüber stehen aber die überaus positiven Effekte, die bei erfolgreich vermittelten Jugendlichen von den Beteiligten geschildert werden. Diese Effekte beziehen sich vor allem auf eine Erhöhung des Selbstwerts, die Steigerung der Lebenszufriedenheit durch eine erfüllende und herausfordernde Freizeitbeschäftigung und die Verbesserung der Beziehungen zum Elternhaus oder Lehrmeister. Welche Effekte konnten bei den bereits oder ehemaligen Drogenabhängigen mit «START» erzielt werden? Wieder ist es in erster Linie notwendig, von



den Effekten bei den Mediatoren zu sprechen. Die meisten TeilnehmerInnen der Magglinger Fortbildungstage sind zufrieden mit dem Kurs und gehen davon aus, dass sie das Gelernte für ihre Praxis fruchtbar nutzen können. Der Kurs motiviert ebenfalls dazu, dem Sport in der Therapie wieder mehr Bedeutung beizumessen. Allerdings sind die meisten Drogenfachleute (ob sie an den Fortbildungstagen teilgenommen haben oder nicht) der Meinung, dass in ihrer Institution kein professioneller Sportleiter benötigt wird. Auf der Ebene der Institutionen hat sich kaum ein Effekt auf die Anzahl neuangestellter professioneller Sportleiter ergeben. Stationär betreute Drogenabhängige bezeichnen Sport im Allgemeinen als ein wichtiges Element in der Therapie. Bei ihrer Beurteilung der Qualität des Sports zeigt sich kein Unterschied zwischen Institutionen, die von Angeboten des Projekts «START» profitiert haben und solchen, die nicht teilgenommen haben. Die vorliegenden Resultate erlauben allerdings keine generelle Interpretation der Effekte von «START» auf der Ebene der stationär betreuten Abhängigen selbst. Bei den Abhängigen in einem Substitutionsprogramm lässt sich dagegen relativ klar festhalten, dass bei der kleinen Gruppe von Personen, die tatsächlich motiviert und fähig waren, an einem einigermaßen regelmässigen Training teilzunehmen, sehr positive Effekte von allen Beteiligten wahrgenommen wurden. Ein weiterer – nicht beabsichtigter, aber sicher positiver – Nebeneffekt («Spin off») betrifft die Einführung der Ausleihe von J+S-Materialien an therapeutische Institutionen, welche auf bundesrätliche Weisung hin erfolgte.

Eine Zielsetzung auf der Ebene der Kampagne, nämlich das Näherbringen des Sport- und Gesundheitssektors, konnte auf der nationalen Ebene durch die Zusammenarbeit zwischen dem Bundesamt für Gesundheit BAG und der Eidgenössischen Sportschule Magglingen ESSM erreicht werden. Diese Zusammenarbeit hat zur Schaffung einer gemeinsam finanzierten Koordinationsstelle «Drogen und Sport» an der ESSM geführt. Im privatrechtlich organisierten Sektor des Sports dagegen konnte kein solcher Effekt erzielt werden. Die regionale Vernetzung der Sportstrukturen mit den Suchtpräventionsstellen oder therapeutischen Institutionen ist vor allem bei den Suchtfachpersonen auf Widerstand gestossen.

## 4. Diskussion

### 4.1 Unklarheit oder Inkongruenz der Zielsetzung

Ganz allgemein fiel uns eine gewisse Unklarheit oder teilweise sogar eine Inkongruenz in den verschiedenen Zielsetzungen der Kampagne auf, was sich vor allem in der Konzeption und Umsetzung der

Teilprojekte zeigte. Sollen während der Projektzeit möglichst viele Personen, Institutionen und Regionen durch das Projekt angesprochen werden oder handelt es sich um eine Versuchsphase, in der zuerst gewisse Prinzipien getestet werden sollen? Werden in erster Linie kurz- oder langfristige Veränderungen angestrebt? Über die Kampagne hinweg zeigte sich das Problem, dass die Umsetzung der kurzfristigen Ziele oft eine andere Vorgehensweise nahelegte als die ebenfalls angestrebten langfristigen Veränderungen.

Eine weitere Unklarheit bestand in der anzusprechenden Zielgruppe. Sollen vor allem Personen angesprochen werden, die offen für diese Thematik sind und leicht motiviert werden können, oder eben gerade diejenigen Personen, die mit der Zielsetzung von «Ohne Drogen – mit Sport» zunächst nichts zu tun haben wollen? Diese Unklarheit ist ebenfalls verbunden mit der Frage der Zeitperspektive. Erfahrungen mit anderen, ähnlichen Projekten, zeigen, dass es – will man auch Personen, die nicht schon von vornherein von der Idee überzeugt waren, für ein Engagement gewinnen – notwendig ist, sich auf die jeweiligen Standesvertreter einer Berufsgattung zu konzentrieren und so indirekt an diese Gruppe zu gelangen (vgl. Brehm, 1994) (9). Es zeigte sich in diesen Projekten, dass der anfängliche Versuch einer direkten Kontaktnahme mittels eines breit angelegten Aufrufs zu Engagement und Mitarbeit, kaum Resonanz zeigte. Die Annäherung über die Vertreter der eigenen Standesorganisation zeigte hingegen Erfolg. Daraus schliessen die AutorInnen ebenfalls, dass es nur über einen langfristig angelegten Prozess möglich ist, eine solche Kampagne kommunal breit zu verankern und so zu institutionalisieren.

### 4.2 Ressourcen- und bedürfnisabhängiges Engagement

Ein weiterer Punkt betrifft die Überlegungen zu Kosten und Nutzen eines Engagements der angesprochenen Zielgruppen für die Kampagne. Welcher Ertrag und welche Kosten entstehen für Sportleiter und die Sportvereine aus einer Teilnahme? Bringt den therapeutischen MitarbeiterInnen die Fortbildung im Sport einen Statusgewinn? Welche Kosten erwachsen einer Institution, wenn sie einen professionellen Sportleiter anstellen möchte und worin besteht der Gewinn für die EntscheidungsträgerInnen, MitarbeiterInnen und Klienten?

Wir haben aufgrund der ursprünglichen Konzepte den Eindruck gewonnen, dass von der Annahme ausgegangen wurde, dass die Aktivitäten der Kampagne in eine Art «brachliegendes Feld» gesät werden können und alle nur davon profitieren, wenn die Frucht aufgeht. Das mag bei einigen Angeboten der Fall gewesen sein. Oft ging es aber darum, abzuwä-



gen, wie mit knappen Ressourcen umgegangen werden kann. Eine Investition in die Kampagne (bzw. eine Teilnahme) bedeutete deshalb in aller Regel, auf irgend etwas anderes verzichten zu müssen. Die Übernahme von zusätzlichen Aufgaben für ehrenamtliche SporttrainerInnen wird in bezug auf die knappen Zeitressourcen beispielsweise von den beiden befragten Sportfunktionären als problematisch erachtet. Das gleiche gilt für den sozialen Bereich, in welchem die MitarbeiterInnen beispielsweise von Jugendämtern oder Erziehungsberatungsstellen aufgrund einer chronischen Überlastung keinerlei Zusatzaufgaben übernehmen wollen oder können.

#### **4.3 Nationale Impulse zur regionalen Veränderung**

Im Verlauf der Kampagne zeigte sich eine Schwierigkeit (vor allem im präventiven Bereich) auch darin, dass eine national organisierte Kampagne sich regional verankern will. In vielen Regionen versuchen die in der Prävention tätigen Stellen, eine regional koordinierte, aufeinander abgestimmte Präventionsarbeit aufzubauen. Die neuen gemeindeorientierten Präventionskonzepte gehen davon aus, dass Einzelinitiativen wenig Effekt haben und dass idealerweise die Inhalte der Suchtprävention langfristig wiederholt und in verschiedenen Kontexten eingebettet an die Jugendlichen herangetragen werden sollten (vgl. Künzel-Böhmer, Bühringer & Janik-Konecny, 1992) (10).

Deshalb stehen nationale Anstösse, die kurzfristig irgendeine Idee transportieren wollen, quer zu den Bemühungen der einzelnen Regionen und erwecken schon deshalb einen gewissen Unmut. Dies lässt sich allerdings nicht umgehen, will man nationale Impulse setzen. Der Wille, eine solche nationale Kampagne zu unterstützen oder deren Ziele nach dem Projekt weiterzutragen, ist aber deshalb bei den regionalen Fachpersonen eher selten vorhanden.

#### **4.4 Politischer und wirtschaftlicher Kontext der Kampagne**

Die Kampagne «Ohne Drogen – mit Sport» wurde in einer Zeit lanciert, die geprägt ist von Begriffen wie «Krise», «Spardruck» und durch einen gewissen Abbau der sozialen Leistungen des Staates. Bund und Kantone versuchen überall, wo es ihnen möglich erscheint, Ausgaben zu verringern. In einer solchen Zeit ist es vielleicht noch möglich, einen einmaligen Beitrag zu einem Projekt zu erhalten, aber eine permanente Finanzierung eines neuen Projektes wird kaum mehr bewilligt. Auch die von der Kampagne angesprochenen Organisationen (Sport- und Ge-

sundheitsdienste) leiden unter dem finanziellen Druck. Aufgrund dieser Situation bezeichneten viele soziale und therapeutische Institutionen eine Investition in Sportangebote als Luxus, den man sich im Moment schlicht nicht leisten könne. Die Sportverbände dagegen finden es unverständlich, wenn ihnen der Bund einerseits die Beiträge kürzt und andererseits erwartet, dass sie sich stärker gesellschaftlich engagieren und eigentliche Aufgaben des Bundes übernehmen sollen. Eine Übernahme von Elementen der Kampagne durch andere Träger erscheint unter diesen Bedingungen kaum erreichbar, ausser der entsprechende Bedarf wäre von hoher Priorität. Diesbezügliche Einstellungsänderungen würden wiederum ein langfristiges Vorgehen bedingen.

### **5. Schlussfolgerung**

*Projektplanung:* Wir empfehlen für weitere Projekte, die Bedürfnisanalyse zu einem früheren Zeitpunkt durchzuführen und diese methodisch so zu gestalten, dass sie als Planungsinstrument für das Projekt benutzt werden kann. Das heisst beispielsweise, dass möglichst projektunabhängige Personen die Analyse durchführen sollten. Die Schwierigkeiten, die sich aus den unterschiedlichen Einstellungen, Prioritäten und auch Kommunikationsformen zwischen verschiedenen Fachbereichen (Sport- und Suchtfachleute) ergeben, dürfen nicht unterschätzt werden. U.E. ist eine paritätische Projektleitung unerlässlich, wobei grosser Wert darauf gelegt werden muss, dass das Projekt auch von aussen als kooperatives Unternehmen wahrgenommen wird.

*Empfehlungen für den präventiven Bereich:* Wir konnten zum Zeitpunkt des Abschlusses unserer Evaluation leider noch keine konkreten Empfehlungen für den primär- und sekundärpräventiven Bereich der Kampagne geben, da wir noch nicht über die dafür notwendigen Informationen aus der Teilevaluation (Egger & Zahner, 1996) (7) verfügten.

*Empfehlungen im ambulanten und niederschweligen Bereich:* Stärker erlebnispädagogisch ausgerichtete Projekte, die von den betreuenden Organisationen effektiv gewünscht und gefördert werden, sollen finanziell unterstützt werden. Gegenwärtig laufende Projekte mit regelmässigen TeilnehmerInnen sollten fortgeführt werden. Ausserdem wäre eine Art Anlaufstelle (Informationssammlung) denkbar (beispielsweise in Zusammenarbeit mit «MACH MIT plus»-MitarbeiterInnen), durch die bei Bedarf geeignete Sportgruppen oder -vereine vermittelt werden können.

*Empfehlungen im stationären Bereich:* Die Weiterbildung der therapeutischen MitarbeiterInnen soll

weiter verbessert und um bedürfnisgerechte Angebote erweitert werden. Die Anerkennung dieser Kurse durch den Verband Schweizerischer Drogenfachleute VSD ist mit Unterstützung des BAG anzustreben. Die Eidgenössische Sportschule Magglingen ESSM sollte weiterhin eine Vermittlungsstelle führen, die Sportstudierende an interessierte Institutionen vermittelt und ausserdem Beratung sowie eine regionale Koordination anbietet für Personen, die sporttherapeutisch arbeiten. Die etablierten Angebote von «START» sollten weitergeführt werden. Die vorhandenen Versuche, durch Sport die soziale Integration in die «Normalbevölkerung» zu erleichtern, sollten verstärkt werden. Die Nachsorge soll aus diesem Grund ausgebaut werden.

## 6. Referenzen

1. Meili B. Ohne Drogen – mit Sport! Eine Initiative zur Suchtprävention und -therapie des Bundesamtes für Gesundheit in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Sportschule Magglingen. Unveröffentlichtes Konzept. Revidierte Version vom 6. Jan. 1993. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 1993.
2. Eggli P, Bachmann N, Hornung R. «Ohne Drogen – mit Sport». Schlussbericht der Evaluation (Evaluationsstudie im Rahmen der Kampagne «Ohne Drogen – mit Sport» des Bundesamtes für Gesundheit und der Eidgenössischen Sportschule Magglingen). Zürich, Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie, 1996.
3. Pulfer D, Egger K. «Ohne Drogen – mit Sport». Schlussfassung des Evaluationszwischenberichtes. Bern, Institut für Sport und Sportwissenschaften der Universität Bern, 1993.
4. Zürcher J-P, Schibler G. Auswertung «MOVE». Unveröffentlichte Diplomarbeit, Institut für Sport und Sportwissenschaften der Universität Bern, 1995.
5. Bachmann N, Eggli P, Fabian C, Hornung R. Projekt «START». Evaluationsschlussbericht (Evaluationsstudie im Rahmen des Projekts «START» des Bundesamtes für Gesundheit und der Eidgenössischen Sportschule Magglingen). Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie, 1995.
6. Bruhin E, Jost M, Pianta P. Frauenspezifische Aspekte des Sports in der stationären Drogentherapie. Unveröffentlichte Forschungsarbeit. Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abt. Sozialpsychologie, 1994.
7. Egger K, Zahner C. «MACH MIT plus». Evaluationsbericht. Bern, Institut für Sport und Sportwissenschaften der Universität Bern, 1996.
8. Debrunner A. Die Integration von Jugendlichen im Massnahmenvollzug in Sportvereine. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Rorschach, Ostschweizerische Höhere Fachschule für Sozialpädagogik, 1994.
9. Brehm W. Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung. Qualitätsmerkmale und Qualitätskontrollen sportlicher Aktivierungsprogramme zum Erhalt und zur Wiederherstellung von Gesundheit und Wohlbefinden. Bayreuth, Universität Bayreuth, Lehrstuhl für Sportwissenschaft II, 1994.
10. Künzel-Böhmer J, Bühringer G, Janik-Konecny T. Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 1992.

## 7. Valorisierung

1. Bachmann N, Eggli P, Hornung R (1993). «START»-Evaluationsbericht Nr. 1. Magglinger Fortbildungstage – Teilnehmende Beobachtung. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie.
2. Bachmann N, Eggli P, Hornung R (1993). «START»-Evaluationsbericht Nr. 2. Magglinger Fortbildungstage – Befragung der KursteilnehmerInnen. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie.
3. Bachmann N, Eggli P, Fabian C, Hornung R (1994). «Ohne Drogen – mit Sport». Evaluations-Zwischenbericht (Evaluationsstudie im Rahmen der Kampagne «Ohne Drogen – mit Sport» des Bundesamtes für Gesundheit und der Eidgenössischen Sportschule Magglingen). Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie.
4. Bachmann N, Eggli P, Fabian C, Hornung R (1994). «Ohne Drogen – mit Sport». Evaluations-Zwischenbericht, Kurzfassung (Evaluationsstudie im Rahmen der Kampagne «Ohne Drogen – mit Sport» des Bundesamtes für Gesundheit und der Eidgenössischen Sportschule Magglingen). Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie.
5. Bachmann N, Eggli P, Fabian C, Hornung R (1995). Projekt «START». Evaluations-Schlussbericht (Evaluationsstudie im Rahmen des Projekts «START» des Bundesamtes für Gesundheit und der Eidgenössischen Sportschule Magglingen). Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie.
6. Brunner S (1996). Perzeption und Beurteilung von «Ohne Drogen – mit Sport» in der Öffentlichkeit. Unveröffentlichte Forschungsarbeit. Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abt. Sozialpsychologie.
7. Bruhin E, Jost M, Pianta P (1994). Frauenspezifische Aspekte des Sports in der stationären Drogentherapie. Unveröffentlichte Forschungsarbeit. Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abt. Sozialpsychologie.

8. Eggli P, Bachmann N, Hornung R (1993). «START»-Evaluationsbericht Nr. 3. Aebi-Hus-Olympiade. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie.
9. Eggli P, Bachmann N, Hornung R (1994). Projekt «START». Evaluations-Zwischenbericht (Evaluationsstudie im Rahmen der Kampagne «Ohne Drogen – mit Sport» des Bundesamtes für Gesundheit und der Eidgenössischen Sportschule Magglingen). Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie.
10. Eggli P, Bachmann N, Hornung R (1996). «Ohne Drogen – mit Sport». Evaluations-Schlussbericht (Evaluationsstudie im Rahmen der Kampagne «Ohne Drogen – mit Sport» des Bundesamtes für Gesundheit und der Eidgenössischen Sportschule Magglingen). Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie.
11. Eggli P, Bachmann N, Hornung R (1996). «Ohne Drogen – mit Sport». Evaluations-Schlussbericht, Kurzfassung (Evaluationsstudie im Rahmen der Kampagne «Ohne Drogen – mit Sport» des Bundesamtes für Gesundheit und der Eidgenössischen Sportschule Magglingen). Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie.
12. Fabian C (1994). Sport in therapeutischen Institutionen. Unveröffentlichte Forschungsarbeit. Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie.
13. Hornung R, Bachmann N, Eggli P (1993). «Ohne Drogen – mit Sport». Evaluationskonzept (Detail-Ergänzungen zum eingereichten Konzept vom März 1993). Evaluationsstudie im Rahmen der Kampagne «Ohne Drogen – mit Sport» des Bundesamtes für Gesundheit und der Eidgenössischen Sportschule Magglingen. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie.
14. Hornung R, Eggli P, Bachmann N, Bruhin E, Jost M, Pianta P (1996). Geschlechtsspezifische Aspekte von Sport in der Therapie von Drogenabhängigkeit. Drogenmagazin 1996;22(1):13-19.

Korrespondenzadresse:  
 Prof. Dr. Rainer Hornung  
 Psychologisches Institut der Universität Zürich  
 Abt. Sozialpsychologie  
 Rämistrasse 66  
 CH-8001 Zürich  
 E-Mail: [hornung@sozpsy.unizh.ch](mailto:hornung@sozpsy.unizh.ch)

2.1 Programme/  
Programmes

**2.2 Projekte/  
Projets**

# Evaluation Internetz – ein Vernetzungsprojekt zur Gesundheitsförderung für und von MigrantInnen in der Region Basel\*

Christine Spreyermann, Pascale Steiner, sfinx – Sozialforschung·Evaluationsberatung·Supervision, Bern

## Zusammenfassung

Als Schweizer Pilotprojekt zeigt Internetz modellhaft Wege auf, wie Fachstellen einer Region vermehrt MigrantInnen bei der Suche nach Lösungen migrationsspezifischer Fragen beteiligen können. Internetz nimmt eine Orientierungsfunktion wahr – «who is who» innerhalb der Institutions- und Migrationslandschaft. Der Aufbau des Modellprojektes konfrontierte die Beteiligten mit einigen Herausforderungen. Es gelingt dank der wenig präzisen Projektziele «Vernetzung» und «Gesundheitsförderung» viele Fachstellen und Privatpersonen zu beteiligen. Mit zunehmenden Aktivitäten und AkteurInnen wird Koordination und Abstimmung untereinander und somit auch die Bündelung der Ressourcen im Hinblick auf eine mittelfristige Zielsetzung schwierig und dringend.

## 1. Einleitung

Das Projekt Internetz wurde 1995 von AKOD (heute Abteilung Jugend, Familie und Prävention) des Justizdepartementes Basel-Stadt in Zusammenarbeit mit dem Schulinspektorat und der Gesundheitsförderung des Kantons Baselland, dem «Projet Migrants Santé» (Bundesamt für Gesundheit) und dem «Consultorio Familiare» der Stiftung FOPRAS für die Region Basel lanciert (Laufzeit: Januar 1996 – Juni 1999). Das Projekt Internetz benutzt verschiedene Instrumente zur Erreichung seiner Ziele (Impulstagungen, themenspezifische Diskussions-Plattformen, Aktions-Projekte, Weiterbildungen, regelmässige Publikationen) und besteht aus unterschiedlichen Organisations- und Partizipationsformen: themenspezifische Arbeitsgruppen; nationale, regions- oder sprachenspezifische «Drehscheiben»; Projektgruppen.

Dem dreijährigen Vernetzungsprojekt zur Gesundheitsförderung für und von MigrantInnen gelingt es in nie erwartetem Ausmass, Fachstellen und Migrationsbevölkerung anzusprechen und für unterschiedlichste Formen der Mitarbeit zu gewinnen.

## 2. Vorgehen / Methodik

Bei der vorliegenden Evaluation handelt es sich um eine explorierende Evaluation, die qualitativen Vorgehensweisen den Vorzug gibt. Die Projekt-Einzel-fallstudie sollte Einblick geben in das Funktionieren und das komplexe Zusammenspiel der unterschiedlichen Projektteile.

Die Datenerhebung und Interpretation wurde multimethodisch angelegt: Analyse projektinterner (Konzepte, Protokolle, Berichte, Projekt-Zeitung) und projektexterner (Medienberichte, Migrationsleitbild) Dokumente; zehn strukturierte Interviews mit Mitgliedern der erweiterten Projektleitung, mit Delegierten der «Drehscheiben»; Gruppengespräche mit erweiterter Projektleitung; ein Focusgespräch mit Verantwortlichen der Arbeitsgruppen; schriftliche Befragung von 146 sozialen und kulturellen Institutionen der Region Basel (teilstandardisierter Fragebogen); zwei ExpertInnengespräche mit projektexternen Fachleuten zu Freiwilligenarbeit und Integrationspolitik (Städtische Leitbilder).

Die ersten Evaluationsergebnisse wurden thesenartig je der erweiterten Projektleitung und dem Organisationskomitee präsentiert, mit ihnen diskutiert und im Hinblick auf den vorliegenden Bericht überprüft und vertieft.

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 6862 unterstützt.

## Key Words

Migration,  
Health Promotion,  
Social Networking,  
Mediators,  
Community Health Work

### 3. Resultate

#### 3.1 Projektaufbau

Das Projekt startet 1996 mit einer gross angelegten Impulstagung, an der 180 Personen als Privatpersonen oder als VertreterInnen sozialer und kultureller Institutionen teilnehmen, darunter über hundert MigrantInnen. An dieser ersten Impulstagung findet eine Auslegeordnung bezüglich relevanter migrationsspezifischer Anliegen statt. Interkulturell zusammengesetzte Arbeitsgruppen werden um Themen wie Elternbildung, Mitbestimmung, Suchtprävention u.a. gebildet. An der ein Jahr später folgenden zweiten Impulstagung nehmen ca. 250 Personen teil und an den bisher zwölf verschiedenen «Plattformen», welche teilweise von den Arbeitsgruppen mit vorbereitet wurden, nehmen jeweils zwischen 60 und 130 Personen teil.

Seit 1996 sind 7 Ausgaben der projekteigenen Zeitschrift «Internetz-Forum» erschienen, welche über die verschiedenen Veranstaltungen und die Tätigkeit von Arbeitsgruppen und «Drehscheiben» informieren und aktuelle Fragen zum Thema Migration in der Region Basel aufgreifen.

#### 3.2 Bewusstseitsgrad migrationsspezifischer Bedürfnisse in sozialen Institutionen

Zahlreiche Institutionen geben in der schriftlichen Befragung an, Internetz trage massgeblich dazu bei, dass Migration als Thema präsent bleibe und dass Internetz einen dabei unterstütze, diesem Thema immer wieder den nötigen Stellenwert zu geben. Die Internetz-Veranstaltungen vermittelten zudem wertvolle inhaltliche Beiträge. Arbeitsgruppenmitglieder äussern, dass sich die Region Basel im Hinblick auf Migration in den letzten drei Jahren insgesamt in Richtung Öffnung, Aufweichung des Klimas und grösserer Bereitschaft zur Auseinandersetzung entwickelt. Internetz hat diese Entwicklung massgeblich unterstützt.

#### 3.3 Aufbau «persönlicher» Kontakte und einer Kooperationsstruktur und Know-how in der Zusammenarbeit

Internetz trägt durch kontinuierlich stattfindende Veranstaltungen massgeblich zu einem Ideenmarktplatz, zu einem gemeinsamen Diskurs der sozialen und kulturellen Institutionen in der Region Basel, bei. Es nimmt eine Orientierungsfunktion wahr – «who ist who» innerhalb der Institutions- und Migrationslandschaft.

Wenn die «Drehscheiben» der Migrationsgemeinschaften ihren bisherigen Profit durch die Mitarbeit

bei Internetz beschreiben, dann ist unüberhörbar, dass die Drehscheiben die Durchlässigkeit von Anliegen der Fachstellen an die Drehscheiben als grösser erleben als umgekehrt. Für einige Drehscheiben sind wichtige Kontakte noch nicht zu Stande gekommen: zur Fremdenpolizei, zur Einwohnerkontrolle, zur Erziehungsdirektion.

Der Aufbau des Modellprojektes konfrontierte die Beteiligten mit einigen Herausforderungen. So gelingt es dank der wenig präzisen Projektziele «Vernetzung» und «Gesundheitsförderung», viele Fachstellen und Privatpersonen zu beteiligen. Mit zunehmenden Aktivitäten und AkteurInnen wird Koordination und Abstimmung untereinander und somit auch die Bündelung der Ressourcen im Hinblick auf die Zielsetzung schwierig. Wenn es den interkulturell zusammengesetzten Arbeitsgruppen nicht gelingt, konkrete, realisierbare Ziele zu formulieren, so wirkt sich dies bald auf die Motivation für die weitere Mitarbeit aus. Dies gilt auch für die Arbeit der Drehscheiben. Wenn eine Konkretisierung nicht gelingt, gerät das Ziel der Vernetzung zunehmend in den Hintergrund zugunsten von konkreteren Zielsetzungen (Angebote, Projektarbeit), denen sie einen höheren direkten Nutzen für ihre Migrationsgemeinschaft zuschreiben. Zeitliche Ressourcen, die in Projektarbeit fliessen, kommen jedoch nicht unbedingt einer langfristigen Vernetzung zugute.

### 4. Diskussion / Schlussfolgerungen

*Stärken:* Internetz ist ein Pilotprojekt, das in der Schweiz in dieser Art einzigartig ist. Beim Aufbau konnte es sich nicht an Vorbildern und ähnlichen Erfahrungen orientieren. Zu den Leistungen gehört, dass sich die Projektgruppe von Anfang an in der Zusammenarbeit zwischen VertreterInnen der Kantonsverwaltung und VertreterInnen von MigrantInnenorganisationen erprobt. Die komplexe, letztlich schwierig greifbare Projektidee vermochte mit minimsten finanziellen Mitteln vielleicht gerade wegen ihrer vielschichtigen, offenen Struktur breites Interesse zu wecken und so vielseitige Unterstützung zu mobilisieren. Sie vermag unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit unter einem Dach zu vereinen. Die strukturelle Offenheit kommt den heterogenen Bedürfnissen und Profilen verschiedener MigrantInnengruppen entgegen. So können sich auch Gruppierungen organisieren, die in der Schweiz keine offizielle Vertretung haben. Der partizipative und ressourcenorientierte Ansatz entspricht dem kantonalen Intergrationsleitbild (in Vernehmlassung) sowie den Integrationszielsetzungen der wichtigen Migrationsfachstellen. Dadurch sind gute Grundlagen für Kooperation und Absprachen im Hinblick auf einen haushälterischen Umgang mit Ressourcen ge-



geben. Durch die Mitarbeit im Internetz konnten die beteiligten Migrationsgemeinschaften den Zugang zu finanziellen und infrastrukturellen Ressourcen verbessern.

*Schwächen:* Die Vermittlungstätigkeit von Internetz erscheint asymmetrisch durchlässig, d.h., dass die Anliegen von Fachstellen gezielter weitergeleitet werden, als die Anliegen der Migrationsgemeinschaften. Die Asymmetrie zwischen den Fachstellen des sozialen und kulturellen Basels (welche bezahlte Arbeit leisten) und den MediatorInnen von Internetz (welche in «Drehscheiben» und Arbeitsgruppen freiwillige, unbezahlte Aufbauarbeit leisten) erweist sich mehrheitlich als Asymmetrie zwischen schweizerischen Fachleuten und ausländischen Vermittlungspersonen. Die unterschiedlichen Ressourcen (Zeit, Ansehen, Know-how) prägen die Kompetenzen, das Netzwerk zuungunsten der Drehscheiben zu nutzen. Der Zeitaufwand für die auf Freiwilligenbasis arbeitenden Drehscheibendelegierten ist beachtlich. Die meisten Drehscheibenmitarbeitenden sind nebst dem Internetz-Engagement mit (zumeist ebenfalls freiwilliger) Basisarbeit beschäftigt. Die Drehscheiben haben keine offizielle Legitimation für ihre Vermittlungstätigkeit, weder vonseiten ihrer Gemeinschaft, noch vonseiten der Fachstellen. Bis jetzt wurden keine für alle Drehscheiben verbindlichen Kriterien für die Vermittlungstätigkeit, kein gemeinsames Profil formuliert. Um die Legitimation von Fachstellen zu erhalten, wäre ein gemeinsames Profil wichtig, denn Fachstellen sind an möglichst «verlässlichen» Kooperationspartnern interessiert.

Die Evaluation macht deutlich, dass der Übergang von der Pionier- und Aufbauzeit zur Konsolidierungsphase Chancen für einige Anpassungen bietet. Insbesondere sollen die Aktivitäten gebündelt und auf konkrete Zielprioritäten und konsensfähige Erfolgskriterien ausgerichtet werden.

## 5. Empfehlungen

*Empfehlungen sind:* Internetz soll verbindliche Kriterien für Drehscheibenarbeit und Vermittlungstätigkeit in Abstimmung mit den Anforderungen des neuen Integrationsleitbildes entwickeln. Internetz soll der Asymmetrie zwischen in Freiwilligenarbeit engagierten MigrantInnen und professionell tätigen (Schweizer) Fachstellen entgegenwirken. Die Vermittlungstätigkeit von Internetz soll für die Anliegen der Migrationsgemeinschaften künftig genauso durchlässig sein wie für die Anliegen von Fachstellen.

*Internetz sollte prüfen,* welche bisher geleisteten Aufgaben mit dem neuen Integrationsleitbild ganz direkt dem politischen Willen entsprechen und soll-

te für diese Aufgaben die finanzielle Unterstützung durch den Kanton beantragen.

## 6. Referenzen

1. Hauser A. Migration – Integration – Partizipation. Basel / Freiburg i. B., 1997.
2. Lai G, Lin N, Leung S. Network resources, contact resources, and status attainment. *Social Networks* 20, 1998;159-78.
3. Grandjean J. Gesellschaftlicher Wandel und Freiwilligenarbeit. *NZZ, Zeitfragen* Nr. 205, 4./5. September 1999, S. 97.
4. Stutzer T. «Internetz» - Ein interkulturelles Vernetzungsprojekt. *Suchtmagazin*, 1997/6.
5. Wicker H-R, Schoch S, Gass T. Leitbild zur Integrationspolitik der Stadt Bern, 1996.

## 7. Wissenstransfer

### 7.1 In der Praxis

Die Erkenntnisse der Evaluation wurden der Projektleitung und Schlüsselpersonen präsentiert und Konsequenzen daraus wurden mit ihnen diskutiert. Die Zusammenfassung der Evaluation wird in gestalterisch ansprechender Form an alle sozialen Institutionen in Basel und an alle zuständigen Departemente für Gesundheit und Soziales in allen Kantonen versendet.

### 7.2 Auf wissenschaftlichem Gebiet

Die Zusammenfassung ist auf der Homepage des BAG abrufbar. Die Evaluation thematisiert Migration und Freiwilligenarbeit und Netzwerkarbeit, Bereiche zu denen kaum Erfahrungen und Studien vorliegen.

8. Konsequenzen der Evaluation in Bezug auf die öffentliche Gesundheit, die Drogenpolitik etc.

### **8.1 Für die Praxis**

Die Evaluation dient unter anderem als Grundlage für die Verhandlungen in andern Kantonen, in denen ein Internetz-Projekt initiiert werden soll. Verhandlungen finden in mindestens vier Kantonen statt, darunter auch Zürich und Bern. Für die Mediatorenarbeit der «Drehscheiben» wurden Profile erstellt.

Korrespondenzadresse:  
Christine Spreyermann  
sfinx – Sozialforschung · Evaluationsberatung ·  
Supervision  
Maulbeerstr. 14  
3011 Bern  
Tel. +41 31 398 34 35  
Fax: +41 31 398 34 36  
E-Mail: [sfinx.cs@bluewin.ch](mailto:sfinx.cs@bluewin.ch)

# Evaluation der Suchtpräventionsstelle Luzern\*

Hans-Dieter Schneider, Luzius Müller, Abteilung Angewandte Psychologie des Departements für Psychologie der Universität Freiburg

## Zusammenfassung

Die Evaluation der Suchtpräventionsstelle Luzern erstreckte sich auf einen Überblick über die Fachliteratur, eine Dokumentation der Organisation und Arbeitsweise der Suchtpräventionsstelle Luzern und eine Befragung von Partnern der Stelle. Sie wurde abgeschlossen durch einen Katalog von Empfehlungen, die mit der Stelle und ihrer Beratergruppe diskutiert worden waren.

## 1. Einleitung

Die Notwendigkeit der Suchtprävention ist unbestritten. Viele Kantone der Schweiz haben deshalb Suchtpräventionsstellen eingerichtet. Die Abteilung Angewandte Psychologie des Departements für Psychologie der Universität Freiburg führte vom 1. Juni 1993 bis 31. Mai 1994 eine Evaluation der Arbeit der Suchtpräventionsstelle in Luzern durch. Das Ziel dieser Stelle ist nicht nur Drogenprävention, sondern allgemeine Suchtprävention.

Der Auftrag lautete, am Beispiel der Suchtpräventionsstelle Luzern «präventive Massnahmen zu begründen, zu dokumentieren und zu evaluieren», damit einmal verschiedene Präventionsmodelle verglichen und Empfehlungen für Kantone, Regionen und Gemeinden entwickelt werden können. Damit enthielt der Auftrag drei Teile:

- Prüfung der Literatur zur Suchtprävention
- Darstellung, wie die Suchtpräventionsstelle Luzern arbeitet
- Bewertung dieser Arbeit

Aufgabe war es, die sozialwissenschaftliche Literatur zur Entstehung von Suchtverhalten zu synthetisieren, die Zielsetzungen, Organisation und Arbeitsweise der Suchtpräventionsstelle Luzern zu erfassen und den Umfang und die Bewertung ihrer bisherigen Arbeit aus der Sicht von Partnern im Kanton Luzern zu ermitteln. Die zusätzlich vorgesehene Effekt-Evaluation eines spezifischen Suchtpräventionsprojektes in Schulen konnte nicht ausgeführt werden, weil diese Aktivität der Stelle mehrmals zeitlich verschoben wurde.

## 2. Vorgehen

### 2.1 Literaturanalyse

Die umfangreiche Literatur wurde mit den Zielen bearbeitet, die wichtigsten Theorien zur Suchtentstehung und zum Widerstand gegen Suchtverhaltensweisen und damit die Komplexität der Bedingungsfaktoren für Suchtverhalten darzustellen sowie Möglichkeiten der Suchtprävention in verschiedenen Umwelten – auch anhand von internationalen Beispielen – aufzuzeigen.

## Key Words

Addictive Behavior,  
Primary Prevention,  
School Based Drug  
Prevention,  
Networking, Key Players

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 5392 unterstützt.

## **2.2 Dokumentation der Arbeitsweise der Suchtpräventionsstelle Luzern**

Die Suchtpräventionsstelle Luzern wurde aufgrund von Dokumentenanalysen und von leitfadengestützten Interviews mit allen Mitarbeitern und mit Angehörigen der Beraterkommission beschrieben.

## **2.3 Empirische Studie zur Akzeptanz der Suchtpräventionsstelle Luzern**

Drei Teilstichproben wurden schriftlich über ihr Wissen, ihre Erfahrungen und ihre Bewertung der Suchtpräventionsstelle Luzern befragt. Es handelte sich um:

- 605 Adressen von Personen, die mittelbar mit Suchtprävention zu tun haben, von Ärzten/innen bis zu Jugendarbeiter/innen;
- 25 Adressen von Personen, die unmittelbar mit der Suchtpräventionsstelle Luzern zusammenarbeiten, von Polizisten bis zu Mitarbeitern der Gesundheitsdirektion, und
- 44 Adressen von Personen, die unmittelbar mit der Suchtpräventionsstelle Luzern kooperieren, aber ausserhalb des Kantons Luzern tätig sind.

Weil es keine Adressensammlungen aller Zielpersonen gibt, wurden die Adressen durch Mithilfe verschiedener Stellen und Verbände zusammengestellt. Sie repräsentieren daher nicht alle, aber einen grossen Teil der Zielpersonen.

Wie es bei schriftlichen Umfragen zu erwarten ist, sandten 35% der ersten Gruppe die Fragebogen ausgefüllt zurück. Bei der zweiten Gruppe beteiligten sich 60% und bei der dritten Gruppe 36% an der Umfrage. Damit liegen keine zufallsrepräsentativen Stichproben vor, sodass die Resultate nur Hinweise auf die Situation, keinesfalls aber eine Verallgemeinerung auf alle im Kanton Luzern (und bei der dritten Gruppe darüber hinaus) mittelbar und unmittelbar mit Suchtpräventionsfragen befassten Personen erlaubt.

Die Daten wurden auf der EDV-Anlage der Universität ausgewertet.

## **3. Resultate**

### **3.1 Stand der Suchtpräventionsforschung**

An Theorien der Suchtentstehung werden individuenzentrierte (Persönlichkeitsmerkmale, psychoanalytische Konzepte), umweltzentrierte und interaktionszentrierte (Trias-Konzept, Lern-, Entwicklungs- und Sozialisierungstheorien, sozialpsychologische, soziologische, Risikofaktoren- und suchtprotektive

Konzepte) Theorien beschrieben und in ein zusammenfassendes Modell der Suchtentstehung hoher Komplexität integriert.

Es werden suchtmittelspezifische und suchtmittelunspezifische Formen der Intervention in Familie, Schule, Arbeitswelt, Gemeinde und Öffentlichkeit vorgestellt und eine grössere Zahl von Beispielen suchtpreventiven Vorgehens erläutert.

### **3.2 Die Arbeit der Suchtpräventionsstelle Luzern**

Die luzernische Fachstelle für Suchtprävention ist dem Drogenforum Innerschweiz angegliedert. Sie umfasst 315 Stellenprozent und wird von einer Beratergruppe begleitet.

Ihre Aufgaben sind: Öffentlichkeitsarbeit, Bildungsarbeit, Information und Dokumentation und spezifische Aufgaben. Die vier Fachkräfte (neben Sekretärin und Praktikant/in) haben sich die Aufgaben nach Qualifikation und Interessen aufgeteilt.

Die Stelle geht von einem umfassenden Suchtbegriff aus und will als Prävention die Fähigkeiten der Bevölkerung zum Umgang mit Problemen direkt, vor allem aber indirekt, fördern. Die Stelle kann auf eine grössere Zahl von Projekten in den Bereichen Schule, Familie, Arbeit, Gemeinde und Öffentlichkeit verweisen.

### **3.3 Die Integration der Suchtpräventionsstelle Luzern in ihre Umwelt**

Die Befragung erbrachte eine gute Akzeptanz der Suchtpräventionsstelle Luzern. Beispielsweise kennen 75% der Befragten diese Stelle, sie beurteilen die Stelle als gut organisiert und die Mitarbeiter als kompetent. Sie sehen sie allerdings politisch eher links stehen, was zu gewissen Problemen bei der Zusammenarbeit mit bürgerlichen Parteien und Personen führen könnte.

## **4. Diskussion**

Aus der Literatur wurde Suchtverhalten als multiterminiert beschrieben. Konkretes suchtpreventives Verhalten kann daher weder auf eine einzige Ursache, noch auf eine einzige Verursachergruppe, noch auf eine einzige Zielgruppe ausgerichtet sein. Erfolgreiche Suchtprävention muss ein ganzes Netz von potentiellen Verursachern angehen (gemeindepsychologischer Ansatz), zahlreiche Zielgruppen in ihrer gegenseitigen Abhängigkeit berücksichtigen und die volle Tiefe des «Multiple Step Flow of Communication»-Konzeptes beachten.

Auch wenn die Suchtpräventionsstelle Luzern von ihren mittelbaren und unmittelbaren Partnern überwiegend positiv wahrgenommen wird, muss sie weiterhin die ganze Komplexität der Verursachungsprozesse im Auge behalten. Deshalb wurde empfohlen, komplexe Präventionsstrategien zu entwickeln, Ressourcen der verschiedensten Art (und zwar in Individuen, Gruppen, Gemeinden und der gesamten Gesellschaft) zu fördern, zielgruppen- und suchtmittelspezifische und -unspezifische Massnahmen zu verwirklichen, aktiv auf Zielgruppen zuzugehen und das Selbsthilfepotenzial der Zielpersonen zu nutzen.

Konkrete Empfehlungen betrafen z. B. die Zielgruppen, unter denen die Lehrer übervertreten und u. a. die Mediziner untervertreten sind; die Nutzung von Informationsmaterial als Pforte zur Entwicklung von intensiven Kontakten mit neuen Partnern; die Positionierung auf dem Parteienspektrum etwas mehr in Richtung der Mitte, um für noch mehr Zielpersonen akzeptabel zu werden.

## 5. Schlussfolgerungen

Die Studie zeigte, dass in den Sozialwissenschaften bei allem Klagen um zu wenig Wissen doch schon eine gewisse Menge von Einsichten in die Verursachung von Suchtverhalten vorliegt. Denkbar wäre es, aus dem vorliegenden Material – und jeweils aktualisiert – ein ausreichend komplexes Modell der Verursachung als Grundlage suchtpreventiven Arbeitens in der Schweiz zu erstellen. Dann hätten alle Stellen eine Basis, auf der sie miteinander kommunizieren könnten.

Ebenso wäre es gut, wenn ein – wiederum regelmässig aktualisierter – Katalog von Methoden bzw. Ansätzen der Prävention in den wichtigsten Bereichen (Schule, Familie, Arbeitsplatz, Gemeinde, Öffentlichkeit) erstellt würde, um den verschiedenen Suchtpräventionsstellen Anregungen für ihre Leistungen zu geben.

Generell können folgende Empfehlungen an Fachstellen für Suchtprävention abgegeben werden:

- Zielpersonen der Suchtprävention sollten neben der gesamten Bevölkerung auch die Angehörigen von Risikogruppen sein. Dazu gehören u. a.:
  - risikoorientierte «sensation seekers»
  - Angehörige von Familien, in denen wenig Wärme und Verständnis herrscht
  - Personen mit Defiziten an praktischen Kompetenzen zur Bewältigung von Alltagsanforderungen

- Personen mit Tendenzen zur bewussten Normverletzung als Ausdruck der Gegenposition zur Erwachsenenengesellschaft
- Personen in besonderen Belastungssituationen durch Über- oder Unterforderung
- Prävention richtet sich nicht nur an die Zielpersonen, sondern vielleicht in noch stärkerem Masse an ihre soziale Umwelt, die als Mediatoren auf die Zielpersonen einwirken können. Dabei ist vor allem zu denken an:
  - Familie (Eltern und Geschwister)
  - Schule (Mitschüler und Lehrer)
  - Gleichaltrige und Ältere
  - Arbeitsplatz (direkte Vorgesetzte und Arbeitskollegen)
  - Freizeitgruppen (Sportvereine usw.)

Dieser sozialen Umwelt können ihre Einflussmöglichkeiten bei der Vermittlung von Ressourcen (Kompetenzen, Werte, Sozialbeziehungen usw.), bei der Formulierung von günstigen oder gefährlichen Erwartungen, bei dem Vorleben als Modelle, bei der Vermittlung der Selbstverständlichkeit gesundheitsorientierten Verhaltens und eines positiven Selbstbildes bewusst gemacht und günstige Formen der Kommunikation und des Umgangs vermittelt werden.

- Prävention richtet sich auch an politische Instanzen (Politiker, Behörden, Verbände), die Gesetze, Ressourcenverteilung und die physikalische Umwelt mitgestalten. Dabei ist an Familien-, Wirtschafts-, Bildungs-, Kulturpolitik und an weitere Aspekte zu denken, die z. B. dazu beitragen, dass Personen ihre Ziele erreichen, dass sie Verstärkungen nicht in nonkonformen Gruppen suchen müssen, dass auch Jugendliche an Entscheidungen beteiligt werden.
- Prävention muss zielgruppenspezifisch entwickelt werden. Das heisst einmal, dass für einzelne Präventionsbereiche (z. B. Familie, Schule, Arbeitswelt, Gemeinde und breite Öffentlichkeit), aber auch für spezielle Zielgruppen (z. B. Mädchen, Landbewohner, Gymnasiasten mit Schulproblemen, Ausländern der zweiten Generation) eigene Ziele und Methoden notwendig sind, die auf die besonderen Voraussetzungen der jeweiligen Gruppe eingehen. In der Terminologie des Marketing wird hier von «Marktsegmentierung» gesprochen.
- Prävention sollte suchtmittelspezifische und suchtmittelunspezifische Komponenten enthalten. Gera-

de das Ziel einer gesundheitsfördernden Lebensweise enthält sehr viele biologische und psychologische Aspekte, die als protektive Faktoren wirken und im allgemeinen, aber auch bei Suchtgefährdung günstige Auswirkungen haben können.

- Prävention sollte langfristig angelegt sein und im frühen Kindesalter beginnen.
- Prävention nur durch Information und nur durch Massenmedien wird kaum die erwarteten Wirkungen zeigen. Statt dessen ist ein Methodenmix (z. B. Förderung von Werten, Standfestigkeit, «life skills») und ein Medienmix (neben Massenmedien auch Mediatoren, Freizeitgruppen usw.) notwendig.
- Prävention sollte auch die Gemeinde als Zieleinheit sehen und dort Beratungsstellen, Freizeitangebote, Freizeitorganisationen und eine allgemeine Haltung schaffen, die einem Suchtmittelkonsum entgegensteht.
- Prävention sollte aktiv auf Zielgruppen zugehen und nicht abwarten, bis diese zur Präventionsstelle kommen. Das betrifft auch bestimmte Mediatorengruppen, besonders wenn diese der Zusammenarbeit eher skeptisch gegenüberstehen.
- Prävention sollte das Potential der Laien und der Selbsthilfegruppen nutzen. Oft stützen nichtprofessionelle Helfer potentiell Gefährdete besser als professionelle. Dabei kann es Aufgabe der Professionellen sein, Informationen zu vermitteln, Kompetenzen durch Ausbildung zu fördern und organisatorische Hilfen bereitzustellen.
- Prävention sollte zahlreiche Berufe zusammenführen und die spezifischen Stärken der einzelnen Berufe dort einsetzen, wo sie gebraucht werden. Nicht nur die traditionellen Berufe wie Ärzte, Sozialarbeiter, Lehrer, Psychologen, Pfarrer, Ausbilder, sondern auch Fahrlehrer, Gastwirte, Sportlehrer, Reisebegleiter usw. können bei der gemeinsamen Aufgabe helfen.
- Wer Prävention betreibt, sollte im kantonalen und eidgenössischen Rahmen, aber auch international zusammenarbeiten und Erfahrungen austauschen. Gerade der Blick über die Grenzen liefert Ideen, die auch am eigenen Ort genutzt werden könnten.

## 6. Valorisierung

Müller L, Schneider H-D. Wie ist Suchtprävention wirkungsvoll zu organisieren? Bericht der Abteilung Angewandte Psychologie des Psychologischen Instituts der Universität Freiburg/CH, 1993.

Korrespondenzadresse:  
Prof. Dr. Hans-Dieter Schneider  
Departement für Psychologie  
Universität Fribourg  
rue de Faucigny 2  
CH-1701 Fribourg  
E-Mail: [hans-dieter.schneider@unifr.ch](mailto:hans-dieter.schneider@unifr.ch)



# Projekt «Male Sex Work» der Aids-Hilfe Schweiz: Eine Evaluation zur Nachhaltigkeit der Projekte in den Städten Basel, Bern, Genf und Zürich\*

Christine Spreyermann, Claudia Willen, sfinx – Sozialforschung·Evaluationsberatung·Supervision, Bern

## Zusammenfassung

Das Projekt «Male Sex Work»(MSW) richtet sich an Männer, die der gleichgeschlechtlichen Prostitution nachgehen. Ziel des Projektes ist es, männliche Sexworker dabei zu unterstützen, Präventionsmassnahmen wirkungsvoll umzusetzen und die Infektion von sexuell übertragbaren Krankheiten zu verhindern. Die Aids-Hilfe Schweiz baute eine beispielhafte Organisation auf, welche es erlaubt, die lokalen Projekte in ihrer Know-how-Entwicklung zu unterstützen und deren Wissen untereinander und für Dritte zugänglich zu machen. Die Evaluation zeigt, dass die dezentralen Projekte für die fachliche Qualifizierung massgeblich auf diese Unterstützung angewiesen sind. Die Nachhaltigkeit der Projekte kann durch eine verbindliche, mittelfristige finanzielle Absicherung positiv beeinflusst werden.

## 1. Einleitung

Ziel des Projektes «Male Sex Work»(MSW) ist es, männliche Sexworker dabei zu unterstützen, Präventionsmassnahmen wirkungsvoll umzusetzen und die Infektion von sexuell übertragbaren Krankheiten zu verhindern. Das Projekt wird im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit durch die Aids-Hilfe Schweiz realisiert. Die Evaluation untersucht die Nachhaltigkeit des Projektes und folgende Fragestellungen: Wie kann die Existenz der Projekte finanziell und strukturell abgesichert werden? Wie kann das Know-how sichergestellt werden? Anhand welcher Kriterien soll der Erfolg der Projekte überprüft werden? Stimmen die derzeitigen Projektangebote mit den Projektzielen überein?

## 2. Vorgehen / Methodik

Es handelt sich um eine qualitative Evaluation. Die Datenanalyse (Dokumentenanalyse, Interviews und schriftliche Befragung) erfolgte auf der Basis eines Fragerasters zur Nachhaltigkeit von sozialen Projekten. Mit Projektleitung und Mitarbeitenden fanden zwei Gruppengespräche statt. Es wurden Einzelinterviews geführt mit Vertretern der Trägerinstitutionen (3), Projektmitarbeitern (1), Subventionsvertretern (3). Sexworker wurden mit Postkarten befragt, die von den Projektmitarbeitenden verteilt wurden (25). Eine schriftliche Befragung zu den Angeboten des Projektes MSW fand bei 47 sozialen Fachstellen statt.

## 3. Resultate

### 3.1 Projektorganisation und strukturelle und finanzielle Verankerung

Die Projekte MSW sind in eine Doppelstruktur eingebettet. Sie werden betrieblich von einer lokalen Trägerschaft geführt. Gleichzeitig liegt die Gesamtverantwortung des nationalen Projektes bei der Aids-Hilfe Schweiz (AHS). In Genf und Zürich befinden sich die Projekte punktuell noch oder wieder in einer Aufbauphase; in Bern wurde das Projekt vorübergehend sistiert und wird jetzt mit einem neuen und reduzierten Auftrag weitergeführt. Basel ist das einzige Projekt, das sich personell, inhaltlich und strukturell durch Kontinuität auszeichnet und sich in einer Konsolidierungsphase befindet. In Zürich verfügt das Projekt über öffentliche Anerkennung durch den Leistungsauftrag mit der Stadt.

## Key Words

Male Sex Work,  
Health Promotion,  
HIV-Prevention Projects,  
Sustainability of Social  
Projects

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 99.001198 unterstützt.

Die Verträge zwischen der Aids-Hilfe Schweiz und den Trägerschaften tragen wesentlich zur Klarheit innerhalb der komplexen Struktur bei. Keines der Projekte hat aktuell eine Perspektive, sich ganz von der finanziellen Unterstützung der AHS ablösen zu können. Diese Zielsetzung scheint angesichts der kantonalen und städtischen Finanzsituation mittelfristig wenig realistisch. Die AHS selber kann den Projekten aufgrund ihres Vertrages mit dem BAG keine langfristigen finanziellen Zusicherungen machen, was es den Trägerschaften erschwert, ihrerseits verbindliche Verhandlungen mit Kanton und Stadt zu führen.

Der Erfolg des Projektes in Basel basiert auf der personellen Kontinuität von MSW-Mitarbeitern und Geschäftsleitung sowie auf unterstützender Führung/Coaching mit fachlichem Engagement auf Trägerschaftsseite. Sichtbar wird der Erfolg im guten Zugang zur Zielgruppe. Die personelle Kontinuität von MSW-Mitarbeitern und Geschäftsleitung erleichtert die institutionelle Vernetzung und allfällige finanzielle Verhandlungen mit den Kantonen.

### **3.2 Know-how-Erhalt, Know-how-Transfer, Überprüfung des Projekterfolges**

Die AHS baute eine beispielhafte Organisation auf, welche es erlaubt, die lokalen Projekte in ihrer Know-how-Entwicklung zu unterstützen und deren Wissen untereinander und für Dritte zugänglich zu machen. Die seit 1998 stabile Projektleitung auf nationaler Ebene hat eine nationale Koordination aufgebaut, die einen wichtigen Beitrag zur fachlichen Qualifizierung und zum professionellen Selbstverständnis der Projekte und der MSW-Mitarbeiter leistet. Von Bedeutung sind die regelmässig stattfindenden Intervisionssitzungen als Rückhalt für die Projektmitarbeiter genauso wie für den Wissensaustausch und den Know-how-Erhalt (Dokumentation, einheitliches Reportingsystem). Die Treffen dienen der Projektplanung und -weiterentwicklung. Über die nationale Organisationsarbeit gelang es, eine gemeinsame Arbeits- und Gesprächskultur zu entwickeln. Die nationale Koordination unterstützt die Selbst-Evaluation der Projekte und erleichtert eine wirtschaftliche Nutzung der Ressourcen.

### **3.3 Nachhaltigkeit im Sinne von Zielerreichung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit**

Streetwork erweist sich in Basel, Genf und Zürich als geeignete Methode, um die Zielgruppe zu erreichen. Die MSW-Mitarbeiter sind ein wichtiges Bindeglied, um den Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen wie Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem und Rechtswesen wieder herzustellen. Streetwork ermöglicht, flexibel auf die Bedürfnisse und

den Lebensstil der Zielgruppe einzugehen. Kostenlose Kondomabgabe, Informationen zur Aidsprävention, Ansprechbarkeit und Vertraulichkeit, Kurzberatungen, Akzeptanz und Interesse werden von männlichen Sexworkern als nützlich und hilfreich bewertet. Die Beratungsstelle in Zürich konnte sich noch nicht als Angebot etablieren, das von der Zielgruppe in vollem Ausmass genutzt wird.

Das Projekt MSW leistet einen wichtigen Beitrag zur Enttabuisierung der Sexarbeit von Männern für Männer. Mit dem Projekt werden Voraussetzungen geschaffen, um Ausbeutung und Unrecht zu thematisieren. Wichtig war in diesem Zusammenhang die öffentliche Auseinandersetzung im Rahmen der Zürcher Abstimmung im Jahr 1998.

## **4. Diskussion / Schlussfolgerungen**

Die Nachhaltigkeit des Projektes kann insbesondere in zwei Bereichen beeinflusst werden: erstens durch einen möglichst guten Zugang zur Zielgruppe (Akzeptanz des Angebotes) und zweitens durch die kontinuierliche Aufrechterhaltung des Angebotes und der Leistungserbringung (Konstanz des Angebotes, personelle Konstanz der Projektmitarbeitenden). Angesichts der Instabilität und Prekarität der Zielgruppe scheint es unrealistisch, dass Nachhaltigkeit dadurch erreicht wird, dass die Zielgruppen selber Verantwortung für die Ausbreitung der Aidspräventionsbotschaft übernehmen.

## **5. Empfehlungen**

Um eine nachhaltige Wirkung des Projektes zu erreichen ist die Überführung des MSW-Angebotes in ein dauerhaftes Angebot anzustreben. Im Hinblick auf die Konstanz des Angebotes ist eine Weiterführung und ein Ausbau der nationalen Koordination anzustreben. Dies setzt einen langfristigen Auftrag (5-Jahres-Perspektive) von Seiten des Bundesamtes für Gesundheit BAG an die Aids-Hilfe Schweiz (AHS) voraus. Die bisherigen Aufgaben der nationalen Koordination sind weiterzuführen: Unterstützung des Austausches und der fachlichen Qualifizierung durch die Erarbeitung einheitlicher Arbeitsinstrumente und durch Projektplanung und Projektdokumentation. Die Projektkoordination sollte mit den lokalen Partnerorganisationen klären, welche Unterstützung diese von der AHS im Hinblick auf die Finanzverhandlungen mit Kantonen und Städten wünschen. Anzustreben ist eine 40- bis 60%-Finanzierung durch die lokale Trägerschaft.

Grundsätzlich ist dem bisher Erreichten und damit den bestehenden Projekten Sorge zu tragen. Wenn

es darum geht, das Projekt auf weitere Städte auszuweiten, sind von Anfang an städtische und kantonale Vertragspartner in die Verhandlungen im Hinblick auf ein mittelfristiges finanzielles Engagement einzubeziehen.

Was die personelle Kontinuität betrifft, sind alle entlastenden Elemente für die anspruchsvolle Tätigkeit der MSW-Mitarbeiter von Bedeutung (Austausch im Team, institutioneller Rückhalt, Weiterbildung, Supervision, mittelfristig existenzsichernde Anstellungsbedingungen). Zur Entlastung und Ausweitung des Angebotes im Hinblick auf die Zielgruppenerreichung ist die Schaffung von so genannten «Schein-Teams» zu prüfen. Dies würde bedeuten, dass die städtischen Mitarbeiter tageweise z. B. von fremdsprachigen Mitarbeitern begleitet werden, die allen Projekten zur Verfügung stehen und dem nationalen Projektkoordinator unterstehen.

## 6. Referenzen

1. Haour-Knipe M et al. «Médiateurs» et prévention du VIH/sida. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 1999.
2. HIV und Aids. Nationales Programm 1999–2003. Bundesamt für Gesundheit, Bern, 1999.
3. Maier S et al. Organisationale und interorganisationale Lernprozesse in Richtung Nachhaltigkeit im Bedürfnisfeld Ernährung. Diskussionspapier des «Institut de hautes études en administration publique» (IDHEAP), Chavannes-près-Renens, 1998.
4. Minsch J et al. Institutionelle Reformen für eine Politik der Nachhaltigkeit. Enquête-Kommission «Schutz des Menschen und der Umwelt» des 13. Deutschen Bundestages. Berlin/New York, 1998.
5. Nachhaltige Entwicklung in der Schweiz. Materialien für ein Indikatorensystem. Eine Pilotstudie unter Verwendung der Methodik der Kommission für nachhaltige Entwicklung der UNO. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel, 1999.
6. Nachhaltigkeit von Entwicklungsprojekten. Grundlagen und Umsetzungsmöglichkeiten. Direktion für Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe DEH, Bern 1990.
7. Nachhaltigkeits-Monitoring. Arbeitspapier der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA, Bern, 2000.
8. «Pilotversuch Nachhaltigkeit». Ein Zwischenbericht der DEZA/Controlling EZA, Bern, 1999.
9. Studer S, Peter C. Kommerzielle sexuelle Ausbeutung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Eine Recherche im Auftrag der arge ki-pro/ECPAT Schweiz, März 1999.

## 7. Wissenstransfer

### 7.1 In der Praxis

Die Erkenntnisse der Evaluation wurden Projektleitung und Projektmitarbeitern präsentiert und Konsequenzen daraus mit ihnen diskutiert. Die Zusammenfassung der Evaluation wird in gestalterisch ansprechender Form an alle Aids-Hilfen, an die Träger-schaften und alle Departemente für Gesundheit und Soziales in den beteiligten Städten und Kantonen versendet.

Geplant ist eine Präsentation der Evaluation auf der im Jahr 2001 stattfindenden internationalen Tagung zu «Male Sex Work»-Projekten.

### 7.2 Auf wissenschaftlichem Gebiet

Die Zusammenfassung ist auf der Homepage des BAG abrufbar. Die Evaluatorin überarbeitete ein von der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA entwickeltes Raster zur Beurteilung der Nachhaltigkeit von sozialen Projekten. Das Raster leistet einen Beitrag zur Klärung eines aktuell viel benutzten und wenig definierten Begriffs. Eine fachliche Diskussion ist erwünscht.

8. Konsequenzen der Evaluation in Bezug auf die öffentliche Gesundheit, die Drogenpolitik etc.

### 8.1 «Lerneffekt»

Die Evaluation zeigt auf, dass kleine Projekte, die sich an kleine Zielgruppen richten und die operativ dezentral tätig sind, da sie die Zielgruppen vorwiegend mit face-to-face-Kontakt ansprechen, für die fachliche Qualifizierung und den Know-how-Erhalt massgeblich auf die Unterstützung einer zentralen Organisation angewiesen sind. Angesichts der föderalistischen Strukturen ist eine solche zentrale Organisation massgeblich auf die finanzielle Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit angewiesen.

Korrespondenzadresse:  
Christine Spreyermann  
sfinx – Sozialforschung · Evaluationsberatung ·  
Supervision  
Maulbeerstr. 14  
CH-3011 Bern  
Tel. +41 31 398 34 35  
Fax: +41 31 398 34 36  
E-Mail: sfinx.cs@bluewin.ch

# Begleitforschung des interinstitutionellen Präventionsprojekts PRIP im Quartier Pâquis in Genf\*

Christine Spreyermann, sfinx – Sozialforschung·Evaluationsberatung·Supervision, Bern

## Zusammenfassung

Die vorliegende Studie ist eine Begleitforschung des Aktionsforschungsprojekts PRIP (Programme interinstitutionnel de prévention) in Genf, durchgeführt in der Zeit von Juni 1991 bis August 1992. PRIP ist ein interinstitutionelles Präventionsprogramm im Bereich von Drogen und Aids. Das Projekt ist als partizipatives, gemeindeorientiertes Unternehmen im Quartier Pâquis angelegt. PRIP will, aufbauend auf dem gemeindeorientierten und partizipativen Ansatz, Präventionsarbeit zugunsten von Drogensüchtigen leisten, die vom aktuellen sozialen und medizinischen Hilfsangebot wenig profitieren. Die Drogensüchtigen und ihre Bedürfnisse sollen besser bekannt, Marginalisierungsprozesse besser verstanden, Wege zu ihrer Verhinderung gesucht und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen sozialen und medizinischen Institutionen soll verbessert werden. Die Autorin kommt zum Schluss, dass PRIP mit der interinstitutionellen Zusammenarbeit Wege zur Verbesserung der Zusammenarbeit unter sozialen Institutionen aufzeigen konnte und eine solche in die Wege geleitet hat. Die Projektidee und Erkenntnisse daraus sollen weitergeführt und umgesetzt werden: Die Zusammenarbeit unter sozialen Institutionen und medizinischem Hilfesystem und die Diversifizierung und Erweiterung der Angebote der Drogenhilfe.

## Key Words

Drug Dependence,  
Low Threshold Offers,  
Prevention of HIV/Aids,  
Sex Working,  
Community Organisation,  
Interinstitutional Teamwork,  
Action Research

## 1. Einleitung

Bei der Auftragserteilung schien Pâquis als traditionelles Nachtquartier einerseits zum Drogentreffpunkt, andererseits zum Ort des Drogenstrichs zu werden. Bei Projektbeginn im Mai 1991 stellte das Drogenproblem hingegen kein vordringliches Problem des Quartiers mehr dar, was die Projektverantwortlichen bewog, die Ziele des Projekts anzupassen.

Das Team von PRIP besteht aus vier MitarbeiterInnen, die je in einer der am Projekt beteiligten Institutionen angestellt sind und dort auch teilzeitlich weiterarbeiten, sowie einer Sekretärin.

Die Autorin der Studie ist gleichzeitig in der Rolle als externe Forscherin, aber auch als Projektbegleiterin. In der vorliegenden Studie wird von Aktionen und Erfahrungen im Rahmen von PRIP, die aufgrund von teilnehmenden Beobachtungen, Gesprächen und schriftlichen Befragungen zustande kamen, berichtet.

## 2. Vorgehen / Methodik

Grundsätzlich will sich die Evaluation auf vier Themenbereiche konzentrieren:

- auf die Arbeit des Teams
- auf die Auswirkungen dieser Arbeit
- auf die interinstitutionelle Einbindung des Projektes
- auf die Bestandesaufnahme der im Quartier vorhandenen Bedürfnisse

Die Studie ist als Begleitforschung konzipiert. In diesem Rahmen werden sehr unterschiedliche methodische Zugänge gewählt, denen allen gemeinsam ist, dass sie im Sinne des partizipativen Modells bereits in der Konzeption mit möglichst vielen am Projekt in irgendeiner Weise beteiligten Personen besprochen werden. Auf qualitative Aspekte wird besonderen Wert gelegt. Als Datenquellen dienen:

- Protokolle der Teamsitzungen
- Schriftliche Aufzeichnungen von individuellen und kollektiven Diskussionen
- Schriftliche Aufzeichnungen über die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Institutionen

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 5144 unterstützt.

- Aufzeichnungen über öffentliche Veranstaltungen, Quartiergespräche
- Befragung von Drogensüchtigen (Leitfadeninterviews, Notizen zu informellen Gesprächen)
- Befragung ausgewählter Personen aus verschiedenen Berufsgruppen (medizinische und soziale Berufe, Gewerbetreibende im Quartier).

Die Daten werden sowohl von der Autorin als auch von den TeammitarbeiterInnen erhoben.

### 3. Resultate

Die erste Projektphase dient der Entdeckung des Quartiers und der Kontaktaufnahme mit den relevanten Institutionen im Quartier.

Nach drei Monaten werden folgende Schlüsse gezogen:

Drogen sind im Pâquis ein Randproblem. Sich prostituierende Drogensüchtige werden nicht beobachtet. Es gibt andere Stadtgegenden, die deutlich mehr von DrogenkonsumentInnen frequentiert werden. Die Ziele werden aufgrund der geführten Gespräche folgendermassen definiert: Die Drogensüchtigen, ihre Bedürfnisse und ihre Ressourcen besser kennen lernen; Identifikation des Prozesses der Marginalisierung bzw. der sozialen Integration, um letztere zu fördern; Kennen der verschiedenen sozialen und medizinischen Institutionen, Verstärkung der Zusammenarbeit und Nutzung des Potentials zugunsten der Drogensüchtigen.

#### **3.1 Aktivitäten mit dem Ziel der besseren Kenntnis der Süchtigen, ihrer Bedürfnisse und ihrer Ressourcen**

Die Erkenntnisse wurden gewonnen durch teilnehmende Beobachtung und Befragung von Drogensüchtigen.

##### *3.1.1 Soziale Situation*

Die Drogensüchtigen haben häufig keine Wohnung, keine Arbeit und kaum Sozialbeziehungen ausserhalb der Szene. Die häufigsten Alltagsprobleme finden sich im Bereich der Finanzen und der Suche nach Übernachtungsmöglichkeiten. Daneben berichten die Drogensüchtigen von Problemen mit der Krankenkasse, Schulden, gesundheitlichen Problemen und polizeilicher Verfolgung. In der momentanen wirtschaftlichen Lage wäre es für die Drogensüchtigen auch nach einem Entzug kaum möglich, Arbeit zu finden.

##### *3.1.2 Zugang zu den Angeboten der sozialen und medizinischen Hilfe*

Die meisten Drogensüchtigen haben Erfahrung mit den Drogenhilfeeinrichtungen, viele weisen auch Therapieerfahrung auf, die mit Enttäuschung und Abbruch endeten. Viele haben Schuldgefühle und leiden darunter, versagt zu haben. Sie kennen die sozialen und medizinischen Einrichtungen meist recht gut. Die Bedingungen, die es braucht, um davon profitieren zu können, sind hingegen weniger gut bekannt. In den sozialen und medizinischen Diensten fühlen sie sich oft nicht verstanden, nicht ernst genommen und als Person zurückgewiesen.

##### *3.1.3 HIV/Aids-Prävention*

Die Drogensüchtigen sind über die Risiken informiert, sie benützen möglichst sterile Spritzen. Die Beobachtungen zeigen aber, dass dieser Grundsatz je nach momentaner persönlicher und sozialer Situation durchaus gebrochen werden kann. Der Spritzenbus wird von allen gelobt, ebenso die Praxis des Spritzenverkaufs in den Apotheken des Quartiers Pâquis, die Apotheken im Zentrum dagegen werden kritisiert. Die Drogensüchtigen erklären, dass die Polizei auch frische Spritzen konfisziert, eine Tatsache, die die offiziellen Stellen nicht bestätigen. Die Ansteckungsgefahr für sich persönlich erachten die Drogensüchtigen eher als klein, wenn schon beziehen sie sie auf die sexuellen Kontakte. Männer und Frauen, die sich prostituieren, berichten von Freiern, die ungeschützten Verkehr verlangen. Bei den Männern sind das 20–50% der Freier, bei den Frauen etwa ein Zehntel.

##### *3.1.4 Wünsche in Bezug auf die Hilfsangebote*

Der Wunsch nach vermehrter und individualisierter Abgabe von Methadon, Morphin oder Heroin und der Wunsch nach Legalisierung der Drogen steht im Vordergrund. Weiter werden Wünsche nach Wohngelegenheiten, kurz dauernden Arbeitsangeboten, Aufenthaltsorten und geschützten Injektionsorten geäussert.

##### *3.1.5 Aktion auf dem Boulevard Helvétique: Prävention im Kontakt mit drogensüchtigen Prostituierten*

Die MitarbeiterInnen wollen mit einer Aktion vor Ort den Kontakt zu DrogenkonsumentInnen, die sich prostituieren, erleichtern. Der Plan wird von Institutionen, die in diesem Bereich arbeiten, gutgeheissen. Während zweier Monate sind zwei Personen auf dem Drogenstrich präsent und geben dort Suppe, Tee und Kaffee, Dokumentationen, Spritzen, Präservative, feuchte Tücher etc. ab. Die Polizei ist über die Aktion informiert.



Die Angebote werden von den Frauen gerne in Anspruch genommen. Die Teammitglieder kommen mit rund 40 Frauen im Alter von 20–35 Jahren in Kontakt, pro Abend können 4–10 Kontakte hergestellt werden.

### **3.2 Aktivitäten mit dem Ziel der Identifikation von Integrations- bzw. Marginalisierungsprozessen**

Angesprochen werden soziale Organisationen im Quartier, die ÄrztInnen, die ApothekerInnen sowie Gewerbetreibende (Restaurants, Tabakläden).

#### *3.2.1 Zusammenarbeit mit den Apotheken*

Alle Apotheken im Quartier werden von Teammitgliedern aufgesucht. Mit Unterstützung des Präsidenten der Apothekervereinigung werden mehrere Treffen organisiert, an denen ein Austausch über die Spritzenabgabep Praxis, die Kontakte zu DrogenkonsumentInnen und über allenfalls auftretende Probleme stattfindet. In den Gesprächen zeigt sich, dass mit höheren Bedingungen, die an den Verkauf der Spritzen gestellt werden, häufiger von Problemen mit den Süchtigen berichtet wird. PRIP macht an diesem Treffen deutlich, dass der Zugang zu Spritzen so leicht als möglich sein muss und berichtet, dass eine telefonische Umfrage ergeben hat, dass man in den öffentlichen Parks kaum gebrauchte Spritzen findet und dass die Polizei selten gerufen wird, um Spritzen zu entsorgen.

Die Apotheken schätzen es, dass an den Treffen ein gemeinsames Vorgehen in Bezug auf den Spritzenverkauf erarbeitet wird.

#### *3.2.2 Medizinische Hilfe für die Drogensüchtigen: Grenzen und Möglichkeiten*

Mit den fünf Genfer Ärzten, die am meisten Methadonprogramme durchführen, und mit den Allgemeinpraktikern und Spezialärzten für Innere Medizin des Pâquis werden Gespräche geführt. Das Team vermutet, dass die Ärzte neben der Polizei oftmals die einzigen Personen sind, zu denen Drogenabhängige noch Kontakt haben. Als Vertrauenspersonen können Ärzte auch wegen Aids kontaktiert werden und mit ihnen kann man offen sprechen. Im Pâquis wurden dreizehn Ärzte bzw. medizinische Institutionen befragt, ausserhalb des Quartiers werden fünf Ärzte und zwei Institutionen kontaktiert. Die Gespräche zeigen, dass der «Hausarzt» von DrogenkonsumentInnen selten oder spät aufgesucht wird. Anfragen betreffend Methadonsubstitution oder Entzüge sind selten, es sind kaum Drogenabhängige wegen somatischen Beschwerden in Behand-

lung. Im Pâquis führen drei Ärzte Methadonprogramme durch. Die ÄrztInnen sind der Ansicht, dass die Drogensüchtigen sehr lange warten, bis sie zum Arzt gehen und dann als Notfall in die Poliklinik oder die Permanence kommen. Die Permanence erklärt, dass ab und zu Süchtige wegen somatischen Problemen behandelt werden; im Frauengesundheitszentrum hat rund ein Zehntel der PatientInnen Drogenprobleme, sie suchen das Zentrum aber meist nicht deswegen auf. Die ÄrztInnen erklären, dass sie sich für den Umgang mit Drogensüchtigen zu wenig ausgebildet fühlen. Viele sind der Ansicht, dass die Zulassungsbeschränkungen für Methadonprogramme zu streng sind und dass die Richtlinien (z. B. die regelmässige Urinprobe) dem Vertrauensverhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen hinderlich sind. Die ÄrztInnen, die Methadonprogramme durchführen, erleben auch eine Art «Marginalisierung»: Die Ärzteschaft verhält sich allgemein dem Drogenproblem gegenüber sehr reserviert, die Krankenkassen machen nicht selten Probleme und aus der Nachbarschaft der Praxen kommen Beschwerden. Gewisse ÄrztInnen hätten gerne eine Beratungsstelle, an die sie sich wenden könnten, sie würden Gesprächsgruppen und Supervisionen und insbesondere verbesserte Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich der Drogen wünschen.

#### *3.2.3 Kontakt mit den Institutionen im Quartier*

Mit neun sozialen Institutionen im Quartier nehmen die TeammitarbeiterInnen Kontakt auf. Es zeigt sich, dass von ihnen niemand das Drogenproblem als eines der Hauptprobleme des Quartiers wahrnimmt. Die Hauptprobleme scheinen im Gegenteil Wohnungsnot und hohe Mieten, Alkoholismus, Isolierung der Alten, hohe Fluktuation der Bevölkerung, hoher AusländerInnenanteil, Mangel an Aktivitäten für Kleinkinder sowie Kinderbanden zu sein. Allgemein wird der Kontakt mit Drogensüchtigen aber als schwierig erlebt. Generell scheint die Komplexität der sozialen Probleme, mit denen die Institutionen konfrontiert sind, ihre Kapazität und ihre Kompetenzen zu überfordern.

#### *3.2.4 Kontakt mit Restaurants und VerkäuferInnen von Tabakläden*

Diese beiden Personengruppen zeigen sehr viel Zurückhaltung in der Beantwortung von Fragen, sie wollen wegen ihren Kunden diskret sein. Die Mehrheit der Befragten möchte in ihren Geschäften niemanden ausschliessen, Drogensüchtige werden bedient, sofern sie sich regelkonform verhalten. Man möchte aber auch nicht zu einem «Drogentreff» werden. Eine Person gibt an, ihr Vorgänger im Geschäft habe es wegen dem dort stattfindenden Drogenhandel verkauft. Heute ist für alle offenbar das Drogenproblem sekundär.



### **3.3 Aktivitäten in Bezug auf eine Verstärkung der interinstitutionellen Zusammenarbeit zugunsten der Drogensüchtigen**

PRIP ist ein Experiment zur interinstitutionellen Zusammenarbeit zwischen zwei grossen, allgemeinen sozialen Institutionen und zwei auf die Drogenproblematik spezialisierten Institutionen der Stadt Genf. Alle Projektmitarbeitenden sind von je einer dieser Institutionen für die Arbeit im PRIP delegiert und immer noch mit einem kleinen Pensum in ihrer bisherigen Tätigkeit engagiert. Es gelingt PRIP, den Informationsfluss zu verbessern, Stärken der Institutionen dank gutem Zugang zu nutzen und eine Diskussion über Zuständigkeiten und Ansprüche zu lancieren. Die MitarbeiterInnen selber konnten ihre Kompetenzen erweitern, sie haben eine bessere Kenntnis anderer Institutionen und eine globale Sichtweise der Drogenproblematik.

## 4. Diskussion / Schlussfolgerungen

### **4.1 Alltagsbedürfnisse der DrogenkonsumentInnen und ihre Konsequenzen für soziale Interventionen**

Präsenz vor Ort – Persönlicher Kontakt

Ein Angebot, das es den Drogensüchtigen erlaubt, auf informelle Art mit den Hilfsangeboten Kontakt aufzunehmen, ist notwendig. Gefragt wäre eine Art Anlaufstelle, zudem braucht es mehrere dezentrale Angebote mit Aufenthalts- und Injektionsräumen. Eines der Angebote sollte sich auf Frauen konzentrieren. In der Nähe dieser Angebote ist Polizeipräsenz nötig, allerdings sollte die Polizei von der Personenkontrolle der Süchtigen absehen. Selbsthilfegruppen von Drogensüchtigen sind zu fördern und zu unterstützen. Bei jungen KonsumentInnen sollten bestehende Beziehungsnetze gesichert und verstärkt werden, gleichzeitig ist Sensibilisierungsarbeit zu leisten.

Die Angebote der Drogenarbeit müssen von ihrer reinen Abstinenzorientierung wegkommen. Es braucht vermehrt Drogenabgabeprojekte.

### **4.2 Verstärkung der Ressourcen des Quartiers**

Die Zusammenarbeit mit Apothekern ist wichtig, sie muss auf einem partizipativen Ansatz aufbauen. Der Austausch von Berufserfahrung und die Diskussion berufsethischer Fragen und eines Berufsbildes im Rahmen der Gesundheitspolitik muss ermöglicht werden. Den ApothekerInnen muss konkrete Hilfe bei Problemen im Alltag im Umgang mit Süchtigen angeboten werden.

Austauschmöglichkeiten brauchen auch die MedizinerInnen. Für MedizinerInnen, die Substitutionsprogramme durchführen, braucht es eine verstärkte Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten. MedizinerInnen sollten sich an eine Vertrauensperson wenden können, wenn sie im Umgang mit Drogensüchtigen Fragen haben.

Im Quartier selber braucht es eine Stelle für Prävention und Gemeindefarbeit. Diese Stelle würde auf Anfrage bei Konflikten intervenieren, Arbeitsgruppen ins Leben rufen, Berufsverbände unterstützen und Kontaktzentren beraten. Generell ist ein partizipativer, gemeindeorientierter Ansatz unabdingbar.

Die bestehenden gesetzlichen Grundlagen im Zusammenhang mit den illegalen Drogen müssen im Hinblick auf eine Revision diskutiert werden. Im Moment müssen die Spielräume des Gesetzes möglichst ausgeschöpft werden.

## 5. Empfehlungen

- Die interinstitutionelle Arbeit muss als Forum für den Austausch zwischen den MitarbeiterInnen der verschiedenen Institutionen und Projektgruppen weitergeführt werden.
- Die Idee von Selbsthilfegruppen von Drogensüchtigen ist zu unterstützen.
- Im Betreuungssystem ist vorzusehen, dass Drogensüchtige eine Ansprechperson erhalten, die für sie zuständig ist und als MediatorIn wirkt.
- Der Zugang zu medizinischer, finanzieller und therapeutischer Hilfe muss verbessert werden.
- Die Hilfsangebote müssen von ihrer Abstinenzorientierung wegkommen, insbesondere muss die Drogenabgabe ausgebaut und diversifiziert werden.
- PRIP soll auf Gemeindeebene weitergeführt werden als Präventions- und Interventionsteam, um die Massnahmen in den Quartieren zu unterstützen.
- Es sollen zwei niederschwellige Kontakt- und Informationszentren entstehen, die DrogenkonsumentInnen eine unverbindliche Kontaktaufnahme mit dem Hilfesystem ermöglichen.

## 6. Referenzen

1. Junod E, Perruchoud F. La traversée des Pâquis. Mémoire de Licence, Département de Géographie, Université de Genève, 1987.

2. Lander B. HIV-Prävention bei intravenösem Drogenkonsum in ländlichen Regionen. Bundesamt für Gesundheit, Bern, 1991.
3. Spreyermann C, Flückiger M. Aidsprävention bei DrogenkonsumentInnen. Evaluation der Aktion «Sprützhüsli» in Basel. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), Lausanne, 1990.
4. Alter ego. Journal de Prévention-Santé, Association Espoir-goutte d'or, Paris, 4, 1992.

## 7. Wissenstransfer

### 7.1 In der Praxis

Der Wissenstransfer geschieht durch die Projektanlage. Die am Aktionsforschungsprojekt beteiligten MitarbeiterInnen und projektverantwortlichen Institutionen auf Trägerschaftsebene garantieren einen guten Transfer. Mit einer Kurzfassung des Berichtes werden alle angesprochenen sozialen Institutionen und alle interviewten Ärzte informiert.

### 7.2 Auf wissenschaftlichem Gebiet

Veröffentlichung als Bericht und als Kurzzusammenfassung.

## 8. Konsequenzen der Evaluation in Bezug auf die öffentliche Gesundheit, die Drogenpolitik etc.

Das Aktionsforschungsprojekt hat durch die prominente Vertretung der grossen Institutionen und der Kantonsverwaltung in der Trägerschaft zahlreiche Auswirkungen auf die Drogenpolitik des Kantons Genf. Im 4-Jahres-Bericht der Fachkommission für Drogenfragen (*La toxicomanie à Genève 1989–1993*, in: les cahiers de la santé, herausgegeben von der Direction générale de la santé publique, No 5, 1994) werden die Evaluation von PRIP und die wesentlichsten Empfehlungen aufgenommen. Vom Parlament verabschiedet und umgesetzt werden folgende Empfehlungen: Heroin- und Methadonabgabestelle; Angehörigenberatungsstelle; Gemeindepräventionsprojekt.

Korrespondenzadresse:  
Christine Spreyermann  
Soziologin  
sfinx – Sozialforschung·Evaluationsberatung  
Supervision  
Maulbeerstr. 14  
3011 Bern  
E-Mail: [sfinx.cs@bluewin.ch](mailto:sfinx.cs@bluewin.ch)

# Evaluation de l'Exposition Santé-Jeunesse\*

Gérard J.P. Piquerez, Institut Pédagogique Porrentruy

## Résumé

L'exposition, fruit d'une collaboration entre quelques médecins, représentant les différentes Ligues de la Santé du Canton du Jura, trois formateurs d'enseignants et un graphiste, s'est déroulée sous l'égide des Services cantonaux jurassiens de la Santé et de l'Education. Elle a déjà été appréciée par plus de 10 000 enfants jurassiens, neuchâtelois et valaisans de 9 à 13 ans qui l'ont visitée par classe sous la conduite de leur enseignant. Elle leur présente quatre sujets considérés comme importants dans le domaine de la santé: *l'air, l'alimentation, le sommeil et le mouvement*; ces thèmes sont traités et organisés en modules séparés, pouvant se disposer indépendamment les uns des autres, en fonction du lieu de l'exposition et de la place disponible. A travers cette exposition les concepteurs souhaitent modifier certains comportements des enfants dans le cadre d'une action décrite comme gaie, attrayante et amusante de promotion de la santé. Les élèves doivent y réaliser des expériences et être actifs tout au long du parcours. L'Office Fédéral de la Santé Publique a subordonné sa subvention à la conduite d'une *évaluation de l'exposition*; cette dernière a permis d'apprécier dans quelle mesure les objectifs des concepteurs ont été atteints, de mettre en évidence les aspects positifs ainsi que les difficultés d'une telle entreprise et d'émettre des propositions pour d'autres actions de ce type. Les moyens utilisés ont été l'entretien, le questionnaire, l'observation et l'animation pédagogique auprès des concepteurs, des élèves, des enseignants et des visiteurs adultes. Nos enquêtes parfois comparatives montrent que l'exposition suit assez bien les lignes que se sont données les concepteurs. La perception du message de l'exposition, de la part des élèves et des enseignants est très bonne malgré quelques éléments qui paraissent en affaiblir l'ampleur (certains textes ou activités inadaptés notamment). Les différentes mesures de l'impact dans le public visé sont concordantes. La conception de la santé proposée à travers l'exposition a modifié la manière dont les enfants voient la santé, mais elle a aussi introduit un certain flou dans les connaissances des élèves: ce à quoi ils avaient réfléchi précédemment n'appartient pas à la nouvelle conception de la santé que leur a proposée l'exposition. Ainsi, lorsqu'on leur a demandé s'ils ont déjà réfléchi à leur santé, leur avis varie avant et après l'exposition. *Nous avons constaté* que l'exposition, si elle constitue un facteur indéniable de changement, est certainement insuffisante à elle seule pour asseoir durablement les connaissances et les comportements acquis. Des actions complémentaires doivent renforcer son action.

## 1. Introduction: brève présentation de l'exposition

L'exposition est le fruit d'une collaboration entre quelques médecins, représentant les différentes Ligues de la Santé du Canton du Jura, trois formateurs d'enseignants et un graphiste. Elle s'est déroulée sous l'égide des Services cantonaux jurassiens de la Santé et de l'Education. Elle s'adresse à des enfants de 9 à 13 ans qui la visitent par classe sous la conduite de l'enseignant. Elle leur présente quelques sujets considérés comme importants dans le domaine de la santé: *l'air, l'alimentation, le sommeil et le mouvement*; ces thèmes sont traités et organisés en modules séparés, pouvant se disposer indépendamment les uns des autres, en fonction du lieu de l'exposition et de la place disponible. La conception d'ensemble a été élaborée par la commission ad hoc, mais la réalisation de chaque module a été confiée à une ou deux personnes.

A travers cette exposition les concepteurs souhaitent modifier certains comportements des enfants dans le cadre d'une action décrite comme gaie, attrayante et amusante de promotion de la santé. Les élèves doivent y réaliser des expériences et être actifs tout au long du parcours. Ainsi, dans chaque module, ils sont appelés à effectuer certaines activités<sup>1</sup>: ici, passer dans un tuyau, adapter la hauteur d'une chaise, répondre à des questions dans un parcours inspiré du «*Livre dont tu es le héros*», là, composer des menus, mesurer sa capacité respiratoire, écouter les bruits de la nuit...

Dans le cadre du financement de l'exposition, les concepteurs ont fait appel à l'Office Fédéral de la Santé Publique. Ce dernier a subordonné sa subvention à la conduite parallèle d'une évaluation de l'exposition; celle-ci doit permettre d'apprécier dans quelle mesure les objectifs des concepteurs ont été atteints, de mettre en évidence les aspects positifs ainsi que les difficultés d'une telle entreprise et d'émettre des propositions pour d'autres actions de ce type.

## Key Words

Health Promotion,  
Exhibition,  
Interaction,  
Adolescent,  
Valuation,  
Triangulation

<sup>1</sup> Des précisions sur l'organisation des modules sont contenues dans le dossier pédagogique envoyé à chaque enseignant concerné.

\* Cette évaluation a été soutenue par le contrat n° 8004 de l'Office fédéral de la santé publique.

## 2. Méthodes: déroulement de l'évaluation

Au moyen de ces différents éléments et grâce aux premiers documents recueillis, nous avons mené une pré-enquête dans le but de conduire à bien une double évaluation autant quantitative que qualitative. Notre but était de tenter d'apprécier la perception du message par le public-cible, les difficultés rencontrées par les enfants, mais aussi d'estimer quelques résultats ou conséquences finales de l'opération, tels que la transformation de certains comportements.

Pour préciser les objectifs à atteindre par l'exposition, nous nous sommes entretenus, sur la base d'un canevas commun, avec chacun des concepteurs. Les entretiens ont permis de dégager un certain nombre d'accords, des points de vue partagés par tous. En voici quatre parmi les plus importants:

- La santé est un capital à gérer avec attention et parcimonie.
- La prévention positive est de loin la plus favorable à une prise de conscience et à un investissement du public<sup>2</sup>.
- L'exposition se donne pour but d'éduquer les enfants à la santé, en «visant à promouvoir dans une population donnée, des attitudes et des comportements favorables à la santé». Elle doit permettre d'acquérir des «stratégies d'évitement de la maladie».
- L'interactivité voulue entre les visiteurs et le matériel de l'exposition doit favoriser les apprentissages et les modifications de comportements.

Dans le but d'établir le *niveau général de certaines connaissances et d'apprécier quelques pratiques du public-cible après l'exposition*, nous avons construit un questionnaire de huit pages que nous appelons le «petit questionnaire», destiné à plus de 4000 élèves jurassiens. Il a été remis à chaque enfant ayant visité l'exposition et a été rempli en classe sous la surveillance de l'enseignant. Lors de la réalisation de ce questionnaire, nos objectifs étaient de plusieurs ordres. Nous voulions principalement:

- déterminer les définitions de la santé que donnent les enfants, au travers de réactions à des affirmations telles que: «L'exposition m'est utile pour savoir me comporter dans la vie de tous les jours»...,
- mesurer leur degré d'implication comme consommateurs de l'exposition: «Cette exposition ne m'a rien appris», «L'exposition m'a intéressé(e)... »,

<sup>2</sup> Par «prévention positive», les concepteurs définissent une démarche qui ne tend pas à effrayer mais, au contraire, qui met l'accent sur les actions positives pour le maintien de la santé, sans scénario-catastrophe.

- cerner comment les enfants se positionnent comme auteur, «mainteneur» de leur santé: «Avoir la santé, c'est le contraire d'être malade», «Être en bonne santé, c'est *uniquement* une chance... », «Je peux réellement faire quelque chose pour rester en bonne santé»,
- mettre en évidence l'implication de leur environnement parental et écologique: «... je devrais carrément déménager», «... il faudra convaincre mes parents».
- recueillir leur avis concernant les principes de construction de l'exposition: «J'ai aimé pouvoir faire quelque chose et pas seulement regarder.»

Les premières réactions du public-cible et la mise en évidence des limites de notre questionnaire nous ont guidés dans la construction d'une série de questions à poser aux enfants lors d'un test «pré-post» mené avec ce que l'on a appelé le «grand questionnaire»:

Trois semaines avant et trois semaines après leur visite de l'exposition, ce questionnaire a été soumis aux élèves de trois classes de Delémont de cinquième année scolaire (âge moyen du public-cible: onze ans). Parallèlement aux passations du grand questionnaire, nous avons mené dans la même ville avec deux autres classes du même degré, une animation pédagogique sur la base d'une quarantaine de dessins présentés dans l'exposition. Durant la visite de chacune de ces classes, nous avons observé, questionné et vérifié la présence ou l'absence de comportements attendus par les concepteurs, comme l'échange de points de vue entre pairs, l'interaction avec le matériel, la lecture des panneaux, la réalisation d'expériences selon des directives écrites, le fonctionnement des auto-corrrections après exercices et expériences.

## 3. Résultats

### 3.1 Résultats du petit questionnaire

Parmi vingt situations les élèves devaient indiquer celles qui sont bonnes pour sa santé et entourer les six plus importantes. Les dessins les plus choisis représentent des activités favorables à la santé. Trois d'entre eux concernent spécifiquement le domaine de l'alimentation.

Une autre consigne permettait d'obtenir un point de vue global sur l'exposition: «Entoure les six mots qui, selon toi, sont les plus importants de l'exposition.» Les enfants qui choisissent les mots qui ne correspondent pas aux buts de l'exposition, ont tendance à conserver tout au long du questionnaire une représentation très tranchée et prescriptive du maintien de la santé. Pour eux, l'exposition a mon-

tré *ce qu'il faut faire* et ce que l'on *ne doit pas faire* pour se maintenir en bonne santé. Ce sont également ces enfants-là qui souhaitent que leurs parents soient mis au courant afin de les aider à suivre les conseils donnés par l'exposition. D'autres élèves disent ne pas vouloir changer leurs habitudes malgré ce qu'ils ont appris dans l'exposition: «Je ne changerai jamais mes comportements», «Je ne vais pas arrêter les frites et le coca!»...

Plus de 90% des élèves affirment que «L'exposition m'est utile pour savoir me comporter dans la vie de tous les jours». «Certains aspects de l'exposition ne les ont pas «branché(s)»: les plus âgés des visiteurs n'ont pas apprécié «le tuyau dans lequel on rampe» du module Bouger. Plus de 15% des enfants n'ont pas été «branchés» par le poste «odeurs».

Les réactions aux affirmations suivantes permettent d'apprécier la définition de la santé donnée par les enfants: «Avoir la santé, c'est le contraire d'être malade», «Etre en bonne santé, c'est *uniquement* une chance...», «Je peux réellement faire quelque chose pour rester en bonne santé»... La grande majorité des élèves (70%) n'imaginent pas de définitions qui permettent des états intermédiaires entre la santé et la maladie.

Les enfants se positionnent de façon parfois contradictoire en tant qu'auteur de leur santé. Les réponses à l'affirmation suivante confirment la présence d'une sorte de dichotomie dans l'élaboration conceptuelle des enfants: «Etre en bonne santé, c'est *uniquement* une chance; cela ne dépend pas de moi.» Ici aussi, plus de 70% des enfants sont d'accord avec cette affirmation. La plupart des enfants qui pensent que la santé est uniquement une chance est paradoxalement d'avis qu'ils peuvent «réellement faire quelque chose pour rester en bonne santé». Cette contradiction met en évidence chez nos sujets, une représentation encore peu structurée de la santé, faite d'une sorte de mosaïque dont les pièces peuvent représenter tour à tour l'ensemble sans faire apparaître une claire articulation entre elles. Souvenons-nous ici que la véritable nature du concept «santé» est d'établir des relations entre les éléments d'un champ très vaste et extrêmement complexe. On assiste chez les enfants à un effort de comparaison et d'opposition qui conduira certains à une simplification et à une décantation des acquis ponctuels, afin d'aboutir à une formulation unique de ce qui fait encore aujourd'hui l'objet d'énoncés distincts. A ce propos, les concepteurs désiraient insuffler le principe que la santé est un capital à gérer avec attention et parcimonie. Le paradoxe relevé ici semble indiquer que leur but n'est pas encore totalement atteint. Mais la contradiction peut n'être qu'apparente.

Un de nos objectifs était de savoir si ce que préconisait l'exposition était bien adapté à la vie des petits jurassiens et applicable dans la vie quotidienne sans bouleversement majeur. Plus de 30% des enfants sont d'accord avec «L'exposition me dit que je dois changer mes comportements, mais il faudra convaincre mes parents». Les élèves qui pensent inutile de convaincre leurs parents (plus de 60%) estiment parfois qu'ils sont seuls responsables de ce qu'ils font.

Avec quelle intensité les enfants se sont-ils impliqués en tant que consommateurs de l'exposition? La plupart des enfants ne souscrivent pas à l'affirmation «L'exposition m'a amusé(e), mais je connaissais déjà toutes les informations qu'elle apporte». Certaines remarques laissent à penser que l'exposition a permis aux enfants de prendre conscience de certaines de leurs habitudes quotidiennes, mais aussi d'activités et de phénomènes auxquels ils n'avaient pas vraiment pensé de cette façon jusqu'alors.

Il était important de recueillir les avis des enfants concernant le degré de compréhension de l'exposition. Moins de la moitié des enfants (mais plus de 40%) ont le sentiment d'avoir parfaitement compris ce qu'on leur demandait de faire dans l'exposition. Le jugement est sévère.

Pour ceux qui ont rencontré des problèmes, les difficultés se trouvent:

- dans les consignes, les textes (plus de 30% des enfants en difficulté);<sup>3</sup>
- dans le module «manger» (plus de 20% des enfants en difficulté);<sup>4</sup>
- dans les expériences (plus de 10% des enfants en difficulté);<sup>5</sup>
- dans la perturbation apportée par les autres enfants (environ 10% des enfants en difficulté).<sup>6</sup>

Plus de 55% des enfants pensent que «L'exposition (les) a intéressé parce qu'elle est différente des autres [qu'ils ont] déjà vues». Plus de 90% des enfants sont d'accord avec l'affirmation suivante: «J'ai aimé pouvoir faire quelque chose et ne pas seulement regarder.»

<sup>3</sup> Grâce à l'observation des enfants durant l'exposition, on a mis en évidence que leur capacité de lecture n'est pas toujours suffisante et que leur maîtrise du vocabulaire de l'exposition laisse souvent à désirer.

<sup>4</sup> Les remarques portaient ici sur la complexité de certains textes et sur les obstacles à la réalisation de quelques exercices proposés par le module.

<sup>5</sup> Les considérations évoquent le manque de place autour des panneaux, autour des objets lors des moments de bousculade.

<sup>6</sup> Certains enfants semblent avoir souffert des moqueries de leurs camarades.



### 3.2 L'avis des enseignants

L'un des deux questionnaires invitait l'enseignant à donner son avis sur l'exposition et la façon dont il a organisé la visite de sa classe..., l'autre lui demandait ses réactions face au questionnaire, celles de ses élèves ainsi que le temps employé à le remplir. Il apparaît que le temps consacré à la visite varie passablement en fonction de l'implication personnelle de l'enseignant. Certains d'entre eux ont préparé la visite et ont utilisé le petit questionnaire comme support pour une animation en classe, ce qui leur a permis de revoir avec les enfants quelques questions restées en suspens durant l'exposition. D'autres ont trouvé très intéressant le petit questionnaire parce qu'il a suscité des discussions et des échanges entre les élèves. «Il est intéressant dans le sens où il nous a permis de faire une brève remédiation après l'avoir rempli.» «On a envie de le remplir. Disposition pas commune. Un peu difficile pour certains élèves de 3e année qui ne possèdent pas encore une lecture courante.»

### 3.3 Résultats du grand questionnaire

En comparant les niveaux de connaissances et les réactions des enfants de trois classes de 5P, (soit environ cinquante élèves dont l'âge se situe à la moyenne du public-cible) avant et après la visite, nous avons tenté d'évaluer les résultats directs et indirects de l'exposition. A partir des entretiens avec les concepteurs, des premiers résultats aux divers questionnaires et de quelques conversations avec des élèves durant leur visite, nous avons formulé un ensemble de questions qui permettent, soit de lever certaines ambiguïtés, soit de préciser les résultats les plus importants de l'exposition. Très bien accueillie par les enfants et les enseignants, l'exposition n'a pas répondu à toutes les questions des enfants, mais elle n'a pas non plus tari leur intérêt pour la question. D'ailleurs, cette question ne s'adresse pas uniquement à l'école et aux enseignants: les enfants aimeraient, en majorité, que ce soit leurs parents qui leur parlent de santé. Pour les élèves, celle-ci appartient, en partie du moins, au domaine de l'éducation familiale. *Ainsi, les actions à entreprendre seront les bienvenues, notamment si elles se situent dans le cadre familial.*

Après l'exposition, les élèves sont aussi nombreux qu'avant à vouloir changer leurs habitudes; contre toute attente, lors du second passage du questionnaire, le nombre d'enfants à considérer, ayant déjà changé leurs habitudes, est moins important qu'avant l'exposition. Après leur visite, ont-ils dû revoir à la baisse les changements effectivement réalisés? Par contre, ils sont plus nombreux à dire qu'ils proposent parfois à leurs parents de modifier

quelque chose et que ceux-ci n'acceptent que rarement leurs idées. L'exposition a-t-elle provoqué une augmentation des propositions des enfants à leurs parents? On peut le supposer. Ont-elles amené quelques refus, d'autant plus durs à accepter que les propositions étaient étayées par «une vérité d'exposition»? C'est probable, car dans quelle mesure, par exemple, les élèves peuvent-ils orienter les choix concrets de leur milieu familial? *On peut conclure que quelques prolongements de l'exposition devraient s'adresser à la famille dans sa globalité.* On constate toutefois que le module «manger» semble réellement introduire des critères supplémentaires dans les choix alimentaires des élèves. Le module «dormir», quant à lui, permet de remettre à jour les connaissances des élèves sur les causes de l'insomnie. Les nombreuses notions proposées par le module «respirer» n'ont pas été acquises sans quelques confusions. Le module «bouger» semble accomplir modestement sa tâche.

Ainsi, on remarque donc que le changement est bien engagé auprès des enfants, mais il reste à le consolider.

### 3.4 Enquêtes qualitatives

#### 3.4.1 Les animations

Sur la base de 37 illustrations créées par le graphiste de l'exposition, nous avons mené des animations-entretiens avec des enfants de deux classes de cinquième année primaire avant et après leur visite. Ces entretiens ont été filmés et décryptés selon une grille pré-établie. Notre rencontre comportait trois phases: une première découverte du matériel en collectif, ensuite l'élaboration et la présentation par groupe de deux élèves d'une histoire basée sur quatre des images proposées; pour conclure on demandait le classement des illustrations en ensembles à déterminer. A l'occasion de ces activités, les enfants ont échangé passablement d'opinions qui confirment que l'exposition encourage à la vie saine et à une pratique modérée du sport.

#### 3.4.2 Observations des visiteurs

Les classes soumises, soit au grand questionnaire, soit aux animations, ont été suivies durant leur visite de l'exposition. Une grille d'observation a été conçue à cet effet et deux caméras vidéo ont été placées à des endroits stratégiques. Les observations effectuées fortifient en tous points les résultats obtenus par d'autres moyens de prise d'informations. Certains termes utilisés, certaines expériences proposées, certaines notions employées ont diminué l'impact de l'exposition.



#### 4. Discussion et conclusion

Nos enquêtes montrent que l'exposition suit assez bien les lignes que se sont données les concepteurs. La perception du message de l'exposition par les élèves et les enseignants est très bonne, malgré quelques éléments qui paraissent en affaiblir l'ampleur (certains textes ou activités inadaptés notamment). Les différentes mesures de l'impact dans le public visé sont concordantes: l'action est une réussite partielle et les résultats et conclusions sont d'autant plus à nuancer que l'on cherche des effets à plus long terme. La conception de la santé proposée à travers l'exposition a modifié la manière dont les enfants voient la santé, mais elle a aussi introduit un certain flou dans les connaissances des élèves: ce à quoi ils avaient réfléchi précédemment n'appartient pas de plein droit à la nouvelle conception de la santé ou n'a pas le poids des réflexions que leur a proposées l'exposition. Ainsi, lorsqu'on leur a demandé s'ils ont déjà réfléchi à leur santé, leur avis varie avant et après l'exposition.

Nous avons constaté que l'exposition, si elle constitue un facteur indéniable de changement, est certainement insuffisante à elle seule pour asseoir durablement les connaissances et les comportements acquis. Des compléments doivent renforcer son action première.

Son amélioration est réalisable simplement: en limitant les ambitions des modules «manger» et «respirer», en repensant certains textes, en supprimant ou en simplifiant certaines expériences, choix et actions à mener avec des objectifs limités et clairement opérationnalisables, en restructurant de fond en comble le module «bouger», en améliorant le matériel audio du module «dormir», en destinant l'exposition à un public plus restreint.

Comme les enfants désirent que leurs proches leurs parlent de santé, nous proposons dans l'esprit de l'exposition, la confection de jeux de société à utiliser en famille, de préférence. Diverses propositions sont offertes dans le rapport final<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Gérard Piquerez, Patricia Dumont, Pascal-Eric Gaberel. Evaluation de l'exposition Santé-Jeunesse. Section recherche et développement de l'Institut pédagogique, Porrentruy, 1994.

Adresse pour correspondance :  
Dr Gérard J.P. Piquerez  
Institut Pédagogique Porrentruy  
23, rue du Banné  
2900 Porrentruy  
E-Mail: gerard.piquerez@jura.ch  
ou gerard.piquerez@span.ch

# Das Experiment Café Saïgon 1994–95\*

Alberto Munari, Donata Fabbri Munari, Universität Genf, Unité de Psychologie de l'Education

## Zusammenfassung

Café Saïgon ist ein computerbasiertes Programm zur Prävention von Problemen durch Alkohol- und Drogenkonsum bei Jugendlichen, das in einem Grossteil der Schulen und schulnahen Einrichtungen für Jugendliche ab 15 Jahren in der französischsprachigen Schweiz in den Jahren 1994 und 1995 zum Einsatz gekommen ist. Die Evaluation begann gleichzeitig mit dem Präventionsprogramm und untersuchte die Attraktivität des Programms für Jugendliche, die Interaktionen zwischen dem Programm und seinen Benutzern, dessen Einfluss auf das Verhalten der Jugendlichen sowie die durch das Programm ausgelöste institutionelle Dynamik. Als Untersuchungsmethoden wurden die direkte Beobachtung des Verhaltens der Jugendlichen am Gerät, Interviews mit Schülern, Lehrern und Verantwortlichen und Fragebogen-Erhebungen bei Schülern und Lehrern angewandt. *Zusammenfassend* kann die globale Einschätzung des Café-Saïgon-Experimentes als ermutigend und positiv bezeichnet werden.

## 1. Einleitung

Café Saïgon ist ein vom GREAT (Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies) theoretisch und technisch entwickeltes computerbasiertes Programm zur Prävention von Problemen durch Alkohol- und Drogenkonsum bei Jugendlichen. Es wird vom Bundesamt für Gesundheit, der Eidgenössischen Alkoholverwaltung, der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung und von der Société de la Loterie de la Suisse Romande finanziell unterstützt. Seit April 1994 wurde es in einem Grossteil der von Jugendlichen ab 15 Jahren besuchten Schulen und schulnahen Einrichtungen der Westschweizer Kantone eingesetzt, in Form eines frei zugänglichen Videostandes mit Touch-Screen (berührungsempfindlichem Bildschirm), der in einem dafür geeigneten Raum aufgestellt wurde, begleitet von einer einführenden Dokumentation sowie von Arbeitsunterlagen für Lehrer und Jugendbetreuer. Die Geräte machen die Runde von einer Schule zur anderen und stehen jeweils ca. 10 Tage bis 1 Monat zur Verfügung.

## 2. Vorgehen / Methodik

Die Evaluation begann gleichzeitig mit dem Einsatz des Café-Saïgon-Programmes in den verschiedenen Lehranstalten. Hauptziel war die Untersuchung folgender Aspekte:

- die Attraktivität des Programmes für Jugendliche;
- die Interaktionen zwischen dem Programm und seinen Benutzern;
- der Einfluss des Computerspiels auf das Verhalten der Jugendlichen;
- die in den Schulen und schulnahen Einrichtungen ausgelöste institutionelle Dynamik.

Zu diesem Zweck wurden in die Evaluation *verschiedene Untersuchungsmethoden* einbezogen:

- Direkte Beobachtung des Verhaltens der Jugendlichen am Gerät

## Key Words

Primary Prevention of Alcohol and Drug Related Problems, Health Promotion, Computer Based Programme, Schools, Adolescents, Teachers of

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus: Rihs-Middel M, Lotti H. Suchtforschung des BAG / Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996. Bern, EDMZ, 1997. (Die Zusammenfassung wurde durch den Herausgeber hinzugefügt.)

- Interviews mit Schülern, Lehrern und Verantwortlichen
- In den Klassen an die Schüler verteilte Fragebogen
- In den Lehrerzimmern an die Lehrer verteilte Fragebogen

Als *wichtigste unabhängige Variablen* wurden einbezogen:

- Alter der Jugendlichen (unter 16, 16–18, über 18 Jahre)
- Geschlecht
- Schultyp (Gymnasium oder vergleichbare Institution; Lehrlingsausbildungsstätte oder technische Berufsschule)
- geokulturelles Umfeld (ländliches vs. städtisches Umfeld)

*Zahlenangaben zur Evaluation:*

- 15 Lehreinrichtungen in
- den Kantonen (FR, GE, JU, NE, VD, VS und im französischsprachigen Teil von BE) wurden untersucht.
- 7 davon wurden drei Monate nach der Einrichtung des Videostandes nochmals besucht.
- 894 Jugendliche und
- 75 Erwachsene haben auf die erste Serie von Fragebogen geantwortet.
- 522 Jugendliche und
- 26 Erwachsene haben auf die zweite Serie von Fragebogen geantwortet.
- 168 Gespräche wurden mit Jugendlichen geführt.
- 22 Gespräche wurden mit Lehrern geführt.
- 54 Beobachtungsreihen wurden aufgezeichnet.
- 95 brauchbare automatische Aufzeichnungen konnten über die Videostände realisiert werden, die insgesamt
- 29 105 570 Oktette und
- 14 108 Spieldurchläufe umfassen.

### 3. Ergebnisse der Evaluation

1. Der Attraktivitätsgrad des Café-Saigon für das Zielpublikum der Jugendlichen kann als zufriedenstellend bezeichnet werden, insbesondere bei den Jugendlichen unter 16–17 Jahren. Anhand der Ergebnisse der analysierten Stichproben kann der Prozentsatz der Jugendlichen, die in den verschiedenen Lehreinrichtungen das Programm benutzt haben, auf 60–65% geschätzt werden, d.h. auf insgesamt etwa 18 000 Jugendliche. «Einfach, sympathisch, originell, angenehm, amüsant, interessant» waren die meistgebrauchten Adjektive,

mit denen das Computerspiel beschrieben wurde. Die älteren Jugendlichen hingegen beurteilten es als etwas zu moralisierend und abstrakt im Vergleich zu selber gemachten Erfahrungen. Mädchen scheinen allgemein mehr Gefallen daran zu finden als Jungen. Was das Umfeld betrifft, so scheinen die städtischen Jugendlichen dem Spiel gegenüber etwas kritischer eingestellt zu sein als diejenigen aus ländlichen Regionen. Der Schultyp scheint hingegen die globale Bewertung des Spiels nicht systematisch zu beeinflussen; er macht sich eher bei bestimmten Themen bemerkbar, wie zum Beispiel dem Alkoholkonsum, der von Schülern der technischen Berufsschulen häufiger eingestanden wird als von Gymnasialschülern.

2. Bezüglich der Interaktionen zwischen dem Programm und seinen Benutzern war zu beobachten, dass die Jugendlichen öfter in Gruppen als alleine spielen. Die Gymnasialschüler spielen im Durchschnitt einmal, vor allem diejenigen unter 16–17 Jahren, während Schüler der technischen Berufsschulen zwei- bis dreimal spielen, besonders die älteren und die auf dem Lande lebenden. Diejenigen, die mehr als einmal spielen, halten sich im allgemeinen bei den verschiedenen Spielszenen länger auf, wohingegen diejenigen, die nur einmal spielen, rascher von einem Bildschirm zum anderen überwechseln. Allgemein beträgt die durchschnittliche Verweildauer pro Bildschirm 23 Sekunden, wobei sich die städtischen Benutzer als ungeduldiger erweisen (18–19 Sek. im Durchschnitt) als die Berufsschüler auf dem Lande (24–25 Sek.). Die Interaktivität des Spieles wird als nicht flexibel genug beurteilt, und die Möglichkeiten des «Zurückgehens» werden allgemein wenig genutzt (5% der gesamten Aktionen). Von den Hauptfiguren des Spiels wird Manuela am meisten gewählt (50 bis 60%), vor allem von den Gymnasialschülern in der Stadt, gefolgt von Thierry, den die älteren Berufsschüler auf dem Lande bevorzugen, und von Yvan. Die «Info-Flashes», die von Zeit zu Zeit während des Spiels erscheinen, um Informationen über die Drogen zu vermitteln, Fragen aufzuwerfen oder Themen zum Nachdenken vorzuschlagen, unterbrechen nach Ansicht der meisten Benutzer auf störende Weise den Spielablauf. Diese Feststellung wird auch durch die Verweildauer von durchschnittlich 20 Sekunden bei den «Info-Flashes» unterstrichen, die 3 Sekunden unter derjenigen der anderen Bildschirme liegt. Ausnahmen bilden die «Info-Flashes», die sich mit Problemen der Einsamkeit und depressiver Zustände befassen; hier bleiben die Spieler im Durchschnitt 38–39 Sekunden am Bildschirm, mit einer deutlichen Vorliebe für das Thema Trauer (112 Sekunden!). Auch der Flash zum Thema Heroin erweckt Interesse (90 Sek.). Hingegen besteht wenig Interesse für die «Info-Flashes» über Cocktails, Kokain, Ecstasy, Medikamente, Amphetamine und Appetitzügler

(weniger als 10 Sek.). Im übrigen besteht vermehrtes Interesse an Entscheidungs- und Wahlproblemen bei den älteren Jugendlichen, während sich jüngere Schüler vergleichsweise mehr für Kokain, Appetitzügler und Freundschaft interessieren.

3. Der Einfluss des Spieles auf das Verhalten der Jugendlichen scheint eher im Bereich des Informierens, Unterhaltens, über sich selbst Nachdenkens und Vorbeugens zu liegen als darin, seine Freizeit besser zu nutzen, unabhängiger zu werden oder sich Freunde zu machen. Jedoch sind die Jugendlichen der Ansicht, dass das Spiel kaum zu echten Verhaltensänderungen beiträgt, insbesondere was den affektiven Bereich betrifft. Im übrigen zeigt sich auch hier eine Tendenz, die schon weiter oben erwähnt wurde: die positivsten Einschätzungen kommen von jüngeren Gymnasialschülern und von Schülern in ländlichen Regionen. Die Lehrer ihrerseits scheinen dem Spiel eine gewisse Rolle zuzuschreiben, was Prävention, Eigeninitiative und das Erkennen der Risiken und der eigenen Grenzen betrifft. Exzessiver Alkohol-, Tabak- und Drogenkonsum werden als die gefährlichsten Verhaltensweisen betrachtet, vor der Einnahme von Medikamenten, die als ein eher weibliches Phänomen eingestuft wird.
4. Hinsichtlich der institutionellen Dynamik sind sich die Jugendlichen und die Erwachsenen darin einig – unabhängig davon, ob sie selbst gespielt haben oder nicht –, dass das Café-Saïgon-Programm zu interessanten Diskussionen in der Schule angeregt hat. Hingegen wurden keine spürbaren Veränderungen in der Gestaltung des Unterrichts oder im Kontakt zwischen Schülern und Lehrern beobachtet. Die Spieler sind im Gegensatz zu den Nicht-Spielern der Ansicht, dass das Spiel dazu beigetragen hat, die Beziehungen unter den Jugendlichen zu verbessern, wobei dieser Unterschied stärker von den Erwachsenen als von den Jugendlichen betont wird. Drei Monate nach Entfernen des Videostandes scheint die Erinnerung an Café Saïgon allgemein noch lebhaft und präzise zu sein, jedoch mehr bei den Erwachsenen (88%) als bei den Jugendlichen (55%). Unter den letzteren erinnern sich die Schüler des wissenschaftlichen Zweiges der städtischen Gymnasien am genauesten an Einzelheiten des Spiels. Im nachhinein räumen die meisten Lehrer jedoch ein, dass das Spiel nur wenig Änderungen in der Organisation von Aktivitäten mit sich gebracht habe, abgesehen von einigen Kontaktaufnahmen mit anderen Einrichtungen oder Treffen mit Experten. Die Initiative zu solchen Kontaktaufnahmen ging jedoch meist von den Lehrern aus, die sich schon vorher mit Fragen der Prävention beschäftigt haben; die anderen, d.h. die Mehrheit, zeigte kein weitergehendes Interesse. Einige Schüler haben erwähnt, dass in bestimm-

ten Unterrichtsfächern neue Themen angesprochen wurden, andere, insbesondere aus dem ländlichen Milieu, haben verbesserte Kontakte im Familienkreis bestätigt. Nur eine Minderheit der Lehrer sämtlicher Schulen hat vom Dokumentations- und Animationsmaterial Gebrauch gemacht, das mit dem Spiel geliefert wurde; ein Viertel wusste nicht einmal von seiner Existenz.

#### 4. Diskussion / Schlussfolgerung

Zusammenfassend kann die globale Einschätzung des Café-Saïgon-Experimentes bei den meisten der befragten Personen als ermutigend und positiv bezeichnet werden. Im Zentrum der Kritik steht weniger das Instrument als solches, als die Art und Weise, wie es in den verschiedenen Institutionen präsentiert wurde. Hingegen wurden seine Zielsetzung, seine Philosophie und seine Möglichkeiten wahrgenommen und als wertvoll bezeichnet, wie dies aus einigen der nachfolgenden Kommentare hervorgeht, die im Laufe der zweiten Reihe von Gesprächen mit den Lehrern gemacht wurden:

*«...dies ist ein Instrument, das von Jugendlichen benutzt werden kann!»*

*«...dieses Werkzeug kann dank der Animation zu einer persönlichen Auseinandersetzung am Bildschirm führen.»*

*«...Café Saïgon trägt zur Bewusstmachung bestimmter Probleme bei...»*

*«...es handelt sich um ein anpassungsfähiges, flexibles, mobiles Instrument, das die Schule autonom einsetzen kann.»*

*«...dieses Instrument kann bei richtiger Anwendung eine zusätzliche Motivation für die Schule darstellen, sich im Bereich der Prävention zu engagieren.»*

Korrespondenzadresse:  
Professeur Alberto Munari  
Université de Genève  
Unité de Psychologie de l'Éducation  
9, route de Drize  
CH-1227 Carouge  
E-Mail: alberto.munari@unige.ch

# Das Pilotprojekt SPAZ zur Suchtprävention an Berufsschulen und in Lehrbetrieben im Kanton St. Gallen\*

Stefan Christen, Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung ZEPRA, St. Gallen

## Zusammenfassung

Das Pilotprojekt SPAZ (Sekundär-Prävention bei Auszubildenden) wurde auf Initiative des Kantonalen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung ZEPRA und mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit sowie des Rotary Clubs Oberer Zürichsee im April 1993 gestartet. Ziel des Projekts ist die Früherkennung von Jugendlichen mit Sucht- und/oder psychosozialen Problemen in Berufsschulen und Lehrbetrieben im Kanton St. Gallen. SPAZ will Berufsschullehrkräften Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Früherkennung vermitteln, damit sie Probleme von Lehrlingen und Lehrtöchtern wahrnehmen und angemessen handeln können. Im Rahmen des Projekts wurden eine Vielzahl verschiedener Anstrengungen unternommen. Gleichzeitig wurde eine hohe Medienpräsenz angestrebt, um das Projekt einer breiten Öffentlichkeit bekannt zu machen. Grosses Gewicht wurde auf die Weiterbildung von Lehrkräften gelegt.

## 1. Einleitung

### 1.1 Untersuchungsziel

Für die Standortbestimmung des Projekts (April 1993 – März 1995) werden punktuell Ergebnisse kleinerer Umfragen dargestellt.

### 1.2 Untersuchungsgegenstand

Auf Initiative des Kantonalen Zentrums für Prävention und Gesundheitsförderung ZEPRA und mit Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit sowie des Rotary Clubs Oberer Zürichsee wurde im April 1993 eine Projektleiterstelle für das Pilotprojekt SPAZ (Sekundär-Prävention bei Auszubildenden) geschaffen. Das Präventionsprojekt richtet sich an 20 kaufmännische und gewerbliche Berufsschulen und 6000 Lehrbetriebe und damit indirekt an rund 16 000 Lehrlinge im Kanton St. Gallen.

Ziel von SPAZ ist die Sekundär-Prävention, also die Früherkennung und -erfassung von Jugendlichen mit Sucht- und/oder psychosozialen Problemen. SPAZ will sich bewusst nicht auf die Thematik des Drogenmissbrauchs beschränken, sondern eine ganze Palette von Problemen bei Jugendlichen fokussieren. Jugendliche, die sich in der Ausbildung befinden, leben in einer instabilen Lebensphase und müssen sich neu orientieren – in solchen Phasen können Konflikte entstehen, die einzelne mit Drogen zu bewältigen versuchen. Die Probleme frühzeitig zu erkennen und eine Sucht zu vermeiden, ist Ziel der Früherkennung.

LehrerInnen und AusbilderInnen brauchen für die Früherkennung gewisse Fähigkeiten und Fertigkeiten, damit sie Probleme von Lehrlingen als solche erkennen und angemessen handeln können. An schweizerischen Berufsschulen wird – im Gegensatz zu Grossbetrieben – Früherfassung bisher kaum systematisch betrieben. Ziel von SPAZ ist deshalb die Installation von Früherfassungsmodellen an Berufsschulen und in Lehrbetrieben. Das Projekt ist regional auf den Kanton St. Gallen beschränkt.

## Key Words

Primary Prevention,  
Drug Dependence,  
Adolescence,  
Apprentices,  
Teachers of

\* Dieses Projekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Verlag Nr. 5268 unterstützt.



Im Projekt wurden folgende Hauptaktivitäten unternommen:

- Mit einem Rundbrief an die Rektorate der 20 kaufmännischen und gewerblichen Berufsschulen des Kantons St. Gallen wurde das Interesse an einem derartigen Projekt abgeklärt. Sieben der zwanzig Schulen bekundeten sehr grosses Interesse; mit ihnen konnten in der Folge Pilotprogramme erarbeitet werden. Es wurden der jeweiligen Schule angepasste individuelle Konzepte erstellt, in jedem Fall sah das Konzept ein Weiterbildungsangebot für Lehrkräfte vor.
- Bis Ende März 1995 sind insgesamt 16 der 20 sankt-gallischen Berufsschulen ins Projekt involviert. 600 Lehrkräfte – das entspricht 80% aller Berufsschullehrkräfte im Kanton St.Gallen – haben eine SPAZ-Weiterbildung besucht. An einigen Schulen haben sich Interventionsgruppen gebildet, die sich vertieft mit den Fragen der Früherfassung auseinandersetzen und dafür sorgen, dass die Idee strukturell in den Schulen verankert wird.
- Es wurden vier regionale Informationstagungen organisiert, die von ca. 500 AusbilderInnen aus Betrieben besucht wurden. In Zusammenarbeit mit dem Amt für Berufsbildung soll pro Jahr mindestens eine derartige Veranstaltung weiterhin angeboten werden. In einem Teil der obligatorischen kantonalen Lehrmeisterkurse werden 1995 Pilotlektionen zum Thema Suchtprävention und Früherfassung eingebaut und anschliessend evaluiert.
- In einem Grossbetrieb (Bühler AG, Uzwil) wurde die Installierung eines differenzierten Früherfassungsprogrammes erprobt und ausgewertet.
- Die sozialen Beratungsstellen wurden ausführlich über SPAZ-Aktivitäten informiert und zum Teil in diese einbezogen.
- Durch konsequente Medienarbeit wurde das Projekt einer breiteren Öffentlichkeit bekannt gemacht.
- Materialien zur Umsetzung der Thematik im Unterricht und Instrumente zur Unterstützung der Lehrkraft (Interventionsschema, Erfassungsbogen) wurden erstellt.
- Eine von der Klasse DG7 der Schule für Gestaltung St. Gallen geschaffene Ausstellung «Probleme haben ist menschlich», die verschiedene Thematiken aufnimmt (z.B. Drogeneinstieg, Familie, Beziehung, Suchtmittel/Fluchtmittel, Zukunftsplanning, etc.) und die regionale Hilfsangebote einbezieht, wurde an sankt-gallischen Berufsschulen gezeigt.

- Den LehrerInnen wurde empfohlen, eines oder mehrere Themen im Unterricht aufzugreifen und zu vertiefen. Als Unterstützung für die Unterrichtenden wurde eine Arbeitsmappe zusammengestellt.

## 2. Vorgehen / Methodik

### 2.1 Vorgehen

Folgende kleinere Untersuchungen, die der Standortbestimmung dienten, wurden durchgeführt:

- Schriftliche Umfrage bei allen Rektoraten der 20 Berufsschulen im Kanton St. Gallen zur Bedürfnisabklärung
- Gespräche mit den Rektoren von 11 Berufsschulen über den aktuellen Stand des Projekts an ihrer Schule
- Kurze Fragebogenerhebung anlässlich von sieben der 16 SPAZ-Weiterbildungen für LehrerInnen und zwei schulinterne Befragungen von LehrerInnen
- Interviews mit zwei Berufsschullehrern sieben Monate nach einem zweitägigen SPAZ-Seminar
- Persönliche Projektbeurteilung von acht in unterschiedlicher Weise in SPAZ involvierten Personen (Rektoren, Schularzt, LehrerInnen, etc.)

### 2.2 UntersuchungsteilnehmerInnen

Im weiteren Sinn können alle Personen, die in irgendeiner Weise mit SPAZ in Kontakt gekommen sind, als UntersuchungsteilnehmerInnen aufgefasst werden (also LehrerInnen, Rektoren, Schularzte, etc.).

Im engeren Sinn sind die UntersuchungsteilnehmerInnen zwanzig Rektorate, diverse BerufsschullehrerInnen und acht Personen mit unterschiedlicher Beziehung zum Projekt, die eine persönliche Beurteilung vorgenommen haben.

## 3. Resultate

### 3.1 Wichtigste Ergebnisse

Der Rundbrief zur Bedürfnisabklärung an den kaufmännischen und gewerblichen Berufsschulen zeigte, dass das Bedürfnis nach einer Thematisierung der sekundären Prävention gross ist. Von den zwanzig angeschriebenen Schulen waren sieben sehr interessiert, elf bekundeten abwartendes Interesse; lediglich eine Schule bekundete kein Interesse und eine Schule lehnte ab.



In den durchgeführten Rektorengesprächen ergab sich eine grundsätzlich positive Beurteilung des Projekts SPAZ.

In der *schriftlichen Befragung von LehrerInnen*, die an SPAZ-Weiterbildungsveranstaltungen teilgenommen hatten (Fragebogen anlässlich von sieben der sechzehn Weiterbildungen verteilt) und bei zwei schulinternen Lehrerbefragungen (Rücklaufquote insgesamt 60%) ergaben sich folgende Beurteilungen:

- 98% der Teilnehmenden sind mit dem organisatorischen Rahmen zufrieden.
- 72% der Teilnehmenden sehen ihre Erwartungen an die Weiterbildung erfüllt.
- Besonders gut gefiel u.a. die Ausgewogenheit des Programms und die Erarbeitung des Themas «Gesprächsführung» mit Schauspielerinnen und Schauspielern und die Tipps für den Schulalltag.
- Bemängelt wurden: Überladenes Programm, zu wenig Fallbeispiele, zu wenig Anregungen für die Praxis.
- 83% der Befragten geben an, sich in der Thematik jetzt sicherer zu fühlen und für den alltäglichen Umgang mit auffälligen Lehrlingen und Lehrtöchtern profitiert zu haben.
- 68% der Befragten würden weitere Präventionsaktivitäten an der Schule begrüßen, z.B. eine Vertiefung der Gesprächsmethodik, Supervision, etc.

Zwei interviewte Berufsschullehrkräfte geben sieben Monate nach einem zweitägigen SPAZ-Früherfassungseminar eine grundsätzlich sehr positive Rückmeldung über die Weiterbildung.

Die acht Personen, die aus ihrer persönlichen Sicht das Projekt beurteilten, geben ihm durchwegs positive Noten in Bezug auf Inhalt, Aufbau, Vorgehen, Wirksamkeit, etc.

#### 4. Diskussion / Schlussfolgerungen

Laut dem Autor und Projektleiter sind die Projektziele des Pilotprojekts SPAZ erreicht. Ein Transfer des Modells in andere Kantone ist anzustreben. Damit die Früherkennung von gefährdeten Jugendlichen an Berufsschulen und in Betrieben aber auch auf längere Sicht greift, ist eine Konsolidierung auf struktureller Ebene anzustreben.

Ein Folgeprojekt unter demselben Namen, das bereits bewilligt ist und im April 1995 begonnen wird,

setzt sich vor allem diese Konsolidierung zum Ziel. Es sollen verschiedene Modelle von Interventionsteams in Schulen erprobt werden. Dabei sollen die Interventionsteams, die sich an gewissen Schulen bereits gebildet haben, fachlich begleitet werden. Daneben ist vorgesehen, drei verschiedene Varianten zu erproben (schulinterne Teams mit externer Fachbegleitung, schulhausübergreifende Teams nach Delegiertenprinzip mit zentraler Fachbegleitung und Gruppen unter der Federführung des schulinternen Sozialdienstes) und ein Pflichtenheft für derartige Interventionsteams zu erarbeiten.

Weiter sollen in zwei weiteren Betrieben Modellprojekte erarbeitet werden.

Korrespondenzadresse:  
Stefan Christen  
Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung ZEPRA  
Magnihalden 7  
CH-9004 St. Gallen  
E-Mail: stefan.christen@gd-zepra.sg.ch

# Das Projekt SPAZ zur Suchtprävention an Berufsschulen und in Lehrbetrieben im Kanton St. Gallen: Nützlichkeit der Schulung von Kontaktpersonen in Früherfassung und Prävention\*

**Lisanne Christen, Stephan Christen**, Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaft und Gesundheitsforschung, Uetikon am See\*

**Stefan Christen, Peter Gut**, Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung ZEPRA des Kantons St. Gallen\*\*

## Zusammenfassung

Die erste, hier nicht referierte Projektphase dauerte vom 1. April 1993 bis zum 31. März 1995 und beinhaltete eine umfassende Weiterbildung von Berufsschullehrern und -lehrerinnen in der Suchtprävention von Auszubildenden. *Das – hier referierte – Anschlussprojekt* begann am 1. April 1995 und endete nach einer Verlängerung im Januar 1998. Ziele des Anschlussprojekts waren: (1) Übertragung der Verantwortlichkeit für die Drogenprävention an die Schulen und insbesondere an sogenannte Kontaktpersonen; (2) die Evaluation des Projekterfolgs. Wir befassen uns in dieser Zusammenfassung ausschliesslich mit der *Evaluation des Projekterfolgs*, die durch die ersten beiden Autoren in Zusammenarbeit mit den Auftraggebern durchgeführt wurde. *Methodisch* handelt es sich um eine Vollerhebung mit 34 Kontaktpersonen (Berufsschullehrer und -lehrerinnen, die als Ansprechpersonen in ihren Schulen im Bereich Suchtprävention fungieren). Es wurden 1996 und 1997 je eine Befragung mit identischen Fragebogen durchgeführt; nach Auswertung dieser Befragungsrunde entschloss sich die Evaluationsgruppe, eine gemachte Stichprobe mit 34 Gymnasiallehrern (1998) ohne entsprechende Weiterbildung in Suchtprävention mit demselben Instrument zu befragen. Die Auswertung besteht somit aus einer Messwertwiederholung (Befragungen 1996 versus 1997) sowie dem Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben (Befragungen 1996 versus 1998). Der Fragebogen wurde für die Untersuchung entwickelt und stellt kein standardisiertes Instrument dar. Das Instrument enthält drei Fragenblocks: Soziodemographische Angaben; Fragen zur Früherkennungsaktivität im vorangegangenen Kalenderjahr; Fragen zur Nützlichkeit des SPAZ-Angebots für die Wahrnehmung der Kontaktpersonen-Aufgabe. *Resultate/Diskussion:* Die *Selbstangaben im Fragebogen* weisen auf kein besonders grosses Engagement der geschulten *Kontaktpersonen* an Berufsschulen in Bezug auf die Früherfassung von Suchtproblemen hin. Die SPAZ-geschulten Kontaktpersonen befassten sich mit psychosozial auffälligen Auszubildenden ungefähr gleich häufig wie ungeschulte Kantonsschullehrer und -lehrerinnen. Über vermutete Probleme sprach man eher im Kollegenkreis als mit den Betroffenen selbst. Kontaktpersonen, die sich stark in der Früherkennung engagierten, fühlten sich durch die SPAZ-Schulung tendenziell weniger unterstützt als Personen, die nahezu kein Engagement

zeigten. Die Früherfassungsaktivitäten waren 1997 weniger intensiv als 1996. *Problembereiche der Auszubildenden:* Familiäre und Schulprobleme wurden bei Berufs- und Kantonsschülern gleichermaßen erkannt; Suchtprobleme wurden v. a. bei Berufsschülern und Essprobleme v. a. bei Kantonsschülern erkannt. *Einschränkungen* ergeben sich aus der kleinen Untersuchungspopulation. Die Resultate sind jedoch inhaltlich konsistent; sie lassen keine Verallgemeinerung, wohl aber *Empfehlungen* zu: Die besten Multiplikatoren für die Früherfassung sind gemäss Studienresultaten Lehrerinnen ohne Sonderfunktion an ihrer Schule, abgesehen vom Früherfassungsauftrag. Diese Frauen müssten aber speziell geschult werden, (a) Schüler und Kollegen auf ihre Früherfassungsaufgabe aktiv aufmerksam zu machen und (b) sehr persönliche Themen ohne Verletzung der Souveränität der Schüler und Schülerinnen anzusprechen.

## Key Words

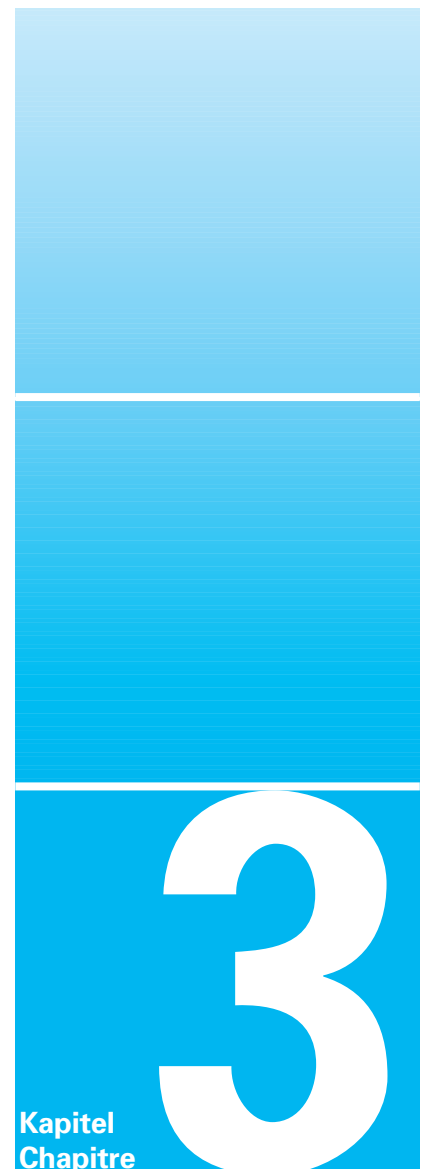
Primary Prevention,  
Drug Dependence,  
Apprentices,  
Female Teacher  
Consultants

\* Dieses Projekt wurde vom Bundesamt für Gesundheit aus dem Vertrag Nr. 5705 unterstützt. \*Evaluation und Verfassen dieses Beitrags. \*\*Initiierung und Durchführung des Präventionsprojekts.

Die Studie ist noch nicht publiziert. Um den Anforderungen der Fachzeitschriften – insbesondere Erst-Verwertung von Originaldaten – nachzukommen, ist eine detaillierte Beschreibung des Projekts im vorliegenden Rahmen nicht möglich.

Korrespondenzadresse:  
Stefan Christen  
Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung ZEPRA  
Magnihalden 7  
CH-9004 St. Gallen  
E-Mail: [stefan.christen@gd-zepa.sg.ch](mailto:stefan.christen@gd-zepa.sg.ch)

# **Evaluation im Therapiebereich/ Evaluations portant sur le domaine de la thérapie**



# Projet-pilote d'Unité multidisciplinaire d'alcoologie en milieu sanitaire hospitalier et ambulatoire: évaluation de sa faisabilité, de son efficacité, de son potentiel de développement et de ses limites après cinq ans\*

**Bertrand Yersin, Hedi Decrey**, Département de médecine, CHUV et Policlinique médicale universitaire de l'Université de Lausanne

## Résumé

*Introduction:* L'identification, l'évaluation et la mise en traitement du patient présentant des problèmes d'alcool en milieu médical (ambulatoire ou hospitalier) font partie d'un processus mal standardisé, et dont l'efficacité est peu connue. La mise en place d'une unité d'alcoologie multidisciplinaire expérimentale dans nos institutions publiques (ambulatoires et hospitalières) est l'occasion d'évaluer la faisabilité, l'efficacité et l'exportabilité d'un tel modèle. Elle est aussi l'occasion de faire de l'alcoologie, et plus généralement des abus de substances, un domaine de développement et d'intérêt pour la médecine académique.

*Méthode:* De 1992 à 1997, grâce au soutien financier de l'Office fédéral de la santé publique, du Service des hospices cantonaux et du Service de la santé publique vaudois, une unité multidisciplinaire d'alcoologie (UMA) a été mise en place au sein du CHUV et de la Policlinique médicale universitaire. Dans le cadre de ce contrat, une évaluation de la faisabilité, de l'efficacité et de l'exportabilité d'un tel modèle a été réalisée sur le plan clinique (évaluation et orientation multidisciplinaire des patients), sur le plan de la formation (développement de la formation médicale post-graduée et continue dans le domaine alcoologique), et enfin sur le plan de la recherche (épidémiologie clinique des problèmes relatifs à l'alcool en milieu médical, efficacité de l'intervention et de l'orientation multidisciplinaire, exportabilité du modèle).

*Résultats:* Sur le plan clinique, le modèle UMA a été très performant, tel que mesuré par une activité de consultation progressive, en particulier à l'hôpital général, par une participation forte des partenaires extra-institutionnels (médecins et institutions) dans le processus d'orientation multidisciplinaire, et enfin par un devenir à six mois des patients extrêmement encourageant (entrée en traitement et abstinence). Sur le plan de l'enseignement, une très forte activité d'enseignement à titre de formation continue des médecins et de construction d'un module de formation post-graduée des médecins de premier recours a été entreprise par l'UMA, se soldant peu à peu par un intérêt croissant des médecins installés au domaine de l'alcoologie. Sur le plan de la recherche, une assez forte activité se traduisant par des publications (articles originaux, résumés, rapports de congrès) a été développée par l'Unité d'alcoologie.

Sur le plan institutionnel et académique, l'UMA a représenté de manière très claire la mise en place

de l'alcoologie comme discipline médicale, s'étant traduite par la création formelle d'une unité d'alcoologie au sein des institutions lausannoises, en fin d'expérimentation. *Conclusion:* La mise en place d'une unité d'alcoologie multidisciplinaire, sous la forme d'une structure transverse et transdépartementale dans les institutions académiques lausannoises, a permis un développement remarquable de cette discipline, tant sur le plan de son rôle clinique, de son rôle de formation, que dans le développement de la recherche. Une telle structure est appréciée, exportable et reproductible dans d'autres contextes sanitaires du pays. Il s'agit là d'une solution possible aux lacunes existantes dans le domaine alcoologique (insuffisance de stratégies de prévention secondaire et tertiaire en milieu médical).

## Key Words

Medical Alcoholology,  
Diagnosis of Alcoholism,  
Integrated Therapy,  
Mixed Teams, Networking

\* Cette évaluation a été soutenue par le contrat n° 5552 de l'Office fédéral de la santé publique.

## 1. Introduction

L'épidémiologie de la consommation d'alcool et de ses conséquences sur le plan médical, psychologique, social et financier est relativement bien connue dans un pays comme la Suisse. On sait en particulier que le nombre de personnes alcoolodépendantes est d'environ 300 000 pour l'ensemble du pays, que les conséquences médicales, psychologiques et sociales pour ces patients représentent une charge financière importante pour le pays estimée à environ 3 milliards de francs par an<sup>1</sup>. A la problématique de l'alcoolodépendance s'ajoute celle de la consommation excessive d'alcool, observée largement dans une population comme la nôtre, où les habitudes culturelles et sociales de la consommation d'alcool au quotidien exposent un fort pourcentage d'individus à un risque potentiel excessif<sup>1</sup>.

En matière d'alcoolodépendance, la prise en charge médicale et sociale de ces patients est assumée par un grand nombre de partenaires, dont les hôpitaux généraux et psychiatriques s'occupant des conséquences physiques ou psychiques de l'alcoolisme, les médecins de premier recours assumant quant à eux le suivi médical de ces patients, ainsi que les très nombreuses structures sociales communautaires assurant l'aide sociale et le soutien des personnes alcoolodépendantes et de leurs proches, fréquemment confrontés à des difficultés professionnelles ou financières. Sans disposer de chiffres précis, il est cependant frappant de constater qu'un très grand nombre de personnes alcoolodépendantes ne sont pas à proprement parler dans un processus de soins visant au traitement de la dépendance alcoolique, alors même que la plupart d'entre elles sont de gros consommateurs de ressources médicales ou sociales liées aux conséquences de l'alcoolodépendance. De plus, pour la minorité d'entre elles réellement entrées dans un processus de soins, la plupart le sont dans le cadre d'institutions ambulatoires ou résidentielles socio-éducatives, généralement peu ou non médicalisées. A titre d'exemple, si l'on prend en compte le nombre de personnes alcooliques observées dans un hôpital général, on constate à la fin de leur séjour qu'une minorité d'entre elles ont bénéficié d'une «entrée en soins» pour leur problème d'alcoolodépendance<sup>2</sup>. Cette difficulté d'accès aux soins, observée tant en hôpital qu'en médecine ambulatoire, est certes liée au déni des patients ou à leur manque de motivation, mais également à un défaut d'intérêt, de connaissances et de compétences du milieu médical en la matière. En effet, tant la formation pré-graduée que post-graduée des médecins est lacunaire en matière d'identification, d'évaluation et de prise en charge des personnes dépendantes, que ce soit de l'alcool ou des drogues.

En 1992, forts de ces constatations et à l'issue d'une phase test de 2-3 ans<sup>3</sup>, un certain nombre de médecins provenant du Département de médecine du CHUV, de la Policlinique médicale universitaire, ainsi que du Département universitaire de psychiatrie adulte, en collaboration avec la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, ont mis en place un projet-pilote d'unité multidisciplinaire d'alcoologie au sein des institutions lausannoises, avec le soutien financier de l'OFSP, du Service de la santé publique et du Service des hospices cantonaux vaudois, projet-pilote ayant duré d'octobre 1992 à octobre 1997. Ce dernier avait pour but d'implanter une structure alcoologique multidisciplinaire (médicale, psychologique et sociale) dans les institutions, afin d'offrir une meilleure évaluation et coordination des soins pour les personnes alcoolodépendantes, mais également de créer les conditions d'un développement de la formation et de la recherche en matière d'alcoologie.

Le présent article décrit la structure et le fonctionnement de cette unité-pilote d'alcoologie, ainsi que les résultats et les limites d'un tel développement.

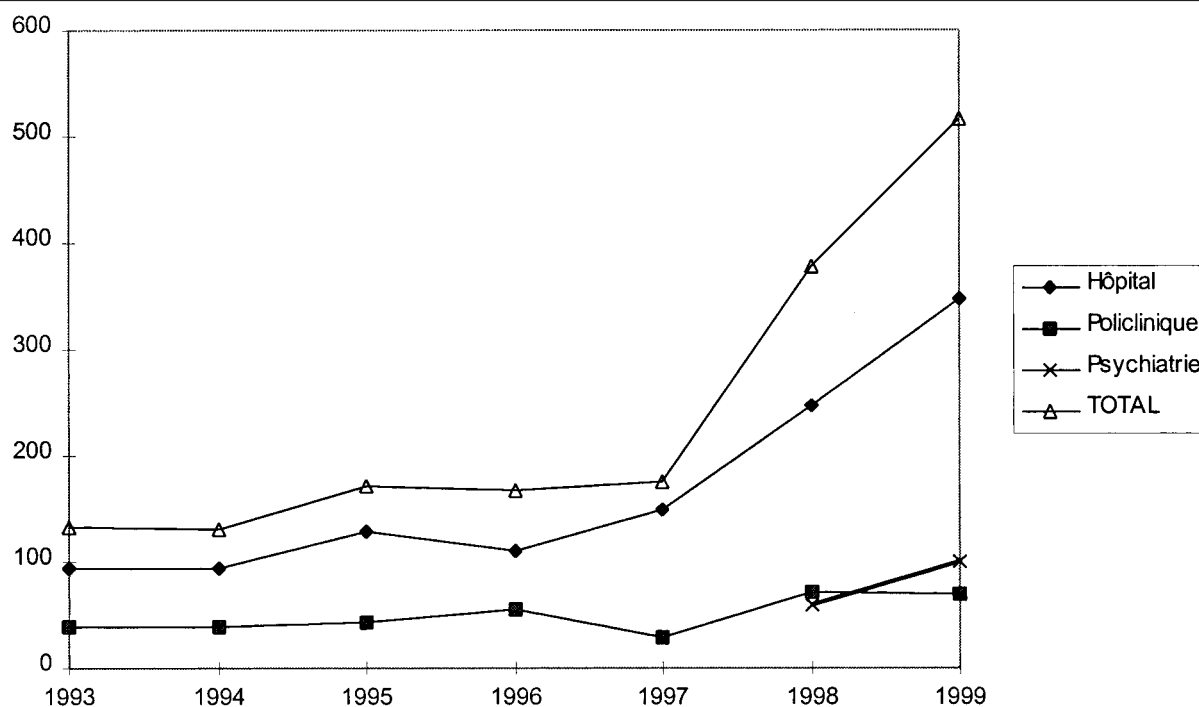
## 2. Méthodes

L'Unité multidisciplinaire d'alcoologie (ci-après: UMA) est issue d'un modèle de consultation d'alcoologie testé pendant trois ans dans le Département de médecine du CHUV, de 1989 à 1992<sup>3</sup>. La mise en place de l'UMA, objet du contrat avec l'OFSP, le Service de la santé publique vaudoise et le Service des hospices cantonaux vaudois, a eu lieu en octobre 1992 et a duré 5 ans, avant son institutionnalisation formelle ayant eu lieu en automne 1997.

*Cette expérimentation avait pour buts explicites:*

- *sur le plan clinique*, d'être un modèle de référence innovateur dans la région, consistant en la mise à disposition d'un lieu d'évaluation multidisciplinaire pour les patients alcooliques du CHUV, de la Policlinique médicale universitaire, ou ceux suivis par les médecins praticiens de la région,
- *sur le plan de la formation*, d'être un lieu de formation post-graduée et continue pour les médecins de la région et des institutions, et enfin
- *sur le plan de la recherche*, d'être un lieu académique de recherche clinique s'intéressant particulièrement aux études de type épidémiologie clinique et de méthodologie de l'évaluation.





**Figure 1: Progression d'activité (nombre de nouvelles consultations) observée au cours de l'expérimentation UMA (1993–1997) puis des deux années ultérieures (Ouverture de la consultation alcoologique dans les institutions psychiatriques en 1998)**

En matière de multidisciplinarité, le projet avait pour but, par son caractère multidisciplinaire, de diminuer les cloisonnements inter-institutionnels dans la prise en charge de l'alcoolisme, d'élargir l'expérience à d'autres institutions sanitaires hospitalières, et enfin de se faire connaître largement au réseau sanitaire et social de la région et du pays.

Pour ce faire, des ressources ont été allouées à l'UMA sur le plan des soins, de la formation et de la recherche:

a) sur le plan des soins, par la mise en place de deux consultations d'alcoologie, l'une au CHUV, l'autre à la Policlinique médicale universitaire, disposant chacune d'un médecin assistant à mi-temps encadré par un médecin interniste aîné, un psychiatre aîné et un travailleur social spécialisé issu de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme. Ces deux consultations avaient pour but de répondre à toute demande d'évaluation de patients, issus respectivement des services hospitaliers du CHUV, de la consultation de la Policlinique médicale universitaire ou du cabinet d'un médecin praticien de la région. Les patients faisaient alors l'objet d'une évaluation médicale, psychologique, sociale et alcoologique, destinée à identifier les caractéristiques de la personne et ses besoins propres. A l'issue de cette phase évaluative était organisé un colloque multidiscipli-

naire avec les personnes de référence externes aux institutions (médecins praticiens, travailleurs

**Tableau 1: Caractéristiques de l'activité UMA (1993–1997) et des patients examinés**

	(Nombre)	(Pourcentage)
Nombre total de consultations	777	(100)
Provenance des consultations		
- Policlinique médicale universitaire et médecins praticiens	204	(26)
- CHUV Médecine	504	(65)
- CHUV Chirurgie	66	(8,5)
- Autres	3	
Sex ratio (H/F)	542/235	
Age moyen (années)	49,9	
Existence d'un médecin traitant (%)	89,2	
Nb d'entretiens avec patient (moyenne/range)		
	1,4/1-4	
Nb d'évaluations interrompues <sup>1</sup>	194	(25)
Nb de colloques multidisciplinaires	432	(56)
Présence du médecin traitant au colloque	207	
Présence d'un autre partenaire extra-institutionnel <sup>2</sup>	179	
Orientations thérapeutiques <sup>3</sup> :		
- médecin traitant	486	(63)
- psychiatre	132	(17)
- service social spécialisé	212	(27)
- institution résidentielle spécialisée	175	(23)
- prescription médicamenteuse		
spécifique - disulfiram	157	(20)
- prescription médicamenteuse		
spécifique - acamprosate	53	(7)
- autorité tutélaire	48	(6)

<sup>1</sup> évaluation interrompue par patient (refus, départ, décès)

<sup>2</sup> assistant social, centre médico-social, institution socio-éducative spécialisée, etc.

<sup>3</sup> projet de soins formulé au patient concernant sa problématique de dépendance à l'alcool

sociaux, etc.), colloque destiné à identifier, mettre en place et coordonner un projet de soins prenant en compte les multiples besoins de la personne.

b) *sur le plan de la formation*, par le développement, grâce aux responsables de l'UMA (B. Yersin, H. Decrey, J. Besson, M. Bonjour, B. Stoll), d'une large activité dans le domaine de la formation post-graduée et continue – destinée à l'ensemble des institutions sanitaires et sociales – sous forme d'exposés, de cours et de conférences. Est venu s'ajouter le développement spécifique d'un module de formation pour médecins de premier recours sous la conduite des Dr B. Stoll et H. Decrey.

c) *sur le plan de la recherche*, par la mise à disposition de ressources permettant l'évaluation prospective du devenir des patients évalués par l'UMA. A cette étude clinique s'est ajoutée une étude sur l'exportabilité potentielle d'un tel modèle dans notre contexte sanitaire et social.

### 3. Résultats

La progression de l'activité clinique de l'UMA est exposée dans la Figure 1. On constate une progression régulière d'activité au CHUV, particulièrement évidente en 1997, et qui s'accroît encore dans les deux années qui suivent la phase expérimentale. Le Tableau 1 décrit les caractéristiques de cette activité et des patients examinés. On constate que la très grande majorité des demandes de consultation proviennent des services de médecine de l'hôpital général et que celles-ci sont rares en provenance des services de chirurgie, et quasi absentes des autres services (gynécologie, obstétrique, par ex.). Une majorité des patients sont de sexe masculin et d'âge moyen. Un quart des consultations sont interrompues, la plupart du temps par le patient lui-même qui refuse la poursuite de la prise en charge. Dans la moitié des cas, un colloque multidisciplinaire a eu lieu au terme de l'évaluation. C'est même dans les trois quarts des cas si l'on exclut les patients ayant interrompu l'évaluation. Lors de ces colloques multidisciplinaires, le médecin traitant du patient s'est déplacé dans la moitié des cas, alors qu'un partenaire extérieur était présent dans 40% des cas environ.

L'orientation thérapeutique à l'issue de l'évaluation et du colloque multidisciplinaire s'est traduite fréquemment par un recours au médecin traitant désigné pour assumer le rôle de référent en matière de prise en charge de la dépendance, aidé occasionnellement par des services sociaux spécialisés, et/ou une prise en charge psychiatrique, et/ou par la

demande d'un soutien à l'autorité tutélaire. Dans un quart des cas, une proposition de séjour dans une institution spécialisée a été faite au patient. C'est également un quart des cas qui se sont vu proposer une prescription médicamenteuse spécifique à titre du support pharmacologique.

**Tableau 2: Devenir des patients à 6 mois et analyse des prédicteurs de succès: étude prospective sur 12 mois (1996–1997)**

Population éligible (n)	165
Population incluse (n)	68
Population suivie (n)	46
Sex ratio (H/F)	46/22
Age moyen	46
Consommation d'alcool (g éthanol/jour) x/range	140 (20-350)
En traitement à 6 mois	29 (43%) <sup>1</sup>
Abstinent à 6 mois	19 (28%) <sup>1</sup>
Prédicteurs de succès <sup>2</sup> (en traitement à 6 mois)	
– âge > 45 (odds ratio)	3,1 **
– RAATE-A <sup>3</sup> score < 18 (odds ratio)	7,4 **
– patient sévère avant orientation (odds ratio)	2,9 **
– colloque multidisciplinaire (odds ratio)	3,0 *
Prédicteurs de succès <sup>2</sup> (abstinent à 6 mois)	
– ne vit pas seul (odds ratio)	6,0 **
– ≤ 1 maladie liée à l'alcool (odds ratio)	3,4 **
– RAATE-A <sup>3</sup> score < 18 (odds ratio)	5,8 **

<sup>1</sup> analyse en intention de traiter

<sup>3</sup> questionnaire RAATE - section A

<sup>2</sup> analyse bivariée des

prédicteurs significatifs

\* p < 0.01 \*\* p < 0.05

De 1996 à 1997, 165 patients consécutifs sur douze mois ont été considérés comme éligibles dans une étude prospective souhaitant évaluer leur devenir à six mois. Seuls 68 d'entre eux ont pu être inclus en raison d'un taux de refus extrêmement élevé (Tableau 2). A six mois, 43% d'entre eux rapportaient être toujours en traitement pour leur problème de dépendance alcoolique, et 28% d'entre eux déclaraient être abstinent. Les éléments prédicteurs de succès étaient, en ce qui concerne les caractéristiques du patient, les patients âgés de plus de 45 ans, ne vivant pas seuls, n'ayant été que peu confrontés à plusieurs maladies liées à l'alcool. On constatait par ailleurs que les patients peu motivés (mesuré par le questionnaire de résistance au traitement RAATE, section A) avaient un pronostic plus sombre, ainsi que les patients non encore sévères lors de l'évaluation et du projet d'orientation.

**Tableau 3: Registre des activités de formation et de recherche assumées par l'UMA (1992–1997)**

Formation médicale pré-graduée <sup>1</sup>	~ 15 heures /an
Formation continue médicale et paramédicale (colloques/conférences)	~ 50 heures /an
Thèses de doctorat en médecine	13
Présentations scientifiques à des congrès	37
Articles dans revues scientifiques médicales	67
Résumés dans revues scientifiques médicales	34

<sup>1</sup> cours de Privat-Docent

En matière d'activité de formation et de recherche, le Tableau 3 décrit les efforts de l'UMA sur ces deux plans. Outre la formation médicale pré-graduée sous forme de cours de Privat-Docent, ainsi que les nombreux colloques et conférences données à titre de formation continue pour les médecins et non

médecins, l'UMA a également produit un module spécifique de formation des médecins de premier recours en alcoologie, sous la forme d'un cours standardisé de 3 x ½ journée, réparti sur plusieurs mois et incluant tout à la fois les problèmes liés à l'identification des patients (1<sup>ère</sup> rencontre), l'évaluation du patient (2<sup>ème</sup> rencontre), ainsi que la prévention, voire la gestion de la rechute (3<sup>ème</sup> rencontre).

Pour ce qui est des travaux scientifiques, un certain nombre de publications, soit sous forme de présentations à des congrès, soit d'articles ou de résumés parus dans des périodiques médicaux, ont été édités au cours des 5 ans d'expérimentation de l'UMA (Tableau 3).

**Tableau 4: Analyse de l'exportabilité du modèle UMA auprès des institutions médicales et sociales des cantons romands (enquête par questionnaires en 1997)**

	Catégories					
	1 (n=38)	2 (n=62)	3 (n=24)	4 (n=18)	5 (n=45)	6 (n=22)
Taux de réponse des questionnaires (%)	68	71	46	88	60	54
Connaissances insuffisantes en alcoologie (%)*	65	39	27	6	54	50
Intéressés à la formation alcoologique	35	55	55	100	58	25
Besoins en ressources de coordination alcoologique	35	42	37	44	15	35
Disponibilité à participer à un réseau alcoologique multidisciplinaire	23	59	72	100	57	25
Connaissance du modèle UMA	40	69	81	93	15	18

\* Données autoreportées

Catégories 1 = administrations (préfectures, greffes de paix, etc)  
 2 = hôpitaux, CTR, CMS, médecins praticiens  
 3 = hôpitaux et structures psychiatriques  
 4 = institutions spécialisées en alcoologie  
 5 = services sociaux non spécialisés  
 6 = écoles professionnelles et centres d'orientation professionnelle

En fin d'expérimentation, une enquête sur la faisabilité d'une exportation du modèle vers d'autres structures sanitaires du pays a été réalisée, à l'aide d'un questionnaire adressé à de multiples structures administratives, sanitaires ou sociales (Tableau 4). Il ressort de cette enquête qu'un grand nombre d'institutions administratives, sanitaires (dans le domaine médical ou psychiatrique) ou sociales, considèrent leurs compétences en alcoologie comme insuffisantes et se déclarent intéressées à parfaire leur niveau de connaissances, tout comme à participer pour bon nombre d'entre elles à des structures alcoologiques multidisciplinaires en réseau. Il est frappant de constater que le modèle UMA est largement connu des structures sanitaires et alcoologiques, puisque 70% au moins des structures interrogées connaissent l'UMA en fin d'expérimentation.

#### 4. Discussion / Conclusion

L'identification et la mise en traitement de patients alcooliques à partir de structures de soins généralistes (hôpital général, consultation en médecine de

premier recours, etc.) est un processus peu ou pas standardisé, dont l'efficacité est mal connue. Quelques études récentes<sup>4,5,6</sup> ont cependant suggéré une bonne efficacité de mesures de counselling ou d'évaluation à but de «therapeutic referral» mettant en exergue le rôle probablement très important des institutions généralistes de soins dans l'identification et la prise en charge des problèmes d'alcool. Ceci est d'autant plus important que la prévalence des problèmes d'alcool y est grande et que les professionnels, médecins et non médecins, sont souvent démunis de connaissances et de compétences en la matière. L'expérience-pilote de mise en place d'une unité multidisciplinaire d'alcoologie confirme le résultat de ces études publiées, en cela qu'elle démontre une bonne acceptabilité d'un tel modèle dans l'institution, un intérêt et un recours croissant à une telle infrastructure, en particulier par les services hospitaliers, et un grand succès dans la conduite des évaluations, spécialement des colloques multidisciplinaires dont la fréquentation par des professionnels extra-institutionnels fut extrêmement élevée. En matière d'efficacité, seule une étude clinique randomisée permettrait réellement de connaître l'efficacité comparative d'un tel modèle par rapport à d'autres modes de faire. Néanmoins, l'observation d'un taux de plus de 40% de mise en traitement réel à 6 mois, et d'une abstinence totale d'environ 30%, sont extrêmement prometteurs. En effet, il s'agit d'une population très différente de celle des études usuelles sur l'efficacité des traitements de l'alcoolodépendance puisqu'ici, il s'agit au contraire d'une population qui est identifiée dans un hôpital et dans une consultation de médecine de premier recours, où le motif premier de consultation n'était pas le traitement de l'alcoolodépendance. Il est frappant de constater que les chances de succès d'une telle démarche sont plus grandes pour des patients pour lesquels le sevrage a d'ores et déjà été accompli (par exemple dès leur entrée à l'hôpital) et pour lesquels un colloque multidisciplinaire peut être réalisé. On retrouve par ailleurs un meilleur pronostic pour les patients moins sévèrement atteints tels que ceux n'étant encore que peu marqués dans leur santé physique et ne vivant pas isolés. La motivation des patients à un traitement de leur problème d'alcool, mesurée par un questionnaire standardisé (RAATE, Section A) reste le prédicteur le plus déterminant de succès.

En matière d'enseignement et de recherche, l'expérience de l'UMA a clairement permis de faire de l'alcoologie une discipline médicale à part entière. Au travers de très nombreux exposés et conférences, de deux cours de Privat-Docteur concernant des questions d'alcoologie et plus généralement d'abus de substances, de la réalisation de nombreuses thèses de doctorat en médecine, et enfin grâce à la production scientifique d'études présentées en con-

grès, puis publiées, une crédibilité certaine et un intérêt progressif des médecins de l'institution et des médecins de la communauté, ont été observés au cours des cinq années. Cela s'est traduit d'une part par une augmentation progressive des demandes de consultation pour les patients, en particulier pour des secteurs à priori peu intéressés comme les services chirurgicaux de l'hôpital, et d'autre part, par une fréquentation de plus en plus grande des cours de formation continue destinés aux médecins de premier recours. Sur le plan académique, la reconnaissance s'est faite deux ans après la fin de l'expérience-pilote, à un moment où l'Unité d'alcoologie avait été institutionnalisée au sein du Service des hospices cantonaux, par la mise en place d'un enseignement d'une dizaine d'heures consacré aux abus de substances et destiné aux étudiants en médecine de 6<sup>ème</sup> année.

Cette crédibilité et cet intérêt se sont également manifestés au travers de l'étude sur l'exportabilité d'un tel modèle auprès des partenaires administratifs, sociaux et médicaux du pays. Les résultats de cette enquête confirment les lacunes des connaissances et compétences des professionnels du terrain, leur intérêt porté au domaine, mais également et surtout leur disponibilité à imaginer une participation à des structures multidisciplinaires en réseau pour les problèmes d'alcool. Au cours de ces dernières années, et suite à la mise en place de l'UMA, deux hôpitaux de Romandie se sont équipés de structures leur permettant de reproduire en partie les prestations de l'UMA: l'Hôpital de zone de St-Loup/Orbe et l'Hôpital multi-sites du Chablais, où s'est créée une unité multidisciplinaire d'alcoologie du Chablais (UMAC).

La description enthousiaste et optimiste de l'expérience UMA serait incomplète sans l'évocation d'un certain nombre de difficultés rencontrées au cours de l'expérience ou à son issue. Sans revenir sur le manque d'intérêt et de connaissances des médecins, que nous avons pu limiter par une mise en perspective de ces problèmes d'alcool sur le terrain des soins, il faut mentionner la faible participation du personnel infirmier hospitalier à ces projets d'évaluation et de traitement des patients alcooliques. Ceci semble être dû essentiellement aux conditions de travail et d'organisation du personnel infirmier en hôpital où personne n'incarne plus la personne soignante de référence pour le patient, et où la charge de travail limite de manière évidente les possibilités d'investissement des soignants dans le champ psycho-social. Ceci semble être la raison prédominante de cet échec relatif. Au cours des années s'est maintenue pour les médecins responsables de l'expérience une certaine difficulté à obtenir une crédibilité de la part de leurs pairs, en particulier sur le plan académique, ce travail clinique et de recherche étant particulièrement méprisé en mi-

lieu universitaire par des chercheurs opérant dans le domaine de la recherche fondamentale, de la biologie moléculaire, ou plus simplement de la recherche clinique usuelle.

En conclusion, l'expérience-pilote d'une unité multidisciplinaire d'alcoologie au sein des institutions sanitaires lausannoises (CHUV et Policlinique médicale) a été un grand succès, démontré par un intérêt et une crédibilité croissants envers une telle structure au sein des institutions. Son caractère multidisciplinaire, la rigueur de son travail et l'importance de l'effort fourni en matière de formation des médecins, ont permis très clairement de faire de l'alcoologie une discipline médicale à part entière. Ceci a abouti à la création formelle de l'Unité d'alcoologie à l'issue de l'expérience.

## 5. Recommandations

Ces constatations et ces conclusions à l'issue de cette expérience de mise en place d'une unité multidisciplinaire d'alcoologie permettent de faire quelques recommandations qui devraient être valables à l'échelon national.

Sur le plan institutionnel, il apparaît comme un fait très important que l'alcoologie, tout comme la problématique des abus de substances en général, n'existent que dans des structures transverses, c'est-à-dire transdépartementales, plutôt que confinées à l'intérieur d'une spécialité médicale. En effet, les abus de substances en général (et leurs conséquences sur la santé physique, mentale et sociale des personnes, avec leurs causes multiples – biologiques, psychologiques et sociales –), et l'alcoologie en particulier, constituent un sujet trans- ou multidisciplinaire qu'aucune spécialité n'est en droit de revendiquer. Cette transmultidisciplinarité est un gage de non-appropriation d'une part, et d'autre part, un facteur de partage et de dynamisation des savoirs. A l'échelon académique, la mise en place d'un enseignement, également transdisciplinaire ou intégré, est également essentielle pour garantir le développement d'un savoir qui doit rester orienté vers la pratique et la santé publique. A l'évidence, de tels développements ne sont réalisables que dans le cadre de certains choix politiques visant à prévenir et à limiter les dégâts liés à la consommation d'alcool. Il ne fait pas de doute que dans le canton de Vaud, la mise en place de l'Unité d'alcoologie et les succès obtenus, ont été suivis d'un certain nombre de décisions politiques permettant à l'alcoologie de s'inscrire dans un plan de développement de l'institution.

## 6. Références

1. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA): Chiffres et données sur l'alcool et autres drogues 1999. ISPA Press Lausanne, 2000.
2. Gaudin C, Niquille M, Burnand B, Yersin B. Identification de l'alcoolisme et propositions thérapeutiques: une étude en hôpital général. *Schweiz Med Wschr* 1992;122:1159-67.
3. Besson J, Masson D, Yersin B. Une expérience de consultation multidisciplinaire «alcool» à Lausanne. *Psychologie médicale* 1991;23:674-8.
4. Elvy G, Wells J, Baird K. Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital. *Br J Addiction* 1988;83:83-9.
5. Goldberg H, Mullen M, Ries R, Psyty B, Ruch B. Alcohol Counseling in a general medicine clinic. *Med Care* 1991;29:JS49-56.
6. Welte J, Perry P, Longabaugh R, Clifford P. An outcome evaluation of a hospital-based early intervention program. *Addiction* 1998;93:573-81.

## 7. Remerciements

Les auteurs remercient leurs collègues et partenaires ayant été actifs au sein de l'Unité multidisciplinaire d'alcoologie. Ils tiennent en particulier à remercier *M. Dominique Jenni*, ancien chef de l'Office cantonal anti-alcoolique, et *M. Charles Kleiber*, ancien directeur général des Hospices cantonaux, pour leur soutien essentiel à la mise en place du projet. Les remerciements vont également aux autres membres du Bureau de direction de l'Unité d'alcoologie, à savoir: *M. Dr Jacques Besson*, médecin-chef de la Division d'abus de substances, et *M. Michel Bonjour*, directeur de la Fondation vaudoise contre l'alcoolisme.

Ils s'adressent enfin à tous les travailleurs sociaux, médecins assistants, chefs de clinique et médecins cadres ayant assumé un rôle dans la conduite de l'Unité.

Une reconnaissance toute particulière va également aux médecins praticiens du canton de Vaud qui, sans leur soutien et leur intérêt, n'aurait pas permis le développement de l'Unité d'alcoologie lausannoise.

Adresse pour correspondance:  
Dr Bertrand YERSIN, Professeur associé  
Médecin chef  
Centre interdisciplinaire des urgences (CIU)  
CHUV BH10  
1011 Lausanne  
Téléphone: +41-21-314 55 82  
Fax: +41-21-314 55 90  
E-Mail: Bertrand.Yersin@chuv.hospvd.ch



# Evaluation qualitative de trois services d'aide et d'information aux toxicomanes dans trois villes suisses en 1996\*

**Jacques-Antoine Gauthier**, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, Lausanne  
**Markus Weilenmann**, Publicom AG, Oberrieden  
**Matthias Peters**, IPSO, Dübendorf

## Résumé

Trois services suisses d'aide et d'information aux toxicomanes, différant entre autres par leur taille, leur situation géographique, le contexte urbain dans lequel ils se trouvent, la formation de leurs intervenants et la région linguistique à laquelle ils appartiennent, ont fait l'objet d'une évaluation qualitative en 1996. Celle-ci est subdivisée en trois axes d'investigation distincts. Le premier analyse le point de vue de la clientèle des services, le deuxième la perception de l'organisation et du fonctionnement du service par ses collaborateurs et le troisième l'image du service aux yeux des leaders d'opinion régionaux. Les données de cette étude ont été collectées par l'intermédiaire d'interviews en profondeur (face-à-face) soutenues par des guides d'entretien semi-structurés. Celles-ci ont été menées auprès de représentants des trois groupes susmentionnés (collaborateurs, clients, leaders d'opinion). Ces études de cas mettent en évidence: a) une influence de la structure de l'offre (centralisée ou disséminée) sur l'organisation et le fonctionnement du service, b) une relation entre qualité de la communication interne et image auprès du public, c) des liens entre la manière de concevoir et de pratiquer l'accompagnement socio-thérapeutique (plus ou moins directif, ciblé) et relations internes, d) une hiérarchisation des professions impliquées dans la prise en charge qui rend une approche interdisciplinaire difficile, e) la nécessité d'atteindre des publics cibles minoritaires, à travers de nouvelles options de communication et de consultations, f) l'utilité d'une collecte de données sur la clientèle (profil, attentes, prestations fournies), g) l'existence de cercles de leaders d'opinion plus ou moins proches et bien informés des activités du service, et h) l'intérêt de développer la communication avec les leaders d'opinion non seulement à travers la presse mais aussi par des contacts personnels.

## Key Words

Outpatient Drug Treatment,  
Organisational Change,  
User View

## 1. Introduction

La question de la prise en charge des personnes dépendantes (et de leur statut) fait l'objet d'un débat animé depuis de nombreuses années. A partir du XIXe siècle, la consommation excessive d'alcool fut progressivement considérée non plus comme un vice, mais comme une maladie. C'est consécutivement à ce changement de perspective que les premiers services de prise en charge spécialisés ont commencé à voir le jour dans notre pays (1). Par contre, les problèmes relatifs à la consommation de drogues illégales (l'héroïne en particulier) qui se sont développés très rapidement en Suisse depuis les années septante, restent marqués de cette double image. Une enquête menée en 1994 montre que l'attitude de la population à l'égard des consommateurs de drogues est très ambivalente. Ceux-ci sont considérés d'un côté comme des «malades» à qui il faut fournir assistance et traitement, et de l'autre comme des marginaux inquiétants (2). On trouve donc en Suisse à la fois une majorité de citoyens en faveur de mesures d'assistance pour les toxicodépendants (accompagnement social, substitution, locaux d'injection, distribution de seringues, etc.) et une majorité de personnes qui se sent menacées par ces problèmes et se déclarent plutôt en faveur d'une approche plus répressive (3).

Cette attitude contradictoire exerce une influence certaine sur les exigences qui sous-tendent la politique en matière de drogues. Cela implique la nécessité, pour le service et l'organisation qui le supporte, de diffuser une image claire de ses activités et objectifs auprès des représentants de l'opinion publique et des politiciens, afin de s'assurer de leur soutien à long terme. En effet, les problèmes de dépendance d'une personne nécessitent un temps relativement long pour être résolus. Le développement des stratégies et la mise en place des structures nécessaires à leur application demandent un investissement important tant en ressources humaines qu'en moyens financiers. Les processus de décision qui aboutiront à la création, au maintien ou à la suppression d'une offre spécifique dépendent donc dans une mesure non négligeable de l'influence de l'opinion publique sur l'image que se font les représentants des milieux influents des problèmes de drogues, et partant, sur les solutions qu'ils vont privilégier pour tenter de les résoudre.

Le domaine de la prise en charge des problèmes de toxicomanie se caractérise par une forte professionnalisation de ses activités (4). Celle-ci s'accompagne d'un processus de rationalisation des tâches et de formalisation du rapport aux utilisateurs, moti-

\* Cette évaluation a été soutenue par le contrat n° 5731 de l'Office fédéral de la santé publique.



vé en partie par l'explosion des coûts sociaux et par l'arrêt de la croissance économique dans notre pays (5, 6). Ces deux mouvements (professionnalisation et formalisation croissantes) se traduisent par l'introduction progressive d'outils de mesures statistiques (5, 7, 8) et, plus récemment, de standards de qualité (6, 9) applicables aux activités des services d'aide aux toxicomanes.

De plus, la multiplicité des niveaux auxquels les problèmes des toxicomanes se manifestent (physique, psychique, familial, professionnel, social, économique, juridique, etc.) implique une approche plus interdisciplinaire, mais aussi plus médicalisée que celle exercée envers les alcoolodépendants (6); même si, à l'heure actuelle et à l'instar du domaine de l'alcool, il faut peut-être encore parler de multidisciplinarité plutôt que d'interdisciplinarité (10).

## 2. Déroulement de l'étude / méthode

### 2.1 Plan de recherche

Cette évaluation de services d'aide et d'information aux personnes concernées par des problèmes de toxicomanie est sous-tendue par un corpus de questions posées par le mandant. Celles-ci concernent l'analyse des aspects suivants: palette et profil d'activités des services, profil des prestations, besoins des clients, canaux de communication, image auprès des leaders d'opinion, profil d'exigences vis-à-vis des services, ainsi que la formulation de recommandations spécifiques pour chaque service. Cette évaluation se base sur l'analyse qualitative de données recueillies auprès de trois groupes de personnes impliquées par la prise en charge des toxicomanes ou de leurs proches (collaborateurs, clients, leaders d'opinion). En complément, il était prévu d'analyser les données fournies par ces services dans le cadre de la statistique du traitement et de l'assistance ambulatoires dans le domaine de l'alcool et de la drogue (SAMBAD).

### 2.2 Echantillonnage

Trois services spécialisés ont été retenus (deux en Suisse alémanique et un en Suisse romande) sur la base d'un certain nombre de critères, parmi lesquels on peut retenir la participation à la statistique SAMBAD, la disponibilité des données y relatives, un intérêt explicite pour l'évaluation et le caractère représentatif du service (au sens typologique du terme). Comme on ne disposait pas d'une liste décrivant nominativement les services en termes de taille, d'orientation professionnelle, de flux de patients notamment, il a fallu recourir à des informateurs privilégiés disposant personnellement d'une bonne connaissance de l'offre existante.

Dans chaque service tous les collaborateurs ont été interrogés séparément. Dans deux cas, des entretiens en groupe ou auprès de collaborateurs des autres unités de l'organisation à laquelle le service appartient ont été réalisés. Pour des raisons pratiques, l'échantillonnage des clients s'est fait par le personnel du service, sur la base des indications de l'institut responsable. Dans les trois villes concernées, 15 personnes ayant une influence sur leur environnement social direct (leaders d'opinion) ont été interrogées. Leur sélection s'est faite sur la base des informations fournies par les collaborateurs des services, en fonction de la structure du réseau de prise en charge local et d'une sélection en «boule de neige» réalisée au cours des premiers entretiens avec les leaders d'opinion les plus proches des services. Les critères d'échantillonnage étaient le niveau de connaissance de la problématique de la prise en charge des toxicomanes, la proximité de la relation au service et la position sociale occupée en tant que multiplicateur d'opinion.

### 2.3 Variables et indicateurs

Les données relatives au point de vue des collaborateurs sur l'organisation et le fonctionnement des services sont de deux types. Les premières, quantitatives (issues de SAMBAD), renseignent sur le type et la structure administrative du service, ainsi que sur le flux et le profil des patients. Les secondes, qualitatives, (résultats d'entretiens en profondeur avec les collaborateurs des services) portent sur les relations à l'intérieur du service, entre celui-ci et les autres unités de l'organisation à laquelle il appartient, ainsi qu'entre le service et sa clientèle. Le point de vue des clients est documenté par des données concernant la motivation à consulter, le déroulement de la prise en charge et son évaluation par le client. L'image du service auprès des leaders d'opinion a été construite sur la base d'informations portant sur la structure du réseau de prise en charge (existence d'une situation de concurrence ou non), l'importance des liens existant entre le service et le leader d'opinion, l'intérêt que ce dernier porte aux questions de drogues, ainsi qu'à son engagement au niveau politique ou public.

### 2.4 Données

Les données ont été collectées par le biais d'entrevues en profondeur (face-à-face) soutenues par un guide d'entretien semi-standardisé. Les entretiens ont eu lieu entre le deuxième trimestre 1996 et le premier trimestre 1997. Ceux concernant les collaborateurs et les clients ont été réalisés de manière intensive (c'est-à-dire sur un laps de temps assez court), alors que ceux effectués auprès des leaders d'opinion s'échelonnaient sur un intervalle de temps

plus long. Dans deux services les clients interviewés ont reçu une prime (50.– et 20.–). Les interviews ont été enregistrées sur bandes magnétiques puis sélectivement retranscrites. Pour des raisons de confidentialité, les entretiens avec les clients ont été pris en notes directement.

## 2.5 Analyses statistiques

Bien qu'il fût prévu d'utiliser les données de la statistique SAMBAD pour apporter un éclairage supplémentaire sur les activités du service, il a fallu constater que la qualité, mais surtout la quantité des données disponibles ne permettaient pas de faire des analyses statistiquement très fiables. Ces données ont toutefois été présentées à titre indicatif et ont notamment servi d'exemple d'utilisation des ressources SAMBAD pour dresser un profil des activités et de la clientèle des services.

## 3. Résultats

### 3.1 Trois études de cas confidentielles

Les résultats de la présente évaluation sont à considérer à deux niveaux. Le premier est constitué par les trois études de cas que les différents entretiens auprès des trois groupes d'interlocuteurs (clients, collaborateurs et leaders d'opinion régionaux) ont permis de réaliser dans chaque service participant. Celles-ci décrivent en détail la situation spécifique de chaque service sous l'éclairage des questions servant de cadre à cette évaluation et des trois axes d'investigation envisagés. Sur la base des observations effectuées, des recommandations d'amélioration personnalisées ont été formulées et discutées avec le personnel des services. Afin de respecter la confidentialité de ces études de cas, les résultats spécifiques à chaque service participant ne seront pas présentés ici.

### 3.2 Un rapport de synthèse

Une fois réalisées, ces trois études de cas ont donné lieu à un rapport de synthèse qui cherche à mettre en perspective les observations faites dans les trois services et à voir dans quelle mesure elles permettent une généralisation des résultats au niveau suisse ou du moins peuvent contribuer à titre d'exemple à l'avancement de la réflexion dans le domaine.

**Tableau 1: Caractéristiques des services participants**

	Service A	Service B	Service C
<b>Organisation</b>	Association	Fondation	Fondation
<b>Ancienneté</b>	25 ans	15 ans	7 ans
<b>Financement</b>	Subventions (100%)	Subventions (90%)	Subventions (100%)
<b>Taille</b>	7.3 équivalents plein temps	5.3 équivalents plein temps	3.85 équivalents plein temps
<b>Contexte urbain</b>	Grande ville 180 000 h. (localité)	Petite ville 35 000 h.	Ville moyenne 75 000 h.
<b>Emplacement</b>	Décentré Quartier de bureaux Accès discret	Centré Lieu de passage Accès discret	Décentré Quartier d'habitation Accès pas discret
<b>Locaux</b>	Spacieux, adaptés	Grands, sur-occupés	Exigus, sur-occupés
<b>Offres</b>	Multiples Séparées	Multiples Concentrées	Multiples Séparées
<b>Collaborateurs</b>	Majorité de femmes	Majorité d'hommes	Parité hommes-femmes
<b>Formation</b>	Assistants sociaux, psychologue, médecin	Assistants sociaux, théologien, psychiatre (présent dans les locaux, mais hors fondation)	Assistants sociaux, éducateur

L'offre des organisations dont les services participants font partie est considérée ici comme multiple dans le sens où elle cherche à répondre aux besoins supposés des personnes (ex)toxicomanes se trouvant à différents stades de leur démarche vis-à-vis de leurs problèmes de consommation. Schématiquement, on distingue

- l'aide immédiate d'urgence et/ou à bas seuil,
- l'accès à des programmes de substitution (méthadone) ou de distribution contrôlée (héroïne) et
- l'accompagnement socio-thérapeutique.

*Parmi les aspects que les études de cas ont mis en lumière et qui semblent le plus à même de documenter la question de l'assistance ambulatoire aux personnes toxicomanes en Suisse, on peut mentionner au niveau du service:*

- Les conséquences organisationnelles, fonctionnelles et communicationnelles, différenciées selon les diverses offres proposées (auxquelles correspondent des seuils d'accès croissants, voir ci-dessus), sont réunies sous le même toit, ou au contraire sont disséminées en différents endroits de la ville.*

Dans le premier cas (offres concentrées) on observe une meilleure coordination entre les différentes unités de prise en charge, favorisée entre autres par le développement de nombreux canaux de communication informels. Une telle structure permet également une approche plus globale du problème. Par contre la présence en un même lieu de personnes à des stades de désintoxication très différents engen-

dre des perturbations (trafic, errance, vols) qui peuvent avoir des répercussions sur les conditions de travail et induire une certaine confusion au niveau du statut de l'action des intervenants et de l'image du service. Cela présente également le risque pour un ex-consommateur de renouer des contacts avec le milieu et partant, de rechuter.

Le deuxième cas (offres disséminées) permet une approche plus ciblée, dans un environnement plus fonctionnel, qui ménage le stress des collaborateurs et rapproche les clients d'un contexte social moins marqué des signes du monde des toxicomanes. En revanche, l'isolement géographique des différentes unités de l'organisation rend la communication et la coordination des tâches plus difficile, ce qui peut se traduire par des malentendus et des dysfonctionnements.

*2. L'importance stratégique d'entretenir des canaux de communication et de collaboration efficaces avec les autres unités et surtout avec la direction de l'organisation faitière, pour assurer une image publique forte, claire et positive.*

Il semble que la distance qui sépare les cadres d'une association d'aide aux toxicomanes des réalités quotidiennes du travail de terrain puisse se révéler problématique. Une communication insuffisante conduit à une autonomisation relative des différentes unités, favorise le développement d'idées fausses sur les uns et les autres et un certain repli sur soi, ce qui à terme peut s'avérer contre-productif. On peut penser que ce processus de distanciation, s'il n'est pas dû qu'à l'éloignement géographique, peut aussi bien être le fait des cadres de l'organisation que des intervenants (stratégies de protection des intérêts spécifiques). Des échanges réguliers, permettant une confrontation des impératifs de la base avec ceux de la direction, semblent se traduire par des relations internes plus claires et une image dans l'opinion publique plus affirmée.

*3. La nécessaire relation qui existe entre formalisation/rationalisation des tâches et organisation du travail (par exemple à travers le recours à des outils de mesure des prestations) et partant, entre pratique professionnelle et relations internes.*

La professionnalisation du secteur de la prise en charge des dépendances, associée à l'explosion des coûts y relatifs, pousse les services (par l'intermédiaire de leur direction) à prendre un certain nombre de mesures pour mieux gérer les ressources qu'ils ont à disposition. On observe typiquement, d'une part une rationalisation de la communication interne par l'instauration de séances plus régulières, plus structurées et plus directives. D'autre part, une formalisation du rapport aux clients à travers la collecte systématique de données standardisées concernant leurs caractéristiques, leurs at-

tentes et les prestations qui leur sont fournies. L'instauration de telles innovations met en évidence l'existence au sein de l'équipe d'exercices différenciés de la profession en fonction de la perception qu'en a le collaborateur. Schématiquement, parmi les travailleurs sociaux, on distingue l'approche peu directive, basée sur la relation et un long travail en profondeur, de celle plus pragmatique orientée vers l'atteinte d'objectifs précis à court terme. L'une et l'autre sont différemment compatibles avec la mise en application du processus de formalisation. Si l'on n'y prend pas garde, cette démarche risque de se traduire par le développement d'antagonismes au sein de l'équipe d'intervenants et par des dysfonctionnements internes. Compte tenu de l'investissement en temps et en énergie que sous-entend l'introduction de telles innovations, il semble donc important d'encadrer celle-ci par une réflexion collective sur les conséquences possibles de ces changements.

*4. La difficulté de la collaboration entre travailleurs sociaux et médecins, qui illustre le problème d'une approche réellement interdisciplinaire des dépendances.*

Le fait que l'on considère la toxicomanie comme une maladie et que l'on ait fréquemment recours à la pharmacothérapie pour tenter de la soigner, a contribué à octroyer à la médecine et aux médecins une présence et une autorité fortes dans le domaine (droit de prescrire des médicaments, des stupéfiants, des thérapies), qui se caractérisent pourtant par une approche nécessairement multidisciplinaire. On assiste donc à une hiérarchisation des professions impliquées et, de fait, de la perception que celles-ci ont du problème. La logique de l'accompagnement social se trouve donc par exemple subordonnée à celle de la thérapie. De manière générale, il apparaît que les multiples instances concernées par la prise en charge des toxicomanes butent sur le fait qu'elles ont des perceptions différentes du problème, ce qui se traduit par une relative difficulté à collaborer les uns avec les autres. On peut penser qu'une partie au moins du problème est dû à l'absence d'un modèle global définissant les domaines d'activités spécifiques des professions impliquées et des clés de leur complémentarité. Pour réaliser le pas de la multidisciplinarité vers l'interdisciplinarité, c'est à tous les niveaux de la formation des futurs intervenants que devrait se développer et se diffuser un tel modèle.

*Au niveau des clients on observe:*

*1. La nécessité de chercher à atteindre également des publics cibles minoritaires, en particulier les très jeunes consommateurs et les étrangers, ce qui sous-entend le développement de nouvelles options de communication et de consultations.*

2. *L'importance de pouvoir donner la possibilité au client de choisir la langue de l'entretien (particulièrement dans des régions bilingues), le sexe de l'intervenant (compte tenu du fort lien qui semble exister entre abus sexuels dans l'enfance et toxicomanie) et dans une moindre mesure son âge.*

Les deux points ci-dessus font l'objet d'un intérêt particulier de la part des services. S'il est parfaitement légitime de chercher à offrir des prestations de qualité à une clientèle la plus large possible, il faut aussi considérer les coûts que de telles démarches sous-entendent, particulièrement en période de restrictions budgétaires. Au-delà de mesures relativement simples (contact avec des associations d'étrangers, distribution de la plaquette à de nouveaux partenaires, etc.), l'ouverture des services à de nouveaux clients ou à de nouvelles activités devrait faire l'objet d'une concertation avec les représentants de l'administration (financeurs) et des spécialistes de la question.

3. *L'utilité de collecter systématiquement des données assez détaillées sur les relations avec la clientèle (profil, attentes, mesures prises ou prestations fournies).*

Disposer de cette information offre le double avantage d'augmenter le niveau de connaissance des collaborateurs sur leur clientèle et la qualité de l'image des activités du service auprès de ses partenaires. Par rapport à ce qui précède, c'est sur la base de telles données qu'il serait possible d'identifier des changements de tendances ou l'émergence de situations nouvelles, d'en mesurer l'ampleur et de planifier les mesures à prendre pour adapter l'offre à la demande.

*Les entretiens avec les leaders d'opinion ont révélé:*

1. *L'existence de cercles de leaders d'opinion plus ou moins proches et bien informés des activités du service.*

Ceux qui sont le plus éloignés sont également ceux chez qui l'image est la moins claire et la plus empreinte de présomption et/ou de préjugés (sans que ceux-ci soient forcément négatifs).

2. *L'intérêt de développer une passerelle de communication avec les leaders d'opinion à travers la presse écrite régionale (qui semble être leur média de prédilection), mais aussi de chercher à établir un contact personnel avec ceux qui sont le plus éloignés du service.*

Dans la mesure où ces leaders diffusent et véhiculent des opinions dans les milieux influents, mais que celles-ci sont souvent elles-mêmes produites au niveau de l'opinion publique, il est très important

que les arguments clés de la politique en matière de drogues soient clairement et largement non seulement diffusés, mais également perçus par les uns et les autres.

#### 4. Discussion

Les trois études de cas qui constituent la base de ce rapport ont tenté de décrire et d'évaluer le contexte dans lequel chaque service participant fonctionne, en se basant sur les témoignages des utilisateurs et des collaborateurs des services, des leaders d'opinion régionaux, ainsi que sur les données de la statistique SAMBAD les concernant. Ces études de cas ne peuvent en aucun cas être considérées comme représentatives de l'ensemble de l'offre ambulatoire dans le domaine en Suisse. Parmi les raisons principales on peut retenir entre autres la petite taille de l'échantillon, le manque de connaissances (au moins au moment de la sélection) sur la structure globale de l'offre en Suisse, la difficulté de définir qui sont les leaders d'opinion d'une région donnée, ainsi que la quasi impossibilité de contacter en quelques entretiens la clientèle aussi bien effective que potentielle des services.

#### 5. Conclusions

Plus qu'une stricte représentativité au sens statistique du terme, la présente évaluation visait davantage à dresser à titre d'exemple le portrait de quelques services spécialisés. Elle met en évidence, d'un côté un certain nombre de différences importantes en termes de taille, de structure, de situation géographique et politique et de l'autre, elle révèle l'existence de problématiques similaires à plusieurs niveaux. Cela nous incite à penser que ces études de cas présentent un réel intérêt typologique. Sans pour autant pouvoir être généralisables, les résultats qu'elles présentent éclairent en profondeur une partie au moins de la problématique de la prise en charge des personnes toxicodépendantes (et de leurs proches). Elles devraient être à même d'alimenter la réflexion des différents acteurs impliqués dans ce secteur, ainsi que le débat qui les unit.

## 6. Références

1. Klingemann H. Alcohol Treatment in a Consensus Democracy. In: Klingemann H, Takala JP, Hunt G, editors. *Cure, Care, Control*. State University of New York Press; 1992:151-72.
2. Heim G. Repräsentative Befragung (Phase T1) zur Wahrnehmung und Einstellung der Schweizer Bevölkerung zu Drogenproblematik und -konsum. *Cahier de recherches et de documentation*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 1995.
3. Fahrenkrug H. Politique, drogues illégales. In: Müller R, Meyer M, Gmel G, editors. *Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies; 1997:194-203.
4. Voll P, Gauthier J-A. Ambulante Suchtberatung 1994: Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich (SAM-BAD). Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme; 1997.
5. Schliehe F. Organisation sozialer Dienste: Das Beispiel Drogenberatungsstellen. Peter Lang; 1985.
6. Klingemann H. Traitement, drogues illégales. In: Müller R, Meyer M, Gmel G, editors. *Alcool, tabac et drogues illégales en Suisse de 1994 à 1996*. Lausanne: Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies; 1997: 103-23.
7. Klingemann H. Mögliche Neukonzeptionen einer Statistik der ambulanten Versorgung bei Abhängigkeitsproblemen. SFA-ISPA, Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Lausanne; 1986.
8. Tecklenburg U et al. Statistik der Ambulanten Alkohol- und Drogenberatungsstellen in der Schweiz: Schlussbericht eines im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit durchgeführten Pilotprojektes. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme; 1991.
9. Hartkamp N. Der Auftrag zur Qualitätssicherung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. *Partner Magazin* 1996;30(1):I-VII.
10. Yersin B. L'expérience d'un réseau multidisciplinaire. In: *Dépendances* 1997;2:32-4.

## 7. Valorisation

1. Gauthier J-A. Qualitative Evaluation of Three Out-patient Services for Illicit Drug Problems in Switzerland in 1996. Prepared for presentation at the 25th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol. Montreal, Canada, 31st May - 4th June 1999.
2. Gauthier J-A, Perret G, Peters M, Weilenmann M. Evaluation von drei Drogenberatungsstellen in der Schweiz 1996. Synthesebericht ans Bundesamt für Gesundheit, 1997.
3. Gauthier J-A, Hunold C, Weilenmann M. Evaluation [Service A]. Manuscrit confidentiel 1997.
4. Gauthier J-A, Perret G, Weilenmann M. Evaluation [Service B]. Manuscrit confidentiel 1997.
5. Gauthier J-A, Hunold C, Weilenmann M. Evaluation [Service C]. Manuscrit confidentiel 1997.

Adresse pour correspondance :  
Jacques-Antoine Gauthier  
Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA/SFA)  
CP 870  
CH-1001 Lausanne  
E-Mail: jagauthier@sfa-ispa.ch



# Drogenabhängige in stationärer Behandlung – Durchführbarkeitsstudie zur Implementierung einer nationalen Klientendokumentation und Verlaufsevaluation\*

Anja Dobler-Mikola, Susanne Schaaf, Ambros Uchtenhagen, Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

## Zusammenfassung

Ziel der Studie ist die Abklärung, ob und unter welchen Bedingungen eine flächendeckende Klientendokumentation und Verlaufsevaluation bei stationären Einrichtungen im Bereich Entzugsbehandlung und Rehabilitation von Abhängigen illegaler Drogen eingeführt werden kann. Zu diesem Zweck werden VertreterInnen von 93 Entzugs- und Therapieeinrichtungen in halbstrukturierten Interviews hinsichtlich ihrer Nutzen-/Aufwand-Überlegungen befragt. Die Befürchtungen beziehen sich hauptsächlich auf einen zusätzlichen, unrealistischen Zeitaufwand und auf die Gefahren einer Bürokratisierung der therapeutischen Arbeit und einer unerwünschten Vereinheitlichung der Behandlung. Der Nutzen wird hauptsächlich im Erkenntnisgewinn, im Vergleich mit anderen Einrichtungen und in der Verbesserung der eigenen Arbeit gesehen. Die grosse Mehrheit der Einrichtungen bekundet ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme. Die AutorInnen schlagen ein Stufenmodell vor zum Aufbau und zur Koordination eines flächendeckenden Evaluationsprojektes.

## 1. Einleitung

Das 1991 vom Bundesrat verabschiedete Massnahmenpaket zur Verminderung der Drogenprobleme hat u. a. zum Ziel, neue Behandlungs- und Präventionsansätze zu entwickeln und bestehende Bestrebungen zu unterstützen. Versorgungsplanung, Verbesserung des Networking und Qualitätssicherung in der Behandlung werden durch eine wissenschaftliche Begleitung unterstützt. Eine flächendeckende Basisdokumentation und Begleitevaluation mit fundierter Praxisrelevanz bietet hierzu eine geeignete Grundlage. Weil von aussen angeordnete Evaluationen in den Institutionen häufig auf Widerstand stossen, müssen die Möglichkeiten und Grenzen eines breit angelegten Dokumentationssystems eruiert und die Bedingungen einer Realisierung diskutiert werden. Als Grundlage dafür sollen die rund hundert stationären Einrichtungen für Drogenabhängige in der Schweiz befragt werden. Die Studie kann dabei vom bereits bestehenden Modell des «Forschungsverbundes der therapeutischen Gemeinschaften» ausgehen.

## 2. Vorgehen / Methodik

### 2.1 Stichprobe

Ziel ist, alle stationären Einrichtungen der Suchttherapie zu erreichen (ausschliesslich Alkoholeinrichtungen, teilstationäre Angebote, Nachsorgeeinrichtungen sowie Familienplatzierungen). An der Untersuchung nehmen 93 von 103 kontaktierten Institutionen der stationären Drogentherapie teil. Dabei handelt es sich um 62 therapeutische Einrichtungen, 16 Entzugsstationen innerhalb einer Klinik, 8 Entzugsstationen ausserhalb einer Klinik, 5 Einrichtungen mit Entzugs- und Rehabilitationsabteilung sowie 2 Stationen im Rahmen des Strafvollzuges.

### 2.2 Fragestellung

Die Fragestellung zielt auf die Abklärung der grundsätzlichen Bereitschaft der Institutionen, sich an einer umfassenden und flächendeckenden Klientendokumentation zu beteiligen. Dabei sollen Grundangaben zur Einrichtungsstruktur sowie bestehende Dokumentationsbestrebungen und Instrumente erfasst

## Key Words

Feasibility Study,  
Dependence on Illegal Drugs,  
Residential Treatment,  
National Assessment System

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 8033 unterstützt.



werden. Weiter erfasst werden die Vor- und Nachteile, welche die Institutionen in einer nationalen Klientendokumentation sehen. Die Einrichtungen werden zu ihren Forschungsinteressen sowie zu Rahmenbedingungen für eine Zusammenarbeit mit der Forschung befragt. Ferner sollen sie zu einem vorgeschlagenen Instrument hinsichtlich inhaltlicher Schwerpunkte, Umfang und Praktikabilität Stellung beziehen.

### **2.3 Vorgehen**

Die Autor/innen wählen zur Beantwortung der Fragestellung ein qualitatives Vorgehen. Mit den 103 identifizierten Einrichtungen erfolgt ein schriftlicher Erstkontakt, bei dem das Projekt vorgestellt und die Einrichtungen um ein zweistündiges Interview angefragt werden. 93 Einrichtungen nehmen an den Gesprächen teil. Die qualitativen Interviews mit offenen Fragen werden von Mai bis Dezember 1993, im Normalfall in der Einrichtung selber, durchgeführt. Am Ende des Gesprächs wird ein vorgeschlagenes Instrumentarium mit einem Beurteilungsfragebogen zurückgelassen, den die Institutionen ausgefüllt zurückschicken. Die Interviews werden direkt ab Tonband nach den Fragen des Leitfadens kodiert, nach «Meiring» in Argumentationskategorien zusammengefasst.

## **3. Resultate**

### **3.1 Regionale Verteilung der Einrichtungen**

Ein Viertel aller Einrichtungen ist in den Kantonen Zürich und Aargau, ein Viertel in den Kantonen Bern und Solothurn angesiedelt. Gleichzeitig befinden sich in diesen vier Kantonen vier Fünftel aller Entzugsstationen und drei Viertel aller Therapiegemeinschaften der Deutschschweiz. Über drei Viertel der therapeutischen Einrichtungen haben ihren Standort in ländlichen Gebieten, die Hälfte der Entzugsstationen hingegen befindet sich in Städten bzw. in deren Agglomerationen.

### **3.2 Einrichtungsmerkmale**

Die 23 Entzugsstationen bieten insgesamt 244 Entzugsplätze an, durchschnittlich 11 Plätze pro Einrichtung. Die Betreuungsdichte beträgt im Durchschnitt 100 Stellenprozent pro KlientIn. Die 19 Entzugsstationen, die über Eintrittszahlen für das Jahr 1992 verfügen, verzeichnen insgesamt 2425 Eintritte, was durchschnittlich 128 Eintritte pro Entzugsstation ergibt. In zwölf Institutionen liegen Angaben über reguläre und irreguläre Austritte vor: 1992 verzeichnen diese Entzugsstationen 925 reguläre und 716 irre-

guläre Austritte. Im Durchschnitt schliesst gut die Hälfte der KlientInnen ihre Entzugsbehandlung regulär ab – dieser Anteil variiert je nach Station stark, manche Einrichtungen weisen nur ein knappes Fünftel, manche gut drei Viertel reguläre Austritte auf.

Die 66 therapeutischen Einrichtungen bieten insgesamt 967 Plätze an, was durchschnittlich 17 Plätze pro Einrichtung ergibt. Die Platzzahl variiert von drei bis 65 Betten. Die Betreuungsdichte liegt bei 71 Stellenprozent pro KlientIn, variiert aber stark von 26% bis zu 173%. Die 58 therapeutischen Einrichtungen, die ihre Eintrittszahlen für 1992 angeben können, verzeichnen insgesamt 1095 Eintritte. Die durchschnittliche jährliche Eintrittsquote liegt bei zwölf Personen. Bei 54 Einrichtungen können insgesamt 343 reguläre und 480 irreguläre Austritte ermittelt werden. Im Durchschnitt tritt knapp die Hälfte der KlientInnen regulär aus.

### **3.3 Erfassungsgewohnheiten und Verwendungszweck**

Eine Grosszahl der befragten Institutionen verfügt bereits über ein Dokumentationssystem. Über 90% der Entzugseinrichtungen und drei Viertel der Therapiegemeinschaften erfassen bereits jetzt systematisch Klientendaten. Insgesamt drei Viertel der Institutionen benutzen einen strukturierten Fragebogen. Während zwei Drittel der Entzugsstationen nur beim Eintritt Daten erheben, werden in den therapeutischen Einrichtungen die Daten meist über die ganze Aufenthaltsdauer gesammelt. Drei Viertel aller Einrichtungen erfassen die Daten für den Jahresbericht und über 90% der therapeutischen Einrichtungen erheben sie als Feedback für die eigene Arbeit. Mehr als ein Drittel der Entzugsstationen verwendet die Daten als Belegunterlagen gegenüber externen Stellen, was bei den Therapiegemeinschaften eher selten der Fall ist.

Knapp drei Fünftel der Entzugsstationen und knapp drei Viertel der therapeutischen Einrichtungen haben bereits Erfahrungen mit externen Forschungsprojekten. Die KlientInnen reagieren selten negativ. Ein knappes Drittel der Einrichtungen berichtet aber davon, dass sich das therapeutische Personal zurückhaltend gegenüber externen Untersuchungen zeigt. Die Hälfte der Institutionen berichtet aber auch von zustimmenden Äusserungen der MitarbeiterInnen gegenüber Forschungsvorhaben.

### **3.4 Wahrgenommener Nutzen**

Drei Viertel der Einrichtungen sehen den grossen Nutzen einer systematischen flächendeckenden Erhebung im Erkenntnisgewinn, die Hälfte im Monitoring, die Hälfte im Vergleich mit anderen Einrichtun-

gen (was mehrheitlich von Entzugsstationen genannt wird) sowie ein Drittel in der Verbesserung der eigenen Arbeit. Therapieeinrichtungen betonen häufiger als Entzugseinrichtungen den Nutzen einer Legitimation gegenüber externen Stellen und den Nutzen für eine Standortbestimmung der KlientInnen.

Zwei Drittel der Einrichtungen sehen einen Nutzen im Wissenszuwachs bei der Bevölkerung, die Hälfte der Einrichtungen erwartet einen Einfluss der Forschungsergebnisse auf die Drogenpolitik bzw. auf die öffentliche Meinung. Die Teilnahmebereitschaft für ein nationales Evaluationsprojekt ist bei denjenigen Einrichtungen besonders hoch, welche den grundsätzlichen Nutzen einer Evaluation betonen, sich Erkenntnisgewinn, Vergleichbarkeit und Legitimation erhoffen.

### **3.5 Spezifische Forschungsinteressen der Einrichtungen**

Zwei Drittel der Einrichtungen möchten mehr über die Therapiewirkung erfahren. Die Hälfte der Entzugsstationen und ein Drittel der therapeutischen Gemeinschaften ist an Fragen zum Klientenprofil, zur Anamnese und Katamnese interessiert. Einrichtungen, die ihre Forschungsinteressen klar erkennen und benennen können, formulieren auch klare Bedingungen für ihre Teilnahmebereitschaft. Einrichtungen, die nicht an einer Teilnahme interessiert sind, nennen häufig spezielle Forschungsinteressen wie die Motivationsentwicklung bei den KlientInnen oder der Einfluss geschlechtsspezifischer Aspekte.

### **3.6 Widerstände und Probleme**

Die Hälfte der Institutionen thematisiert Fragen zum Datenschutz und die zusätzliche Belastung ihrer KlientInnen durch die Erhebungen. Mehr als ein Drittel äussert generelle Forschungskritik und bezweifelt grundsätzlich den Nutzen. Zwei Drittel sind besorgt, dass die Daten missbräuchlich interpretiert werden könnten. Die Hälfte zweifelt daran, dass die Erkenntnisse auch tatsächlich in die Praxis umgesetzt werden. Ein Drittel der therapeutischen Gemeinschaften befürchtet eine vermehrte Kontrolle durch das Bundesamt für Gesundheit. Knapp die Hälfte der Einrichtungen fürchtet den zeitlichen Mehraufwand. Insbesondere Institutionen, welche den personellen und zeitlichen Mehraufwand oder eine vermehrte Kontrolle durch das BAG fürchten, machen ihre Teilnahme von klaren Bedingungen abhängig. Interessanterweise thematisieren Einrichtungen, die sich deutlich für eine Teilnahme aussprechen, auch häufiger Probleme auf verschiedenen Ebenen.

### **3.7 Teilnahmebereitschaft an einer gesamtschweizerischen Evaluation**

Knapp die Hälfte der Einrichtungen steht einem nationalen Dokumentationssystem deutlich positiv gegenüber, knapp die Hälfte knüpft ihre Zusage an bestimmte Bedingungen oder formuliert Befürchtungen hinsichtlich eines zusätzlichen Mehraufwandes, einer Bürokratisierung oder Vereinheitlichung der therapeutischen Arbeit. Die Teilnahmebereitschaft kann als sehr hoch bezeichnet werden.

Regionale Unterschiede zeigen sich bei den Kantonen mit der grössten Einrichtungsdichte, Zürich und Bern: in Zürich überwiegen klare Zusagen, in Bern wird die Teilnahmebereitschaft eher an Bedingungen geknüpft. Einrichtungen in der Romandie und im Tessin äussern sich häufiger kritischer als Einrichtungen in der Deutschschweiz. Die überwiegende Mehrheit der Einrichtungen, welche sich klar für eine Teilnahme aussprechen, findet sich in ländlichen Gebieten.

Kleine Entzugsstationen und kleine Therapiegemeinschaften zeigen tendenziell weniger Interesse an einer nationalen Evaluationsstudie, grosse Entzugsstationen knüpfen ihre Teilnahme eher an klare Bedingungen. Interessanterweise stehen gerade Entzugsstationen mit hoher Betreuungsdichte dem Forschungsvorhaben äusserst kritisch gegenüber.

Ob eine Einrichtung bereits über eine eigene systematische Dokumentation verfügt, hängt nicht mit der Teilnahmebereitschaft an einem nationalen Projekt zusammen. Einrichtungen, welche bereits heute deutlich mehr als eine Stunde Zeit für die Datenerhebung aufwenden, stehen der Evaluation positiver gegenüber. Erfahrungen mit externen Erhebungen führen häufiger zu Zusagen, sie werden aber überwiegend an bestimmte Bedingungen geknüpft.

### **3.8 Rahmenbedingungen für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit**

Ein Drittel der Einrichtungen befürwortet ein Projektdesign, welches vorsieht, dass das Bundesamt für Gesundheit BAG eine wissenschaftliche Institution mit dem Auftrag betraut, eine Projektgruppe die Koordination übernimmt, der Datenrückfluss und die Vertraulichkeit der Klientendaten garantiert sind. Als Voraussetzung für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit fordert die Hälfte der Einrichtungen Transparenz (betreffend der Ziele des Projektes, der Vorgehensweise, der Interpretation), eine offene Informationspolitik und eine Datenschutzgarantie für die KlientInnen von Seiten des BAG. Die Hälfte der Institutionen äussert Bedenken, dass das BAG ihre therapeutische Arbeit kontrollieren könnte bzw. nicht glaubwürdig und nicht neutral sei.

Auch in Bezug auf die Forschungsstelle betont ein Drittel der Institutionen die zentrale Bedeutung von Transparenz und Offenheit. Besonders in Therapiegemeinschaften wird der Wunsch nach persönlichem Kontakt zu den ForscherInnen laut. Mitsprachemöglichkeiten und eine interdisziplinäre Zusammensetzung des Forschungsteams unter Einbezug der Praxis wird von je einem Viertel der Institutionen gewünscht.

Zwei Drittel der Einrichtungen sind deutlich an einer Zusammenarbeit mit andern Institutionen in ihrem Bereich interessiert, wobei ein Zusammenschluss eher nach inhaltlich-konzeptuellen als nach regionalen Kriterien erfolgen soll. Zwischen diesem Interesse und der grundsätzlichen Teilnahmebereitschaft an der Evaluation besteht kein Zusammenhang. Ein Viertel der Einrichtungen äussert Bedenken wie Zeitmangel, ideologische Auseinandersetzungen und Sprachprobleme. Ein Fünftel der Befragten befürchtet, dass eine intensivere Zusammenarbeit zum Konkurrenzdenken beitragen könnte.

Im Hinblick auf eine bessere Umsetzung von Forschungsergebnissen ist die grosse Mehrheit der Einrichtungen an Austausch- und Forschungssymposien sowie an themenspezifischen Veranstaltungen interessiert.

Zwei Drittel der Einrichtungen begrüßen das Szenario, wonach Dateninterpretation und Koordination der Untersuchung bei der Forschungsstelle liegen. Ein Drittel der Einrichtungen will auch selber über die institutseigenen Daten verfügen.

Für die Hälfte der Institutionen ist eine Beteiligung an den Forschungskosten für die Gesamtevaluation nicht möglich. Ein Viertel der therapeutischen Einrichtungen kann sich eine finanzielle Beteiligung unter bestimmten Bedingungen vorstellen. Hauptbedingung ist der sichtbare Nutzen für Einrichtung und Klientel.

### 3.9 Akzeptanz des Erhebungsinstrumentes

Das Fragebogenset des Forschungsverbundes der therapeutischen Gemeinschaften, bestehend aus vier Fragebogen, wird den Institutionen zur schriftlichen Beurteilung vorgelegt. Von den 93 Einrichtungen schicken 37 den Beurteilungsbogen kommentiert zurück, was einem Rücklauf von 40% entspricht. Im Antwortverhalten kristallisiert sich kein einheitliches Antwortmuster heraus. Die hauptsächlichste Kritik bezieht sich auf den unverhältnismässig grossen Umfang des Fragebogensets. Mehrere Einrichtungen betonen, dass die komplexe Realität der Suchttherapie nicht mittels Fragebogen erfasst werden könne. Fragen zum Therapieprozess kämen generell zu kurz.

## 4. Diskussion / Schlussfolgerungen

Grundsätzlich hat sich das Bewusstsein der Notwendigkeit, soziale Programme zu evaluieren, um praxisorientierte Verbesserungen und Weiterentwicklungen anzuregen, durchgesetzt. Dies wird auch von der überwiegenden Mehrheit der Einrichtungen bestätigt. Eine Voraussetzung dafür ist die frühzeitige Integration der Einrichtungen in das Forschungsvorhaben. Ferner sollen Vorkehrungen getroffen werden, damit die Begleitevaluation keinen unrealistisch grossen Zeitaufwand mit sich bringt, weder zu einer Bürokratisierung der therapeutischen Arbeit noch zu einer unzulässigen Vereinheitlichung der Therapieangebote führt. Einrichtungen aus dem Raum Zürich äussern tendenziell weniger Bedenken, während mit zunehmender Entfernung der Anteil der hinterfragenden Institutionen zunimmt. Dies mag damit zusammenhängen, dass persönliche Kontakte zu den Forschenden eine bedeutende Rolle spielen und die Studie von einer Zürcher Institution durchgeführt wird. Die kritische Haltung städtischer Einrichtungen legt die Vermutung nahe, dass v. a. in städtischer Umgebung die Widersprüchlichkeit in Drogenpolitik und Drogenarbeit spürbarer ist.

Der Grossteil der Einrichtungen erfasst bereits heute Grundangaben zu ihrer Klientel, die Hälfte benutzt dazu einen speziellen Fragebogen. Die Teilnahmebereitschaft an einem nationalen Projekt hängt jedoch nicht mit bisheriger eigener Erhebungstätigkeit zusammen. Die Möglichkeit eines zukünftigen Datenvergleichs scheint gegenüber Bedenken fehlender Rückwärtskompatibilität zu überwiegen. Dass Einrichtungen, welchen bereits heute relativ viele zeitliche und personelle Ressourcen zur Erhebung zur Verfügung stehen, eher die Möglichkeit zur Teilnahme sehen, verdeutlicht, dass die Ressourcen einer Einrichtung bei der Planung eines umfassenden Evaluationssystems berücksichtigt werden müssen.

Die genannten Bedenken bestätigen die in der Literatur ausgeführte Kluft zwischen Theorie und Praxis: zeitlicher Mehraufwand, späte oder keine Rückmeldung der Ergebnisse an die Praxis, keine Verwendbarkeit für die Praxis, mögliche Fehlinterpretation und Fehlschlüsse, zusätzliche Belastung der Klientel. Diesen Berührungspunkten können Forschung und Auftraggeber mit einer transparenten Informationspolitik, Mitsprachemöglichkeiten von Seiten der Praxis und fairen Kooperationsangeboten entgegentreten.

Der erwartete Nutzen bezieht sich hauptsächlich auf Erkenntnisgewinn, Überprüfung und Verbesserung der eigenen Arbeit. Der ebenfalls häufig erwähnte Nutzenaspekt Monitoring weist auf die Notwendigkeit hin, die Aufnahme- und Vermittlungspraxis in der Suchthilfe transparenter zu gestalten. Der Wunsch nach Aufklärung von Öffentlichkeit und Behörden verweist auf eine stärkere Anerkennung verschiedener Therapieansätze. Als relevante For-

schungsbereiche werden Therapiewirksamkeit, Wissen über die Klientel und Katamnese genannt.

Als Unterstützung ihrer eigenen Tätigkeit schätzen die Einrichtungen einen inhaltlich orientierten Zusammenschluss ähnlicher Institutionen sowie gemeinsame Veranstaltungen zur Weiterbildung. Diese können als Plattform für den Austausch zwischen Forschung und Praxis und zur Identifikation praxisrelevanter Forschungsfragen dienen.

## 5. Empfehlungen

Aufgrund der Ergebnisse der Machbarkeitsstudie stellen die Autor/innen folgendes *Stufenmodell* vor:

1. *Basisdokumentation*: Sie bildet die Grundlage des Modells und dient der Erstellung von Statistiken über KlientInnencharakteristika und -fluktuation. Als Basis ist sie für die übergeordnete Planung wichtig und vor allem von politischem Interesse. Das Basisprojekt müsste auf mindestens fünf Jahre angelegt werden. Die Kosten müssten extern gedeckt werden.
2. *Pilotprojekte*: Mit dem Ziel, die Informationen aus den Basisstatistiken zu ergänzen, sollen Pilotprojekte in ausgewählten Einrichtungen durchgeführt werden. Sie sollen mindestens zwei Jahre dauern und bei Bedarf verlängert werden können. Hier liegt sowohl ein politisches als auch ein therapeutisches Interesse vor. Die Kosten müssten auch hier primär extern gedeckt werden.
3. *Spezialprojekte*: Sie beinhalten themenorientierte Fragestellungen, die von den Institutionen bestimmt werden. Der finanzielle Aufwand hält sich in Grenzen und kann von den Einrichtungen getragen werden.

Der Auftrag muss an eine politisch unabhängige und wissenschaftlich anerkannte Stelle gehen, Datensicherheit und Transparenz müssen gewährleistet werden. Im Sinne eines Beirats sollen betroffene Interessengruppen das Vorhaben begleiten. Austauschstrukturen zwischen den Einrichtungen auf regionaler und inhaltlicher Ebene müssen zur Verfügung gestellt werden. Auch die Fachverbände können eingebunden werden, ihre allfälligen ideologischen Differenzen dürfen aber nicht störend wirken. Spezifische Weiterbildungsveranstaltungen, jährliche Treffen und kleine Veranstaltungen sollen Feedback und Austausch ermöglichen. In Zusammenarbeit mit den Einrichtungen können auch neue Evaluationsschwerpunkte bestimmt werden.

Das Projekt erfordert Koordinationsbemühungen und ein valides, aber praktikables Instrument.

## 6. Referenzen

1. Bühringer G. Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen für junge Drogen- und Alkoholabhängige. Ergebnisse einer Modellförderung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. München, Gerhard Röttger Verlag, 1981.
2. Mühle U, Hutter T. REHA 2000. Situation und Handlungsbedarf im stationären Drogenentzug und in der stationären Drogenrehabilitation. Unveröffentlichte Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, 1993.
3. Rihs M. Ressortforschung im Suchtbereich. Vortrag am Drogenforschungs-Symposium im Institut für Suchtforschung ISF, Zürich, März 1994.
4. Schlömer H. Hilfestellung für qualifizierte Therapieevaluation oder Wegbereitung für ein Mehr an staatlicher Kontrolle? Die Katamnesestandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. Originalarbeit. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 1986;1–2:91–97.
5. Tecklenburg U. Das spezialisierte Behandlungssystem für Alkoholabhängige. Stationäre Therapie und Rehabilitation 1984 bis 1990. Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige SAKRAM. Lausanne, 1991.
6. Ulrich W. Stationäre Einrichtungen in der Drogenhilfe. Bundesamt für Gesundheit (Hrsg). Bern, Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale, 1993.
7. Vollmer H, Henrich G. Das therapeutische Klima in einer Wohngemeinschaft zur Entwöhnungsbehandlung Opiatabhängiger. Suchtgefahren 1985;31:133-45.
8. Wholey JS. Evaluierung – Grundlage und Voraussetzung für leistungsfähigere Programme. In: Hellstern GM, Wollmann H (Hrsg). Handbuch zur Evaluationsforschung. Verlag Opladen, Wiesbaden, 1984:158-76.

## 7. Wissenstransfer

### 7.1 In der Praxis

Das Stufenmodell wird im Rahmen des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie FOS erfolgreich eingeführt. Zwischenzeitlich nehmen rund 80 Einrichtungen aus der ganzen Schweiz am FOS teil. In jährlichen Symposien und Jahresberichtssitzungen werden der Wissenstransfer und der Austausch der Einrichtungen untereinander gefördert.

### 7.2 Auf wissenschaftlichem Gebiet

1. Schaaf S. Einführung einer nationalen Dokumentation und Evaluation für stationäre Therapie bei

Drogenabhängigen – Introduction of a national documentation and evaluation for inpatient therapy of drug addicts. Vortrag am Kongress «Therapie der Sucht, Behandlungskonzepte für besondere Risikogruppen und deren Evaluation», Universität Zürich, 14.–16. September 1994.

2. Schaaf S, Dobler-Mikola A. Evaluation im Suchtbereich – Bedenken und Bedürfnisse in Entzug und Therapie. In: DrogenMagazin 1995;4:28-34.
3. Posterpräsentation an der ersten EASAR conference. Evangelische Akademie, Tutzingen (BRD), Mai 1995.

## 8. Konsequenzen der Evaluation in Bezug auf den Drogentherapiebereich, auf die Forschung und die Drogenpolitik

### 8.1 Für die Praxis

Nach der erfolgreichen Einführung der FOS-Basisdokumentation folgen die Projekte QUAFOS (Qualität in der stationären Suchttherapie), Typisierung stationärer Suchttherapie, FOS-Nachbefragungen, Religiosität und Therapiemotivation, Studie zur psychischen Befindlichkeit der Klientele (Spezialstudie SCL-90-R) sowie Kinder von Eltern mit Suchtproblemen.

Die Einrichtungen werden für Forschungsanliegen sensibilisiert und darin unterstützt, selber aktiv zu werden und sich betreffend gewünschter Fragestellungen zusammenzuschliessen.

Der über die Jahre entstandene solide Forschungsverbund liefert die Koordinations- und Austauschstrukturen, die auch für kommende nationale Projekte wie act info (nationale Suchtstatistik) oder QuaTheDA (Qualität in der stationären Therapie Drogen und Alkohol) genutzt werden können.

Korrespondenzadresse:  
Institut für Suchtforschung  
Postfach  
8031 Zürich  
Tel. +41 (0)1 273 50 25  
Fax +41 (0)1 273 50 23  
E-Mail: [isf@isf.unizh.ch](mailto:isf@isf.unizh.ch)



# Evaluation der Berner Familienplatzierungsinstitution PRISMA\*

Werner Wicki, Stefan Krucker, August Flammer, Institut für Psychologie der Universität Bern

## Zusammenfassung

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG führte das Institut für Psychologie der Universität Bern im Jahre 1993 eine Evaluation des Familienplatzierungsangebotes Prisma durch. Seit der Aufnahme der Tätigkeit im Jahre 1982 hat das PRISMA bis 1992 insgesamt 82 Jugendlichen und jungen Erwachsenen, vorwiegend mit Drogenproblemen, eine Platzierung bei einer Familie ermöglicht und sowohl die aufnehmenden Familien wie auch die Jugendlichen resp. jungen Erwachsenen begleitet. *Die BenutzerInnen des Platzierungsangebotes* waren durchschnittlich 22 Jahre alt und mehrheitlich männlichen Geschlechts (67%). Bei 37% von ihnen dauerte die Familienplatzierung zwischen einem Tag und drei Monaten, bei 39% zwischen drei und zwölf Monaten und bei 24% dauerte der Aufenthalt länger als ein Jahr. Unter Einbezug der Auskünfte von Drittpersonen konnten wir Näheres über die aktuellen Lebensumstände von 59 der ehemaligen BenutzerInnen in Erfahrung bringen. Bis 1993 waren dreizehn der ehemaligen BenutzerInnen gestorben. Zur Wohnsituation standen uns die Angaben von 41 Personen zur Verfügung. Während vor dem Eintritt nur fünf von 41 Personen in der eigenen Wohnung lebten, waren es 1993 deren 21 von 41. Eine Analyse der Aufenthaltsdauer machte deutlich, dass jene (heute lebenden) BenutzerInnen, die heute keine Drogen mehr konsumieren, längere Aufenthalte hatten als jene, die auch heute noch Drogen konsumieren. Die persönlichen Stellungnahmen der erreichten ehemaligen BenutzerInnen zum Prisma und zu ihrer Prisma-Familie waren mehrheitlich positiv. *Gastgeberfamilien:* In der Zeitspanne zwischen 1982 und 1992 arbeiteten insgesamt 32 Familien, mehrheitlich Bauernfamilien, mit dem Prisma zusammen. Mit diesen Familien wurden halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Knapp die Hälfte der Familien hatte zwischen 1982 und 1992 nur einen, die übrigen zwei bis neun Jugendliche resp. junge Erwachsene aufgenommen. In ihren Antworten auf die Frage nach der Motivation zur Zusammenarbeit mit dem Prisma verwiesen etwa die Hälfte der Familien auf ihr Interesse an einer sozialen Tätigkeit; etwas seltener wurde die Mitarbeit mit besonderen eigenen Lebensumständen (z.B. Kinder bald erwachsen) und mit materiellen Interessen (Nebenverdienst, zusätzliche Arbeitskraft) begründet. Die Prisma-Familien beurteilten die Zusammenarbeit mit der Institution Prisma insgesamt als positiv.

## 1. Einleitung

Das PRISMA ist eine stationäre Einrichtung der Stiftung Contact in Bern, die Jugendlichen und jungen Erwachsenen in schwierigen Lebenssituationen einen befristeten Aufenthalt bei einer Gastfamilie ermöglicht und sie während dieses Aufenthaltes begleitet.

Seit der Aufnahme der Tätigkeit im Jahre 1982 ermöglichte das Prisma bis 1992 insgesamt 82 Jugendlichen und jungen Erwachsenen, vorwiegend mit Drogenproblemen, eine Platzierung bei einer Familie und begleitete sowohl die aufnehmenden Familien wie auch die Jugendlichen resp. jungen Erwachsenen. Zudem stellten die Prisma-MitarbeiterInnen – im Sinne des systemischen Ansatzes – auch Kontakte zu weiteren direkt oder indirekt an den Platzierungen beteiligten Personen (z. B. Herkunftsfamilie, Versorger) her.

Weil das Prisma innerhalb anderer Institutionen mit ähnlichen Zielsetzungen eine Pionierrolle einnimmt, schien es (besonders) gerechtfertigt, dieses Projekt zu evaluieren.

## Key Words

Vocational Rehabilitation,  
Addicts, Adolescents,  
Host Family

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 8022 unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus: Rihs-Middel M, Lotti H. Suchtforschung des BAG / Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996. Bern, EDMZ, 1997.



Methodisch handelte es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Prozessevaluation (vgl. Barth & Matt, 1984 (1); Wottawa & Thierau, 1990 (3)), die für zukünftige Planungen im Bereich der Familienplatzierungen von jugendlichen Drogenabhängigen empirisch abgesicherte Grundlagen liefern sollte. Hierzu wollten wir einerseits die Entwicklung der betreuten KlientInnen nachzeichnen, soweit dies mittels retrospektivem Vorgehen noch möglich war, und andererseits die Beurteilung des Prismas aus der Sicht der ehemaligen BenutzerInnen, der Prisma-Familien und der MitarbeiterInnen des Prismas selbst in Erfahrung bringen und darstellen.

## 2. Methode

Das Prisma wurde auf den Ebenen (1) Institution, (2) BenutzerInnen, (3) Gastfamilien und (4) Prisma-Team evaluiert. Die folgenden Untersuchungsmethoden kamen dabei zur Anwendung:

- *Ebene der Institution* (Konzept, Zielgruppe, Angebot): Analyse der Dokumente (Konzepte), Jahresberichte, interne Auswertungen
- *Ebene der BenutzerInnen* (Alter, Geschlecht, Problematik, Aufenthaltsdauer, Wohnen, Ausbildung, Berufstätigkeit, Verlauf des Drogenkonsums, Beurteilung der Gastfamilien und des Prisma-Konzepts): Aktenstudium, Recherchen («Tracking»), halbstrukturierte Telefoninterviews
- *Ebene der Gastfamilien* (Anzahl und Dauer der Platzierungen, Alter, Beruf, Vorerfahrung, Motivation, Betreuungskonzept, Lernprozesse, Zusammenarbeit mit Prisma-Team): telefonische und persönliche halbstrukturierte Interviews
- *Ebene des Prisma-Teams* (Tätigkeiten, Einstellungen, Beurteilung des Konzepts): halbstrukturiertes Gruppeninterview

Insgesamt wurden 74 telefonische und 19 persönliche Interviews durchgeführt (vgl. Tab. 1).

**Tabelle 1: Durchgeführte und abgelehnte Interviews pro Personengruppe**

Auskunftspersonen	Telefonische Interviews	Persönliche Interviews	Interview abgelehnt
Prisma-Familien	19	13	2
Prisma-MitarbeiterInnen (ehemalige)	0	6	0
KlientInnen	23	0	8
Eltern von KlientInnen	16	0	4
Verwandte/Bekannte der KlientInnen	2	0	0
VertreterInnen von Institutionen	14	0	0
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>19</b>	<b>14</b>

## 3. Resultate

### 3.1 Ebene der Institution

Das Prisma wurde zunächst als 3-jähriges Projekt gestartet mit dem Ziel, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in schwierigen Lebenssituationen einen befristeten Aufenthalt bei geeigneten Familien zu ermöglichen und sie während des Aufenthaltes zu betreuen. Diese Projektphase wurde 1984 ausgewertet (Witschi und Vögeli, 1984) (2). 1985 wurde das Prisma durch die Fürsorgedirektion des Kantons Bern als definitive stationäre Einrichtung anerkannt. Es standen 1.6 SozialarbeiterInnen-Stellen und eine 20%-ige Sekretariatsstelle zur Verfügung.

Die Belegungszahl lag über zwölf Betriebsjahre gerechnet durchschnittlich bei 4.7. Die durchschnittliche Belegungszahl pro Jahr war – bei gleich vielen oder weniger Stellenprozenten – in den Jahren 1984 bis 1989 deutlich höher als in den Jahren 1990 bis 1992. 1993 hat sich die Belegungszahl wieder den hohen Werten angenähert. Die Anfragen von interessierten KlientInnen oder Institutionen hatten sich ab 1987 mehr als verdoppelt. Die Zahl der näheren Abklärungen blieb sich seit 1987 in etwa gleich. Die Zahl der Prisma-Familien, die sich für eine Mitarbeit im Prisma interessierten, sowie die Zahl der Familien, mit denen jeweils eine Zusammenarbeit bestand, blieb während der ganzen Zeit auch ungefähr konstant.

### 3.2 Ebene der BenutzerInnen

Bei 63 KlientInnen (77%) handelte es sich um Eintritte, bei denen ein längerer Aufenthalt (als Therapie) vorgesehen war, bei 16 KlientInnen (19%) wurde der Aufenthalt bei einer Prismafamilie als Übergangslösung gewählt (z. B. bis ein Platz in einer anderen Institution frei wurde). Bei den restlichen drei KlientInnen (4%) war nicht mehr entscheidbar, um welche Art von Aufenthalt es sich handelte. Bei den KlientInnen, bei denen ein längerer (Therapie-)Aufenthalt geplant war, lag der Frauenanteil deutlich höher als bei den KlientInnen, bei denen das Prisma eine Übergangslösung darstellte. 25 der 63 TherapieaufenthalterInnen waren Frauen, während es sich nur gerade bei zwei von sechzehn ÜbergangsaufenthalterInnen um Frauen handelte. Dieser Unterschied war statistisch bedeutsam ( $\chi^2=4.19$ ,  $df=1$ ,  $p<0.05$ ). TherapieaufenthalterInnen waren durchschnittlich etwas älter ( $M_{\text{Therapie}} = 22.4$  Jahre,  $M_{\text{Übergang}} = 20.2$  Jahre).

Bei den 63 KlientInnen, bei denen das Prisma als eigentliche Therapie gedacht war, standen eindeutig Drogenprobleme im Vordergrund (80% der KlientInnen hatten Drogenprobleme). Die Hälfte dieser KlientInnen blieb sechs Monate oder weniger lang im Prisma, die andere Hälfte blieb länger als sechs Monate. Gut die Hälfte der KlientInnen konnte den Auf-

enthalt regulär (d. h. unter Einhaltung der Kündigungsfrist) abschliessen.

Die Lebenssituation der KlientInnen wurde zurzeit des Prisma-Eintritts, danach beim Austritt und schliesslich zum Untersuchungszeitpunkt erhoben. Je nach Variable konnten 22 bis 41 KlientInnen in die Auswertung einbezogen werden. Generell zeigte sich eine zunehmende soziale Integration der KlientInnen: Die KlientInnen lebten 1993 eher als zu den früheren Zeitpunkten in einer eigenen Wohnung, verfügten eher über eine abgeschlossene Ausbildung oder standen in einer solchen, hatten eher eine Arbeit und konsumierten eher keine Drogen mehr. Auf der anderen Seite waren 22% (13 von 59) der diesbezüglich erfassten KlientInnen seit dem Prisma-Austritt gestorben. Wir nehmen nicht an, dass wir über eine bestimmte Gruppe von KlientInnen besonders häufig oder besonders selten Angaben erhalten konnten, insbesondere weil wir auch Fremdgaben in die Auswertung einbezogen haben. Die Ergebnisse können daher als für alle KlientInnen repräsentativ betrachtet werden. Die Frage, ob die Entwicklungen in Richtung sozialer Integration auf den Prisma-Aufenthalt oder auf andere Faktoren zurückzuführen sind, kann hier nicht beantwortet werden. Es kann lediglich festgestellt werden, dass der Prisma-Aufenthalt der KlientInnen, die 1993 keine der erfassten Drogen mehr konsumiert hatten, durchschnittlich länger dauerte als der Aufenthalt der KlientInnen, die 1993 weiterhin Drogen konsumiert hatten. Eine entsprechende Tendenz (längerer Aufenthalt) fanden wir auch für KlientInnen, die 1993 in einer eigenen Wohnung lebten (im Vergleich zu KlientInnen ohne eigene Wohnung). Dies lässt sich einerseits dahingehend interpretieren, dass der längere Aufenthalt und die in dieser Zeit gemachten Erfahrungen die Prognose bezüglich sozialer Integration verbessert hat. Andererseits ist aber auch anzunehmen, dass der Prisma-Aufenthalt vermutlich dann länger dauerte, wenn die Prognose im Hinblick auf die spätere soziale Integration bereits beim Eintritt besser war.

Die ehemaligen KlientInnen evaluierten das Prisma-Angebot vorwiegend positiv. Obwohl vereinzelt gerade die Unterschiede zu therapeutischen Wohngemeinschaften hervorgehoben wurden, fanden wir in den abgegebenen Einschätzungen durchaus auch Ähnlichkeiten zu den Resultaten der Nachbefragungen von ehemaligen Klienten konsensueller Wohngemeinschaften (vgl. Zimmer Höfler & Tschopp, 1986) (4).

### 3.3 Ebene der Gastfamilien

In der Zeitspanne zwischen 1982 und 1992 arbeiten insgesamt 32 Familien, mehrheitlich Bauernfamilien, mit dem Prisma zusammen. Der berufliche Hintergrund der Prisma-Familien war sehr vielfältig (LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, HeilpädagogIn-

nen, Pfarrer, Kindergärtnerinnen, Kranken- und Psychiatrieschwestern, Hausfrauen, Futtermüller, Techn. Sachbearbeiter, etc.). 1993 waren alle (n=10) Prisma-Familien in der Landwirtschaft tätig, davon acht ausschliesslich und zwei Familien in Kombination mit einer anderen Erwerbsarbeit. Die Vorerfahrung der befragten Familien liess sich wie folgt zusammenfassen: Etwa die Hälfte der Prisma-Familien brachte Vorerfahrungen aus sozialen Berufen mit, etwa ein Drittel der Familien hatte bereits bei ähnlichen Platzierungen von Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mitgemacht und etwa ein Fünftel der Familien gab an, bereits unmittelbar mit Drogenabhängigkeit konfrontiert gewesen zu sein.

In ihren Antworten auf die Frage nach der Motivation zur Zusammenarbeit mit dem Prisma verwiesen etwa die Hälfte der Familien auf ihr Interesse an einer sozialen Tätigkeit, zehn von 29 Familien begründeten die Mitarbeit mit besonderen eigenen Lebensumständen (z. B. Kinder bald erwachsen), weitere sieben resp. sechs Familien gaben an, sie interessierten sich für einen Nebenverdienst respektive für eine zusätzliche Arbeitskraft (Mehrfachnennungen möglich).

Darauf angesprochen, was sie den Jugendlichen mitgeben wollten und worauf sie im Umgang mit ihnen Wert gelegt hätten, erwähnten viele Familien die Gestaltung der persönlichen Beziehungen (16 von 27 Familien antworteten in diesem Sinne).

### 3.4 Ebene des Prisma-Teams

Das sozialtherapeutische Team des Prismas bestand 1993 aus einer dipl. Sozialarbeiterin (seit September 1990) und einem dipl. Heilpädagogen (seit August 1992). Nach Angaben der Prisma-MitarbeiterInnen handelt es sich beim Prisma um eine Sozialtherapie. Als wesentlich wurde das gemeinsame Leben und Arbeiten in der Familie und deren «gesunde Alltäglichkeit» hervorgehoben. Das Prisma-Team bot wöchentliche Gespräche mit der KlientIn und der Prisma-Familie («Prisma-Runde») an. Je nach Situation fanden auch Einzelgespräche mit Klienten oder mit der Prisma-Familie statt.

## 4. Diskussion

Das Prisma stellt unseres Erachtens eine wertvolle stationäre, abstinentenorientierte Therapieeinrichtung mit relativ kleiner Aufnahmekapazität (durchschnittlich fünf KlientInnen) für Jugendliche und junge Erwachsene, vorwiegend mit Drogenproblemen, dar. Teilweise wurden in den vergangenen zwölf Jahren KlientInnen mit anderen als Drogenproblemen betreut (in der Anfangszeit öfters als heute). Diese Öffnung im Hinblick auf die Problematik der KlientInnen beurteilen wir als positiv. Neben der grösseren Flexi-

bilität in Bezug auf die Vermittlung von Familienplätzen (Ausgleich von Angebot und Nachfrage) können dadurch vermutlich die individuellen Betreuungsmöglichkeiten der Gastfamilien besser berücksichtigt werden.

Das Prisma als älteste derartige Familienplatzierungsinstitution in der Schweiz hatte eine gewisse Modellfunktion für weitere Familienplatzierungsprojekte. Die offene und medienwirksame Dokumentation des Prisma-Projektes hat diese Entwicklung überhaupt erst ermöglicht. Zudem ist anzunehmen, dass die Einbettung des Prismas in die Stiftung Contact den Zugang zu drogenspezifischen Informationen erleichtert und allgemein die Vernetzung des Prismas mit weiteren Institutionen gefördert hat.

## 5. Schlussfolgerung

Unsere Recherchen zum weiteren Lebensweg der ehemaligen Prisma-KlientInnen zeigten einen längerfristig wirksamen Trend zur zunehmenden sozialen Integration (bezüglich Wohnen, Ausbildung, Arbeit und Drogenkonsum). Im Rahmen unserer Untersuchung konnte jedoch nicht entschieden werden, inwiefern diese Entwicklungen im Zusammenhang mit dem Prisma-Aufenthalt zu sehen sind. Rückblickend lässt sich lediglich sagen, dass jene KlientInnen, die heute keine Drogen mehr konsumieren, durchschnittlich länger bei einer Prisma-Familie lebten als jene KlientInnen, die heute noch Drogen konsumieren.

### *Empfehlung:*

Der Austrittsvorbereitung der KlientInnen sollte weiterhin ein grosser Stellenwert zukommen. Zudem ist zu prüfen, ob das Prisma oder eine andere Institution eine Nachbetreuung anbieten könnte.

Darüber hinaus erachten wir eine kontinuierliche Erfassung von psychosozialen und platzierungsbezogenen Angaben über die KlientInnen beim Ein- und Austritt als notwendig. Etwa einen Monat nach dem Austritt könnte zudem ein telefonisches Interview mit dem/der KlientIn geführt werden.

Die meisten Prisma-Familien sind Bauernfamilien. Die Aufnahme von Jugendlichen ist für sie ein möglicher Nebenverdienst und es ist für die meisten Prisma-Familien bedeutsam, wie stark sie mit Platzierungen ausgelastet sind. Die zeitliche Auslastung lag je nach Familie zwischen 50 und 100%. Es gab somit Familien, die während annähernd der Hälfte der Zeit keinen Jugendlichen bei sich hatten und folglich auch keine finanzielle Entschädigung.

Die Prisma-Familien beurteilen die Zusammenarbeit mit den Prisma-MitarbeiterInnen mehrheitlich als positiv. Die Interviews mit den Prisma-Familien

weisen aber auch auf schwierige Aspekte der Zusammenarbeit hin: Ein Teil der Familien führte beispielsweise ihren Austritt aus dem Prisma auf eine Entscheidung der MitarbeiterInnen oder auf Meinungsverschiedenheiten mit den MitarbeiterInnen zurück. Eine schwierige Phase scheint besonders die Vorgehensweise beim Abschluss der Zusammenarbeit durch die MitarbeiterInnen darzustellen. Ebenfalls problematisch kann die grundsätzliche Abhängigkeit der Prisma-Familien vom Prisma-Team werden.

### *Empfehlung:*

Es ist zu prüfen, in welcher Weise die Anforderungen an die Prisma-Familien noch präziser formuliert werden könnten. Hohe Belastbarkeit und die Fähigkeit, auch mit Rückschlägen und Enttäuschungen im Beziehungsbereich umgehen zu können, sowie kommunikative Fertigkeiten könnten z. B. noch deutlicher als wichtige Voraussetzungen hervorgehoben werden.

### *Empfehlung:*

Es ist zu prüfen, wie den Prisma-Familien eine klare Rückmeldung der MitarbeiterInnen sowohl zu vergangenen als auch zu geplanten Platzierungen gegeben werden kann. Insbesondere halten wir es für wünschenswert, dass eine allfällige Entscheidung der MitarbeiterInnen, eine bestimmte Familie nicht mehr oder nicht mehr in der bisherigen Form zu berücksichtigen, dieser Familie baldmöglichst anlässlich eines persönlichen Gesprächs mitgeteilt wird.

Es meldeten sich allein im Kanton Bern jährlich zwischen 12 und 50 Familien, die gerne einen Jugendlichen aufgenommen hätten. Das Prisma-Team konnte jeweils aus Kapazitätsgründen mit weniger als der Hälfte dieser Familien Abklärungsgespräche führen. Das vorhandene Potential auf der Seite der aufnehmenden Familien ist folglich bisher bei weitem nicht ausgeschöpft worden.

### *Empfehlung:*

Auf dem Hintergrund der vorwiegend positiven Beurteilung des Prisma-Konzeptes sowohl durch die Prisma-Familien als auch durch die ehemaligen BenutzerInnen und angesichts des Nachfrage-Überschusses nach Plätzen durch Jugendliche und des noch nicht ausgeschöpften Potentials, sollte der Ausbau der Familienplatzierung ernsthaft geprüft werden. Das kann einerseits durch die Schaffung weiterer mit dem Prisma vergleichbarer Platzierungsinstitutionen erreicht werden, oder auch indem bestehende Versorgungseinrichtungen durch das Element der Familienplatzierung ergänzt werden.

## 6. Referenzen

1. Barth M, Matt G. Evaluationsforschung im Drogenbereich – Ein Stiefkind. Suchtgefahren 1984;30:107–14.
2. Witschi U, Vögeli P. Auswertungsbericht über das Projekt Prisma. Stiftung Contact-Bern, 1984.
3. Wottawa H, Thierau H. Lehrbuch Evaluation. Bern, Huber, 1990.
4. Zimmer Höfler D, Tschopp A. Institutionen für Heroinabhängige aus der Sicht der Klienten. Drogalkohol 1986;10:24-57.

## 7. Valorisierung

### 7.1 Wissenschaftliche Berichte

1. Krucker S, Wicki W, Flammer A. Evaluation der Familienplatzierungsinstitution Prisma. Schlussbericht ans Bundesamt für Gesundheit. Institut für Psychologie der Universität Bern, 1994.

### 7.2 Vorträge und Workshops

1. Wicki W, Krucker S. Evaluation der Familienplatzierungsinstitution Prisma. Vortrag am Drogen-Symposium des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Universität Zürich, 1994.
2. Krucker S. Ergebnisse einer Untersuchung über die Familienplatzierungsinstitution Prisma. Vortrag an der Generalversammlung des Vereins Fokus, Chur, 1994.
3. Krucker S. Resultate der Evaluationsstudie Prisma. Vortrag an der Tagung «Familienplatzierung von drogenabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen», Universität Bern, 1995.

Korrespondenzadresse:  
PD Dr. Werner Wicki  
Institut für Lehrerinnen- und Lehrerbildung  
Waldhof  
4900 Langenthal  
E-Mail: werner.wicki@llb.unibe.ch

# Verlaufsevaluation der Zürcher Methadonabgabe-Poliklinik der ARUD «Zokl1» 1992–1996 aufgrund von psychosozialen, konsumdefinierten und serologischen Parametern\*

**Lisanne Christen, Stephan Christen**, Arbeitsgemeinschaft Sozial- und Gesundheitsforschung, Uetikon am See  
**Peter Grob**, Abteilung für klinische Immunologie, Universitätsspital Zürich  
**Martin Schätzle, Daniel Meili**, Poliklinik für methadongestützte Behandlung Zokl1, Zürich

## Zusammenfassung

Von der Betriebsöffnung im März 1992 bis März 1996 konsumierten 1462 Personen Methadon in der Zürcher Poliklinik Zokl1. Der Eintritt erfolgt niedrigschwellig; obligatorisch sind die Eintrittsuntersuchung und vierteljährliche Verlaufsuntersuchungen. Bedarfsweise wird eine höherstrukturierte psychosoziale Behandlung angeboten. Die Klienten und Klientinnen bestimmen die von ihnen konsumierte Methadonmenge selbst; sie beträgt durchschnittlich 60 mg pro Tag. Erhoben wurden psychosoziale und drogenkonsumbezogene Informationen, ferner Tag und Zeitpunkt sowie die Menge des im Zokl1 bezogenen Methadons. Darüber hinaus wurden Blut- und Urinproben untersucht. Zokl1-Population: Mit einem Männeranteil von 75 Prozent, einem Durchschnittsalter von 27 Jahren, einem hohen Anteil an Schwerabhängigen und einem tiefen Anteil regelmässig Erwerbstätiger entspricht die Zokl1-Population anderen methadonkonsumierenden Populationen in der Schweiz und im Ausland. Die höchste Aufnahmezeit wurde im ersten Betriebsjahr 1992 verzeichnet. Die Hälfte der Zokl1-Benützerinnen und -Benützer verblieb bis 11 Monate (Median), die andere Hälfte zwischen 11 Monaten und 4 Jahren. Ein- bis zweitägige Unterbrüche im Methadonbezug sind häufig, Unterbrüche von über drei Monaten selten und zu meist einmalig. Suchtmittelkonsum und psychosoziale Situation: Bei Eintritt ist – definitionsgemäss – der selbstrapportierte Konsum von Opiaten, Kokain und Cocktails sehr hoch. Beikonsum berichten viele Klienten und Klientinnen während Jahren, jedoch von der zweiten Befragung an weitaus seltener als bei Eintritt. Opiatabhängigkeit von über zwei Jahren führt zu sozialer Marginalisierung. Hingegen zeigt sich im Verlauf des Zokl1-Aufenthalts eine Stabilisierung und – nach ungefähr zwei Jahren – eine Verbesserung der psychosozialen Situation. Verglichen wurden die Neueintritte der jeweils ersten Kalenderquartale 1992 bis 1995. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Betreuten je nach Eintrittsjahr (respektive Quartal) ins Zokl1: Je später an Kalenderjahren sie ins Zokl1 kamen, desto seltener konsumierten sie intravenös, desto weniger hatten sie Vorerfahrungen in entzugsorientierten oder methadongestützten Behandlungen und desto geringere Mengen Methadon konsumierten sie im Zokl1. Ausnahme sind die 1994 Eingetretenen mit einem sehr hohen Bedarf an Methadon im Zokl1 und einem

hohen Anteil von Personen mit Erfahrungen in Substitutions- und/oder Entzugsbehandlungen. Schutzfaktoren für einen langen Verbleib im Zokl1 sind früher Eintritt ins Zokl1, genügend hohe Methadondosen und Wohnsitz in der Stadt Zürich. Keinen Einfluss auf die Verbleibdauer haben Geschlecht, Nationalität, Alter bei Eintritt ins Zokl1 oder die Dauer der Heroinabhängigkeit.

## Key Words

Illegal Drug Users,  
Low Threshold Service,  
Methadone Maintenance,  
Prevention of HIV/Aids,  
Prevention of Hepatitis A, B and C,  
Quality of Life,  
Harm Reduction,  
Help to Survive

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 5691 unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus: Rihs-Middel M, Lotti H. Suchtforschung des BAG/Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996. Bern, EDMZ, 1997.



## 1. Einleitung

Als Dole und Nyswander [1] vor nunmehr 30 Jahren Methadon zur Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger einsetzten, geschah dies erstmals im Zusammenhang mit sozialen Begleitmassnahmen. Anstelle der Forderung nach vollkommener Opiatabstinenz rückten andersartige Ideen: (1) Verbesserung der psychosozialen Situation, die beispielsweise in stabilen Partnerschafts- und Arbeitsbeziehungen zum Ausdruck kommt; (2) Verbesserung des Gesundheitszustandes Opiatabhängiger; (3) Verminderung der kriminellen Begleiterscheinungen von Opiatabhängigkeit. Methadon ist unter diesem Betrachtungswinkel eine Möglichkeit, Menschen, die keinen Ausstieg aus der Opiatsucht wünschen oder schaffen, das zu bieten, was der holländische Autor Engelsman [2] einen «drogenfreien Lebensstil» nennt.

Im Kanton Zürich werden seit 1991 systematisch alle methadongestützten Behandlungen erfasst. Die Gesamtauswertung der Erfassungsperiode 1991–1995 liegt vor [3]. Diese Daten der Kantonal-Zürcherischen Auswertung ergeben folgendes Bild: Die Schliessung des Platzspitz zu Beginn des Jahres 1992 führte zu einer starken Zunahme an methadongestützten Behandlungen – u. a. bedingt durch das neue Angebot niedrigschwelliger Methadonabgabe in der Poliklinik Zokl1. Über die Hälfte aller methadongestützten Behandlungen findet in medizinischen Einrichtungen und ärztlichen Praxen statt. Die Betreuten sind durchschnittlich 27 Jahre alt und durchschnittlich seit sechs Jahren heroïnabhängig; ein Drittel sind Frauen. Die Hälfte der Betreuten verfügt über ein regelmässiges Erwerbseinkommen und ebenso viele über die Möglichkeit zu eigenständigem Wohnen. Ein Drittel der Befragten hatte weder Erfahrung mit entzugs- noch substituitionsorientierten Behandlungen. Die Verlaufsdaten weisen auf sinkende Raten an HIV-Konversion, reduzierten Beikonsum illegaler Drogen und Verbesserungen der sozialen Situation – gemessen an Wohnsituation und Erwerbstätigkeit – hin.

Auf der Basis des Zokl-Evaluationskonzeptes von Seidenberg und Seidenberg [4] wurden im Zokl1 Daten erhoben und ausgewertet. Die Erfahrungen mit niedrigschwelliger Methadonabgabe in Zürich liegen als Bericht vor [5]. Der Beobachtungszeitraum umfasste lediglich sechs Monate. Hinsichtlich Alter, Geschlecht und Zivilstand gleicht die Zürcher Stichprobe anderen Stichproben von Methadonbezüglerinnen und -bezügern [6]. Drop-outs und Verbliebene nach sechs Monaten unterschieden sich weder sozio-demographisch noch in der Dauer ihrer Opiatabhängigkeit, Konsumform, Justizkontakten oder stationärer Entzugsbehandlungen vor Eintritt. Verbleibende hatten jedoch signifikant mehr Erfahrung mit früheren methadongestützten Behandlungen und

signifikant weniger selbstrapportierten Beikonsum von Kokain. Nach sechs Monaten waren bei den Verbliebenen Verbesserungen festzustellen: Mehr Freizeitaktivitäten, weniger positive Urinproben, weniger häufiger Heroïn- und Kokainkonsum sowie ein verbesserter Zustand der Haut. Wohnsituation und soziale Einbettung blieben über den Beobachtungszeitraum von sechs Monaten unverändert.

Die Erwartungen an die Methadonabgabe mit niederschwelligem Eintritt sind u. a.: Reduktion der illegalen Drogenkonsumereignisse, Senkung von Mortalität und Morbidität der Betreuten, Verbesserung ihrer psychosozialen Situation, Reduktion des Risikos von Hepatitis- und HIV-Infektionen [4]. Erwartet wurde aufgrund der ersten Zokl1-Resultate [5], dass solche Effekte erst nach längeren Aufenthaltszeiten sichtbar werden. Diese Postulate nachzuvollziehen ist Aufgabe des Berichts über die ersten vier Betriebsjahre des Zokl1.

## 2. Vorgehen / Methodik

### 2.1 Population und Stichproben

Die im Zokl1 Betreuten sind eine selbstrekrutierte – freiwillige – Stichprobe von nachgewiesenermassen Opiatabhängigen, die sich für eine methadongestützte Behandlung im Zokl1 interessieren bzw. daran teilnehmen. Die Opiatabhängigkeit wird im Verlauf der ärztlichen Untersuchung festgestellt. Erfasst sind alle Personen, die zwischen Januar 1992 (erste Methadonabgaben erfolgten ab dem 2.3.1992) und März 1996 mit der Poliklinik Zokl1 Kontakt aufnahmen. Das Schlussdatum stellt einen künstlichen Schnitt inmitten fortlaufender Aktivitäten der Poliklinik Zokl1 dar. Die Indikationskriterien für eine Aufnahme ins Zokl1 sind: (1) Opiatabhängigkeit, (2) unterschriebener Informed Consent, (3) Lebensumstände, die einen täglichen Methadonkonsum im Zokl1 zulassen. Auswärtige können abgelehnt werden. Bei längerem Fernbleiben verfällt die Indikation, weshalb für eine erneute Methadonabgabe das Arztgespräch gesucht werden muss.

Aus der Population der Personen, die Kontakt mit dem Zokl1 aufnahmen, ergaben sich retrospektiv drei Gruppen: (1) InteressentInnen ohne Fragebogeneinträge und ohne Methadonbezug; sie erhielten eine Identifikationsnummer und machten einige soziodemographische Angaben (N = 54); (2) Personen ohne Methadonbezug im Zokl1, die eine bis zwei Befragungen mitmachten (N = 4); (3) Die grösste und wichtigste Gruppe sind Personen mit Methadonbezug im Zokl1, die zudem mindestens einmal alle Fragebogen ausfüllten (N = 1462). Die im Resultatenteil beschriebenen Daten beziehen sich ausschliesslich auf diese Gruppe von (maximal) 1462 Personen.



## 2.2 Datenerhebung

Das Datenmaterial besteht aus Befragungen der Betreuten, serologischen Befunden und Konsumdaten. Während die Befragungsinstrumente identisch sind mit jenen, die im ersten Bericht beschrieben sind, werden die serologischen und die Konsumdaten hier erstmals aufgearbeitet.

(1) Patientenbefragungen: Befragungen und dermatologische Untersuchungen finden vierteljährlich bei den obligatorischen Verlaufsgesprächen statt; die Urinproben werden zum gleichen Zeitpunkt genommen (Analysegerät: Syva Solaris). Therapeutische Gespräche und Urinproben können jedoch auch öfter stattfinden. (2) Serologische Untersuchungen finden halbjährlich statt und zwar auf HIV, Hepatitis A, B und C. Das CRP wurde im ersten Berichtsjahr bestimmt und aufgrund der ersten Auswertungen [5] wurde später auf dessen Bestimmung verzichtet. Die serologischen Analysen wurden in der Abteilung für Klinische Immunologie des Universitätsspitals Zürich durchgeführt und die Daten vom Abteilungsleiter, Professor Peter Grob, zur Verfügung gestellt. (3) Konsumdaten fallen bei jedem Methadonbezug an. Sie bestehen aus dem Datum und der Uhrzeit des Bezugs sowie der abgegebenen Menge.

## 2.3 Auswertung

Die Auswertung fand – wie für den ersten Zokl1-Bericht – extern und unabhängig von der projektbetreibenden Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen ARUD mittels Statistikpaket SPSS auf PC statt. Es lassen sich folgende Auswertungsstränge unterscheiden: (1) Individuelle Querschnitte wurden mit deskriptiven Verfahren analysiert. (2) Extern definierte Querschnitte wurden mit Verfahren

**Tab. 1: Statistische Kennzahlen bei Eintritt ins Zokl1**

Durchschnittsalter bei Eintritt ins Zokl1	27 ± 6 Jahre
Alter bei Beginn der Drogensucht	22 ± 5 Jahre
Dauer der Heroinabhängigkeit	5 ± 5 Jahre
Personen mit Schweizer Nationalität	75%
Männliche Methadonbezügler	72%
Ledige Personen	81%
Mit Partner oder Partnerin Lebende	29%
In der Stadt Zürich gemeldet und lebend	64%
Personen mit abgeschlossener Lehre	54%
Arbeitslose	51%
Vollzeit-Beschäftigte	25%
Personen mit selbstberichtetem Justizkontakt	66%
(davon vorbestraft)	(89%)
Schwerabhängige, Definition siehe [8]	
(a) Eintritte 1992	30%
(b) Eintritte 1995	8%
Heroin i.v.-konsumiert	51%
Kokain i.v.-konsumiert	43%
Personen ohne Erfahrung in Entzugs- und Substitutionsbehandlung	39%
Urinopiate nachgewiesen bei	89%
Kokainmetabolite nachgewiesen bei	55%

der Inferenzstatistik für unabhängige Stichproben untersucht, die sich nach dem Skalenniveau und der Verteilung der Daten richten. (3) Ein Längsschnitt wurde mit inferenzstatistischen Verfahren für abhängige Stichproben analysiert. (4) Aufgrund von bivariaten Untersuchungen wurden Determinanten für den Verbleib im Zokl1 definiert und in multivariaten logistischen Regressionen untersucht. (5) Einzelfalldarstellungen sind im Bericht zuhanden des BAG enthalten [7]. Aufgeführt sind im folgenden nur statistisch signifikante Resultate. Hierbei bedeutet \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ .

Konsum- und Serologiedaten sind von ausserordentlicher Komplexität und von beachtlichem Umfang, nämlich ca. 500 000 Konsum- und 1000 Serologie-Einträge mit grosser Variabilität pro betreuter Person. Hinzu kommen Informationen aus fast 8000 Befragungen der 1462 Betreuten mit Methadonbezug im Zokl1.

## 3. Resultate

### 3.1 Eintrittscharakteristika

Die stärkste Aufnahmewelle fand im ersten offiziellen Betriebsmonat, im März 1992, statt. Im jeweils ersten Quartal jedes Kalenderjahres ist eine Zunahme der Neueintritte festzustellen. Die wichtigsten Kenndaten sind in Tabelle 1 zusammengefasst, wobei sich die prozentualen Angaben auf den Anteil der Antwortenden beziehen.

### 3.2 Verlaufscharakteristika und Einflussfaktoren auf den Behandlungsverlauf

Die konsumdefinierten Zeitparameter – wie viele Tage jemand insgesamt im Zokl1 als Benutzer oder Benutzerin registriert ist (d. h. die maximale Aufenthaltsdauer) und an wie vielen Tagen davon Methadon bezogen wurde – streuen ausserordentlich. Der Median der maximalen Aufenthaltsdauer liegt bei 10,5 Monaten; der Median für die Abgabetape bei 188 Tagen. Kurze Unterbrüche von 1–2 Tagen sind sehr häufig, lange Unterbrüche von mehr als drei Monaten kommen bei einem Fünftel vor und sind meistens einmalig. Die durchschnittliche Konsummenge von reinem Methadon liegt bei  $60 \pm 23$  Milligramm.

Mit zunehmender Anzahl Befragungen ist ein deutlicher Anstieg des Anteils an Personen mit folgenden Merkmalen zu verzeichnen: Männer, Schweizer Nationalität, in der Stadt Zürich gemeldet und wohnend, ohne aktuelle Justizkontakte. Etwas weniger deutlich ist der Anstieg des Anteils von Personen mit folgenden Merkmalen: Geschieden, regelmässige Voll- oder Teilzeitarbeit. Ferner wird ein deutlicher

Rückgang des Anteils von Personen mit folgenden Merkmalen verzeichnet: Wohnen in der Notschlafstelle, ein und mehr aktuelle Juszitkontakte. Ganz sicher ergibt sich keine Verbesserung der Kontakte zur Herkunftsfamilie parallel zur Zokl1-Behandlung.

Zwar ist die Rate selbstrapportierten Konsums von Opiaten und/oder Kokain in den 24 Stunden vor Eintritt hoch, doch berichtet in allen späteren Befragungen nur noch die Hälfte oder weniger Probanden und Probandinnen von Opiat- und/oder Kokainkonsum in den 24 Stunden vor dem Interview. Selbstrapportierter Beikonsum in den 24 Stunden bis 7 Tagen vor jeder weiteren Befragung kommt bei etwa

Menge spezifiziert war. Über alle Befragungszeiten hin ist gemäss Fragebogenangaben das Spritzen die bevorzugte Konsumform für Heroin, Kokain und Cocktails. Über den Konsum von Methadon liegen vergleichsweise wenig Antworten vor, möglicherweise weil auch hier unklar war, ob nur illegales Methadon gemeint ist.

Mit zunehmender Zahl an Befragungen nimmt die Zahl vorgenommener Hautuntersuchungen deutlich ab. Die vorhandenen Abklärungen weisen hin auf eine Besserung der Haut nach Eintritt und über den Befragungszeitraum hinweg. Je mehr Befragungen die Teilnehmenden absolvieren, desto weniger wer-

**Tabelle 2: Mittelwerte, Standardabweichungen und Signifikanzniveaus für statistische Vergleiche von Faktoren, die auf die Länge des Zokl1-Aufenthalts Einfluss nehmen**

Nationalität	Schweiz	Ausland	Signifikanzniveau	
Kontaktdauer in Tagen	485 ± 447	417 ± 434	**	
Methadonabgabebtage	348 ± 363	301 ± 357	*	
Methadondosis in mg	62 ± 23	56 ± 22	***	
Wohnsitz	Stadt Zürich	Kanton Zürich	ausserkantonale	Signifikanzniveau
Kontaktdauer in Tagen	501 ± 453	413 ± 414	258 ± 334	***
Methadonabgabebtage	365 ± 376	292 ± 321	206 ± 284	***
Methadondosis in mg	61 ± 23	57 ± 19	56 ± 22	**

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001

**Tabelle 3: Effekt des Eintritts quartals – statistische Kennwerte**

1. Quartal	1992	1993	1994	1995	Kennwert	p
Intravenös Konsumierende	73%	53%	51%	44%	Cramers V= 0.23	***
Intravenöser Heroinkonsum	70%	46%	48%	31%	Cramers V= 0.20	***
Intravenöser Kokainkonsum	78%	56%	69%	43%	Cramers V= 0.19	***
Personen mit Erfahrung in						
(a) Methadonsubstitution	56%	37%	60%	15%	Cramers V= 0.33	***
(b) Entzugsbehandlung	46%	52%	57%	16%	Cramers V= 0.27	***
Kontaktdauer in Tagen	670±532	516±433	399±290	240±146	F = 23.49	***
Methadonabgabebtage	466±436	379±368	347±279	198±138	F = 12.04	***
Methadondosis in mg	64±25	58±19	70±24	54±21	F = 9.00	***

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001

**Tabelle 4: Entwicklung von soziodemographischen und drogenbezogenen Parametern einer Verlaufsstichprobe mit mindestens 11 Befragungen – Randauszählungen von 3 Befragungen mit maximal 164 Untersuchten**

Befragungen	Nr. 1	Nr. 5	Nr. 9	p	Stichprobengrösse
Personen mit regelmässiger Arbeit	40	43	60	**	147
Wohnsituation:					164
(a) allein wohnend	34	58	63	***	
(b) mit Partner oder Partnerin wohnend	38	42	44	*	
(c) von Notschlafstelle gekommen	26	8	1	***	
Urinopiate nachgewiesen	41	32	33	**	47

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001

Zeitpunkt der Befragungen: Nr. 1 (bei Eintritt), Nr. 5 (ca. 1 Jahr nach Eintritt) und Nr. 9 (ca. 2 Jahre nach Eintritt). Statistisch verglichen wurden hingegen die Befragungen Nummer 1, 3, 5, 7, 9 und 11 mittels Cochrans Q.

25–30% der Befragten vor. Benzodiazepine und Cannabis werden gemäss Selbstangaben – wenn überhaupt, dann – täglich konsumiert, wobei nur etwa ein Viertel aller ProbandInnen überhaupt Benzodiazepin-Gebrauch und gut die Hälfte Cannabis-Konsum angeben. Auffallend niedrig sind die Selbstangaben in Bezug auf Alkohol, möglicherweise weil für dieses legale Suchtmittel keine «relevante»

den Selbstangaben über HIV-Tests und -Resultate gemacht. Der Beikonsum an Heroin und Kokain – zumindest in der mit Urintests erfassten Periode – sinkt nach dem Eintritt kontinuierlich. Urinproben und Selbstangaben weisen darauf hin, dass sowohl täglicher als auch (nicht erfasster) mehrmals täglicher Konsum von Heroin und Kokain nach Eintritt ins Zokl1 deutlich abnehmen.

Faktoren, die Einfluss auf die Dauer des Zokl1-Aufenthalts nehmen könnten, wurden mit ANOVAs untersucht. Die signifikanten Haupteffekte sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Faktoren, die die Länge des Zokl1-Aufenthalts nicht beeinflussen, sind ebenfalls sehr bedeutsam: Geschlecht, regelmässige Erwerbstätigkeit, intravenöser Drogenkonsum, Dauer der Heroinabhängigkeit und Lebensalter bei Eintritt.

### 3.3 Vergleich der Eintritts quartale und Längsverlauf

Vergleicht man die Daten der Neueingetretenen im jeweils ersten Kalenderquartal der Jahre 1992 bis 1995, so ergeben sich keine signifikanten Gruppenunterschiede in Bezug auf das Alter bei Eintritt ins Zokl1, das Geschlecht, die Nationalität, den Zivilstand und die Arbeitssituation der Befragten. Resultate der signifikanten Vergleiche sind in Tabelle 3 zusammengefasst. Die statistischen Kennwerte beziehen sich auf Vergleiche der aufgeführten und der sich logisch ergänzenden Personenkategorien (z. B. intravenös Konsumierende vs. nicht intravenös Konsumierende).

Die Daten in Tabelle 3 weisen auf eine kontinuierliche Veränderung der Zokl1-Klientel im Verlauf der Jahre hin: Weniger intravenös Konsumierende, weniger Erfahrungen in drogenbezogenen Behandlungen, niedrigere Methadonbezugsmengen im Zokl1. Deutlich abweichend von diesem Trend sind die Messwerte für die im ersten Quartal 1994 Neueingetretenen.

Untersucht wurde eine Gruppe von 164 Personen, die an mindestens 11 Befragungen teilnahmen. Sie waren bei Eintritt ins Zokl1  $28 \pm 5$  Jahre alt, seit  $6 \pm 4$  Jahren heroinabhängig und konsumierten zu 66% Drogen intravenös. Aufgrund ihrer Eintrittsdaten kann die untersuchte Gruppe als schwerabhängig bezeichnet werden [8].

Tabelle 4 zeigt exemplarisch die Randauszählungen einiger psychosozialer Merkmale für die Befragungen 1 (bei Eintritt), 5 (ca. 1 Jahr nach dem Eintritt) und 9 (ca. 2 Jahre nach dem Eintritt). Statistisch verglichen wurden hingegen die Befragungen 1, 3, 5, 7, 9 und 11 mittels Cochrans Q.

Keine Veränderungen über die Messungen ergaben sich für: Zivilstand, effektiven Wohnsitz, positive Kokainmetabolite. Die Daten weisen auf eine psychosoziale Stabilisierung einer bereits marginalisierten Stichprobe von Zokl1-Betreuten hin.

Die mittels logistischer Regression untersuchten Schutzfaktoren für einen langen Verbleib im Zokl1 sind: Eintrittsjahr, Methadonbezugsmenge im Zokl1,

**Tabelle 5: Mögliche Einflussfaktoren auf die Hepatitiden A, B und C. Prozentualer Anteil Probanden pro Auswertungskategorie und statische Resultate für die Jahresprävalenz 1994**

	Hepatitis A	Hepatitis B	Hepatitis C
<b>Heroinabhängigkeit bei Eintritt</b>			
0-2 Jahre	40%	23%	26%
>2 bis 5 Jahre	53%	44%	34%
>5 bis 24 Jahre	61%	61%	65%
Stichprobengrösse gesamt	137	111	106
Cramers V	0.17	0.30	0.31
Signifikanzniveau	*	***	***
<b>Intravenöser Konsum von Drogen bei Eintritt</b>			
ja	79%	76%	74%
nein	30%	18%	13%
Stichprobengrösse gesamt	132	110	102
PHI	0.49	0.59	0.62
Signifikanzniveau	***	***	***
<b>Konsumart von Heroin bei Eintritt</b>			
Spritzen	74%	68%	67%
Rauchen	29%	14%	10%
Sniffen	36%	28%	23%
Stichprobengrösse gesamt	112	88	83
Cramers V	0.42	0.52	0.55
Signifikanzniveau	***	***	***
<b>Konsumart von Kokain bei Eintritt</b>			
Spritzen	75%	71%	63%
Rauchen	43%	24%	12%
Sniffen	28%	19%	13%
Stichprobengrösse gesamt	85	71	60
Cramers V	0.41	0.50	0.52
Signifikanzniveau	***	***	***

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01, \*\*\* p < 0.001

Wohnsitz. Das bedeutet, je früher der Eintritt, je mehr Methadon bezogen und je näher beim Zokl1 wohnend, um so länger der Aufenthalt im Zokl1.

### 3.4 Zusammenhang zwischen serologischen, konsumdefinierten und psychosozialen Informationen

Da nur serologische Untersuchungen für die Jahre 1994 und 1995 vorlagen, konnte keine repräsentative Stichprobe analysiert werden. Die Jahresprävalenzen 1994 und 1995 für die Hepatitiden A, B und C stimmen überein; HIV-Positive finden sich in dieser Stichprobe wenig (da sie auch anderswo erfasst sein können). Tabelle 5 zeigt beispielhaft eine Auswahl von Resultaten für die Jahresprävalenz 1994. Die statistische Analyse wurden mit dem Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

## 4. Diskussion

Es besteht eine hohe Konsistenz zwischen den Resultaten aus verschiedenen Zokl1-Datensätzen, d. h. Fragebogen mit psychosozialen Angaben, konsumdefinierten Parametern, Urinproben und (nicht repräsentativen) serologischen Informationen. Die Selbstangaben sind zuverlässig, wie mit unabhängigen Parametern überprüft werden konnte.

Die Zokl1-Klientel entspricht in ihrer psychosozialen Charakteristik den Kollektiven anderer Methadonangebote in der Schweiz und im Ausland [3]. Ein beachtlicher Teil von ihr muss als schwerabhängig bezeichnet werden [8]. Insgesamt sind die Zokl1-Klienten und -Klientinnen aber weniger marginalisiert (gemessen beispielsweise an der Dauer der Heroinabhängigkeit, an Vorerfahrungen mit drogenspezifischen Behandlungen, an der Arbeits- und Wohnsituation) als die Kollektive der PROVE-Versuche mit einer diversifizierten Verschreibung von Betäubungsmitteln [9].

Zwischen 1992 und 1995 traten immer weniger schwer und langjährig Drogenabhängige ins Zokl1 ein. Dies manifestiert sich z.B. in den im Zokl1 nachgefragten Methadonmengen und im Serostatus. Dass sich die Klientel – aus welchen Gründen auch immer – so stark veränderte, erschwert die Beurteilung des Einflusses der Zokl1-Behandlung auf die psychosoziale Situation. Zwei Sachverhalte sind hierzu wichtig: (1) Die Daten förderten einerseits zutage, dass nach etwa 2 Jahren Heroinabhängigkeit der Schritt in die soziale Marginalisierung getan wird (2). Andererseits zeigten Klienten und Klientinnen mit mindestens 11 Befragungen (was etwa 2,5 Jahren Aufenthalt entspricht) eine Stabilisierung oder nach circa 2 Jahren sogar eine Verbesserung der psychosozialen Situation.

Die vorliegenden Daten liefern einen deutlichen Hinweis auf die präventive Wirkung der Zokl1-Behandlungen: Es können mit grosser Wahrscheinlichkeit solche Personen vor grösserem Schaden bewahrt werden, die nur kurze Zeit heroinabhängig sind und noch nicht intravenös konsumieren, die noch nicht sozial marginalisiert und/oder seropositiv sind. Bereits Schwerabhängige können psychosozial stabilisiert werden, oder, selbst deren Situation lässt sich zu einem gewissen Grad verbessern.

## 5. Schlussfolgerungen

1. Der niedrighschwellige Eintritt spricht Opiatabhängige an, die mit anderen Angeboten nicht erreicht werden, weshalb gleichartige Angebote gefördert werden sollen. Differenzierte Indikationsstellung ermöglicht die fallweise Weichenstellung in Richtung hochschwelliger Substitution oder abstinenzorientierter Behandlung.
2. Aktive Motivationsarbeit und das Angebot einer freiwillig beanspruchbaren psychosozialen Hilfe sind an die Bedürfnisse der KlientInnen optimal angepasst. Die Niedrighschwelligkeit des Eintritts und Selbstangaben/Urinprobenresultate ohne Sanktionen erhalten die Attraktivität des Angebots; gleichzeitig lassen sich präventive Mass-

nahmen im Zielpublikum ergreifen, deren Wirksamkeit zu untersuchen ist.

3. Das Angebot muss auf die Veränderungen der Klientel reagieren. Über die Jahre veränderte sich die Zokl1-Klientel deutlich psychosozial und es sind auch veränderte Drogenkonsumgewohnheiten (Ecstasy und LSD beispielsweise) zu erwarten. Abstinenz kann gefördert, aber nicht gefordert werden.
4. Das Angebot an substitutionsorientierten Behandlungen muss langfristig erweitert werden. Bisherige Erfahrungen weisen darauf hin, dass verschiedene Behandlungsangebote verschiedene Drogenabhängige ansprechen.
5. Vier Jahre wissenschaftlicher Begleitung des Zokl1-Projekts zeigen deutlich die Gefahren für die gesundheitliche und psychosoziale Entwicklung auf, die mit regelmässigem und mehrjährigem Drogenkonsum verbunden sind. Die Evaluation zeigt aber ebenso klar, dass sich langfristige Methadonbehandlungen präventiv und rehabilitierend auswirken, weshalb auf Kontinuität von diesen und vergleichbaren Angeboten gesetzt werden muss.

## 6. Referenzen

1. Dole VP, Nyswander M. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. JAMA 1965;193:846-50.
2. Engelsman EL. Dutch policy on the management of drug-related problems. Br J Addict 1989;84:211-8.
3. Falcato L, Dobler-Mikola A, Uchtenhagen A, Olgiati M. Methadonbehandlungen im Kanton Zürich 1991-1995. Psychiatrische Universitätsklinik, Sektor West und zentrale sozialpsychiatrische Dienste Zürich, 1995.
4. Seidenberg M, Seidenberg A. Evaluationskonzept Zokl 1992: Risiko- und Problemverminderung durch ein niedrighschwelliges, wenig therapeutisch strukturiertes Methadonangebot. ARUD, Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen. Zürich, 1992.
5. Christen L, Christen S, Dobler-Mikola A. Evaluation eines niedrighschwelligen Methadonangebots «Zokl1 1992». Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Uetikon a. S. und Zürich, 1994.
6. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Betäubungsmittelkommission - Arbeitsgruppe «Methadon» der Subkommission Drogenfragen. Methadonbericht, 3. Auflage. Bern, 1995.
7. Christen L, Christen S, Grob P, Schätzle M, Meili D. Eintritts- und Verlaufsmerkmale von Teilneh-

mern und Teilnehmerinnen an einer methadongestützten Behandlung mit niedrighschwelligem Eintritt. Psychosoziale, konsumdefinierte und serologische Daten in der Evaluation der Zürcher Methadonabgabe-Poliklinik der ARUD «Zokl1», 1992–1996. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Uetikon am See, 1996.

8. Rihs-Middel M. Die Versuche zur ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln als ein Teil des Drogenforschungsprogramms des BAG. In: Rihs-Middel M, Lotti H, Stamm R, Clerc J (Hrsg.). Ärztliche Verschreibung von Betäubungsmitteln. Hans Huber, Bern, 1996: 16-25.
9. Grob PJ. Infektion mit Hepatitisviren A-E und deren Prävention. Paediatrica 1995;6:9-18.

## 7. Valorisierung

### 7.1 Buchpublikationen und Artikel in Zeitschriften

1. ARUD. Eintritts- und Verlaufsmerkmale von Teilnehmerinnen und Teilnehmern an einer methadongestützten Behandlung mit niedrighschwelligem Eintritt. Zusammenfassung. ARUD-News 1996;3:5.

### 7.2 Graue Literatur

1. Christen L, Christen S, Dobler-Mikola A. Evaluation eines niedrighschwelligen Methadonangebots «Zokl1 1992». Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Uetikon a. S. und Zürich, 1994.
2. Christen L, Christen S, Grob P, Schätzle M, Meili D. Eintritts- und Verlaufsmerkmale von Teilnehmern und Teilnehmerinnen an einer methadongestützten Behandlung mit niedrighschwelligem Eintritt. Psychosoziale, konsumdefinierte und serologische Daten in der Evaluation der Zürcher Methadonabgabe-Poliklinik der ARUD «Zokl1», 1992–1996. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Uetikon am See, 1996.
3. Christen L, Christen S, Grob P, Schätzle M, Meili D. Eintritts- und Verlaufsmerkmale von Teilnehmern und Teilnehmerinnen an einer methadongestützten Behandlung mit niedrighschwelligem Eintritt. Psychosoziale, konsumdefinierte und serologische Daten in der Evaluation der Zürcher Methadonabgabe-Poliklinik der ARUD «Zokl1» 1992–1996. Kurzfassung des Berichts im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Uetikon am See 1996.
4. Christen S. Kritische Auseinandersetzung mit der Evaluation eines Feldversuchs am Beispiel der Zürcher Methadonabgabe-Poliklinik der ARUD Zokl1, 1992–1996. Master Thesis im Rahmen des interuniversitären Weiterbildungsprogramms Public Health (Bern, Basel, Zürich). Uetikon a. See, 1996.

### 7.3 Vorträge

1. Meili D. Erfahrung aus vier Jahren niedrighschwelliger Methadonbehandlung. Vortrag und Podiumsdiskussion. Zadro, Interdisziplinäre Weiterbildung im Drogenbereich des Sozialpsychiatrischen Dienstes der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, 23.1.1996.
2. Meili D. Resultate der Evaluation des niedrighstrukturierten Methadonabgabeprojektes Zokl1. Methadonkolloquium für Ärzte und Apotheker des Kantons Zürich, 21.11.1996.
3. Meili D. Evaluation des Zokl1, Poliklinik für methadongestützte Behandlung, 1992–1996. Forum Wissenschaft medizinischer Praxis, Institut für Suchtforschung, Zürich, Februar 1997.
4. Meili D. Niedrighschwellige, niedrighstrukturierte Methadonbehandlung – Möglichkeiten und Grenzen. Erfahrungen des Zokl1, Poliklinik für methadongestützte Behandlung, Zürich. Drei Seminare zum Thema. Suchttherapietage 1997, Hamburg, 20.–23.5.1997.

### 7.4 Workshops und weitere Veranstaltungen

1. Meili D, Schätzle M, Therapeuten und Therapeutinnen des Zokl1. Erfahrungen aus vier Jahren niedrighschwelliger Methadonbehandlung. Führungen und Referate am Tag der offenen Tür für Fachleute und Behörden, die mit Drogenabhängigen arbeiten. Zürich, 29.8.1996.
2. Meili D, Schätzle M. Therapeuten und Therapeutinnen des Zokl1. Diverse Vorträge im Rahmen von Institutsführungen für die Parlamentsdelegationen von Schweden und Holland, die Stadtratsdelegation München und weitere circa 20 Führungen für Drogenfachleute aus der Schweiz und dem Ausland. Zürich, 1996.

### 7.5 Citation index

1. Christen L, Christen S, Meili D. Evaluation eines niedrighschwelligen Methadonangebots: Auswertung der im «Zokl1» 1992 bis 1995 erfassten Daten. SIDOS Erhebung 1996, Neuchâtel 1996.
2. Christen L, Christen S, Grob P, Schätzle M, Meili D. Eintritts- und Verlaufsmerkmale von Teilnehmern und Teilnehmerinnen an einer methadongestützten Behandlung mit niedrighschwelligem Eintritt. Psychosoziale, konsumdefinierte und serologische Daten in der Evaluation der Zürcher Methadonabgabe-Poliklinik der ARUD «Zokl1», 1992–1996. Aktualisierte Fassung. SIDOS Erhebung 1997, Neuchâtel 1997.
3. Christen L, Christen S, Meili D. Evaluation eines niedrighschwelligen Methadonangebots: Auswertung der im «Zokl1» 1992 bis 1995 erfassten Da-



ten. Empirische Sozialforschung 1995. Campus Verlag Frankfurt, 1996.

4. Christen L, Christen S, Grob P, Schätzle M, Meili D. Eintritts- und Verlaufsmerkmale von Teilnehmern und Teilnehmerinnen an einer methadongestützten Behandlung mit niedrighschwelligem Eintritt. Psychosoziale, konsumdefinierte und serologische Daten in der Evaluation der Zürcher Methadonabgabe-Poliklinik der ARUD «Zokl1», 1992–1996. Aktualisierte Fassung. Empirische Sozialforschung 1996. Campus Verlag Frankfurt, 1997.

## 7.6 Geplante Arbeiten

Aufgeführt ist eine Auswahl von Valorisationsvorschlägen, die ab Winter 1996/97 als Forschungsprojekte eine Eingabe beim BAG erfahren werden:

1. Beschreibung der Zokl1-Klientel in verschiedenen Definitionen der Schwerabhängigkeit unter besonderer Berücksichtigung des Kalenderjahrs des Eintritts.
2. Psychosoziale, drogenkonsumbezogene und durch den Zokl1-Methadonbezug definierte Merkmale von Zokl1-Klienten und -Klientinnen mit Methadon-Niedrigstkonsum, mit Fallbeispielen.
3. Psychosoziale, drogenkonsumbezogene und durch den Zokl1-Methadonbezug definierte Merkmale von verschiedenen Stichproben von Langzeitteilnehmern und -teilnehmerinnen.
4. Wann setzt die soziale Marginalisierung ein und wem nützt Zokl1 am meisten? Präzisierte Verlaufsdatenanalyse der Zokl1-Klientel in den Jahren 1992–1996.
5. Bedeutung der Eingangsdosierung für die Länge und den psychosozialen Verlauf des Zokl1-Aufenthalts.
6. Psychosoziale, drogenkonsumbezogene und durch den Zokl1-Methadonbezug definierte Merkmale von Zokl1-Paaren mit Fallbeispielen von Paar-Methadonkonsumkurven.

## 7.7 Wechselwirkungen

Zwischen der Zokl1-Evaluation und der Evaluation der PROVE-Versuche besteht intensiver Erfahrungsaustausch (neue Befragungsinstrumente Zokl1; Analyse der konsumdefinierten Daten).

Korrespondenzadresse:  
Dr. med. Daniel Meili  
ARUD Zürich  
Konradstrasse 1  
8005 Zürich  
E-Mail: d.meili@arud-zh.ch



# Methadonprogramme im Kanton Bern 1979–92\*

Franziska Tschan, Université de Neuchâtel, Groupe de Psychologie Appliquée

## Zusammenfassung

Die Fürsorge- und Gesundheitsdirektion des Kantons Bern führt seit Beginn der Methadonbehandlungen Dossiers über die Methadonbezüger und Methadonbezügerinnen. Diese füllen in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen einen Eintrittsfragebogen aus, in dem sie Auskunft geben über ihre Suchtgeschichte, ihre Motivation, den Gesundheitszustand und die soziale Integration. Die Ärzte und Ärztinnen reichen zudem während der Behandlung Zwischenberichte über den Behandlungsverlauf ein und die Fürsorge- und Gesundheitsdirektion erfasst die Gründe für den Behandlungsabschluss oder -abbruch. Die Daten von über 1700 zwischen 1979 und 1992 angelegten Patientendossiers wurden anonymisiert erfasst und ausgewertet. Dieser Bericht enthält eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse dieser Auswertungen.

## 1. Einleitung

Finanziert von der Gesundheitsdirektion des Kantons Bern wurden am Institut für Psychologie der Universität Bern die Dossiers der Methadonbezüger und Methadonbezügerinnen vom Beginn der Methadonabgabe im Jahre 1979 bis Anfang 1992 erfasst und ausgewertet. Ziele der Auswertungen waren die Beschreibung der Methadonbezüger und -bezügerinnen im Kanton Bern und die Veränderungen, welche sich mit den veränderten Abgabekriterien und der Zielanpassung der Methadonbehandlungen entsprechend auch der dritten Säule der bundesrätlichen Drogenpolitik (Risikoverminderung und Überlebenshilfe) ergeben haben. Es wurden zudem Auswertungen zum Gesundheitszustand vorgenommen und Prädiktoren für Mehrfachbehandlungen eruiert. Ein Vergleich mit Bewerbungsdossiers aus einer Berner therapeutischen Wohngemeinschaft erlaubt Hinweise darauf, dass stationäre Therapieangebote für andere Personengruppen attraktiver sind als Methadonbehandlungen.

## 2. Vorgehen / Methodik

Es wurden die von der Berner Fürsorge- und Gesundheitsdirektion geführten Dossiers von Methadonbezügerinnen und Methadonbezügerinnen ausgewertet. Als Datenquellen stehen einerseits ein vom Kantonsapotheker entworfener Fragebogen zur Verfügung, den die behandelnden Ärzte und Ärztinnen zusammen mit dem Antrag auf Bewilligung einer Methadonbehandlung einreichen, sowie die ebenfalls von den Ärzten und Ärztinnen regelmässig eingereichten Zwischenberichte über den Behandlungsverlauf und die von der Fürsorge- und Gesundheitsdirektion erteilten Bewilligungen und Behandlungsaufgaben.

Die Analyse beruht also nicht auf einer speziellen, für wissenschaftliche Zwecke durchgeführten Erhebung, sondern auf Dokumenten, welche in Zusammenhang mit dem Bewilligungsverfahren und Behandlungsberichten stehen. Es konnten keine Zusatzserhebungen vorgenommen werden.

Die Dossiers von 1705 Personen, welche zwischen 1979 (Beginn der Methadonabgabe im Kanton Bern) und 1992 im Kanton Bern Methadon bezogen haben, wurden in die Analyse mit einbezogen. Das schliesst den grösseren Teil der in dieser Zeit im Kanton Bern behandelten Patienten und Patientinnen mit ein, kann aber dennoch nicht als genaue Schätzung der Anzahl Behandelten im Kanton Bern gewertet werden: Nicht einbezogen worden sind Dossiers, welche weniger

## Key Words:

Methadone Maintenance,  
Monitoring, Case Register,  
Switzerland

\* Diese Evaluation wurde von der Gesundheitsdirektion des Kantons Bern unterstützt.

als die Minimalangaben enthalten und Dossiers von Personen, welchen im Rahmen stationärer Aufenthalte Methadon abgegeben wurde. Es ist zudem zu bedenken, dass ein grosser Prozentsatz der hier erfassten Personen mehrere Methadonbehandlungen erhalten hat; die Anzahl Methadonbehandlungen im Beobachtungszeitraum war demnach weit grösser als die Anzahl behandelte Personen. Insgesamt wurden den 1705 Patienten und Patientinnen 2360 Methadonbehandlungen verschrieben.

### 3. Resultate

Die Daten wurden nach verschiedenen Aspekten ausgewertet, einerseits beschreibend (7, 8). Weitere Auswertungen beziehen sich auf den Gesundheitszustand der Methadonbezügler und Methadonbezüglerinnen vor Programmeintritt (6); andere gehen der Frage nach, ob aufgrund der Angaben zur ersten Behandlung vorausgesagt werden kann, ob eine weitere Behandlung stattfinden wird (2) und der Frage, ob man Hinweise dafür finden kann, dass Methadonbehandlungen eine Konkurrenz für abstinenzorientierte Behandlungsformen sein könnten (5). Weil sich die Abgabekriterien im Verlaufe der Zeit sowohl mit Anpassungen in der Drogenpolitik als auch mit zunehmender Erfahrung mit Methadonbehandlungen veränderten, wurden die Daten von drei Zeitperioden verglichen (1).

Hier seien die wichtigsten Resultate dieser Untersuchungen vorgestellt.

#### 3.1 Methadonbehandlungen im Kanton Bern 1979–1992: von strikten Kriterien zu «harm reduction».

Die Anzahl Erstbehandlungen mit Methadon hat zwischen 1979 und 1991 stetig zugenommen, so dass zunehmend mehr auswertbare Dossiers von Erstbehandlungen zur Verfügung stehen (Tabelle 1).

**Tabelle 1: In die Studie einbezogene Dossiers über Erstbehandlungen mit Methadon, Kanton Bern**

Jahr	Erstbehandlungen mit Methadon (Kanton Bern)
1979	2
1980	22
1981	48
1982	97
1983	94
1984	79
1985	109
1986	169
1987	240
1988	267
1989	363
1990	360
1991	510
Gesamter Zeitraum	2360

Während dieser Zeit haben sich Einstellungen und Kontroversen über die Methadonbehandlung, aber auch über Drogenpolitik und Gesetzgebung verändert. Während zu Beginn der Behandlungen die Abgabekriterien sehr streng waren und es für Abhängige relativ schwierig war, in ein Methadonprogramm aufgenommen zu werden, wurde Methadon zunehmend als niederschwelliges Behandlungsangebot konzipiert, das in den Dienst der Risikoverminderung (harm reduction) und Überlebenshilfe gestellt wurde. Selbstverständlich war Methadon auch im Kanton Bern immer nur eines von mehreren Behandlungsangeboten (9).

Um die Auswirkungen der veränderten Abgabepaxis zu erfassen, wurden drei Zeiträume, nämlich derjenige von 1979 bis 1986 (620 Erstbehandlungen), derjenige von 1987 bis 1988 (507 Erstbehandlungen) und derjenige von 1989 bis 1991 (1233 Behandlungen) verglichen (1).

Während die Verteilung der Geschlechter mit etwa 30% Frauen über die Zeit in etwa gleich bleibt, nimmt das Durchschnittsalter, trotz Lockerung der Alterslimite gegen unten, über die Zeit leicht zu, von 25,4 Jahren (1979–86) auf 26,2 Jahre (1989–91), was der generellen Zunahme des Alters von Drogenabhängigen entspricht.

Die meisten Patienten und Patientinnen geben einen Beruf an, der eine Ausbildung erfordert (jeweils über 60%). Über die Beobachtungszeitpunkte nimmt der Anteil Berufstätiger bei Behandlungsbeginn ab, von gegen 60% auf gegen 50%, wahrscheinlich mitbedingt durch die Konjunkturverschlechterung in den späten 80er-Jahren.

Auch das angegebene Alter bei Beginn der Opiatabhängigkeit nimmt über den Beobachtungszeitraum zu (von 18,1 Jahren auf 20,0 Jahre), während die Dauer der Abhängigkeit bis zum Programmeintritt abnimmt (von 7,3 Jahren über 6,9 auf 6,2 Jahre), was Hinweise auf eine erleichterte Abgabepaxis erlaubt.

Angaben zur Konsumart von Opiaten vor Behandlungsbeginn und zur gleichzeitigen Einnahme anderer Drogen zeigen, dass sich die Konsumgewohnheiten und -möglichkeiten über die Zeit verändert haben. Während bis 1986 die intravenöse Opiateinnahme bei etwa 85% der Patienten und Patientinnen die Regel war, sinkt dieser Anteil nach 1989 auf 73%. Sniffen und Rauchen werden mit der Zeit deutlich populärer. Bei den neben Opiaten zusätzlich konsumierten Drogen nehmen Benzodiazepine und Kokain deutlich zu, während Codein und Barbiturate abnehmen.

Unter den frühen, strengen Abgabekriterien wurde von den Patienten und Patientinnen verlangt, mög-

lichst viele Entzugsversuche gemacht zu haben, bevor sie Methadon beziehen konnten. Später wurde dieses Kriterium deutlich gelockert. Im Mittel haben die Patienten und Patientinnen etwa drei Entzugsversuche unternommen. Allerdings nimmt mit der Zeit der Anteil derer, die nach lediglich einem Entzugsversuch Methadon beziehen, zu (von ca. 26% auf ca. 34%); dies ebenfalls ein Hinweis auf eine erleichterte Verschreibungspraxis.

Die erleichterten Abgabekriterien führten aber nicht dazu, dass der Anteil körperlich schwer kranker Personen, die sich für die Aufnahme in eine Methadonbehandlung bewarben, zurückging. Auch die Einschätzung der psychischen Probleme (Depressivität und Aggressivität) bleibt stabil. Es ist allerdings eine Zunahme der Suizidgefährdung von 10,6% auf etwa 15% zu beobachten.

Angaben zum Verlauf der Behandlung können den von den Ärzten und Ärztinnen eingereichten Berichten über den Behandlungsverlauf entnommen werden. Diese Zwischenberichte, obwohl vom Kanton verlangt, wurden von den Ärzten und Ärztinnen unterschiedlich regelmässig eingereicht. Bis 1986 dauerte es durchschnittlich 15 Monate bis ein erster Bericht eingereicht wurde, zwischen 1987 und 1988 wurde der erste Bericht nach fast 10 Monaten eingereicht und erst nach 1989 berichteten die behandelnden Ärzte nach weniger als einem halben Jahr erstmals über den Behandlungsverlauf.

Die Abhängigen erhielten bis 1988 eine mittlere Initialdosis Methadon von über 50mg, ab 1989 nimmt die Initialdosis deutlich ab auf etwas über 40 mg. Zum Zeitpunkt des ersten Zwischenberichtes wurde diese Initialdosis jeweils angepasst (bis 1986 im Durchschnitt um 2 mg nach oben, 1987–88 um etwa 1 mg nach unten und 1989 bis 1991 um durchschnittlich etwa 7 mg nach oben. Obwohl auch die Tagesdosis über den Beobachtungszeitraum abnahm, ist doch klar zu sehen, dass die Veränderung der Tagesdosis gegenüber der Initialdosis besonders deutlich ist, wenn die Initialdosis relativ niedrig ist.

Die behandelnden Ärzte und Ärztinnen beurteilen den Behandlungsverlauf über alle Beobachtungszeitpunkte bei über 65% der Patienten und Patientinnen als positiv und bei etwa 10% als negativ. Der Anteil als positiv wahrgenommener Behandlungsverläufe (zum Zeitpunkt des ersten Zwischenberichtes) nimmt über die Beobachtungsperioden deutlich zu.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer über alle Zeitabschnitte hinweg liegt bei etwa 15 Monaten, wobei 50% der Patienten und Patientinnen nach 10 Monaten die Behandlung beendet oder abgebrochen haben. Wie in anderen Studien zeigt sich, dass

Personen mit höherer Methadondosierung länger in Behandlung bleiben ( $r=.103^*$ ). Behandlungen früherer Jahre dauerten etwas länger.

Ein jeweils kleiner Prozentsatz der Patienten und Patientinnen beendete die Behandlung nach einer sukzessiven Dosisreduktion und trat in ein Entzugsprogramm über. Zu Beginn der Methadonbehandlungen ist dies mit 14% etwas üblicher, später sinkt der Anteil entzugsorientierter Behandlungen auf unter 10%. Behandlungsabbrüche seitens der Ärzte und Ärztinnen oder seitens der Gesundheitsdirektion finden in der Regel schon nach wenigen Monaten statt und machen etwa 10% der Abschlüsse aus. Behandlungsabbrüche seitens der Ärzte und Ärztinnen sind deutlich höher, wenn während der Behandlung positive Urinproben festgestellt werden.

### **3.2 Der Gesundheitszustand der Methadonbezogener und Methadonbezüglerinnen vor Behandlungseintritt (Datenbasis 1979 bis 1989)**

Die gesundheitsbezogenen Daten von 905 Opiatabhängigen, welche zwischen 1979 und 1989 im Kanton Bern zum ersten Mal mit Methadon behandelt worden sind, wurden ausgewertet und mit Daten aus zwei anderen Studien verglichen (6). Als gesundheitsbezogene Daten standen eine generelle Einschätzung des Allgemeinzustandes, eine Einschätzung der Leberempfindlichkeit und des Zustands der Venen zur Verfügung. Diese Angaben wurden von den behandelnden Ärzten und Ärztinnen erhoben. Aus den Angaben zu Gewicht und Grösse konnte zudem der Body Mass Index berechnet werden.

Bei der generellen Einschätzung des Allgemeinzustandes zeigt sich eine klare Verschlechterung bei Personen, welche nach 1984 in die Programme eingetreten sind. In der Folge bleiben die Angaben stabil: 40% haben einen guten Allgemeinzustand, ebenso viele einen mittleren und bei etwa 20% wird ein schlechter Allgemeinzustand konstatiert. Die Leber wurde bei etwas über 60% als unempfindlich eingestuft, etwas häufiger bei Männern als bei Frauen. Hingegen sind bei über 70% die Venen zerstoehen.

Der Body Mass Index (BMI; kg/m<sup>2</sup>) erlaubt Hinweise auf eine allfällige Abmagerung. In der Tat kovariiert ein schlechter Allgemeinzustand bei Männern und Frauen mit einem niedrigeren BMI, zudem haben die Abhängigen auch einen deutlich niedrigeren BMI als nicht abhängige Personen derselben Altersgruppe.

Erwartungsgemäss hängen die körperlichen Beschwerden mit den Einschätzungen des Allgemein-

zustandes zusammen – Personen mit schlechtem Allgemeinzustand haben häufiger eine empfindliche Leber, problematische Venen und es finden sich häufiger positive Hepatitis-Tests. Auch hängt ein schlechter psychischer Zustand mit mehr gesundheitlichen Problemen zusammen.

Der Allgemeinzustand vor Behandlungsbeginn hängt aber weder mit dem Alter bei Beginn der Opiatabhängigkeit noch mit der Dauer der Abhängigkeit zusammen. Allerdings sind die Konsumgewohnheiten von Personen mit schlechtem und gutem Allgemeinzustand verschieden. Personen mit schlechtem Allgemeinzustand konsumieren mehr Heroin pro kg Körpergewicht als gesündere Personen. Ausserdem konsumieren etwa die Hälfte der Personen mit schlechtem Allgemeinzustand neben Opiaten zusätzlich Benzodiazepine, bei Personen mit gutem Allgemeinzustand sind es nur 25%. Methadonbezüger und -bezügerinnen mit einem schlechten Allgemeinzustand erhalten deutlich höhere Methadondosen als solche mit gutem Allgemeinzustand.

Der Anteil Personen, welche einen Beruf ausüben, nimmt nach Eintritt in ein Methadonprogramm zu. Während fast 80% derjenigen, welche vor Programmeintritt einen guten oder mittleren Allgemeinzustand aufwiesen, nach Programmeintritt einer regelmässigen Arbeit nachgehen, sind es bei den Personen mit schlechtem Allgemeinzustand nur etwa 60%. Generell wird für diese Personen der Programmverlauf von den behandelnden Ärzten deutlich häufiger nicht positiv eingeschätzt als bei den ursprünglich gesünderen Personen.

Obwohl die Daten nur allgemeine Aussagen über den Gesundheitszustand von Methadonbezügerinnen und -bezügerinnen vor dem Programmeintritt zulassen, kann man dennoch die Schlussfolgerung ziehen, dass Personen, welche körperlich gesünder in eine Methadonbehandlung einsteigen können, wohl eine grössere Erfolgsaussicht haben.

### **3.3 Prädiktoren von Mehrfachbehandlungen (Datenbasis 1979 bis 1992)**

Eine Methadonbehandlung ist in der Regel nur eine von vielen Stationen im Kampf gegen die Abhängigkeit. Relativ viele Süchtige treten nach Abschluss einer Erstbehandlung ein zweites Mal in ein Methadonprogramm ein. Den über 1700 im Kanton Bern zwischen 1979 und 1992 behandelten Patienten und Patientinnen wurden insgesamt mehr als 2300 Methadonbehandlungen verschrieben.

Aus diesem Sample wurde die Gruppe der Personen eruiert, die potentiell für eine Zweitbehandlung in Frage kommen: Diese mussten eine abgeschlos-

sene Erstbehandlung aufweisen, nicht aus dem Kanton weggezogen sein und nicht verstorben sein. Von den 717 Personen, welche diesen Kriterien genügen, haben etwa 55% mehr als eine Methadonbehandlung erhalten; sie sind also nach einem Behandlungsabschluss wiederum mittels eines neuen Bewilligungsverfahrens in eine neue Behandlung aufgenommen worden. Damit sind Mehrfachbehandlungen mit Methadon nicht etwa die Ausnahme, sondern die Regel und ein Hinweis darauf, dass Methadonbehandlungen ein Teil des oft beschriebenen zyklischen Musters von Behandlungsversuchen, Abstinenz und Rückfall bei Drogenabhängigkeit sind.

Eine Gruppe von Patienten und Patientinnen, welche zweimal oder öfter im Kanton Bern in ein Methadonprogramm aufgenommen worden waren (n=425 Mehrfachbehandelte) wurde einer Gruppe von Patienten und Patientinnen gegenüber gestellt, welche eine Methadonbehandlung im Kanton Bern seit mindestens 30 Monaten abgeschlossen und zum Zeitpunkt des Abschlusses der Datenerhebung nicht wieder Methadon erhalten hatten (n=104 Einmalbehandelte).

Ziel der Vergleichen war es, Indikatoren der Erstbehandlung zu finden, welche Voraussagen auf eine Zweitbehandlung zulassen. Dabei zeigte sich, dass weder demographische noch suchtgeschichtliche Variablen (Alter bei Beginn der Abhängigkeit, Dauer der Abhängigkeit bei Ersteintritt) eine spätere weitere Behandlung voraussagen. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass Personen, welche zum Zeitpunkt der Erstbehandlung grössere gesundheitliche Probleme haben, eher zu den Mehrfachbehandelten gehören: Mehrfachbehandelte haben bereits zum Zeitpunkt der Erstbehandlung einen schlechteren Allgemeinzustand; ein grösserer Anteil mehrfach Behandelte ist zudem suizidgefährdet. Diese Ergebnisse stimmen gut mit anderen Langzeitstudien überein.

Im Sinne der Risikoverminderung (harm reduction) gilt die Verbleibdauer in einer Methadonbehandlung als Erfolgskriterium, deshalb wurden die beiden Gruppen bezüglich dieses Merkmals verglichen. Es zeigen sich allerdings keine statistisch bedeutsamen Unterschiede, ebenso gibt es keine Unterschiede zwischen der Methadondosis während der Behandlung.

Methadon ist eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für den Erfolg der Behandlung. Eine psychosoziale Begleitung von Methadonpatienten und -patientinnen ist unverzichtbar; in zahlreichen Studien wurde der wesentliche Einfluss von solchen Begleitmassnahmen auf den Behandlungserfolg nachgewiesen. Die Wichtigkeit einer gelungenen sozialen Integration kann für das Verhin-

dern einer Zweitbehandlung nachgewiesen werden: Die Chance, nicht in eine Folgebehandlung einzutreten, ist deutlich erhöht, wenn es den Patienten und Patientinnen gelingt, in den ersten vier Monaten nach Beginn der Erstbehandlung arbeitsfähig zu bleiben oder eine Berufstätigkeit aufzunehmen. Es konnte zudem gezeigt werden, dass der Aufbau von Ressourcen in Methadonbehandlungen durchaus gelingt. Reintegrationsmassnahmen sind nach dieser Studie vor allem zu Beginn der Behandlungen wirkungsvoll.

### **3.4 Sind Methadonprogramme eine Konkurrenz für abstinenzorientierte Behandlungsformen? (Datenbasis 1981 bis 1989)**

Methadonbehandlungen kosten pro Behandlungstag deutlich weniger als stationäre Behandlungen, etwa in therapeutischen Wohngemeinschaften. Es wurde deshalb argumentiert, dass die Einführung von Methadonprogrammen die teuren, abstinenzorientierten Behandlungen konkurrieren und schlussendlich zum Verschwinden bringen würden. Als Gegenargumente zu dieser Position wird angeführt, dass die Behandlung einer Drogenabhängigkeit in der Regel lange dauert und Phasen von Konsum mit Phasen ohne Konsum sich abwechseln. Drogenabhängige machen in der Regel mehrere Behandlungsversuche und wählen dabei unterschiedliche Behandlungsformen.

Ob sich Methadonbehandlungen und eine stationäre Behandlungsform (therapeutische Wohngemeinschaft) tatsächlich an dieselbe Gruppe Abhängiger richten, wurde in einem Vergleich von Bewerbungsschreiben an eine Berner therapeutische Wohngemeinschaft und Fragebogen zum Eintritt in eine Methadonbehandlung untersucht. Dabei wurden 388 Bewerbungsschreiben, welche in der therapeutischen Gemeinschaft zwischen 1981 und 1989 eingegangen sind, verglichen mit den 1036 Fragebogen zu einer Erstbehandlung mit Methadon im Kanton Bern im selben Zeitraum.

Es zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bewerbern und Bewerberinnen für die beiden Behandlungsformen. Die Methadonbezüger und -bezügerinnen sind etwas älter und etwas länger abhängig als die Personen, welche sich für einen Platz in einer Wohngemeinschaft bewerben. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass MethadonbezügerInnen zum Zeitpunkt des Programmeintrittes sozial etwas besser integriert sind als Bewerber und Bewerberinnen für einen Wohngemeinschaftsplatz: MethadonbezügerInnen sind häufiger verheiratet und haben deutlich häufiger Kinder. Während nur etwas über 20% der Bewerber und Bewerberinnen für einen Wohngemeinschaftsplatz zum Zeitpunkt der Bewerbung arbeiten, geben 58% der Methadonbe-

züger und -bezügerinnen an, einen Arbeitsplatz zu haben. Zudem zeigt sich, dass viele der Bewerber und Bewerberinnen für einen stationären Therapieplatz sich zum Zeitpunkt der Bewerbung im Gefängnis, in einer Entzugsstation oder in einer Psychiatrischen Klinik befinden.

Sowohl der Aufenthalt in einer Wohngemeinschaft als auch eine Methadonbehandlung können Teil einer gerichtlichen Massnahme sein, also durch Justizdruck motiviert werden. Das gilt für die Hälfte der Personen, welche sich für einen Wohngemeinschaftsplatz bewerben, aber nur für einen Viertel zukünftiger Methadonbezüger und Methadonbezügerinnen.

Offensichtlich spielen bei der Bewerbung in die eine oder andere Therapieform zudem individuelle Präferenzen eine Rolle: So haben (trotz kürzerer Abhängigkeitsdauer) fast 60% der Bewerber und Bewerberinnen für einen stationären Therapieplatz bereits Erfahrungen mit stationären Behandlungsformen, während etwas weniger als 40% der Methadonbezüger und -bezügerinnen Erfahrungen mit stationären Therapieformen haben. Dennoch haben etwa 20% der Methadonpatienten bereits eine stationäre Therapie hinter sich und 17% der Bewerber und Bewerberinnen für einen Therapieplatz haben mindestens eine Methadonbehandlung gehabt.

Obwohl es sich hier nicht um eine flächendeckende Studie und nicht um ein repräsentatives Sample von Bewerbern und Bewerberinnen in eine therapeutische Wohngemeinschaft handelt, können aus dieser Studie vorsichtige Schlüsse gezogen werden: Es zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Süchtigen, welche sich für eine Methadonbehandlung anmelden und Süchtigen, welche einen stationären Therapieplatz suchen.

## **4. Referenzen**

1. Qammou Lewis M, Tschan F. Methadonbehandlungen und -bezügerInnen im Kanton Bern 1979 bis 1991. In Tüller N, Qammou M (Hrsg). Methadonbehandlungen. Forschung und Praxis im Kanton Bern. Bern: Schriftenreihe der SGGP 1998; 58.
2. Qammou Lewis M, Tschan F, Seiler A, Tüller N. Folgebehandlungen mit Methadon: Lässt sich der Eintritt in eine Folgebehandlung zum Zeitpunkt der Erstbehandlung voraussagen? Abhängigkeiten 1996;2:4-22.
3. Qammou M, Tschan F, Tüller N, Seiler A. Einfluss wichtiger politischer Eingriffe auf die Anzahl der Methadonbehandlungen im Kanton Bern, 1979–1992. Abhängigkeiten 1995;1:4-14.
4. Tschan F, Qammou Lewis M. Effekte und Erfolgsvoraussetzungen von Methadonbehandlungen. In Tüller N, Qammou M (Hrsg). Methadonbehand-



- lungen. Forschung und Praxis im Kanton Bern. Bern: Schriftenreihe der SGGP 1998; 58.
5. Tschan F, Semmer NK. Methadonbehandlungen: eine Konkurrenz für abstinenzorientierte Behandlungsformen? In Tüller N, Qammou M (Hrsg). Methadonbehandlungen. Forschung und Praxis im Kanton Bern. Bern: Schriftenreihe der SGGP 1998; 58.
  6. Tschan F, Tüller N. Der Gesundheitszustand der Methadonbezüger und Methadonbezügerinnen vor dem Eintritt ins Methadonprogramm. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1992;122:1758-69.
  7. Tschan F, Baillod J, Tüller N, Seiler A. Methadonbehandlungen im Kanton Bern 1979–1989. Muri: SGGP, 1993.
  8. Tschan F, Qammou Lewis M, Tüller N, Seiler A. Methadonprogramme im Kanton Bern: ErsteinsteigerInnen (1. Oktober 1989 bis 1. Januar 1992). Zusammenstellung der Resultate. Universität Bern: Institut für Psychologie und Gesundheitsdirektion des Kanton Bern, 1993.
  9. Tüller N, Qammou M (Hrsg.). Methadonbehandlungen. Forschung und Praxis im Kanton Bern. Bern: Schriftenreihe der SGGP 1998; 58.

Korrespondenzadresse:  
Prof. Dr. Franziska Tschan  
Université de Neuchâtel  
Groupe de Psychologie Appliquée  
Faubourg de l'Hôpital 106  
2000 Neuchâtel  
E-Mail: [franziska.tschan@unine.ch](mailto:franziska.tschan@unine.ch)

# Methadonbehandlungen im Kanton Zürich 1991–95\*

Luis Falcato, Anja Dobler-Mikola, Ambros Uchtenhagen, Marco Olgiate, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Sektor West und zentrale sozialpsychiatrische Dienste

## Zusammenfassung

Seit 1991 werden alle im Kanton Zürich laufenden Methadonprogramme systematisch dokumentiert. In der vorliegenden Studie werden diese Daten für die Zeitspanne von 1991 bis 1995 ausgewertet. In dieser Zeitspanne wurden 8169 Methadonbehandlungen erfasst, genauere Daten liegen für 4494 Behandlungen vor. Nach einer detaillierten Betrachtung der Entwicklung der Behandlungszahlen wird die Dauer der Behandlungen analysiert. In einem nächsten Schritt werden Merkmale der Personengruppen bei Behandlungsbeginn dargestellt. Eine Betrachtung individueller Behandlungsverläufe im Hinblick auf die Frage der Erreichung des Ziels der sozialen Integration der PatientInnen schliesst die Untersuchung ab. Die AutorInnen kommen zum Schluss, dass die Methadonbehandlungen einen zentralen Stellenwert im Behandlungsangebot für Drogenabhängige im Kanton Zürich einnehmen und dass die Nachfrage nach methadongestützten Behandlungen noch nicht gesättigt ist. Die Analysen zeigen, dass es einem beträchtlichen Anteil der PatientInnen gelingt, ihre Lebenssituation während der Behandlungsdauer zu stabilisieren.

## Key Words

Opioid Dependence,  
Illegal Drug Users,  
Methadone Maintenance,  
Monitoring, Case  
Register, Treatment  
Evaluation, Psychosocial  
Stabilisation, Open Drug  
Scene

## 1. Einleitung

Seit 1991 werden die in Zürich laufenden Methadonprogramme systematisch dokumentiert. Ziel der vorliegenden Studie ist es, diese Daten für die Jahre 1991 bis 1995 auszuwerten. Die Resultate einer derartigen Analyse werden als wichtige Grundlage für politische EntscheidungsträgerInnen und behandelnde ÄrztInnen verstanden. Dabei stellen sich die AutorInnen unter anderem folgende Fragen:

- Wie hat sich die Behandlungsnachfrage und -aufnahme entwickelt?
- Wie lange dauern die Methadonprogramme?
- Welche Personengruppen treten in Methadonprogramme ein?
- Zeigt sich ein Nutzen der Programme im Sinne einer positiven Veränderung der sozialen und gesundheitlichen Situation der PatientInnen während der Behandlung?

*Die Richtlinien für Methadonbehandlungen im Kanton Zürich* wurden in den letzten zehn Jahren grundlegend revidiert. 1987 wurde, um die Wartezeiten abzukürzen und der steigenden Nachfrage zu genügen, die Indikationsstellung den behandelnden Ärzten übertragen, eine Aufgabe, die vorher bei den Indikationsärzten lag, die die Programme auch kontrollierten. Diese Revisionen erfolgten nicht ohne Bedenken; es wurde unter anderem befürchtet, dass die Entscheidung zugunsten einer Substitutionstherapie vorschnell fallen könnte. Deshalb wurde an die Revisionen die Auflage einer systematischen Dokumentation und Evaluation geknüpft. Seit September 1991 sind alle methadongestützten Behandlungen im Kanton Zürich einem vollstandardisierten und -systematisierten Meldeverfahren unterstellt, aufgrund dessen der Verlauf der Programme und deren Ergebnis ausgewertet werden können. In der vorliegenden Untersuchung werden diese Daten für die Jahre 1991 bis 1995 analysiert.

## 2. Methodisches Vorgehen

Seit 1991 werden alle Methadonprogramme im Kanton Zürich systematisch dokumentiert. Diese Datenbasis bildet die Grundlage der Analysen der vorliegenden Längsschnittstudie. Im Wesentlichen sind zwei Datengrundlagen vorhanden, die laufend aktualisiert werden:

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit unterstützt.

### *Die Meldedatei*

Hier handelt es sich um anonymisierte Kontrollbelege über die Methadonprogramme, die die Gesundheitsdirektion an die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich weiterleitet. In der Meldedatei sind alle im August 1991 laufenden und seitdem neu begonnenen Behandlungen erfasst. Für die vorliegende Auswertung wird der Stand der Meldedatei vom Mai 1995 verwendet. Zu diesem Zeitpunkt sind 8169 Methadonprogramme erfasst. Knapp zwei Drittel dieser Behandlungen sind bereits abgeschlossen, 2940 laufen noch.

### *Die Verlaufsdatei*

Hier handelt es sich um die Daten von ausführlichen Begleiterhebungen, die zu jeder Methadonbehandlung durchgeführt werden. Sie bestehen aus einer Eintrittsbefragung, aus Zwischenbefragungen im Abstand von sechs Monaten und einer Austrittsbefragung bei Programmende. Für die vorliegende Untersuchung wird der Stand der Verlaufsdatei vom Dezember 1994 verwendet. Es sind alle 4494 Behandlungen erfasst, die von September 1991 bis Dezember 1994 begonnen worden sind.

### *UntersuchungsteilnehmerInnen*

Die Untersuchung basiert auf der Auswertung von 8169 Kontrollbelegen über Methadonprogramme, die im August 1991 am laufen waren oder seither bis im Mai 1995 begonnen wurden. Weitere Analysen werden vorgenommen aufgrund der 4494 Behandlungen, die von September 1991 bis Dezember 1994 begonnen wurden und in der Begleiterhebung detaillierter erfasst wurden (Genauerer zur Population vgl. im nächsten Abschnitt, der die wichtigsten Ergebnisse dargestellt).

## 3. Wichtigste Ergebnisse

### **3.1 Entwicklung der Behandlungszahlen**

#### *3.1.1 Laufende Behandlungen*

Von knapp 1800 laufenden Behandlungen im Dezember 1991 erfolgte über die betrachtete Zeitperiode ein treppenförmiger Anstieg (mit einem Schwergewicht in den Wintermonaten) auf über 2900 laufende Methadonprogramme im März 1995. Insgesamt entspricht das einer durchschnittlichen *jährlichen Zunahme von 380 laufenden Behandlungen*. Insgesamt sind zwei Zunahmespitzen zu verzeichnen: eine starke Zunahme im Jahre 1992, die

sich 1993 und 1994 wieder abflachte, im ersten Quartal 1995 aber wiederum markant anstieg. Diese beiden Hauptanstiege fallen zeitlich mit der Schliessung der offenen Drogenszenen am «Platzspitz» im Winter 1991/92 und derjenigen des «Letten» zu Beginn des Jahres 1995 zusammen.

Während der ganzen Periode wurden mehr Behandlungen begonnen als laufende Behandlungen abgeschlossen. Offenbar ist demnach die Nachfrage nach methadongestützten Behandlungen noch nicht gesättigt.

Die Anzahl *medizinischer Einrichtungen und Privatpraxen* im Kanton Zürich, in denen Methadonprogramme durchgeführt werden, ist von 184 im März 1992 auf 235 im März 1995 gestiegen. Dennoch ist die durchschnittliche Anzahl von in Behandlung stehenden PatientInnen ebenfalls von 11,4 auf 12,5 Personen angewachsen. Die Verteilung ist allerdings sehr unterschiedlich: Knapp ein Zehntel der Abgabeorte führt 50% der Behandlungen durch, keine der übrigen Stellen betreut mehr als 20 PatientInnen. Der Zuwachs an Behandlungsstätten ist primär auf dem Lande erfolgt, was als erster Hinweis auf das Greifen des politischen Ziels der Dezentralisierung der Hilfsangebote gewertet werden darf. Rund drei Fünftel der laufenden Behandlungen werden in Privatpraxen, knapp ein Drittel in Institutionen vorgenommen. Im Jahre 1992 war eine ausgeprägte Zunahme des Anteils der in Institutionen durchgeführten Programme zu verzeichnen. Diese Entwicklung ist auf die Eröffnung einer niedrighschwelligen Grossinstitution für Methadonprogramme zurückzuführen (Zokl1 – Zürcher Methadon-Abgabepoliklinik der Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen ARUD). Diese Methadon-Abgabepoliklinik Zokl führt seit ihrem Aufbau etwa die Hälfte aller Behandlungen, die bei Institutionen stattfinden, durch. Der Andrang beim «Zokl» fällt mit der Schliessung des «Platzspitz» zusammen; bei der Schliessung des «Letten» ist der Anstieg eher bei den Privatpraxen zu verzeichnen.

Der steigende Trend bei den Methadonprogrammen ist sowohl in der Stadt Zürich als auch im restlichen Kanton zu verzeichnen; die Wachstumsrate liegt in der Stadt mit 64% gegenüber 58% auf dem Land leicht höher. Insgesamt werden von allen im Kanton Zürich laufenden Methadonprogrammen *mehr als die Hälfte in der Stadt* durchgeführt. Obwohl sich von der Anzahl der Stellen her betrachtet das Angebot dezentralisiert hat, findet sich dieser Trend in Bezug auf die Anzahl Behandlungen nicht. Die Tendenz zur Konzentration auf die Stadt Zürich hat sich durch die Eröffnung der niedrighschwelligen Grossinstitution verstärkt und ist seitdem eher etwas zurückgegangen.

### 3.1.2 Behandlungsbeginn

Durchschnittlich sind pro Quartal 359 Abschlüsse von Methadonprogrammen und 450 Behandlungsbeginne zu beobachten. Auffallend ist, dass im Winterhalbjahr über die ganze Zeitspanne betrachtet am meisten Behandlungen begonnen werden, was vielleicht mit den Wetterverhältnissen zusammenhängt.

### 3.1.3 Behandlungsfolgen und -wechsel

Die 5950 seit Anfangs 1991 gemeldeten Methadonbehandlungen beziehen sich auf 3290 Personen, was einem Anteil von 55% Erstbehandlungen entspricht.

#### *Erst- und Folgebehandlungen*

Im Laufe der letzten drei Jahre ist der Anteil KlientInnen, die erstmals erfasst wurden, von drei Vierteln im 1. Quartal 1992 auf weniger als die Hälfte im ersten Quartal 1995 gesunken. Diese Veränderung ist vorsichtig zu interpretieren, weil mit Erfassungsbeginn 1991 ein Nullpunkt gesetzt ist, an dem nur Erstbehandlungen vorkommen können. Der Anteil von Zweitbehandlungen liegt über die ganze betrachtete Zeitspanne praktisch immer bei etwa 30%. Etwa 10% der Programme entfallen auf Dreiteintritte und gut 4% auf spätere Folgebehandlungen.

#### *Behandlungsfreie Zeit zwischen erster und zweiter Behandlung*

Eine genauere Betrachtung ist wegen Verzerrungseffekten nur für Zweitbehandlungen, die im ersten Quartal 1995 begonnen wurden, sinnvoll. Von den 173 in diesem Quartal begonnenen Zweitbehandlungen erfolgte ein Fünftel nach höchstens zweiwöchigem Unterbruch, kann also als ÄrztInnenwechsel oder Behandlungspause verstanden werden. Ein Zehntel erfolgte nach einem Behandlungsunterbruch von zwei Wochen bis zwei Monaten, zwei Fünftel von zwei Monaten bis einem Jahr und gut ein Viertel nach einer behandlungsfreien Zeit von mehr als einem Jahr.

#### *Wechsel zwischen den Angebotstypen*

Bei über 40% der Zweitbehandlungen ist ein Wechsel innerhalb des privatärztlichen Angebots feststellbar, ein Fünftel wechselt von Privatpraxen zu institutionellen Angeboten und ein Zehntel von institutionellen Angeboten zu Privatpraxen.

## 3.2 Dauer der Behandlungen

Hier werden aus Gründen der Verzerrung nur die bereits abgeschlossenen Behandlungen betrachtet (n=4752). Es zeigt sich, dass die meisten Methadonprogramme von recht kurzer Dauer sind, im Mittel dauern sie 12,5 Monate. Die häufigste Behandlungsdauer liegt allerdings bei nur einem Monat. Insgesamt dauern fast zwei Fünftel der Behandlungen bis zu drei Monaten, ein Drittel dauert zwischen 4–12 Monaten und bei je 15% beträgt die Behandlungsdauer 1–2 Monate bzw. mehr als 2 Jahre.

### 3.2.1 Entwicklung der Behandlungsdauer

Die Kurzbehandlungen weisen in den beiden Zeitintervallen um die Schliessung der offenen Drogen-szenen in Zürich markante Spitzen auf. Das gehäufte Auftreten von Behandlungen bis zu drei Monaten in dieser Zeit deutet darauf hin, dass diese Programme stärker den Charakter von Übergangslösungen hatten. Der Anteil von Methadonprogrammen, die über ein Jahr dauern, hat sich über den betrachteten Zeitraum kaum verändert.

### 3.2.2 Vergleich von Patientengruppen mit unterschiedlicher Behandlungsdauer

#### *Abschlüsse*

Der Anteil regulärer Abschlüsse liegt im Durchschnitt bei 43%. Behandlungen, die länger dauern, werden häufiger erfolgreich abgeschlossen: Während bei Behandlungen, die bis zu sechs Monaten dauern, nur knapp zwei Fünftel regulär abgeschlossen werden, ist es bei einer Behandlungsdauer von 6–12 Monaten und über einem Jahr die Hälfte. Insgesamt zwei Fünftel der Programme werden durch die KlientInnen abgebrochen. Hier geschieht der Abbruch umso seltener, je länger ein Programm gedauert hat. 15% der Programme werden durch die behandelnden ÄrztInnen abgebrochen, dies unabhängig von der Programmdauer. Rund 3% der Abschlüsse erfolgt durch den Tod der KlientInnen; dieser Anteil steigt mit zunehmender Behandlungsdauer, was auf die Methadonbehandlungen bei Aids-PatientInnen zurückgeführt werden kann.

#### *Anschlussbehandlungen*

Beim Abschluss der Methadonprogramme werden zu gleichen Anteilen keine Anschlussprogramme, weitere Methadonbehandlungen oder Entzugsbehandlungen vorgesehen. Mit zunehmender Behandlungsdauer sinkt der Anteil von Folgebehand-

lungen mit Methadon, gleichzeitig steigt der Anteil von Abschlüssen ohne eine vorgesehene Weiterbehandlung. In Bezug auf die Entzugsbehandlungen zeigt sich keine Veränderung.

### **3.3 Situationen bei Behandlungsbeginn**

Die Daten dieser Analyse stammen aus der Verlaufsdatei (n=4513). Einzig die Angaben zum Alter sind der Meldedatei entnommen (n=8165).

#### *3.3.1 Zusammenfassende Merkmale*

##### *Demographische Angaben*

Das Durchschnittsalter bei Programmbeginn beträgt 27,1 Jahre. Es finden sich in den Methadonprogrammen überwiegend Männer (Geschlechterverhältnis 7:3). 82% aller Behandelten sind schweizerischer Nationalität.

##### *Soziale Lage*

Drei Fünftel der Personen haben eine abgeschlossene Berufsausbildung; gut ein Viertel hat eine Ausbildung abgebrochen und 5% stehen in Ausbildung. 46% der Personen sind voll-, teilzeitlich oder temporär erwerbstätig; fast ebenso viele sind arbeitslos. Zwei Fünftel der Personen bestreiten ihren Lebensunterhalt ganz, ein weiteres Fünftel teilweise selbstständig. Knapp zwei Fünftel leben von fremden Mitteln. Gut ein Fünftel der PatientInnen lebt allein in einer eigenen Wohnung bzw. in einem eigenen Zimmer; ein gutes Viertel lebt mit PartnerIn und/oder Kind(ern). Ein knappes Drittel wohnt bei den Eltern. Rund ein Zehntel der Personen sind ohne feste Wohnmöglichkeit. Insgesamt berichten mehr als die Hälfte der PatientInnen, keine feste Partnerschaft zu haben; ein gutes Fünftel gibt an, keine Freunde zu haben. Immerhin bezeichnet die Hälfte der Personen den Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie als gut. Ein knappes Fünftel der PatientInnen hat Kind(er); gut zwei Fünftel dieser Kinder werden durch die Eltern selber betreut.

##### *Therapieerfahrung*

Ein Drittel der PatientInnen verfügt über keinerlei Behandlungserfahrung. Ein Viertel hat schon mindestens eine andere Methadonbehandlung hinter sich, ein Sechstel hat stationäre Therapieerfahrung und ein gutes Viertel hat schon Erfahrung mit beiden Therapieformen.

##### *Drogenkonsum*

Vier Fünftel der Personen geben bei Programmbeginn an, täglich Heroin konsumiert zu haben, ein Achtel gelegentlich. Neben Heroin nimmt Kokain die wichtigste Rolle ein: mehr als ein Viertel der Personen hat es täglich, fast ein Drittel gelegentlich konsumiert. Ein knappes Sechstel der Personen begann vor dem Alter von 17 Jahren mit dem Konsum von Heroin, fast ein Drittel stieg im Alter von 17–19 Jahren ein und ein Fünftel mit 20–21 Jahren. Immerhin war ein Viertel der Personen beim Erstkonsum mehr als 23 Jahre alt. Die durchschnittliche Dauer des Opiatkonsums bei Beginn der Methadonbehandlung beträgt rund sechs Jahre. Bei einem Viertel der Personen beträgt die Konsumdauer mehr als acht Jahre. Insgesamt zwei Drittel haben das Heroin intravenös konsumiert.

#### *3.3.2 Ausgewählte Trends*

##### *Alter beim Eintritt*

Der Anteil der KlientInnen, die jünger als 20 Jahre alt sind, lag 1993 und 1994 zeitweilig bei einem Zehntel. Seither ist dieser Anteil kontinuierlich gesunken und hat 1995 mit 4% wieder den Stand von Ende 1992 erreicht. Der Anteil der Altersgruppe der 20–24-Jährigen zeigt über die ganze Zeitperiode betrachtet eine leicht sinkende Tendenz. Die grössten Schwankungen sind bei den über 30-Jährigen zu beobachten: im dritten Quartal 1992 machte ihr Anteil nicht einmal einen Viertel aus, im Winter 1994 hingegen lag er bei mehr als einem Drittel.

##### *HIV-Prävalenz beim Eintritt*

Bei drei Viertel der Personen liegt bei Behandlungsbeginn ein Aids-Test vor. Ungefähr ein Fünftel bis ein Achtel der Tests sind positiv, über die Jahre ist ein leicht sinkender Trend zu beobachten.

##### *Intravenöser Drogenkonsum*

Intravenöser Konsum ist nach wie vor die dominierende Konsumform von Heroin. An sich sind die Werte mit gut der Hälfte bis drei Viertel der Personen, die intravenös konsumieren, aber tiefer als man vielleicht erwarten würde. Es besteht über die Jahre betrachtet eine rückläufige Tendenz.

##### *Frühere Behandlungen*

Der Anteil von Personen ohne Behandlungserfahrung ist seit 1993 sukzessive von zwei Fünfteln auf einen Sechstel gesunken. Demgegenüber ist der Anteil der Personen, die über Behandlungserfahrun-



gen mit Methadon verfügen, nach einem zeitweiligen Rückgang im Jahre 1993 wieder angestiegen.

### 3.4 Behandlungsverlauf und soziale Integration

Eines der wichtigsten Ziele der Methadonbehandlungen ist die psychosoziale Stabilisierung der PatientInnen und ihre soziale Reintegration. Soziale Reintegration wird als Verbesserung der Wohn- und Arbeitssituation operationalisiert. Als weiterer Indikator wird die Entwicklung des Beikonsums betrachtet.

#### 3.4.1 Startbedingungen und Verweildauer

Die Integration beim Wohnen ist bei einem Grossteil der PatientInnen bei Behandlungsbeginn bereits recht gut. Die Integration in die Arbeitswelt ist hingegen viel schlechter. Lediglich ein knappes Zehntel der Personen hat keine Wohnung, hingegen fast die Hälfte keine Arbeit. Die Resultate der Austrittsbefragung zeigen die grösste Desintegration – bei der Austrittsbefragung ist ein grosser Anteil von PatientInnen mit sehr kurzer Dauer der Methadonprogramme vertreten. Daraus kann geschlossen werden, dass schlechte Startbedingungen bezüglich der sozialen Integration am Anfang der Behandlung eine gewisse Erhöhung des Abbruchrisikos mit sich bringen.

#### 3.4.2 Verweildauer und Entwicklung der Integration

Sowohl für den Indikator «Wohnen» als auch für den Indikator «Arbeit» wird mit zunehmender Programmdauer eine Verbesserung ersichtlich. In beiden Fällen ist der Wechsel von der desintegrierten Gruppe in die integrierte Gruppe im Verlaufe der Zeit grösser als umgekehrt. Die Integration beim Wohnen ist einfacher: bereits nach 12 Monaten haben fast 90% der vorher Obdachlosen eine Wohnung; niemand wird neu obdachlos. Bei der Integration in die Arbeitswelt lässt sich nur ein kleiner Effekt finden; zudem gibt es auch eine nicht unerhebliche Anzahl Personen, die vorher Arbeit hatten und die diese dann verlieren. Von den bei Programmbeginn arbeitslosen Personen haben nach 18 Monaten ein knappes Drittel eine geregelte Arbeit und ein Achtel führt Gelegenheitsarbeiten aus. Fast die Hälfte der Personen ist aber weiterhin arbeitslos. Nach zwei Jahren Programmdauer sinkt der Anteil der Arbeitslosen, dafür steigt der Anteil von Personen, die Gelegenheitsarbeiten ausführen, auf ein Viertel.

#### Unterschiede zwischen den Behandlungsmodi

Zwischen der Stadt und dem restlichen Kanton ergeben sich in Bezug auf die Entwicklung der Wohnsituation kaum Unterschiede. Hingegen gelingt die

Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit bei Behandlungen ausserhalb der Stadt signifikant häufiger. Dieser Effekt verstärkt sich mit zunehmender Behandlungsdauer. Auf dem Land bleibt zudem der Anteil derer, die arbeitslos werden, stabil bei etwa 20%; in der Stadt ist eine steigende Tendenz festzustellen, die nach 18 Monaten Programmdauer fast ein Drittel erreicht. Ob die Behandlung in einer Privatpraxis oder in einer Institution durchgeführt wird, hat keinen Einfluss auf die Integration bei Wohnen und Arbeit. Werden Erst- von Zweitbehandlungen unterschieden, so zeigt sich bei den Zweitbehandlungen zunächst eine schlechtere Integrationsentwicklung in Bezug auf die Arbeit. Nach 12 Monaten Programmdauer ist bei den Zweitbehandlungen jedoch eine bessere Entwicklung der Arbeitsintegration festzustellen. Im Bereich des Wohnens ist die Integrationsentwicklung bei den Zweitbehandlungen von Anfang an besser als bei den Erstbehandlungen.

#### Unterschiede zwischen den PatientInnengruppen

Es zeigen sich keine Geschlechtsunterschiede. Hingegen zeigt sich, dass sich jüngere Personen besser wieder in die Arbeitswelt integrieren können. Die Entstehung von Arbeitslosigkeit im Verlaufe der Behandlung ist demgegenüber nicht altersabhängig. Der HIV-Status ist eine deutlich diskriminierende Variable: HIV-Positive sind beim Wohnen und bei der Arbeit benachteiligt. Der Unterschied im Bereich des Wohnens wird im Verlaufe des Programms ausgeglichen, der in Bezug auf die Arbeit hingegen nicht. Bei HIV-Positiven ist der Anteil der Personen, die ihre Arbeit verlieren, durchwegs höher als der Anteil derer, die neu eine Arbeit aufnehmen können.

#### 3.4.3 Nebenkonsument

Zur Analyse des Nebenkonsumentes werden die prozentualen Anteile von positiven Urinproben an der Gesamtheit der Urinproben betrachtet. Der Anteil von Personen, die nie eine positive Urinprobe haben, steigt mit zunehmender Behandlungsdauer von 6% nach sechs Monaten auf fast die Hälfte nach 30 Monaten. Dieser Anstieg geht fast gänzlich auf das Konto der Personen, die bis 50% positive Urinproben haben. Der Anteil von Personen, die mehr als 50% positive Urinproben haben, bleibt über die ganze Zeitperiode betrachtet mit ungefähr zwei Fünfteln unverändert hoch.

#### 4. Schlussfolgerungen

Substitutionsbehandlungen mit Methadon nehmen einen zentralen Stellenwert im Angebot für Drogenabhängige im Kanton Zürich ein.

Die ersten Analysen der individuellen Behandlungsverläufe zeigen, dass es einem beträchtlichen Anteil der PatientInnen gelingt, ihre Lebenssituation während der Behandlungsdauer zu stabilisieren. Über das weitere Schicksal der Personen nach Ende der Methadonbehandlung geben die vorliegenden Daten hingegen keine Auskunft.

Korrespondenzadresse:  
Luis Falcato, lic. phil.  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische  
Dienste  
Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe  
Postfach 1930  
8021 Zürich  
Telefon +41 (0)1 296 74 20  
Fax +41 (0)1 296 74 49  
E-Mail: [sofo@spd.unizh.ch](mailto:sofo@spd.unizh.ch)

# Methadonbehandlungen und polizeiliche Massnahmen im Kanton Zürich 1991–95: Eintritte und Behandlungsdauer in unterschiedlichen Einrichtungstypen im Vergleich\*

Luis Falcato, Dagmar Zimmer Höfler, Adrian Eichenberger, Marco Olgiati, Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

## Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht ist hervorgegangen aus dem Monitoring der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich mittels vollstandardisiertem, systematischem Verfahren, das seit September 1991 durchgeführt wird und dessen Resultate wir regelmässig in der Form ähnlicher Kurzberichte zuhanden der politischen Entscheidungsträger und der Methadonbehandlungen durchführenden Ärzteschaft zusammenstellen.

Das *quartalsweise Monitoring* der Methadonbehandlungen im Zeitraum vom 1. Oktober 1991 bis zum 31. Dezember 1995 zeigt ein sprunghaftes Ansteigen der Eintrittszahlen, das jeweils mit den beiden Schliessungen der offenen Drogenszenen zusammenfällt. Andererseits steigen die Austritte 1995 an und übertreffen die Zahl der Eintritte. Daraus resultiert erstmals eine Abnahme der gesamtlaufenden Behandlungen. Die Verteilung der jährlichen Eintritte auf drei unterschiedene Einrichtungstypen verändert sich im Untersuchungszeitraum markant: Der Anteil der Eintritte in die schwerpunktmässig auf palliative Behandlung ausgerichtete («niederschwellige») Institution verringert sich, wogegen sich die Anteile der Privatpraxen und der schwerpunktmässig auf psychotherapeutische Begleitung ausgerichteten («hochschwelligeren») Institutionen erhöht haben. In den Privatpraxen sind am meisten längerfristige Behandlungsaufnahmen zu verzeichnen. Dieser Befund ist über die Jahre hinweg konstant.

## 1. Einleitung

Die Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich führt seit September 1991 mittels vollstandardisiertem und systematisiertem Meldeverfahren ein Monitoring der ambulanten Methadonbehandlungen im Kanton Zürich durch. Ein wichtiges Ziel dabei ist es, Grundlagen zu erarbeiten, die sowohl den politischen Entscheidungsträgern wie auch der Ärzteschaft, die Methadonbehandlungen durchführt, in ihrer täglichen Arbeit nützlich sind. Die Resultate aus der Begleitforschung der ambulanten Methadonbehandlungen im Kanton Zürich werden regelmässig in Form von Kurzberichten zusammengestellt.

Mit der vorliegenden Forschungsnotiz wird einerseits die fortlaufende Darstellung der Behandlungszahlen der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich und deren Entwicklung bis Ende 1995 nachgeführt. Andererseits wird eine Klassifizierung der Behandlungsangebote in drei Kategorien vorgenommen und der Frage nachgegangen, ob erstens Unterschiede zwischen diesen Kategorien oder zweitens Veränderungen innerhalb der Kategorien über die Zeit festzustellen sind. Der inhaltliche Schwerpunkt dieser Vergleiche wird durch die Verteilung der Eintritte und den Anteil der Behandlungen mit einer Dauer von mehr als drei Monaten gebildet.

Unter der Bezeichnung Privatpraxis sind alle niedergelassenen Allgemein- oder Spezialärzte bzw. -ärztinnen mit einer Bewilligung zur Durchführung von Methadonbehandlungen zusammengefasst. Diese werden den auf Suchtbehandlung spezialisierten öffentlichen oder privaten Einrichtungen gegenübergestellt, die sich ihrerseits in zwei Kategorien unterteilen lassen. Mit «niederschwellig» bezeichnen wir ein Behandlungsangebot, das schwerpunktmässig eine palliative Ausrichtung der Behandlung hat (harm reduction) und Aufnahmebedingungen wie Wartefristen für den Methadonbezug oder ein Einverständnis mit einer psychosozialen Begleittherapie nicht bestehen. «Hochschwellige» Institutionen haben demgegenüber einen vermehrt sozio-integrativen Anspruch. Sie verlangen immer die Bereitschaft zur regelmässigen Teilnahme an Therapiegesprächen. In der Regel findet eine umfassende Abklärung vor der Methadonindikation statt. Wir sind uns bewusst, dass eine solche Unterscheidung der institutionellen Angebote nicht ganz unproblematisch ist, da sämtliche Institutionen in den letzten Jahren die Behandlung zunehmend der individuellen Situation ihrer Klientel angepasst und ein weniger rigides Behandlungskonzept der Institution zugrunde

\* Resultate aus der Begleitforschung der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Juni 1996.

## Key Words

Outpatient Methadone Maintenance Treatment (MMT), Monitoring, Case Register, Treatment Facilities, Treatment Retention, Open Drug Scene

gelegt haben. Damit sind die Begriffe «hochschwierig» und «niederschwierig» tendenziell etwas unscharf. Wir verwenden sie jedoch ihrer Prägnanz wegen im Sinne der obigen Präzisierungen und ohne damit eine Wertung implizieren zu wollen.

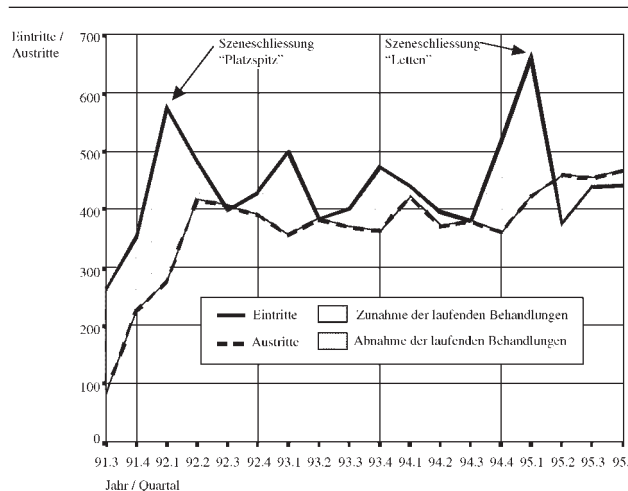
## 2. Datenbasis

*Grundlage der Analysen* bildet die im Rahmen der kantonalen Richtlinien obligatorische An- und Abmeldung von Methadonbehandlungen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bei der Gesundheitsdirektion, welche diese Daten zu Evaluationszwecken anonymisiert an die Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik weiterleitet. *Die Datenbasis der vorliegenden Analyse* bezieht sich auf die Eintritte seit der Einführung des gegenwärtigen Erhebungssystems im August 1991 bis zum 31. Dezember 1995. Sie umfasst insgesamt 7898 Behandlungen, wovon 5512 beendet sind. Dies entspricht durchschnittlich 439 Behandlungsaufnahmen bzw. 306 Abschlüssen pro Quartal.

Je nach Analyse mussten *gewisse Behandlungen ausgeschlossen* werden: Bei der Aufteilung der Institutionen in die Kategorien «hochschwierig» und «niederschwierig» konnten 225 Behandlungen nicht zugeordnet werden, weil die entsprechenden Institutionen eher den Charakter somatischer Spitäler oder stationärer Therapieeinrichtungen haben. Für die Jahresvergleiche wurden nur die vollständig erhobenen Jahre 1992 bis 1995 berücksichtigt.

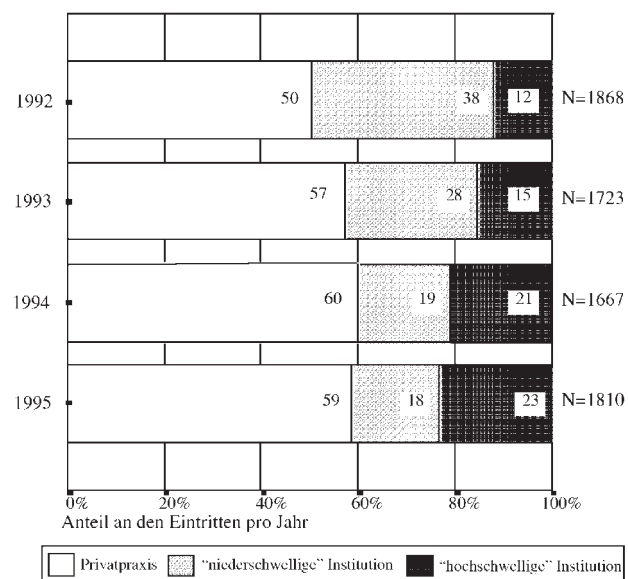
## 3. Ergebnisse

*Die Häufigkeit der Behandlungseintritte pro Quartal* zeigt jeweils saisonale Spitzen im Winterhalbjahr (Abb. 1). Zwei davon sind besonders sprunghafte Anstiege (1. Quartal 1992 und 1. Quartal 1995). Beide weisen eine zeitliche Koinzidenz mit der Schliessung der offenen Drogenszene auf. Umgekehrt sind die niedrigsten Eintrittszahlen jeweils im Sommer zu verzeichnen. Die Anzahl Austritte pro Quartal zwischen 1992 und 1994 ist praktisch konstant und immer unter dem Niveau der Eintritte. Daraus resultiert eine stetige Zunahme der laufenden Behandlungen: Am 30. September 1991 waren im Kanton Zürich 1668 laufende Methadonbehandlungen zu verzeichnen. Diese Zahl klettert bis zum 31. März 1995 auf den Höchststand von 2995 Behandlungen. 1995 kommt es jedoch zu einer Zunahme der Austritte, welche erstmals die Zahl der begonnenen Behandlungen übersteigt, sodass eine relative Abnahme der laufenden Behandlungen resultiert. Am 31. Dezember 1995 ist der Stand bei 2786 laufenden Methadonbehandlungen.



**Abbildung 1: Ambulante Methadonbehandlungen im Kanton Zürich – Differenzdiagramm der Anzahl Eintritte und Austritte pro Quartal**

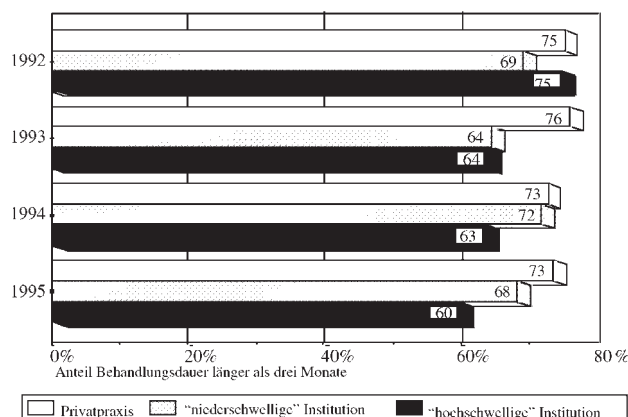
*Die Anzahl Eintritte pro Jahr* ist insgesamt recht ausgeglichen. Die quartalsweisen Spitzen gleichen sich über das Jahr gesehen praktisch wieder aus. Die Aufteilung der Eintritte auf die Einrichtungstypen (Abb. 2) zeigt hingegen eine deutliche Verschiebung. Der Anteil des Typs «niederschwierige» Institution, der an den Eintritten des Jahres 1992 38% beträgt, geht bis 1995 sukzessive auf 18% zurück. Dies ist eine verständliche Entwicklung, wenn man bedenkt, dass die Institution dieses Typs ihren Betrieb 1992 aufnahm und daher zu diesem Zeitpunkt eine überdurchschnittliche Aufnahmekapazität



**Abbildung 2: Eintritte in ambulante Methadonbehandlungen 1992 bis 1995 – Aufteilung auf die Einrichtungstypen**

hatte. Andererseits ist festzustellen, dass sich der Anteil des Typs «hochschwellige» Institution in den letzten vier Jahren praktisch verdoppelt hat, sodass 1995 fast ein Viertel aller Eintritte darauf entfällt. Bei den Privatpraxen ist ebenfalls ein Wachstum von 10% zu beobachten. (Ganze Tabelle: Cr.V= .14\*\*\*; Extremgruppenvergleich 1992–95: Cr.V= .24\*\*\*).

Betrachten wir den Anteil der «längerfristigen Behandlungsaufnahmen» (Behandlungsdauer länger als drei Monate) (Abb. 3), so fällt die konstante Haltequote der Privatpraxen auf. Die Entwicklung 1992–95 zeigt gewisse Unterschiede: Privatpraxen haben über vier Jahre hinweg konstant zwischen 73% bis 76% längerfristige Behandlungsaufnahmen, während die beiden Institutionstypen mit niederschwelligem und hochschwelligem Behandlungskonzept grössere Schwankungen und eher eine Abnahme der längerfristigen Behandlungsaufnahmen aufweisen. Im Extremgruppenvergleich zeigt sich ein signifikantes Ergebnis von Cr.V= .15\*\*\*.



**Abbildung 3: Ambulante Methadonbehandlungen im Kanton Zürich – Anteil Aufenthalte von mehr als drei Monaten Dauer an den Eintritten pro Jahr**

#### 4. Diskussion

Die Gesamtzahl der laufenden Methadonbehandlungen hat, nach einer kontinuierlichen Zunahme über die letzten vier Jahre, im Frühjahr 1995 einen Höhepunkt erreicht und nimmt von da an bis zum Jahresende langsam ab. Ein Trend, der sich 1996 ersten Zahlen zufolge bisher fortsetzt. Die Abnahme erfolgt, obwohl die Zahl der Eintritte wie der Austritte 1995 einen leicht steigenden Trend zeigen, was als Dynamisierung im Bereich der Substitutionstherapien interpretiert werden kann und zum Teil eine Entwicklung hin zu kürzerer Behandlungsdauer bedeutet. Ein möglicher Grund könnte die Etablierung der Heroinabgabeprojekte sein. Die Szenenräumungen

haben einen sichtbaren Einfluss auf die Zahl der Eintritte und verstärken die saisonalen Spitzen in den Wintermonaten, die auch in anderen Jahren zu beobachten sind. Der Anteil der neuen Behandlungen in niederschweligen Institutionen nimmt nach anfänglichem Höchststand wieder kontinuierlich ab. Hier spiegelt sich die hohe Aufnahmekapazität in der Eröffnungsphase sowie deren Begrenzung durch Langzeitbehandlungen.

Am meisten längerfristige Behandlungsaufnahmen sind konstant in den Privatpraxen zu finden. Gründe für diese stabile und vergleichsweise hohe Haltequote liegen vermutlich in verschiedenen Aspekten der personellen Betreuungskonstanz durch die behandelnden Ärzte, das Praxispersonal und zusätzliche Bezugspersonen z. B. in Apotheken. Andererseits sind für die Schwankungen der Behandlungsdauer bei den Institutionen vermutlich konzeptionelle Anpassungen der letzten vier Jahre verantwortlich. Insbesondere erfüllen die hochschweligen Institutionen in zunehmendem Umfang Triagefunktionen, da vermehrt schwierige Patientinnen und Patienten mit Mehrfachdiagnosen zu behandeln sind. Ebenfalls werden vermehrt auch Entzugsbehandlungen durchgeführt. Da Entzüge mit Methadon bis 30. Juni 1996 offiziell nicht erlaubt waren und daher auch in der Evaluation nicht separat ausgewiesen worden sind, ist eine Differenzierung der Kurzzeitaufenthalte heute leider nicht möglich. In Zukunft werden Entzüge mit Methadon aber separat ausgewiesen werden können.

Die dargestellten Resultate lassen die Frage aufkommen, inwieweit sich in ihnen die Wirkung drogenpolitischen Handelns sowie die Konzepte der Institutionen und deren Wandel spiegelt. Damit fordern sie zu weiterer Beobachtung im Sinne des Monitoring heraus. In zusätzlichen, vertieften Analysen soll den Fragen nachgegangen werden, ob für die unterschiedlichen Einrichtungstypen unterschiedliche Merkmale der Klientel festzustellen sind.

Korrespondenzadresse:  
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
 Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste  
 Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe  
 Postfach 1930  
 8021 Zürich  
 Telefon: +41 (0)1 296 74 20  
 Fax: +41 (0)1 296 74 49  
 E-Mail: sofo@spd.unizh.ch



# Methadon-Erstbehandlungen im Kanton Zürich: Eintrittsmerkmale der Patientinnen und Patienten\*

Franziska Liechti, Luis Falcato, Marco Olgiati, Wulf Rössler, Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

## Zusammenfassung

Folgende Entwicklung der Eintrittsmerkmale erstmals behandelter Methadonpatientinnen und -patienten ist im 5-Jahres-Verlauf von 1992 bis 1996 festzustellen: Das durchschnittliche *Eintrittsalter* steigt im Laufe der evaluierten Zeitperiode. Der *Anteil Arbeitsloser* bleibt über die betrachtete Zeitspanne hinweg unverändert. Der *Anteil intravenös konsumierender Personen* nimmt mit Ausnahme des Jahres 1995 (in der Folge der Schliessung der offenen Drogenszene im «Letten» im Februar 1995) stetig ab. Der *Anteil des multiplen Substanzgebrauchs* bleibt konstant. 1995 ist eine kurzfristige Verschiebung der intravenös konsumierenden Klientel auf kleine Privatpraxen feststellbar. Grosse Privatpraxen verzeichnen einen *Anstieg des multiplen Substanzgebrauchs*. Der *Prozentanteil HIV-Positiver* verringert sich. Allerdings können wir bei den Einrichtungen eine Tendenz feststellen, dass mehr Methadonpatientinnen und -patienten vor der Behandlung keinen HIV-Test hatten.

## 1. Einleitung

Mit der hier vorliegenden zweiten Forschungsnotiz aus der Begleitevaluation der ambulanten Methadonbehandlungen im Kanton Zürich möchten wir an diejenige vom Juni letzten Jahres anknüpfen (publiziert ebenfalls in diesem Band unter dem Titel «Methadonbehandlungen und polizeiliche Massnahmen im Kanton Zürich 1991–95: Eintritte und Behandlungsdauer in unterschiedlichen Einrichtungstypen im Vergleich»). Untersucht werden in dieser Forschungsnotiz nun *Eintrittsmerkmale* in 5-Jahres-Verläufen von 1992 bis 1996. Um detailliertere Auskünfte über die Klientel der Methadonbehandlungen zu erhalten, wurden lediglich *Erstbehandlungen* untersucht. Mit der Beschränkung auf Erstbehandlungen entsprechen die Zahlen einzelnen Personen. Dies lässt Merkmale von Neueintretenden deutlicher zum Vorschein kommen, und eine Übergewichtung der Merkmale von Patientinnen und Patienten mit mehreren Behandlungen wird vermieden. Es sind einige bedeutsame Befunde bezüglich der Eintrittsmerkmale der Patientinnen und Patienten sowie Veränderungen der Methadon-Population innerhalb von 5 Jahren festzustellen.

## 2. Datenbasis und Methodik

Grundlage der Analysen bilden die von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten entsprechend den Methadonrichtlinien erhobenen Daten zu eintretenden Patientinnen und Patienten, welche an die Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik zur Auswertung weitergeleitet werden.

Die Eintrittsdaten von Patientinnen und Patienten, welche innerhalb des Untersuchungszeitraumes (1.1.92–31.12.96) in eine Methadonbehandlung eingetreten sind, wurden ausgewertet. Der Rücklauf der Eintrittsbogen liegt bei 77%. Somit konnten 6942 der insgesamt 8969 verschickten Eintrittsbogen ausgewertet werden.

Für die Analysen haben wir die beteiligten Einrichtungen nach folgenden Merkmalen klassifiziert:

- «Kleine» Privatpraxen<sup>1</sup>
- «Grosse» Privatpraxen<sup>1</sup>
- Zürcher Methadonabgabe-Poliklinik Zokl1 der ARUD (Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen)
- Spezialisierte ambulante Drogenfachstellen des Kantons: «Drop-in»

<sup>1</sup> Die Praxisgrösse berechnet sich aus dem Durchschnitt der Anzahl laufender Behandlungen am Ende der Jahre 1992 bis 1996. «Kleine» Privatpraxen hatten durchschnittlich bis zu 12, «grosse» Privatpraxen mehr als 12 laufende Behandlungen.

\* Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich.

## Key Words

Outpatient Methadone Maintenance Treatment (MMT), Case Register, Patient Characteristics, Time Trends, Treatment Facilities

452 Behandlungen mussten von den Analysen ausgeschlossen werden, da sie Einrichtungen betreffen, welche keinem der vier Einrichtungstypen zugeordnet werden können. Die Eintrittszahlen *insgesamt* pro Jahr und Einrichtung sind in Tabelle 1 zusammengefasst. 4116 erstmals eine ambulante Methadonbehandlung oder einen methadongestützten Entzug beginnende Patientinnen und Patienten (*Erstbehandlungen*) werden in die Analysen aufgenommen.

**Tabelle 1: Eintrittszahlen von Erst- und Folgebehandlungen in den vier Einrichtungstypen**

	Kleine Praxen* Anzahl Behandlungen (%)	Grosse Praxen* Anzahl Behandlungen (%)	Zokl1** Anzahl Behandlungen (%)	Drop-in Anzahl Behandlungen (%)	Total Anzahl Behandlungen (%)
1992	701 (37.7)	232 (12.5)	700 (37.7)	225 (12.1)	1'858 (21.8)
1993	730 (42.4)	265 (15.4)	477 (27.7)	251 (14.6)	1'723 (20.2)
1994	735 (44.3)	283 (17.1)	311 (18.7)	330 (19.9)	1'659 (19.5)
1995	799 (44.4)	257 (14.3)	323 (18.0)	419 (23.3)	1'798 (21.1)
1996	529 (35.8)	290 (19.6)	215 (14.5)	445 (30.1)	1'479 (17.4)
Total	1'327 (15.6)	3'494 (41.0)	2'026 (23.8)	1'670 (19.6)	8'517 (100)

\*Die Praxisgrösse berechnet sich aus dem Durchschnitt der Anzahl laufender Behandlungen am Ende der Jahre 1992 bis 1996. «Kleine» Privatpraxen hatten durchschnittlich bis zu 12, «grosse» Privatpraxen mehr als 12 laufende Behandlungen.

\*\*Zürcher Methadonabgabe-Politik der ARUD (Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen)

### 3. Ergebnisse

Wir betrachten Besonderheiten der Eintrittsmerkmale in vier Einrichtungstypen und deren Entwicklung im Laufe der letzten 5 Jahre<sup>2</sup>. Bei unseren Analysen wurde besonders darauf geachtet, ob die Schliessung der offenen Drogenszene im «Letten» vom Februar 1995 nicht nur Folgen bei den Ein- und Austrittszahlen zeigt (vgl. unseren ebenfalls in diesem Band publizierten Bericht «Methadonbehandlungen und polizeiliche Massnahmen im Kanton Zürich 1991–95: Eintritte und Behandlungsdauer in unterschiedlichen Einrichtungstypen im Vergleich» oder unsere Forschungsnotiz Nr. 1, Juni 1996), sondern ob sich auch gewisse Eintrittsmerkmale der erstbehandelten Methadonpatientinnen und -patienten von denjenigen in anderen Jahren unterscheiden. Im Speziellen interessiert uns, ob in den vier Einrichtungstypen im Vergleich zu den anderen Jahren eine unterschiedliche Klientel behandelt wurde.

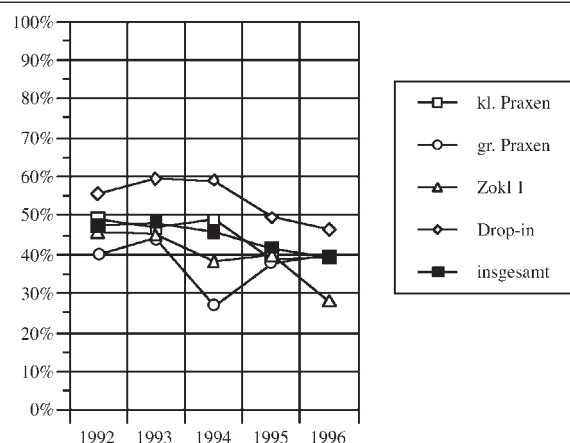
#### 3.1 Alter

Der Anteil der Personen, welche bei Behandlungsbeginn jünger als 25 Jahre alt waren, hat sich zwischen Anfang 1992 und Ende 1996 kontinuierlich verringert (Abb. 1). 1992 lag das Durchschnittsalter von Erstein-tretenden noch bei 25,8 Jahren, 1996 bei 27 Jahren. Diese Veränderung ist statistisch signifikant. Mit Ausnahme des Jahres 1995 geht keine verlängerte Dau-

<sup>2</sup> Alle Signifikanzen sind auf dem 1%-Niveau ( $p=.01$ ) angegeben.

er der Heroinabhängigkeit vor Behandlungsbeginn mit dem steigenden Eintrittsalter einher.

Die Drop-in haben die durchschnittlich jüngste Klientel, aber auch ihre neu eintretenden Patienten und Patientinnen werden seit 1994 älter. Kleine Privatpraxen und vor allem das Zokl1 (Zürcher Methadonabgabe Poliklinik) weisen ebenfalls einen deutlichen Rückgang des Anteils unter 25-Jähriger aus.



**Abbildung 1: Anteil der unter 25-jährigen Personen bei Ersteintritt in eine ambulante Methadonbehandlung im Kanton Zürich**

#### 3.2 Arbeitslosigkeit

Die Arbeitslosenrate unter den Neueintretenden ist entgegen dem gesamtschweizerischen Trend seit 1992 von 47% auf knapp 43% gesunken, ohne statistische Signifikanz zu erlangen.

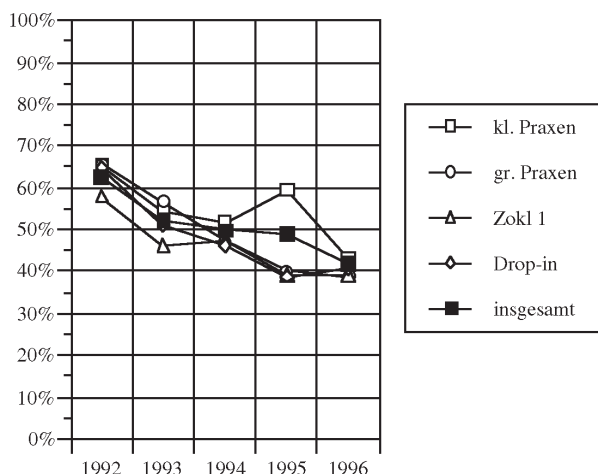
Auffällig ist die hohe Arbeitslosenrate der ins Zokl1 (Zürcher Methadonabgabe Poliklinik) eintretenden Methadonpatienten und -patientinnen. In dieser Einrichtung reduziert sich der Anteil Arbeitsloser von 1992 bis 1996 am stärksten, nämlich von 55% auf 45%. Die hohe Arbeitslosenrate von 62% im Jahr der Schliessung der «Letten»-Szene (1995) hebt sich von dieser Entwicklung ab.

Im Vergleich zum Zokl1 ist der Anteil der Personen ohne Arbeit in den kleinen Privatpraxen und in den Drop-in's tiefer und weist im betrachteten Zeitraum nur eine leicht sinkende Tendenz auf. Grosse Privatpraxen zeigen grössere Schwankungen und insgesamt eine leicht steigende Tendenz der Arbeitslosenrate ihrer Patientinnen und Patienten.

#### 3.3 Intravenöser Konsum

Der Anteil intravenös Konsumierender bei erstmals im Kanton Zürich in eine ambulante Methadonbe-

handlung eingetretenen Personen nimmt stetig ab (Abb. 2). Diese Tendenz ist statistisch signifikant. Während 1992 noch 62% der Ersteintrittenden Drogen intravenös konsumierten, waren es 1996 noch knapp 42%.



**Abbildung 2: Anteil i.v. konsumierender Personen bei Ersteintritt in eine ambulante Methadonbehandlung im Kanton Zürich**

Es zeigen sich keine auffälligen Unterschiede zwischen den vier Einrichtungstypen. Einzig im Jahr 1995 steigt der Prozentanteil intravenös konsumierender Personen in kleinen Privatpraxen um etwa 10% an, um dann aber 1996 wieder auf das Niveau der anderen Einrichtungen abzufallen. Wir müssen annehmen, dass die Szenenschliessung im «Letten» vor allem bei dieser Einrichtung kurzfristig Wirkung gezeigt hat, indem vermehrt intravenös konsumierende Drogenabhängige dort in eine Behandlung eintraten. 1996 setzt sich der Abwärtstrend des Anteils intravenös Konsumierender bei allen Einrichtungstypen weiter fort.

### 3.4 Multipler Substanzgebrauch

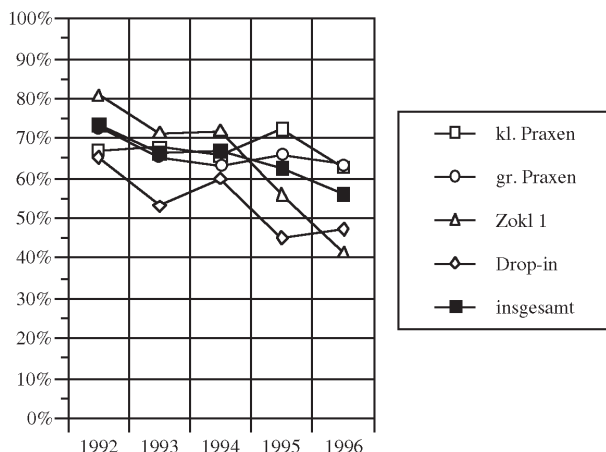
Beim Anteil multiplen Substanzgebrauchs (unmittelbar vor Behandlungsbeginn mehrere Drogen täglich konsumierende Patientinnen und Patienten) ist im Laufe der Zeit keine statistisch signifikante Änderung feststellbar. Dieser Anteil ist seit 1992 leicht rückläufig, liegt aber relativ konstant bei 50%.

Die Drop-in haben den durchwegs tiefsten Anteil. Ansonsten gibt es mit Ausnahme wiederum des Jahres 1995 keine markanten Unterschiede zwischen den vier Einrichtungstypen. 1995 klettert der Anteil des multiplen Substanzgebrauchs bei den grossen Privatpraxen auf 66%, um sich im nächsten Jahr wieder bei knapp 39% in den rückläufigen Trend einzureihen. Insgesamt bewirkt dies eine

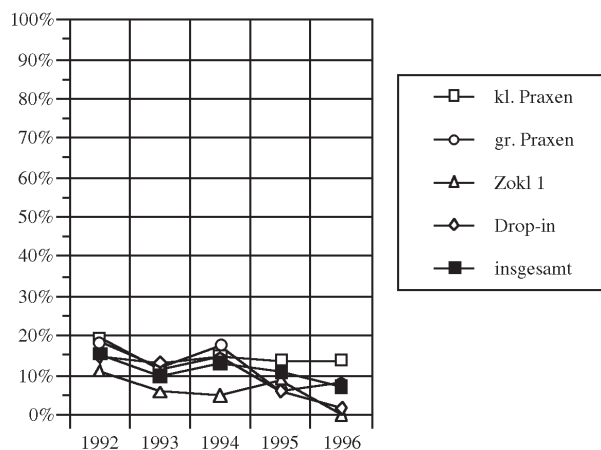
leichte Zunahme des Prozentanteils der Patientinnen und Patienten im Jahr 1995, die bei Behandlungsbeginn mehrere Substanzen konsumieren, welche dem abnehmenden Trend entgegelläuft.

### 3.5 HIV-Test

Im Laufe der Zeit zeigt sich eine statistisch signifikante Abnahme der auf HIV getesteten Personen bei Erseintritt in eine ambulante Methadonbehandlung. In Privatpraxen war der Anteil getesteter Personen 1996 leicht höher als in den Drop-in und im Zokl1 (Abb. 3a). In den Drop-in wurden seit 1992 weniger auf HIV getestete Patienten und Patientinnen aufgenommen als in allen anderen Einrichtungen. Am auffälligsten ist die Kurve des Zokl1: Seit 1994 ist der Anteil bereits auf HIV getesteten Neueintretenden um 30% gesunken.



**Abbildung 3a: Anteil der auf HIV getesteten Personen bei Erseintritt in eine ambulante Methadonbehandlung (N=3225)**



**Abbildung 3b: Anteil HIV-positiver Personen bei Erseintritt in eine ambulante Methadonbehandlung (N=2133, nur getestete Personen)**

### 3.6 HIV-Resultat

Der Anteil HIV-positiver Personen bei Ersteintritt in eine ambulante Methadonbehandlung nimmt seit 1994 insgesamt leicht ab (Abb. 3b). Der Prozentanteil in den Drop-in und im Zokl1 tendiert bis 1996 sogar gegen 0. In den Privatpraxen ist dieser Anteil unverändert geblieben. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Zahlen der Drop-in und des Zokl1 mit einer hohen Unsicherheit behaftet sind, da weniger als 50% der Personen bei Behandlungsbeginn getestet waren. Dies relativiert den insgesamten Rückgang des Anteils HIV-Positiver seit 1994. Unter Ausschluss der Drop-in und des Zokl1 hat keine statistisch signifikante Veränderung stattgefunden.

## 4. Diskussion

Die Entwicklung der Eintrittsmerkmale erstbehandelter Methadonpatientinnen und -patienten seit 1992 kann als positiv gewertet werden. Die Erhöhung des Eintrittsalters ist ausser 1995 (in der Folge der Schliessung der offenen Drogenszene im «Letten» im Februar 1995) in der untersuchten Zeitperiode nicht mit einer längeren Heroinabhängigkeit vor Behandlungsbeginn verbunden. Für die bei Behandlungsbeginn arbeitslose eine Hälfte der Patientinnen und Patienten ist die Methadonbehandlung zur Unterstützung der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt von grosser Wichtigkeit. Die Aufrechterhaltung und Stabilisierung der beruflichen Einbindung ist für die andere Hälfte bedeutsam. Die Abnahme des Anteils vor Behandlungsbeginn intravenös konsumierender Personen widerspiegelt den Trend der Konsumpräferenzen hin zu weniger gesundheitsgefährdenden Applikationsformen. Bezüglich Konsummuster ist keine Veränderung festzustellen. Eine Diskussion des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten bezüglich HIV-Infektion bedingt weiterführende Analysen, die über die erläuterten Ergebnisse hinausgehen.

Vor dem Hintergrund, dass sich die sozioökonomischen Rahmenbedingungen in den fünf Jahren des Beobachtungszeitraums wesentlich verschlechtert haben, sind diese Entwicklungen erfreulich und sprechen dafür, dass der seit Anfang der 90er-Jahre eingeleitete Verbund von Massnahmen entsprechend den vier Säulen der Drogenpolitik des Bundes (Prävention, Behandlung, Überlebenshilfe und Repression) Wirkung zeigt.

Aus unseren Analysen werden kurzfristig Auswirkungen der Schliessung der offenen Drogenszene im «Letten» in Bezug auf neu in eine Methadonbehandlung eintretende Patientinnen und Patienten sichtbar. Die längerfristigen Trends der in eine Methadonbehandlung Neueintretenden wurden hinge-

gen nicht wesentlich beeinflusst. Unterschiede in den analysierten Teilbereichen bei den verschiedenen Einrichtungen machen deutlich, dass die Einrichtungen sich teilweise auf eine neue Bedürfnisstruktur ihrer Inanspruchnehmer und -nehmerinnen einstellen mussten.

Korrespondenzadresse:  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste  
Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe  
Postfach 1930  
CH-8021 Zürich  
Telefon: +41 (0)1 296 74 20  
Fax: +41 (0)1 296 74 49  
E-Mail: sofo@spd.unizh.ch

# Zugang zu einer Methadonbehandlung im Kanton Zürich: die Funktion von Einrichtungstypen im Behandlungssystem\*

Franziska Liechti, Luis Falcato, Marco Olgiati, Wulf Rössler, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste

## Zusammenfassung

Die Funktion verschiedener Einrichtungstypen im Behandlungssystem wird anhand von drei Merkmalen charakterisiert: erstens durch den Anteil an Methadonbehandlungen insgesamt, zweitens durch die Anzahl Erstbehandlungen und drittens durch die Häufigkeit verschiedenartiger Anschlussbehandlungen. Nicht einbezogen in die Analyse wurden ambulante, methadongestützte Entzüge, welche seit 1997 bei der Gesundheitsdirektion ausgewiesen werden. Im Beobachtungszeitraum von Anfang 1992 bis Ende 1997 übernehmen «kleine» Privatpraxen (definiert durch eine durchschnittliche Anzahl von 12 oder weniger Methadonpatientinnen und -patienten per Ende der Jahre 1992 bis 1997) den grössten Teil der Behandlungen. Die spezialisierten ambulanten Drogenfachstellen des Kantons «Drop-in» und die auf Methadonbehandlungen spezialisierten Institutionen «Zokl» und «Ikarus» verzeichnen in dieser Zeitspanne eine Zunahme der Behandlungszahlen. 1997 haben in der Stadt Zürich neben den «Drop-in» und dem «Zokl» erstmals auch die «grossen» Privatpraxen (durchschnittliche Anzahl von mehr als 12 Methadonpatientinnen und -patienten per Ende der Jahre 1992 bis 1997) einen wichtigen Stellenwert für neu ins Behandlungssystem Eintretende. Auf dem Land hingegen sind die «kleinen» Privatpraxen seit 1995 für die Erreichung erstmals ins Behandlungssystem eintretender Patienten und Patientinnen deutlich wichtiger als die «grossen» Privatpraxen. Die «Drop-in» haben im Jahr 1997 mit sowohl überdurchschnittlich vielen drogenfreien als auch stationären Anschlussbehandlungen eine Sonderposition im Behandlungssystem.

## 1. Einleitung

Mit der vorliegenden dritten Forschungsnotiz unserer Begleitevaluation der ambulanten Methadonbehandlungen im Kanton Zürich wird die Inanspruchnahme verschiedener Behandlungsangebote in Bezug auf eine Substitutionsbehandlung mit Methadon in der Stadt Zürich («Stadt») und im übrigen Kantonsgebiet («Land») aufgeschlüsselt und deren Funktion im gesamten Behandlungssystem dargelegt. Wir unterscheiden zwischen Ersteintritten (erste Registrierung einer behandelten Person) und Folgeeintritten. Mit dieser Unterscheidung können Einrichtungstypen daraufhin untersucht werden, welchen Stellenwert sie für den Zugang der Patientinnen und Patienten zum Behandlungssystem haben. Die Art der geplanten Anschlussbehandlungen gibt Auskunft über die Behandlungsziele der Einrichtungstypen und über ihren Stellenwert bei der Weiterleitung im Behandlungssystem. Zusammen erhalten wir ein umfassendes Bild der Bedeutung der verschiedenen Einrichtungstypen in der Stadt und auf dem Land innerhalb des gesamten Angebots an Methadonbehandlungen im Kanton Zürich – dies mit der Einschränkung, dass wir ambulante, methadongestützte Entzüge nicht in unsere Analyse einbezogen haben (siehe unter Kapitel 2, Datenbasis).

## 2. Datenbasis

Grundlage der Analysen bilden die 12 476 Substitutionsbehandlungen mit Methadon, welche zwischen 1992 und 1997 bei der Sozialpsychiatrischen Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik gemeldet waren. 10 702 Eintritte stehen in diesem Zeitraum 9781 Austritten gegenüber.

Entsprechend dem Vorgehen bei der vorhergehenden Forschungsnotiz haben wir zwischen vier Einrichtungstypen unterschieden:

1. «Kleine» Privatpraxen<sup>1</sup>
2. «Grosse» Privatpraxen<sup>1</sup>
3. Auf Methadonbehandlungen spezialisierte Institutionen «Zokl» und «Ikarus»
4. Spezialisierte ambulante Drogenfachstellen des Kantons, «Drop-in»

## Key Words

Outpatient Methadone Maintenance Therapy (MMT), Case Register, Treatment Supply, Treatment Facilities

<sup>1</sup> Die Unterscheidung beruht auf dem Durchschnitt der laufenden methadongestützten Behandlungen am Ende der Jahre 1992 bis 1997: «Kleine» Privatpraxen führten bis zu 12, «grosse» Privatpraxen mehr als 12 Behandlungen durch.

\* Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Juni 1998.



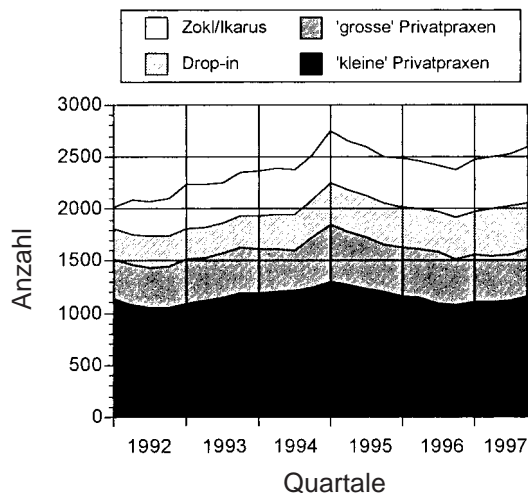
Zehn Institutionen mit insgesamt 414 Behandlungen mussten aus den Analysen ausgeschlossen werden, da sie keinem der vier Einrichtungstypen zugeordnet werden konnten. Von 1992 bis 1997 gelangten somit die Substitutionsbehandlungen von 450 «kleinen» und 24 «grossen» Privatpraxen, von neun «Drop-in» sowie der Angebote «Zokl» und «Ikarus» in die Evaluation.

Für die Analyse der Anschlussbehandlungen beziehen wir uns ausschliesslich auf die 1518 Austritte des Jahres 1997.

Aus allen Analysen ausgeschlossen sind methadongestützte Entzüge, welche seit 1997 bei der Gesundheitsdirektion ausgewiesen werden.

### 3. Ergebnisse

Die für die Analysen berücksichtigten 12 062 Methadonbehandlungen werden in vier Einrichtungstypen durchgeführt. Zeitvergleiche geben Aufschluss darüber, in welchen Einrichtungstypen sich Schwankungen der Behandlungszahlen manifestieren. Die Bedeutung der verschiedenen Behandlungsangebote in der Stadt und auf dem Land ändert sich zwischen 1992 und 1997. Die Analyse der Ersteintritte ergibt, dass die Institutionen «Drop-in» und «Zokl»/«Ikarus» eine grundsätzliche Bedeutung als «Tore zum Behandlungssystem» übernehmen. Die Privatpraxen haben diesbezüglich in der Stadt und auf dem Land unterschiedliche Funktionen. Die Analyse der geplanten Anschlussbehandlungen im Jahr 1997 ergibt deutliche Unterschiede sowohl zwischen den Einrichtungstypen als auch zwischen Stadt und Land.



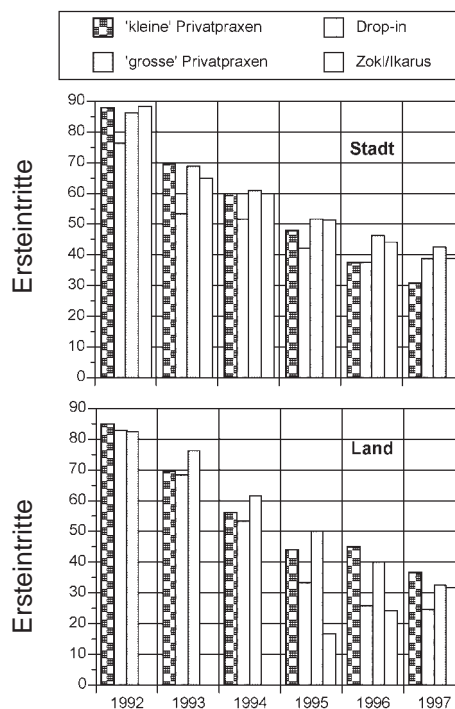
**Abbildung 1: Laufende Methadonbehandlungen je Einrichtungstyp**

### 3.1 Behandlungszahlen

«Kleine» Privatpraxen übernehmen von 1992 bis 1997 mit durchschnittlich 1000 laufenden Behandlungen den grössten Anteil an Substitutionsbehandlungen mit Methadon (vgl. Abbildung 1). Die übrigen drei Einrichtungstypen liegen mit durchschnittlich 400 Behandlungen erheblich tiefer.

Dieser zahlenmässigen Übervertretung der «kleinen» Privatpraxen bezüglich Behandlungen sollten wir uns bei allen folgenden Betrachtungen bewusst sein, denn wir werden im Folgenden Prozentzahlen und nicht absolute Zahlen vergleichen.

Betrachten wir die Zahlen der Ende jeden Quartals laufenden Behandlungen von 1992 bis 1997, so stellen wir fest, dass alle Einrichtungstypen ähnliche Bewegungen der Behandlungszahlen aufweisen; nach einer kontinuierlichen Zunahme seit dem ersten Quartal 1992 wird der Höhepunkt von insgesamt 2727 Behandlungen am Ende des ersten Quartals 1995 erreicht. Nach dieser Ausbreitungsphase ist ein Rückgang der Behandlungszahlen zu verzeichnen, welcher jedoch Ende 1996 bei 2376 Behandlungen aufhört. Im Jahr 1997 beobachten wir eine erneute Zunahme der Behandlungszahlen. Mit Ausnahme der «Drop-in», welche die Spitze der Behandlungszahlen etwas verzögert (Ende des dritten Quartals 1995) erfahren, stellen wir bei allen Einrichtungstypen dieselbe Bewegung fest.



**Abbildung 2: Prozentualer Anteil Ersteintritte je Einrichtungstyp, Stadt und Land**

«Zokl»/»Ikarus» und etwas weniger auch die «Drop-in» weisen seit 1992 einen stärkeren Zuwachs an Behandlungen auf als die Privatpraxen.

### 3.2 Ersteintritte: Stadt und Land

Der Anteil Ersteintritte ist ein Zeichen dafür, welche Einrichtungstypen für frisch ins Behandlungssystem eintretende Patienten und Patientinnen bedeutsam sind. Der Prozentanteil der Ersteintritte nimmt bei allen Einrichtungstypen von 1992 bis 1997 ab, wobei dieser Trend seit 1995 zunehmend schwächer wird (vgl. Abbildung 2). Im Unterschied zum «Zokl» der Stadt Zürich, welches bei seiner Neueröffnung 1992 entsprechend den damaligen Umständen im Zusammenhang mit der Auflösung der offenen Drogenszene am «Platzspitz» mit einem hohen Anteil Ersteintritte beginnt, musste sich das 1995 neu eröffnete «Ikarus» («Land») als Institution für frisch ins Behandlungssystem Eintretende erst etablieren.

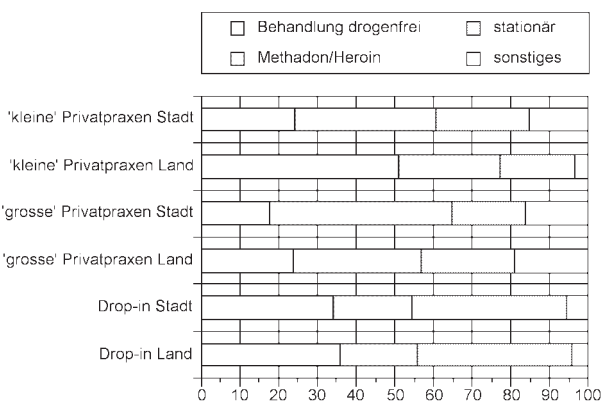
Deutliche Unterschiede gibt es beim Anteil der erstmaligen Inanspruchnahme zwischen den jeweiligen Angeboten in der Stadt und auf dem Land. In der Stadt bilden «Drop-in» und «Zokl» den wichtigsten Zugang zu Methadonbehandlungen. Sind anfangs der untersuchten Zeitperiode noch die «kleinen» Privatpraxen für Neueintretende bedeutsam, so werden diese seit 1996 durch die «grossen» Privatpraxen abgelöst. Auf dem Land haben die «kleinen» Privatpraxen durchwegs hohe Anteile an Ersteintrit-

ten. Sie funktionieren dort zusammen mit den «Drop-in» und 1997 ebenfalls dem «Ikarus» als «Tore zum Behandlungssystem». In diesem Jahr ist der Anteil Erstbehandlungen bei den «kleinen» Privatpraxen auf dem Land sogar signifikant höher als derjenige aller anderen Einrichtungstypen.

### 3.3 Anschlussbehandlungen

Weiterer Indikator für die Charakterisierung der verschiedenen Einrichtungstypen ist deren Funktion bei der Weiterleitung im Behandlungssystem. Lediglich bei 37% aller Abschlüsse im Jahr 1997 wurde eine Anschlussbehandlung geplant. Bei 29% der Behandlungen war bei Behandlungsabschluss keine Anschlussbehandlung vorgesehen und für 34% der 1997 aus einer Methadonbehandlung Ausgeschiedenen liegen diesbezüglich keine Angaben vor. Bei der Aufschlüsselung der Anschlussbehandlungsarten nach den verschiedenen Einrichtungstypen beziehen wir uns somit auf die 506 im Jahr 1997 abgeschlossenen Methadonbehandlungen, bei denen wir über Angaben verfügen (vgl. Abbildung 3). Die Institutionen «Zokl» und «Ikarus» mussten bei der Betrachtung der verschiedenen Einrichtungstypen weggelassen werden, da sie bei dieser Variable nicht genügend gültige Werte für die Berechnung von statistischen Signifikanzwerten aufweisen.

Von den geplanten Anschlussbehandlungen sind 30% drogenfreie Therapien. Dieser hohe Prozentanteil wird vor allem von «kleinen» Privatpraxen auf dem Land und den «Drop-in» bestimmt. Sie haben jeweils überdurchschnittliche Anteile drogenfreier Anschlussbehandlungen. In 29% der dokumentierten Anschlussbehandlungen ist eine weitere Methadonbehandlung oder der Eintritt in ein Heroinprogramm festgelegt. Die Privatpraxen in der Stadt haben gegenüber denjenigen auf dem Land jeweils höhere Anteile an Überweisungen in eine weiterführende Substitutionsbehandlung. Bei 27% aller Abschlüsse mit geplanter Anschlussbehandlung ist ein stationärer Aufenthalt in einer somatischen oder psychiatrischen Klinik vorgesehen. Die grössten Anteile dieser Art Anschlussbehandlung haben die «Drop-in».



Anmerkungen: Häufigkeit einer geplanten Anschlussbehandlung insgesamt: In 37% der abgeschlossenen Behandlungen im Jahr 1997 wurde eine Anschlussbehandlung vorgesehen und dokumentiert; deren Art(en) und prozentuale Häufigkeiten in den einzelnen Einrichtungstypen sind in dieser Abbildung dargestellt (keine Anschlussbehandlung wurde geplant in 29% der Behandlungen und zu 34% der insgesamt aus einer Behandlung Ausgeschiedenen liegen keine Angaben vor). Untersuchte Einrichtungstypen: Die Institutionen «Zokl» und «Ikarus» mussten hier ausgeschlossen werden, da sie bei dieser Variable nicht genügend gültige Werte für die Berechnungen statistischer Signifikanzwerte aufweisen.

**Abbildung 3: Fälle mit geplanter Anschlussbehandlung nach Behandlungsabschluss in verschiedenen Einrichtungstypen: prozentualer Anteil der Art der Anschlussbehandlungen 1997**

## 4. Diskussion

Wir gehen davon aus, dass sich die Klientel der verschiedenen Einrichtungstypen nicht grundlegend unterscheidet. Eintrittsmerkmale von erstbehandelten Patientinnen und Patienten verändern sich zwar im Laufe der Zeit, hängen aber gemäss unserer zweiten Forschungsnotiz (publiziert in diesem Band unter dem Titel «Methadonbehandlungen und poli-

zeitliche Massnahmen im Kanton Zürich 1991–95: Eintritte und Behandlungsdauer in unterschiedlichen Einrichtungstypen im Vergleich») nur relativ geringfügig mit den Einrichtungstypen zusammen<sup>2</sup>. Wir schliessen daraus, dass sich die gefundenen Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen nicht allein durch Unterschiede ihrer Klientel erklären lassen. Die Angebote unterscheiden sich ebenfalls durch ihre Zielsetzungen oder organisatorischen Eigenheiten innerhalb des Behandlungssystems.

Die bei Behandlungsabschluss festgelegten Anschlussbehandlungen zeigen dies deutlich, obwohl auch hier bei der Interpretation Vorsicht geboten ist, da relativ viele Werte fehlen. Hohe Anteile drogenfreier Anschlussbehandlungen wurden 1997 bei allen «Drop-in» und den «kleinen» Privatpraxen auf dem Land ausgewiesen. Ihre Behandlungsziele sind möglicherweise verglichen mit den übrigen Einrichtungstypen stärker auf Abstinenz ausgerichtet. Umgekehrt kann der hohe Anteil anschliessender methadon- und heroingestützter Behandlungen bei «grossen» Privatpraxen in der Stadt als eine bevorzugte Weiterleitung von Patienten und Patientinnen an andere solche Programme gedeutet werden. Es ist möglich, dass für Privatpraxen der Zugang zum weiteren Behandlungsangebot in der Stadt leichter ist als auf dem Land, denn auch bei den «kleinen» Privatpraxen stellen wir einen Stadt-Land-Unterschied fest. Die «Drop-in» wiederum sehen ihre Aufgabe mehr in der Weiterleitung der Patientinnen und Patienten ins System der somatischen und psychiatrischen stationären Behandlungen. Der hohe Anteil stationärer Anschlussbehandlungen deutet darauf hin, dass sie als ambulante psychiatrische Institutionen den stationären Kliniken nahe stehen und Einweisungen einfach vorgenommen werden können. Allerdings könnte diese Tendenz auch von einem vergleichsweise hohen Anteil an Dualpatienten und -patientinnen in den «Drop-in» herrühren. Diese Annahme können wir mit unseren Daten jedoch nicht verifizieren. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die verschiedenen Einrichtungstypen ein differenziertes, auf individuelle Bedürfnisse zugeschnittenes Angebot an Methadonbehandlungen bereitstellen.

Stadt-Land-Unterschiede deuten wir als Zeichen dafür, dass das Behandlungsangebot die verschiedenen strukturellen und kulturellen Bedingungen im Kanton Zürich widerspiegelt. Dies wird besonders durch die unterschiedliche Bedeutung verschiedener Einrichtungstypen in der Stadt und auf dem Land als «Tore zum Behandlungssystem» deutlich.

<sup>2</sup> Die untersuchten Merkmale der von 1992 bis 1997 eingetretenen Patientinnen und Patienten unterscheiden sich zwischen den Einrichtungstypen zwar teilweise signifikant, jedoch sind ihre Effektmasse kleiner als .2, was auf geringe Zusammenhänge schliessen lässt.

Die Zunahme der Behandlungszahlen seit Anfang 1997 können wir momentan noch nicht erklären. Im Laufe der folgenden Jahre werden wir besser beurteilen können, ob es sich hierbei um den Anfang eines längerfristigen Trends wachsender Behandlungszahlen handelt oder ob sich die Anzahl der laufenden Behandlungen auf einem stabilen Niveau einpendeln wird.

Korrespondenzadresse:  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische  
Dienste  
Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe  
Postfach 1930  
8021 Zürich  
Telefon +41 (0)1 296 74 20  
Fax +41 (0)1 296 74 49  
E-Mail: [sofo@spd.unizh.ch](mailto:sofo@spd.unizh.ch)

# Die Versorgungsstruktur im Kanton Zürich: Angebot und Nachfrage nach Methadonbehandlungen im Stadt-Land-Vergleich\*

Luis Falcato, Franziska Liechti, Rudolf Stohler, Wulf Rössler, Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

## Zusammenfassung

Die Versorgung der Opiatabhängigen im Kanton Zürich in Bezug auf Methadonbehandlungen (Substitution und ambulanter methadongestützter Entzug) findet Ende 1998 an 362 verschiedenen Standorten statt, d. h. die Versorgung ist grundsätzlich in hohem Masse dezentralisiert. Es sind jedoch unterschiedliche Zusammenballungen festzustellen: Es ist erstens *eine leichte Konzentration des Behandlungsangebots auf die Stadt Zürich* zu verzeichnen. Zweitens gibt es eine *überproportionale Nachfrage nach Methadonbehandlungen in der Stadt Zürich*, wo gut die Hälfte aller Methadonbehandlungen durchgeführt werden. Zwischen Ende 1996 und 1998 ist hier ein Anstieg der Nachfragekurve zu beobachten. Auf dem Land hingegen hat keine Zunahme der laufenden Behandlungen stattgefunden. Drittens besteht eine in hohem Masse *ungleiche Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die behandelnden Stellen*. So entfällt gegenwärtig die Hälfte der Behandlungen auf weniger als 5% aller Praxen und Einrichtungen. Zwischen 1992 und 1998 ist zudem eine Verstärkung dieser Konzentration zu beobachten, die sich in einer Umverteilung der behandelten Personen auf Einrichtungen mit vielen Behandlungen ausdrückt. Auf dem Land ist auch eine Abnahme der genutzten Behandlungsmöglichkeiten festzustellen. Viertens machen seit 1997 die *ambulanten methadongestützten Entzugsbehandlungen gut 10% aller Behandlungseintritte* aus. Die methadongestützten Entzüge werden überwiegend in den Drop-in durchgeführt; insbesondere in der Stadt ist deren Anteil bei Privatärzten sehr gering. Die Substitutionsbehandlungen verteilen sich recht gleichmässig auf die verschiedenen Einrichtungstypen. Eine Sonderstellung hat das niederschwellige Angebot, welches praktisch nur in der Stadt Zürich vorhanden ist. Hier erfolgt ein Drittel aller Eintritte in eine einzige Einrichtung.

## Key Words

Outpatient Methadone Maintenance Therapy (MMT), Detoxification, Case Register, Epidemiology, Treatment Supply, Treatment Demand, Treatment Facilities, City and Rural Areas

## 1. Einleitung

Der Schwerpunkt dieser vierten Forschungsnotiz aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich liegt in der Analyse der Versorgungsstruktur. Dabei haben wir erstmals auch die Entwicklung auf der Seite der Anbieter untersucht und können somit die vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten mit deren Inanspruchnahme in Beziehung setzen. Andererseits wird die neueste Entwicklung der Nutzung der Behandlungsangebote in der Stadt Zürich («Stadt») und im übrigen Kantonsgebiet («Land») nachgezeichnet.

Im Weiteren untersuchen wir die Verteilung der Behandlungseintritte auf die folgenden vier Einrichtungstypen: 1. «Kleine» Privatpraxen<sup>1</sup>, 2. «Grosse» Privatpraxen<sup>1</sup>, 3. Auf Methadonbehandlungen spezialisierte Institutionen «Zokl» und «Ikarus» und 4. Ambulante Drogenfachstellen des Kantons «Drop-in». Dabei werden die Substitutionsbehandlungen mit Methadon und die ambulanten methadongestützten Opiatentzüge separat ausgewiesen.

## 2. Datenbasis und Methode

Die Auswertungen basieren auf den 14 718 Behandlungsmeldungen, die bis Ende 1998 bei der Sozialpsychiatrischen Forschungsgruppe der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich eingegangen sind. Die früheste erfasste Behandlung datiert vom 10. März 1976, das heisst, der Beobachtungszeitraum erstreckt sich mittlerweile über insgesamt 22 Jahre.

Für die Berechnung des genutzten Behandlungsangebotes (Abb. 1) und der Behandlungszahlen (Abb. 2) wurden alle Behandlungsmeldungen berücksichtigt.

Mangels genauerer Informationen wurde für jede behandelnde Stelle der Zeitpunkt des ersten Eintritts in eine Methadonbehandlung als «Eröffnungsdatum» der Einrichtung betrachtet. Für Einrichtungen, welche seit mindestens sechs Monaten keine Methadonbehandlung mehr durchgeführt hatten, wurde das Datum des letzten Behandlungsabschlusses als «Schliessungsdatum» betrachtet. In chronologischer Reihenfolge kumuliert ergibt sich aus den «Eröffnungsdaten» die Summe bisher ausgestelltter Behandlungsbewilligungen zu einem bestimmten Zeitpunkt. Wird die kumulierte Anzahl der geschlossenen von der kumulierten Anzahl der eröffneten Angebote subtrahiert, so ergibt sich die

\*Resultate aus der Begleitevaluation der Methadonbehandlungen im Kanton Zürich, Dezember 1998.

<sup>1</sup> Die Unterscheidung beruht auf dem Durchschnitt der laufenden Methadonbehandlungen am Ende der Jahre 1992 bis 1998: «Kleine» Privatpraxen führten bis zu 12, «grosse» Privatpraxen mehr als 12 Methadonbehandlungen durch.

Anzahl der zu einem Zeitpunkt genutzten Behandlungsmöglichkeiten. Als Zeiteinheit wurden, analog zum Vorgehen bei der Analyse der Behandlungsnachfrage, Quartale gewählt.

Die Verteilung der Behandlungen auf die Einrichtungen (Abb. 3) wurde anhand der laufenden Behandlungen der Jahre 1992 und 1998 berechnet.

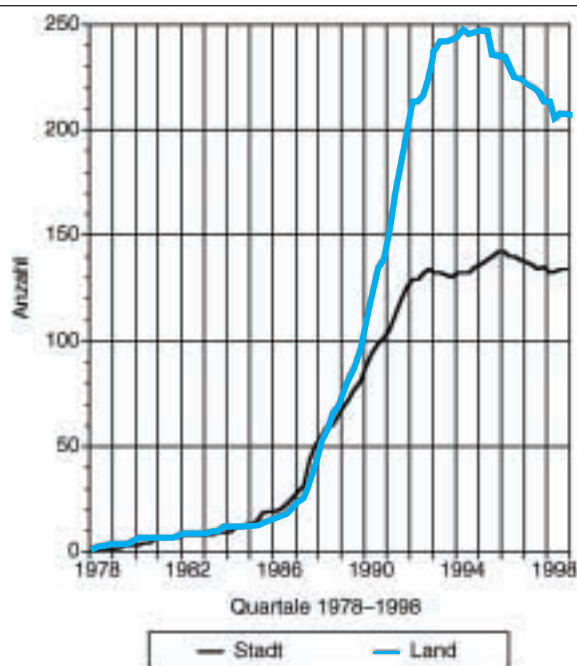
Die Aufgliederung der Methadonbehandlungen in Substitution und Entzug (Abb. 4) beruht auf den Behandlungsmeldungen der Jahre 1997 und 1998.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Das Angebot

Die Methadonbehandlungen im Kanton Zürich verteilen sich Ende 1998 auf 362 genutzte Angebote, wovon sich 39% in der Stadt und 61% auf dem «Land» befinden. Nach einer starken Ausbreitung des Behandlungsangebots zwischen 1986 und 1995 (Abb. 1) ist in der Stadt die Zahl der behandelnden Stellen seither stabil, während auf dem «Land» ein Rückgang des genutzten Angebots um fast 50 Stellen zu beobachten ist.

Gemessen an den Einwohnerzahlen<sup>2</sup> ergibt sich in der Stadt eine behandelnde Stelle pro 2500 Einwohner. Bei einer geschätzten Prävalenz der Heroinabhängigkeit<sup>3</sup> von 1% heisst das eine behandelnde Stelle auf 25 Opiatabhängige. Auf dem Land wird



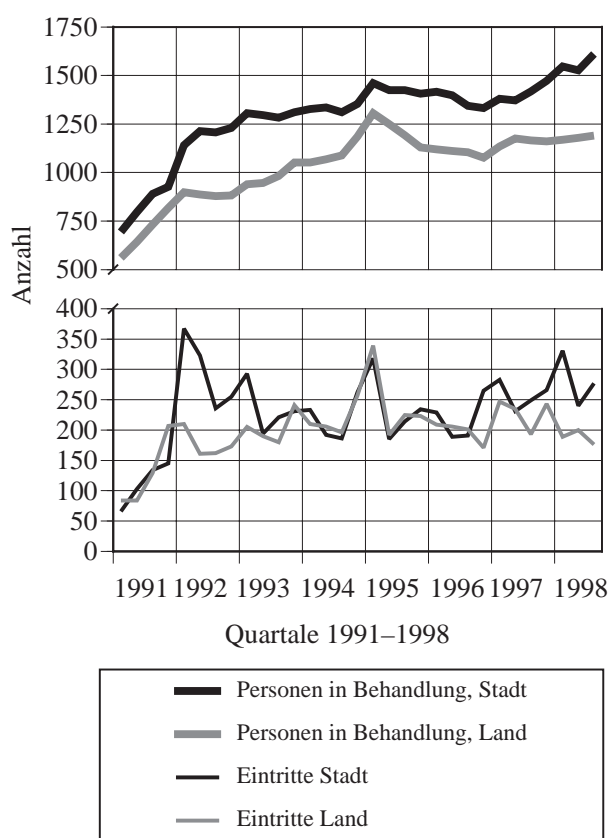
**Abbildung 1: Genutztes Behandlungsangebot (Anzahl Einrichtungen, die ambulante Methadonbehandlungen durchgeführt haben)**

pro 3700 Einwohner bzw. 37 Abhängige eine behandelnde Stelle genutzt. Fast 90% dieser Stellen (Stadt: 85%; Land: 90%) sind niedergelassene Ärztinnen und Ärzte; 6% (Stadt: 8,5%; Land: 5%) sind «spezialisierte» Privatpraxen und 2,5% (Stadt: 2%; Land 3%) ambulante Drogenfachstellen.

#### 3.2 Die Nachfrage

Ende 1998 stehen im Kanton Zürich insgesamt 2855 Personen in einer Methadonbehandlung. In der Stadt Zürich liegt der aktuelle Stand (4. Quartal 1998) der laufenden Behandlungen bei 1648 gegenüber 1207 im restlichen Kantonsgebiet (Abb. 2). Somit werden 58% aller Methadonbehandlungen im Kanton Zürich in der Stadt durchgeführt, fast doppelt so viele, wie es dem Anteil der Stadtbevölkerung an der Einwohnerzahl des Kantons Zürich entsprechen würde.

In den Jahren 1997 und 1998 ist ein deutlicher Anstieg der im Kanton Zürich in einer Methadonbe-



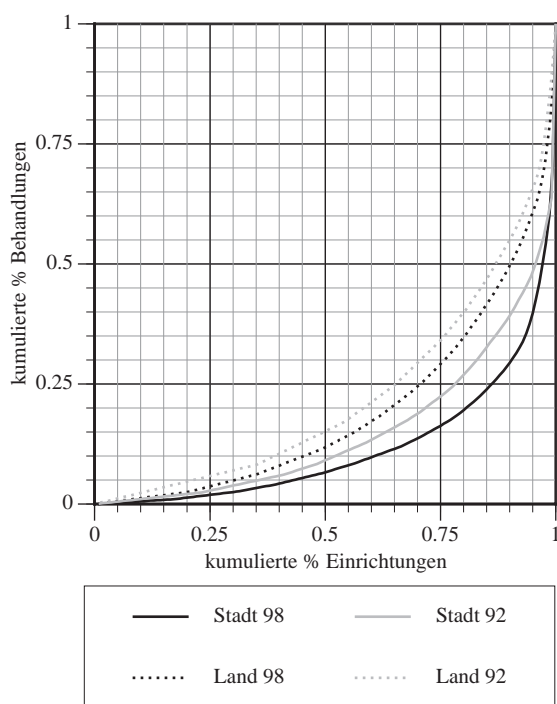
**Abbildung 2: Personen in Methadonbehandlung und Behandlungseintritte**

<sup>2</sup> Einwohner des Kantons Zürich am 31.12.1996: 1 178 848; Stadt Zürich: 354 261. (BSF, Statistisches Jahrbuch der Schweiz 1998: 68–70).

<sup>3</sup> Estermann J. Sozialepidemiologie des Drogenkonsums. VVB Berlin, 1996: 130.



handlung stehenden Personen festzustellen. Dieser Anstieg ist nur auf die Entwicklung in der Stadt Zürich zurückzuführen. Während in den Jahren 1993 bis 1995 die Kurven der Behandlungseintritte für Stadt und «Land» praktisch deckungsgleich verlaufen, ist in den letzten zwei Jahren eine markante Zunahme der Eintritte in der Stadt zu verzeichnen. Auf dem «Land» hingegen sind die Behandlungseintritte eher zurückgegangen.



**Abbildung 3: Verteilung der ambulanten Methadonbehandlungen auf die genutzten Einrichtungen**

### 3.3 Verteilung der Nachfrage auf die Angebote

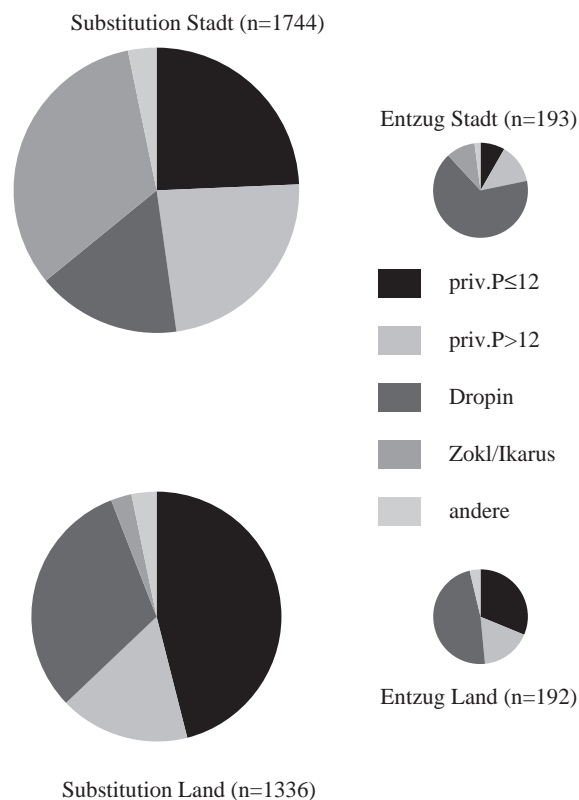
Die Verteilung der laufenden Behandlungen auf die genutzten Einrichtungen (Abb. 3) ist sehr ungleich. So entfällt 1998 die Hälfte aller Behandlungen auf weniger als 5% der behandelnden Stellen. Im Vergleich mit der Verteilung von 1992 lässt sich sowohl auf dem «Land» als auch in der Stadt ein Konzentrationsprozess feststellen, wobei dieser in der Stadt etwas stärker ausgefallen ist. Betrachten wir die Verteilung von drei Vierteln aller Behandlungen, so haben sich diese zwischen 1992 und 1998 von 30% aller Einrichtungen auf deren 15% umverteilt, während auf dem «Land» eine Umverteilung von 35% auf 23% der Einrichtungen stattgefunden hat.

### 3.4 Art der Behandlungen und Einrichtungstypen

Unterscheiden wir bei den durchgeführten Behandlungen zwischen Substitutionsbehandlungen einer-

seits und ambulantem methadongestütztem Entzug andererseits (Abb. 4), so lässt sich festhalten, dass seit 1997 jeder 10. Behandlungsbeginn eine Entzugsbehandlung betrifft, sowohl in der Stadt wie auf dem «Land».

Bei der Verteilung der Behandlungen auf die Einrichtungstypen sind sowohl für die Substitutionsbehandlungen wie auch für die Entzugsbehandlungen Stadt-Land-Unterschiede festzustellen. In der Stadt wird gut die Hälfte der Substitutionen von «institutionellen Anbietern» (Drop-in/Zokl) erbracht, auf dem «Land» liegt dieser Anteil bei ca. einem Drittel. Eine Sonderstellung hat das Zokl, welches einen Drittel aller Behandlungen in der Stadt aufnimmt. Bei den Entzugsbehandlungen fällt besonders auf, dass diese in der Stadt zu zwei Dritteln in den Drop-in durchgeführt werden, während die «kleinen» Privatpraxen lediglich einen Anteil von 10% übernehmen.



**Abbildung 4: Substitutions- und Entzugsbehandlungen mit Methadon – Verteilung auf die Einrichtungstypen in der Stadt und auf dem Land (1997 und 1998)**

## 4. Diskussion

Seit der Lockerung der restriktiven Rahmenbedingungen Ende der 80er-Jahre hat sich die Versorgungsstruktur hin zu einem liberaleren System ent-

wickelt, in dem das Angebot weitgehend durch die Nachfrage bestimmt wird. Die gefundene Tendenz zur Konzentration der Behandlungen auf weniger Einrichtungen kann als «natürliche» Korrektur verstanden werden. Vermutlich haben die Probleme und der Aufwand, welche mit Methadonbehandlungen verbunden sein können (z. B. ungesicherte Finanzierung der Behandlung, Nichteinhaltung von Behandlungsterminen), einzelne Ärzte und Ärztinnen dazu bewogen, keine Patienten oder Patientinnen mehr aufzunehmen. Eine Fortsetzung dieses Trends müsste jedoch kritisch hinterfragt werden. Die Gründe für die Zunahme der Behandlungen in der Stadt sind noch unklar. Sie könnten ebenso gut auf eine Erhöhung der Prävalenz wie auf einen gestiegenen Behandlungsbedarf hindeuten. Es wäre wünschenswert, dass in der Stadt Zürich ambulante methadongestützte Entzugsbehandlungen vermehrt auch bei Privatärzten durchgeführt werden.

Korrespondenzadresse:  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische  
Dienste  
Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe  
Postfach 1930  
8021 Zürich  
Telefon +41 (0)1 296 74 20  
Fax +41 (0)1 296 74 49  
E-Mail: [sofo@spd.unizh.ch](mailto:sofo@spd.unizh.ch)

# Behandlungsanfragen von Drogenabhängigen in der Stadt Zürich von 1991–1993: die Nutzung von prozessproduzierten Daten zur Untersuchung von Entwicklungen im Drogenkonsumverhalten\*

Michael Stauffacher\*, Andreas Lanz, Robert Sempach, Institut für Suchtforschung, Zürich

## Zusammenfassung

*Einleitung:* Im Rahmen eines internationalen Netzwerkes von Drogen-Epidemiologen (Pompidou-Gruppe des Europarates) werden Informationen zum Drogenphänomen auf Städteebene gesammelt. Für die Stadt Zürich wurde der Behandlungsanfragenindikator in den Jahren 1991 bis 1993 erhoben. Es sollen Entwicklungen im soziodemographischen Profil und im Drogenkonsummuster behandelter Drogenkonsumierender beschrieben und geklärt werden, ob diese Daten für die Verfolgung von Trends geeignet sind. *Methode:* Vollstandardisierte Erhebung in ambulanten und stationären Institutionen, die auf dem Gebiet der Stadt Zürich liegen. Erfasst wurden soziodemographisches Profil, Drogenkonsummuster und selbstberichtetes Risikoverhalten. Die Datenerhebungen erfolgte in den Jahren 1991, 1992 und 1993 während je dreier Monate. Insgesamt wurde eine Stichprobe von 1321 Personen erzielt.

*Resultate:* Über die beobachteten Jahre blieben der Anteil der Frauen mit ca. 30% und das Durchschnittsalter von ca. 26 Jahren konstant. Auf unter 10% gesunken ist der Anteil regelmässiger Erwerbstätigkeit. Obdachlosigkeit und Heroin-Kokain-Cocktail als Hauptdroge wirken sich erschwerend aus. Heroin als Hauptdroge ging von 68% auf 52% zurück und dafür stieg Heroin-Kokain-Cocktail von 11% auf 24% an. Der Anteil des Injizierens ist von 73% auf 69% gesunken und das Rauchen (zum überwiegenden Teil Folierrauchen von Heroin, aber auch das Rauchen von Kokainbase) ist von 6% auf über 15% gestiegen. Der Anteil Injizierender ist höher in der Gruppe der Frauen, Obdachlosen und bei älteren Drogenkonsumierenden. *Diskussion und Empfehlungen:* Es ist gelungen, mit Daten aus dem Behandlungssystem Entwicklungen im soziodemographischen Profil und im Konsummuster von behandelten Drogenkonsumierenden zu untersuchen. Ergänzend sind qualitative Studien von verdeckt Konsumierenden notwendig. Es wird empfohlen, das Angebot an Arbeitsintegrationsprogrammen auszubauen und die Datenerfassung im Behandlungsbereich zu vereinheitlichen.

## 1. Einleitung

Drogenprobleme befinden sich in einem laufenden Wandlungsprozess. Dies erfordert eine kontinuierliche, weitgehend standardisierte Beobachtung (Monitoring) in ihrer ganzen Komplexität und über die Zeit. Dadurch kann die momentane Situation beurteilt, können Veränderungen und Trends erkannt und die Wirksamkeit eingeleiteter Massnahmen abgeschätzt werden. Um von den Erfahrungen anderer Länder und Städte auf diesem Gebiet profitieren bzw. eigene Erfahrungen weitergeben zu können, muss die Erfassung international koordiniert und abgestimmt sein.

Im Rahmen eines internationalen Netzwerkes von Drogen-Epidemiologen aus ganz Europa (Pompidou-Gruppe des Europarates) werden seit Mitte der 80er-Jahre Informationen zum Drogenproblem auf Städteebene gesammelt und auf europäischer Ebene diskutiert und analysiert (1). Grundlage bildet dabei ein indikatorengestütztes Berichtssystem, das prozessproduzierte und eigenerhobene Daten zu illegalen Drogen aus verschiedenen Disziplinen und Quellen miteinander verknüpft: Behandlungsanfragen, Spitalaufenthalte, Hepatitis B/C, nicht-tödliche Notfälle, Drogentodesfälle, HIV/Aids, Verzeigungen, Verurteilungen, Inhaftierungen, Beschlagnahmungen, Preise und Reinheitsgrad von Drogen, Bevölkerungsstudien, Schülerbefragungen und qualitative Forschungsprojekte. Diese Informationen werden jährlich aktualisiert und ungefähr alle sechs Jahre in einer umfassenden Publikation auf europäischer Ebene analysiert und veröffentlicht (2, 3).

Ein zentrales Element dieses Berichtsystems sind Informationen zu Behandlungen und Betreuungen im Drogenbereich, der sogenannte Behandlungsanfragenindikator (treatment demand indicator). Dazu

## Key Words

Illegal Drugs,  
Epidemiology,  
Treatment Demand  
Indicator,  
Trend Analyses,  
International Comparative Research,  
Drug Monitoring System

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 5515 unterstützt. \*Einzelauteur des vorliegenden Berichtes

hat die Expertengruppe detaillierte Anleitungen entworfen (4, 5), die als Grundlage für die Erhebungsvorgaben der Europäischen Union dienten (6, 7).

In der Stadt Zürich wurde der Behandlungsanfragenindikator in den Jahren 1991 bis 1993 erhoben. Die Erfassung verfolgte mehrere Ziele:

- Beschreiben des Profils der Klientel der zürcherischen Behandlungseinrichtungen
- Verfolgen von Entwicklungen und Veränderungen im Drogenkonsum
- Liefern von Grundlagen für weitergehende Forschungen

Inhaltlicher Schwerpunkt des vorliegenden Berichtes sind Entwicklungen im soziodemographischen Hintergrund und Drogenkonsummuster behandelter Drogenkonsumierender. Auf methodischer Ebene soll geklärt werden, ob prozessproduzierte Daten für die Verfolgung von Trends geeignet sind.

## 2. Vorgehen / Methodik

Grundgesamtheit bilden alle in der Stadt Zürich während eines Kalenderjahres eine Behandlung aufnehmenden Drogenkonsumierenden, wobei Mehrfachaufnahmen nur einmal gezählt werden (personenbezogene Erhebung).

Um die Behandlungsanfragen zu erfassen, wurde ein Fragebogen mit 22 standardisierten Fragen entwickelt, die in Anlehnung an die Vorgaben der Pompidou-Gruppe (4) formuliert wurden. Erfasst wurden ein soziodemographisches Profil (Alter, Geschlecht, Ausbildung, Wohn- und Arbeitssituation), Drogenkonsummuster (Hauptdrogen, Alter beim Erstkonsum, Einnahmeart und -häufigkeit) und selbstberichtetes Risikoverhalten (Injektion, Spritzenaustausch).

In die Studie einbezogen wurden ambulante und stationäre Institutionen auf dem Gebiet der Stadt Zürich. Spezialisierte Einrichtungen für Substitutionstherapien mit Methadon und niedrigschwellige Programme im Bereich der Überlebenshilfe konnten aus erhebungstechnischen Gründen nicht berücksichtigt werden.

Die Datenerhebung erfolgte in den Jahren 1991, 1992 und 1993 während je dreier Monate, wobei innerhalb dieser Zeitspanne alle um eine Behandlung anfragenden Personen erfasst wurden (Zeitstichprobe). Insgesamt wurde eine Stichprobe von 1321 Personen (1991: 340; 1992: 429; 1993: 552) erzielt, wobei Doppelzählungen innerhalb eines Kalenderjahres ausgeschlossen wurden.

Die Erhebungssituation war unterschiedlich: Der Fragebogen wurde entweder durch die behandelnden Ärzte gemeinsam mit dem Klienten ausgefüllt, durch Sozialarbeiter anhand von Notizen oder von den KlientInnen selber. Es gab unterschiedliche Verweigerungs- und Falschangabequoten, die auf die Organisation der Datenerhebung zurückzuführen sind: Erhebungen, die in die Routinetätigkeiten des professionellen Personals (Arzt bzw. Ärztin, Sozialarbeiter/innen) eingebunden sind, führten zu besserer Datenqualität. Allgemein wurde die Datenerhebung sehr gewissenhaft durchgeführt, sodass die Datenqualität als gut bezeichnet werden kann.

Die Datenauswertungen wurden mit SPSS für Windows 9.0 durchgeführt. Neben Randauszählungen, Kreuztabellenanalysen (Chi<sup>2</sup>-Test), Lage- (Mittelwert, Median) und Streuungsmassbestimmungen (Standardabweichungen, Perzentile) wurden auch Varianzanalysen und logistische Regressionen durchgeführt. Die Irrtumswahrscheinlichkeit (Alpha-Fehler) wird auf dem 5-Prozent-Niveau festgelegt (p=0.05). Bei mehreren Einzelvergleichen der gleichen Daten wurde mit dem Scheffé-Test gearbeitet, um die dabei auftretende Erhöhung der Irrtumswahrscheinlichkeit zu korrigieren.

Da die Erhebung gleichzeitig mit identischem Erhebungsinstrument in verschiedenen anderen Städten Europas durchgeführt wurde, konnten die Resultate für Zürich zusätzlich im europäischen Vergleich analysiert werden.

## 3. Resultate

### 3.1 Soziodemographisches Profil

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich ist, blieb der Anteil der Frauen mit ca. 30% konstant über die beobachteten Jahre (Chi<sup>2</sup>=0.375, df=2, p=0.829). Das Durch-

**Tabelle 1: Soziodemographisches Profil der erfassten Klientinnen und Klienten in Behandlungseinrichtungen der Stadt Zürich von 1991 bis 1993 (N=1321)**

	1991 (N=349)	1992 (N=429)	1993 (N=552)
<b>Geschlecht</b>			
Männer	72.4%	70.6%	70.6%
Frauen	27.6%	29.4%	29.4%
<b>Alter bei Behandlungsbeginn</b>			
< 20	7.3%	13.5%	7.7%
20-29	67.2%	65.4%	67.7%
30+	25.5%	21.1%	24.6%
Durchschnittsalter <sup>a</sup> +/- SD <sup>b</sup> (in Jahren)	26.1 +/- 5.43	25.8 +/- 6.06	26.5 +/- 5.44
Median (in Jahren)	25	25	26
<b>Wohnsituation</b>			
fester Wohnsitz	76.5%	93.5%	68.8%
obdachlos	23.5%	6.5%	31.2%
<b>Arbeitssituation</b>			
regelmässige Erwerbstätigkeit	22.4%	13.8%	9.6%
arbeitslos/Gellegenheitsjobs	77.6%	86.2%	90.4%

<sup>a</sup> Arithmetischer Mittelwert; <sup>b</sup> Standardabweichung

schnittsalter bei Behandlungsanfrage blieb konstant bei ca. 26 Jahren (Varianzanalyse,  $df=2$ ,  $F=1.609$ ,  $p=0.201$ ). Ungefähr ein Viertel aller Personen, die um eine Behandlung anfragten, sind 30 Jahre alt oder älter. Männer sind mit einem Durchschnittsalter von 26.6 Jahren (Standardabweichung  $SD=5.62$ ) älter als Frauen (25.2 Jahre,  $SD=5.64$ ), wobei sich der Unterschied über die Jahre verringert hat. Die Werte von 1993 betragen für Männer 26.8 Jahre ( $SD=5.52$ ) und für Frauen 25.8 Jahre ( $SD=5.25$ ).

Starke Veränderungen zeigen sich in der Wohnsituation: mit 31% sind im Jahr 1993 deutlich mehr Personen obdachlos als 1991 ( $\chi^2=89.181$ ,  $df=2$ ,  $p<0.001$ ), wobei die Angaben zwischen den Jahren aber stark schwanken.

Deutlich und konstant gesunken ist der Prozentsatz Drogenabhängiger mit regelmässiger Erwerbstätigkeit: Von knapp 25% im Jahr 1991 sinkt dieser Anteil bis ins Jahr 1993 auf unter 10% ( $\chi^2=28.147$ ,  $df=2$ ,  $p<0.001$ ).

### 3.2 Drogenkonsummuster und Risikoverhalten

In Tabelle 2 wird gezeigt, dass sich einige Verschiebungen im Drogenkonsummuster zwischen 1991 und 1993 ergeben haben. Die angegebenen Hauptdrogen haben sich signifikant geändert ( $\chi^2=37.673$ ,  $df=10$ ,  $p<0.001$ ), wobei Heroin von 68% auf 52% zurückgegangen und dafür Heroin-Kokain-Cocktail von 11% auf 24% angestiegen ist. Kokain und Methadon (im Rahmen von Verschreibungsprogrammen) blieben relativ konstant auf je ca. 10%. Frauen und Männer unterscheiden sich signifikant in der angegebenen Hauptdroge ( $\chi^2=15.131$ ,  $df=5$ ,

**Tabelle 2: Drogenkonsummuster und selbstberichtetes Risikoverhalten der erfassten Klientinnen und Klienten in Behandlungseinrichtungen der Stadt Zürich von 1991 bis 1993 (N=1321)**

	1991 (N=349)	1992 (N=429)	1993 (N=552)
<b>Hauptdroge</b>			
Heroin	67.7%	60.1%	51.6%
Heroin-Kokain-Cocktail	10.7%	22.4%	24.0%
Kokain	8.6%	8.0%	10.9%
Methadon	10.4%	7.5%	10.4%
<b>Erstkonsumalter (Hauptdroge)</b>			
< 15	4.5%	6.3%	6.1%
15-20	45.9%	52.6%	49.6%
20-24	30.1%	29.1%	31.0%
25+	19.5%	12.0%	13.4%
Durchschnittsalter <sup>a</sup> +/- SD <sup>b</sup> (in Jahren)	20.6 +/- 4.87	19.6 +/- 4.63	19.9 +/- 4.50
Median (in Jahren)	19	19	19
<b>Einnahmeart (Hauptdroge)</b>			
Injektion	72.6%	68.7%	68.5%
Rauchen	6.0%	18.8%	16.6%
Sniffen	8.8%	4.1%	4.3%
<b>Jemals Spritzen getauscht</b>			
Ja	45.9%	31.8%	30.8%
Nein	54.1%	68.2%	69.2%

<sup>a</sup> Arithmetischer Mittelwert; <sup>b</sup> Standardabweichung

$p=0.010$ ), wobei Frauen deutlich häufiger Heroin-Kokain-Cocktail (25%) angeben als Männer (18%).

Der Mittelwert des Erstkonsumalters der Hauptdroge sinkt zwischen 1991 und 1993 auf unter 20 Jahre (Varianzanalyse,  $df=2$ ,  $F=4.270$ ,  $p=0.014$ ), wobei Post-Hoc-Tests zeigen, dass nur zwischen 1991 und 1992 ein signifikanter Unterschied besteht (Scheffé,  $p=0.018$ ), aber weder zwischen 1992 und 1993 (Scheffé,  $p=0.770$ ) noch zwischen 1991 und 1993 (Scheffé,  $p=0.076$ ). Immerhin konsumiert ca. jede bzw. jeder Zwanzigste die Hauptdroge zum ersten Mal im Alter von weniger als 15 Jahren. Am tiefsten ist der Durchschnitt des Erstkonsumalters bei Cannabisprodukten (17.5 Jahre,  $SD=4.47$ ), am höchsten bei Methadon (24.9 Jahre,  $SD=5.10$ ). Zwischen 1991 und 1993 ist der Durchschnitt des Erstkonsumalters für Heroin-Kokain-Cocktail-Konsumierende sehr stark gesunken (von 22.4 Jahren,  $SD=5.71$  auf 18.9 Jahre,  $SD=3.91$ ), bei den anderen Hauptdrogen relativ stabil geblieben. Frauen haben mit 19.2 Jahren ( $SD=4.49$ ) ein deutlich tieferes durchschnittliches Erstkonsumalter als Männer (20.3 Jahre,  $SD=4.69$ ; Varianzanalyse,  $df=1$ ,  $F=12.981$ ,  $p<0.001$ ).

Die Einnahmeart der Hauptdroge hat sich zwischen 1991 und 1993 signifikant geändert ( $\chi^2=35.304$ ,  $df=6$ ,  $p<0.001$ ), wobei der Anteil des Injizierens von 73% auf 69% gesunken und dagegen das Rauchen (zum überwiegenden Teil Folienrauchen von Heroin, aber auch Rauchen von Kokainbase) von 6% auf über 15% gestiegen ist.

Ein deutlicher Rückgang zeigt sich im Anteil derjenigen, die angeben, jemals Spritzen getauscht zu haben: 1991 waren es noch 46%, 1993 nur noch 31% ( $\chi^2=15.863$ ,  $df=2$ ,  $p<0.001$ ). Männer und Frauen unterscheiden sich nicht im angegebenen Spritzen-tausch. Der Anteil derjenigen, die angeben, aktuell (d.h. in den letzten 30 Tagen vor der Behandlungs-

**Tabelle 3: Multivariate Analyse der Chance auf eine regelmässige Erwerbstätigkeit (N=1037)**

	OR <sup>a</sup>	(95%-CI <sup>b</sup> )
<b>Befragungsjahr</b>		
1991	1.00	
1992	0.49	(0.30 – 0.79)
1993	0.51	(0.32 – 0.81)
<b>Wohnsituation</b>		
fester Wohnsitz	1.00	
obdachlos	0.20	(0.09 – 0.45)
<b>Hauptdroge</b>		
Heroin	1.00	
Kokain	0.90	(0.49 – 1.65)
Heroin-Kokain-Cocktail	0.38	(0.18 – 0.80)
Methadon	1.17	(0.17 – 8.06)
<b>Einnahmeart (Hauptdroge)</b>		
injizieren	1.00	
rauchen	2.20	(1.32 – 3.66)
schlucken	1.00	(0.15 – 6.90)
sniffen	4.53	(2.47 – 8.32)

Logistische Regression unter Kontrolle von Geschlecht, Alter bei Behandlungsanfrage und Dauer seit Erstkonsum, die alle nicht signifikant zum Modell beitragen. Nur Konsumierende von harten Drogen wurden in die Berechnung einbezogen (Cannabis als Hauptdroge ausgeschlossen).

<sup>a</sup> Adjusted Odds Ratio; <sup>b</sup> 95%-Konfidenzintervall



anfrage) gebrauchte Spritzen von andern benutzt zu haben, bewegt sich unter 10%.

### 3.3 Multivariate Analysen: Erwerbstätigkeit und Risikoverhalten

Wie gezeigt, hat sich der Anteil der Drogenabhängigen mit regelmässiger Erwerbstätigkeit zwischen 1991 und 1993 deutlich verringert. Dieser Befund wird einer multivariaten Analyse unterzogen, um abzuschätzen, welche Klientinnen und Klienten noch die grössten Chancen auf eine regelmässige Erwerbstätigkeit haben. Es wird ein Modell berechnet (Prozedur «stepwise forward») mit regelmässiger Erwerbstätigkeit als abhängiger Variablen und soziodemographischen und Variablen des Konsummusters als erklärenden Variablen. In Tabelle 3 sind alle signifikanten Einflüsse des endgültigen Modells wiedergegeben. Der Trendeffekt der verschiedenen Befragungsjahre zeigt sich auch unter Kontrolle anderer Erklärungsvariablen signifikant ( $p=0.004$ ): ein Odds Ratio von je 0.5 veranschaulicht, dass in den späteren Erhebungsjahren eine deutlich tiefere Chance auf regelmässige Erwerbstätigkeit besteht als 1991.

Ebenfalls signifikant schwieriger ist die Situation für Obdachlose ( $OR=0.20$ ,  $p<0.001$ ) und auch für Konsumierende von Heroin-Kokain-Cocktails als Hauptdroge ( $OR=0.38$ ,  $p=0.011$ ). Eine deutlich höhere Chance auf regelmässige Erwerbstätigkeit haben Drogenkonsumierende, die ihre Hauptdroge rauchen (Rauchen von Heroin von der Folie oder Rauchen von Kokainbase) bzw. sniffen ( $OR=2.20$ ,  $p=0.002$  bzw.  $OR=4.53$ ,  $p<0.001$ ).

Kein signifikanter Beitrag zur Erklärung der Chance auf eine regelmässige Erwerbstätigkeit ergibt sich aus dem Geschlecht ( $p=0.789$ ), aus dem Alter bei

Behandlungsanfrage ( $p=0.757$ ) und aus der Dauer seit dem Erstkonsum der Hauptdroge ( $p=0.749$ ).

Wie gesehen, hat sich der Anteil der Klientinnen und Klienten, die ihre Hauptdroge injizieren, verringert. Auch hierzu präsentieren wir eine multivariate Analyse (vgl. Tabelle 4). Als Indikator für Risikoverhalten und als abhängige Variable wird das Injektionsverhalten gewählt, d.h. ob jemand im letzten Monat vor der Behandlungsanfrage irgendeine Droge injiziert hat. Dieser Anteil betrug 73.6% im Jahr 1991, 55.0% im Jahr 1992 und 60.7% im Jahr 1993. Es wird ein Modell bestimmt (Prozedur «stepwise forward») mit soziodemographischen und Variablen des Konsummusters als erklärenden Variablen. In der Tabelle sind alle signifikanten Einflüsse des endgültigen Modells wiedergegeben. Wiederrum zeigt sich der Trendeffekt über die verschiedenen Befragungsjahre hoch signifikant ( $OR=0.30$  bzw.  $OR=0.34$ ;  $p<0.001$ ): es wird im Vergleich mit 1991 deutlich weniger injiziert.

Frauen haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit zu injizieren als Männer ( $OR=1.60$ ,  $p=0.005$ ). Ebenfalls vermehrt injizieren Klientinnen und Klienten, die obdachlos sind ( $OR=2.23$ ,  $p<0.001$ ). Wer Kokain als Hauptdroge angibt, injiziert seltener als Drogenabhängige mit Heroin als Hauptdroge ( $OR=0.57$ ,  $p=0.017$ ).

Je älter die Klientinnen und Klienten bei der Behandlungsanfrage sind, umso eher injizieren sie ( $OR=1.05$ ,  $p<0.001$ ). Hingegen trägt die Dauer seit dem Erstkonsum der Hauptdroge nicht signifikant zum Modell bei ( $p=0.589$ ).

## 4. Diskussion / Schlussfolgerungen

Es konnte mit den zur Verfügung stehenden Daten ein soziodemographisches Profil und das Konsummuster von Drogenkonsumierenden skizziert werden, die für eine Behandlung in der Stadt Zürich anfragen. Der Vergleich mit Daten aus anderen Städten Europas zeigt (Tabelle 5), dass der Frauenanteil mit ca. 30% relativ ähnlich ist demjenigen in Amsterdam (26%), Genf (29%) und Paris (34%). Wie in den meisten westeuropäischen Städten (Ausnahme Dublin) ist der Anteil der unter 20-Jährigen auch in Zürich kleiner als 10%. Sehr tief ist der 1993 auf 10% gesunkene Anteil derjenigen, die eine regelmässige Erwerbstätigkeit haben: so liegt dieser z. B. in Genf immerhin bei über 25%. Heroin als Hauptdroge ist in fast allen europäischen Städten im Behandlungssystem bestimmend. Zürich stellt einen kleinen Spezialfall dar, da ein Viertel Heroin in der Kombination mit Kokain (Cocktail) als Hauptdroge angibt. Mit 69%, die ihre Hauptdroge injizieren, liegt Zürich in einem ähnlichen Bereich wie Barcelona.

**Tabelle 4: Art des Drogenkonsums – Multivariate Analyse der Wahrscheinlichkeit, im letzten Monat vor der Behandlungsanfrage irgendeine Droge injiziert zu haben (N=1002)**

	OR*	(95%-CI <sup>b</sup> )
<b>Befragungsjahr</b>		
1991	1.00	
1992	0.30	(0.20 – 0.45)
1993	0.34	(0.23 – 0.50)
<b>Geschlecht</b>		
Männer	1.00	
Frauen	1.60	(1.15 – 2.21)
<b>Wohnsituation</b>		
fester Wohnsitz	1.00	
obdachlos	2.23	(1.50 – 3.33)
<b>Hauptdroge</b>		
Heroin	1.00	
Kokain	0.57	(0.36 – 0.90)
Heroin-Kokain-Cocktail	16.38	(8.85 – 30.30)
Methadon	0.89	(0.55 – 1.43)
<b>Alter bei Behandlungsbeginn</b>	1.05	(1.02 – 1.08)

Logistische Regression unter Kontrolle der Dauer seit Erstkonsum der Hauptdroge, die nicht signifikant zum Modell beiträgt. Nur Konsumierende von harten Drogen wurden in die Berechnung einbezogen (Cannabis als Hauptdroge ausgeschlossen).

\* Adjusted Odds Ratio; <sup>b</sup> 95%-Konfidenzintervall

**Tabelle 5: Soziodemographisches Profil und Drogenkonsummuster von Drogenkonsumierenden, die sich in Behandlung befinden, im Vergleich verschiedener europäischer Städte**

Stadt (Erhebungsjahr)	Anteil Männer	Jünger als 20 Jahre	regelmässige Erwerbstätigkeit	Hauptdroge Heroin (u.a. Opiate)	Injektion als Einnahmeart der Hauptdroge
Amsterdam (93)	74%	0%	9%	83%	nv
Athen (94)	83%	9%	22%	87%	79%
Barcelona (93)	75%	4%	24%	92%	68%
Bratislava (94)	76%	49%	17%	90%	57%
Budapest (94)	67%	nv	nv	31%	11%
Danzig (93)	83%	23%	4%	72%	71%
Dublin (93)	78%	28%	10%	77%	58%
Genève (93)	71%	8%	27%	93%	53%
Istanbul (93)	96%	11%	38%	55%	nv
Liège (93)	78%	8%	14%	70%	28%
Lissabon (92)	81%	14%	54%	97%	46%
Ljubljana (93)	72%	17%	19%	100%	97%
Malta (94)	89%	8%	49%	97%	73%
Oslo (93)	58%	6%	11%	71%	81%
Paris (93)	68%	2%	nv	86%	nv
Rome (94)	93%	3%	23%	88%	74%
Sofia (94)	69%	nv	23%	96%	76%
Varna (94)	66%	34%	9%	97%	80%
Zürich (93)	71%	8%	10%	86% <sup>a</sup>	69%

Quelle: verschiedene Berichte der Pompidou-Gruppe  
 nv: keine Angaben erhältlich; <sup>a</sup> inkl. Methadon und Heroin-Kokain-Cocktail

Deutlich weniger injiziert wird dagegen z. B. in Genf, aber auch in Dublin.

Es konnten verschiedene Entwicklungen über die Erhebungsjahre verfolgt werden. Zwei Trends stehen aus unserer Sicht besonders hervor:

1. Im Vergleich zwischen 1991 und 1993 haben 1993 weniger Drogenkonsumierende eine regelmässige Erwerbstätigkeit, wobei Obdachlosigkeit und Heroin-Kokain-Cocktail als Hauptdroge erschwerend wirken.
2. Der Anteil der Drogenkonsumierenden, die Heroin als Hauptdroge nicht injizieren sondern rauchen, ist eindeutig gestiegen. Stärker injiziert wird von Frauen, Obdachlosen und älteren Drogenkonsumierenden.

Beide Entwicklungen konnten sowohl in der deskriptiven wie auch in einer multivariaten, testenden Analyse als signifikante Trends bestätigt werden und lassen sich auch auf europäischer Ebene verfolgen (8).

Es ist zu beachten, dass diese Resultate auf einer Befragung von Drogenkonsumierenden beruhen, die eine Behandlungseinrichtung aufsuchen. Es bleibt somit unklar, ob diese Befunde auf alle Drogenkonsumierenden übertragen werden können. Dafür müssen diese Analysen durch Befragungen von verdeckt konsumierenden Personen («hidden populations») ergänzt werden. Das vollständig standardisierte Verfahren verunmöglicht zu beantworten, was diese Entwicklungen für die betroffenen Drogenkonsumierenden selber bedeuten. Hierzu können nur ergänzende, qualitative Studien Auskunft geben (9, 10). Es handelt sich bei den präsentierten Befunden um selbstberichtetes Verhalten,

wobei unklar bleibt, inwieweit dies der Realität entspricht. Insbesondere die Angaben zum Spritzen-tausch müssen sehr vorsichtig interpretiert werden. Gewisse Angaben (z. B. zur Wohnsituation) schwanken zwischen den Jahren zum Teil sehr stark. Dies kann auf Unterschiede in der Erhebungssituation oder auf Änderungen der teilnehmenden Behandlungseinrichtungen zurückgeführt werden. Kritisch sind darum Betrachtungen von Randauszählungen, nicht jedoch Zusammenhangsbetrachtungen und Modellrechnungen.

Trotz dieser Vorbehalte kann festgehalten werden, dass es gelungen ist, mit Daten aus dem Behandlungssystem Entwicklungen im soziodemographischen Profil und im Konsummuster von Drogenkonsumierenden zu untersuchen. Die Erhebung dieser Informationen kann bei geeigneter Organisation einfach in die Routinetätigkeit des Betreuungs- oder Behandlungspersonals einbezogen werden und ist somit relativ kostengünstig. Voraussetzung für eine gute Datenqualität sind fortlaufende Schulungen zu grundlegenden Definitionen und regelmässiges Feedback mit den erzielten Ergebnissen. Die Resultate stellen wichtige Indikatoren dar, die weitere Forschungen oder konkrete Interventionen zur Folge haben sollten. Die einheitliche Erhebung in den meisten europäischen Ländern ermöglicht Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten zu erkennen und somit von Erfahrungen anderer Länder zu profitieren oder eigene Erfahrungen weiterzugeben.

## 5. Empfehlungen

Gestützt auf die inhaltlichen Resultate zeigte sich ein klarer Bedarf nach einem Ausbau von Arbeitsintegrationsprogrammen und nach deren verbesserter

Integration in das bestehende Betreuungsangebot. Die Entwicklungen im Bereich des Folienrauchens erfordern detaillierte und weitergehende Analysen unter Einbezug von qualitativen Ansätzen, um allfällig notwendige Interventionsmöglichkeiten ableiten zu können.

Auf methodischer Ebene empfehlen wir eine Vereinheitlichung und Integration der verschiedenen Datenbestände im Behandlungsbereich (ambulante und stationäre Einrichtungen, Methadonstatistik) unter Anpassung an europäische Standards. Ausserdem müssen die Möglichkeiten der Trendanalyse von prozessproduzierten Daten weiterentwickelt werden. Es sollten mit retrospektiver Analyse bestehender Datenbestände der 90er-Jahre Entwicklungen im Drogenkonsumverhalten zurückverfolgt und nachvollzogen werden. Es ist zu erwarten, dass damit wichtige Rückschlüsse auf laufende und kommende Änderungen im Konsumverhalten gezogen werden können.

## 6. Referenzen

1. Hartnoll R. The work of the Pompidou Group in the field of drug research. *European Addiction Research* 1995;1:71-3.
2. R. Multi-city study: drug misuse trends in thirteen European cities. Strasbourg: Council of Europe Press, 1994.
3. Bless R. Third study of the multi-city network on drug misuse: trends in drug misuse 1991-1998. Strasbourg: Council of Europe Press, 2000.
4. Hartnoll R. Drug treatment reporting systems and the first treatment demand indicator. *Definitive Protocol*. Strasbourg: Council of Europe Press, 1994.
5. Stauffacher M, Kokkevi A. The Pompidou Group Treatment Demand Protocol: the first Pan-European standard in the field. *European Addiction Research* 1999;5:191-96.
6. Simon R, Donmall M, Hartnoll R, et al. The EMCDDA/Pompidou Group Treatment Demand Indicator. An European core item set for treatment monitoring and reporting. *European Addiction Research* 1999;5:197-207.
7. EMCDDA, Pompidou Group. Treatment demand indicator. Standard protocol 2.0. EMCDDA scientific report. Lisbon: EMCDDA, 2000.
8. Stauffacher M. Pompidou Group Project on Treatment Demand: Final report. Treated drug users in 23 European cities, Data 1997, Trends 1996-97. Strasbourg: Council of Europe Press, 1999.
9. EMCDDA (edited by Jane Fountain). Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research. EMCDDA scientific monograph series No 4. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities, 2000.

10. Von Aarburg HP. Heroindampfscheibenwirbel: eine kulturalanthropologische und ethnopschoanalytische Studie des Folienrauchens in Zürich zwischen 1990 und 1995. Berlin/Luzern: VWB/Orlux, 1998.

## 7. Wissenstransfer

### 7.1 In der Praxis

Auf inhaltlicher Ebene wurde eine Diskussions- und Feedback-Veranstaltung mit den datenerhebenden Institutionen (Zürich, 14. Dezember 1995) durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Diskussionen flossen in die Publikation der Resultate ein (11).

Im methodischen Bereich erfolgte eine aktive Teilnahme beim Aufbau der Statistik ambulanter Suchthilfe der Schweiz (SAMBAD). Die methodischen Erfahrungen wurden an verschiedensten durch die Pompidou-Gruppe organisierten Trainingsseminarien in Zentral- und Osteuropa weitervermittelt (u. a. Bulgarien, Russland, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Ungarn). Daneben flossen diese auch in die Aktivitäten des Autors bei der Erstellung des EMCDDA-Protokolls für den Behandlungsanfragenindikator ein (7).

### 7.2 Auf wissenschaftlichem Gebiet

#### 7.2.1 Publikationen

1. Stauffacher M, Lanz A, Sempach R. Behandlungsanfragen von Drogenabhängigen in der Stadt Zürich 1991-1993. Eine Studie im Rahmen der «Etude Multi-Villes» der Pompidou-Gruppe des Europarates. Zürich: Institut für Suchtforschung, 1995.
2. Pompidou Group. Synthesis report: 1992 census and treatment demands in nine European cities. Barcelona, Dublin, Geneva, Koper, Liège, Lisbon, Oslo, Rome, Zurich. Strasbourg: Council of Europe, 1995.
3. Pompidou Group. Synthesis report: Census and treatment demands in eleven European cities. Annual update 1993. Amsterdam, Barcelona, Dublin, Gdansk, Geneva, Koper, Liège, Lisbon, Oslo, Paris, Zurich. Strasbourg: Council of Europe, 1995.

#### 7.2.2 Vorträge

1. Stauffacher M. Multi-City Study der Pompidou Group: Zusammenfassung und Vergleich des Indikators Behandlungsanfragen in verschiedenen europäischen Städten. *Therapie der Sucht – Treatment of Addiction*, Zürich, 14.-16. September 1994.

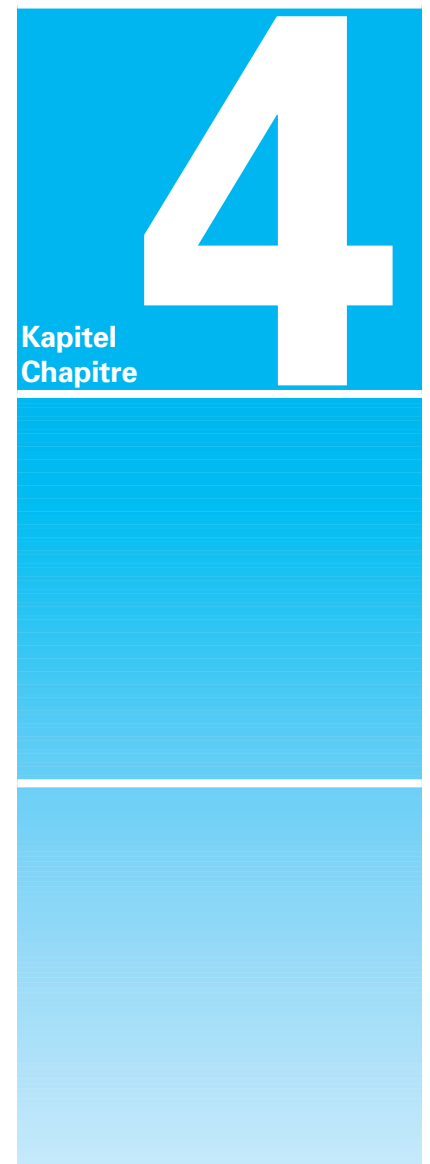
2. Stauffacher M, Antoine D, Hartnoll R, et al. Synthesis report: Athens, Bratislava, Dublin, Gdansk, Malta, Rome, Varna, Zurich. More specific module (drug using patterns & age/gender differences). 25th Meeting of Epidemiology Experts in Drug Problems, Strasbourg, 25-26 November 1996.
3. Stauffacher M, Leventakou V, Sieroslowski J. Comparative analyses of treatment demand data: Risk behaviour among treated drug users in Athens, Warsaw and Zurich. 26th Meeting of Epidemiology Experts in Drug Problems, Strasbourg, 16-17 June 1997.
4. Sieroslowski J, Stauffacher M. Risk behaviour among treated drug users in Warsaw and Zurich. European Association of Substance Abuse Research (EASAR), Rome, 21-23 May 1998.

Korrespondenzadresse:  
Institut für Suchtforschung (ISF)  
Postfach  
CH-8031 Zürich  
Tel. +41-1-273 50 25  
Fax: +41-1-273 50 23  
E-Mail: [isf@isf.unizh.ch](mailto:isf@isf.unizh.ch)





# **Evaluation im Bereich der Risikoverminderung und der Überlebenshilfe/ Evaluations dans le domaine de la réduction des risques et de l'aide à la survie**



# Evaluation der Gassenzimmer I, II und III in Basel\*

Carmen Ronco, Gregor Spuhler, Paola Coda, Ruth Schöpfer, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

## Zusammenfassung

Im Juni 1991 eröffnete die Stadt Basel nach verschiedenen privaten Initiativen zur Überlebenshilfe für Drogenabhängige das erste staatlich subventionierte Gassenzimmer. Dieses niederschwellige Hilfsangebot, das 1992 durch zwei weitere Gassenzimmer ergänzt wurde, ist der Schadensbegrenzung und der Risikominderung verpflichtet. Die Evaluation der Gassenzimmer fand im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit statt und wurde am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel durchgeführt. Mit einer Kombination von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden wurden die Strukturen hinsichtlich der Verwirklichung ihrer eigenen Zielsetzungen evaluiert. Die Gassenzimmer sprachen ein breites Spektrum von Drogenabhängigen an, die sich durch eine beachtliche Heterogenität auszeichneten. Der grösste Anteil der BenutzerInnen war zwischen 20 und 30 Jahre alt, ein Viertel von ihnen waren Frauen. Starke Unterschiede wurden bei der Wohnsituation, der Art des Lebensunterhaltes und dem Grad der sozialen Integration festgestellt. Die Angebote der Einrichtung wurden umfassend genutzt. 1993 und 1994 wurden allein in den Fixerräumen durchschnittlich 250 bis 300 Benutzungen pro Tag registriert. Die Klientel der Gassenzimmer stammte vorwiegend aus der Region Basel. Daraus wurde abgeleitet, dass keine Sogwirkung auf weiter entfernte Gebiete entstand. Als Folge der intensiven Nutzung dieser Strukturen durch die Drogenabhängigen der Region ist eine Verlagerung der Drogenszene von der «Gasse» weg in die Gassenzimmer erfolgt. Generell zeigt sich bei den BenutzerInnen eine Stabilisierung oder sogar Verbesserung ihres allgemeinen Gesundheitszustandes. Eine bedeutende Funktion hatten die Gassenzimmer auch in der Verbesserung der sozialen Einbindung der Drogenabhängigen. Dafür war das Verhältnis zu den Teams von zentraler Bedeutung. Angesichts der knappen Personalressourcen konnte aber diese fruchtbare Basis für weiterführende psychosoziale Arbeit zu wenig genutzt werden. Die EvaluatorInnen kamen zum Schluss, dass nicht nur eine Notwendigkeit für eine kontinuierliche Aufrechterhaltung der Einrichtungen besteht, sondern zusätzlich Aufwendungen für eine Verbesserung des psychosozialen Angebotes gerechtfertigt seien.

## Key Words

Tertiary Prevention of Drug Dependence and HIV/Aids, Low Threshold Service, Harm Reduction, Risk Reduction, Psychosocial Stabilisation, Needle Exchange, Psychosocial Counseling

## 1. Entstehung der Gassenzimmer und ihr drogenpolitisches Umfeld (1987–1994)

Als Massnahme gegen die Verbreitung von AIDS in der Drogenszene wurde auf private Initiative hin im Juni 1987 mit Bewilligung des Sanitätsdepartements erstmals eine Spritzenaustausch-Aktion in der Basler Drogenszene durchgeführt, die in der Öffentlichkeit kontroverse Diskussionen auslöste. Einige Monate später gab die Regierung des Kantons Basel-Stadt die Planung eines Gassenzimmers in Auftrag; im März 1988 wurde die Arbeitsgemeinschaft für Aktuelle Jugendfragen (AAJ), die bereits die Trägerschaft für das Drop-In innehatte, als Trägerin des geplanten Gassenzimmers bestimmt. Während sich dessen Realisation jedoch bis im Juni 1991 verzögerte, wurden konkrete AIDS-Prävention und unmittelbare Überlebenshilfe auf der Gasse in jenen Jahren vorwiegend von Privatpersonen und verschiedenen Vereinen geleistet.

Diese privaten Hilfsaktionen, die in erster Linie der AIDS-Prävention dienten und sich auf die Drogenszene im Kleinbasel konzentrierten, waren in der Öffentlichkeit heftig umstritten. Im Ringen um den zukünftigen drogenpolitischen Kurs, das sich Ende der Achtzigerjahre nicht nur in der politischen Öffentlichkeit, sondern auch innerhalb der staatlichen Institutionen abspielte, lag denn auch ein wesentlicher Grund für die lange Dauer bis zur Realisation des ersten Gassenzimmers und für eine weitgehende Blockierung staatlichen Handelns. So forderte etwa die Staatsanwaltschaft 1988, bald nachdem die Regierung die Planung eines Gassenzimmers beschlossen hatte, dass der Drogenkonsum auch im Gassenzimmer verboten bleiben müsse. Die Absicht der Regierung, das Gassenzimmer an der Leonhardstrasse zu errichten, rief im Sommer 1989 den Widerstand von Staatsanwaltschaft, Bevölkerung und VertreterInnen der in der unmittelbaren Umgebung liegenden vier Schulen hervor. Im Herbst 1989 fiel dann der Entscheid, das Gassenzimmer in Form eines Holzpavillons an der Spitalstrasse einzurichten, und gut ein halbes Jahr später erteilte das Justizdepartement der AAJ den Auftrag, das Projekt Gassenzimmer auszuarbeiten. Einsprachen und Rekurse gegen die Baubewilligung vonseiten der Anwohnerschaft verzögerten die Eröffnung des Gassenzimmers schliesslich um ein weiteres Jahr.

Im Verlauf der ersten Hälfte der Neunzigerjahre entschärfte sich die drogenpolitische Situation in Basel entscheidend. Zur längerfristigen Beruhigung der

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 5830 unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus *Soz Präventivmed* 1996; 41 Suppl 1: S58–S68; © 2001 (auf Passagen aus *Soz Präventivmed* 1996; 41 Suppl 1: S45–S57 erweitertes Copyright), mit freundlicher Genehmigung des Birkhäuser Verlags Basel.

Drogenpolitik in Basel trug Verschiedenes bei: Von besonderer Bedeutung war die Einrichtung des Basler Drogenstammtischs, wo sich verschiedenste InteressenvertreterInnen, Anwohnerschaft, in der Drogenhilfe arbeitende Fachleute, Drogenabhängige, Behördenmitglieder u. a., regelmässig zum gemeinsamen Gespräch bzw. zu öffentlichen Diskussionsveranstaltungen trafen. Die Regierung einigte sich im April 1991 auf drogenpolitische Leitsätze und fand zu einer besseren Koordination ihrer Drogenpolitik. Zudem waren die an der Regierung beteiligten Parteien, nach einer anfänglichen Polarisierung, stärker an Lösungsvorschlägen interessiert, und es gelang ihnen, «das Drogenproblem» aus der politischen Polemik herauszulösen. Augenfällig wurden die skizzierte Beruhigung der Diskussion und ein weitgehender drogenpolitischer Konsens anlässlich der Abstimmung über die ärztlich kontrollierte Opiatabgabe, welche im Juni 1994 von zwei Dritteln der stimmenden Basler Bevölkerung gutgeheissen wurde.

In diesem gesellschaftspolitischen Umfeld baute der Kanton die der AIDS-Prävention und der unmittelbaren Überlebenshilfe dienenden Angebote zusehends aus. Als im September 1990 der Spritzenbus-Versuch abgebrochen werden musste, organisierte man zur gleichen Zeit den Spritzen-Eintausch in den Apotheken. Im März 1991 wurden zwei Spritzenautomaten aufgestellt, an denen saubere Spritzen bezogen werden konnten. Im Juni 1991 wurde das Gassenzimmer Spitalstrasse eröffnet, das schon bald völlig überlastet war, worauf die Regierung beschloss, ein zweites Gassenzimmer beim Kunstmuseum einzurichten. Der Standort dieses Gassenzimmers, das ab Februar 1992 gut ein Jahr in Betrieb war und danach ins Kleinbasel an die Erlenstrasse verlegt wurde, war heftig umstritten. Als die Regierung Anfang 1992 die Betriebseinstellung des privaten Fixerstüblis durchsetzte, zeigte sich, dass die beiden Gassenzimmer den Bedürfnissen nicht genügten. Bald darauf wurde die Schaffung eines dritten Gassenzimmers beschlossen, das im September 1992 den Betrieb aufnahm.

Im März 1993 wurde nach einiger Zeit organisatorischer Engpässe und Unsicherheiten in der Trägerschaft der Gassenzimmer der Trägerverein reorganisiert. Da sich im Laufe der Zeit gezeigt hatte, dass zahlreiche Drogenabhängige aus dem Kanton Basel-Stadt die Gassenzimmer benutzten, verhandelten die beiden Basler Halbkantone im Jahre 1993 über eine Beteiligung der Landschaft an den Kosten der Gassenzimmer. In der Folge übernahm der Kanton Basel-Stadt am 1. Januar 1994 das Gassenzimmer an der Heuwaage, das seither in seinem Auftrag von der Firma Eskamed AG betrieben wird.

Erwähnenswerte Massnahmen der letzten zwei Jahre sind zudem die Einsetzung eines kantonalen

AIDS-Delegierten im November 1992, die Eröffnung eines Tageshauses für Obdachlose und Bedürftige an der Wallstrasse im Oktober 1993 (siehe Bericht in diesem Band und *Soz Präventivmed* 1996; 41 Suppl 1:S69–S75) und die Erweiterung der Methadonprogramme bzw. die Einrichtung einer niederschweligen Methadonabgabestelle im März 1994. Anlass zu Diskussionen gab in jüngster Zeit neben der Abstimmung über die ärztlich kontrollierte Drogenabgabe vor allem die Frage der AIDS-Prävention in den Gefängnissen, da der Bezug steriler Spritzen für die inhaftierten Drogenabhängigen nach wie vor nicht möglich ist.

Eine gewisse Zäsur in der Drogenpolitik war der Beschluss der Regierung im Frühjahr 1994, das Ueli-gässli, die Verbindung zwischen Rheinufer und Rheingasse, für sechs Wochen zu sperren. Die Polizei, die die Drogenabhängigen am Kleinbasler Rheinufer in den letzten Jahren mehr oder weniger geduldet hatte, brachte in der Folge mittels permanenter Präsenz sowie umfangreicher Personenkontrollen und Festnahmen die Szene am Rhein innerhalb weniger Tage zum Verschwinden.

### 1.1 Konzept und Ziele der Gassenzimmer

Als so genannt niederschwellige Hilfsangebote sind die drei Gassenzimmer dem Prinzip der *Schadensbegrenzung* und der *Risikominderung* verpflichtet. Sie sind ein Teil der Überlebenshilfe, welche in den letzten Jahren neben die traditionellen drogenpolitischen Schwerpunkte Prävention, Repression und Therapie getreten ist, und schliessen somit eine Lücke im Hilfsangebot für Drogenabhängige.

Die Gassenzimmer sind folgendermassen eingerichtet:

In der *Cafeteria* können sich Drogenabhängige aufhalten und kostenlos verpflegen sowie steriles Injektionsmaterial und Kondome beziehen. Im abgetrennten und einsehbaren vierplätzigem *Fixerraum* können unter Aufsicht und unter hygienischen Bedingungen Drogen injiziert werden. Für die administrative Arbeit des Teams sowie für die Sprechstunden eines zweimal wöchentlich anwesenden Arztes steht ein *Büro* zur Verfügung. Hinzu kommen noch ein Lagerraum und ein WC.

Während der Öffnungszeiten arbeiten drei Mitglieder des jeweils sechsköpfigen Betreuungsteams im Gassenzimmer. Sie wechseln sich regelmässig an den verschiedenen Einsatzorten ab (*Cafeteria*, *Fixerraum*, Eingang). Drogenhandel wird im Gassenzimmer nicht geduldet. Im Drogenmilieu offensichtlich unerfahrene junge Menschen sollen im Interesse ihres Selbstschutzes weggewiesen werden.

Seit Juli 1994 sind alle Gassenzimmer von 16 bis 21 Uhr an sechs Tagen in der Woche geöffnet; am Freitag-, Samstag- und Sonntagabend ist abwechselnd jeweils eines der Gassenzimmer geschlossen. Vor der Verlängerung der Öffnungszeiten im Juli 1994 waren die Gassenzimmer täglich von 17 bis 21 Uhr geöffnet (mit Ausnahme des sonntags geschlossenen Gassenzimmers Spitalstrasse). Zwischen 1991 und 1993 wurden die Öffnungstage und -zeiten, insbesondere beim umstrittenen Gassenzimmer Kunstmuseum, verschiedentlich geändert.

Das Betriebs- und Behandlungskonzept der Basler Gassenzimmer vom Januar 1992 formuliert die folgenden *Ziele (1)*:

- Die Gratisabgabe von sterilem Injektionsmaterial und von Präservativen, der Drogenkonsum in einem geschützten Raum und unter hygienischen Bedingungen sowie allgemeine Sensibilisierung und Aufklärung sollen zu einer wirkungsvollen *Infektionsprophylaxe* (AIDS, Hepatitis) und zu einem verantwortungsvollen Umgang mit dem Spritzenmaterial führen.
- Der *somatische Zustand* der BesucherInnen soll *stabilisiert* und *längerfristig verbessert* werden, indem ihr Hygiene- und Gesundheitsbewusstsein gefördert wird, sei es durch generelle Hinweise, sei es durch die zeitweise Präsenz eines Arztes, der kleinere Behandlungen vornehmen kann, für medizinische und psychosoziale Beratung zur Verfügung steht und allenfalls einzelne Drogenabhängige mit deren Einverständnis an geeignete Institutionen überweisen kann.
- Mit der Grundhaltung der MitarbeiterInnenteams, die Drogenabhängigen dort «abzuholen», wo sie sind, und ihre momentane Situation zu akzeptieren, sind weiterführende Angebote und die Perspektive auf eine Verbesserung der psychischen, somatischen und sozialen Situation verknüpft. Gespräche, Informationen, Verständnis, aber auch klare Grenzen und Regeln vonseiten der Teams sollen den BenutzerInnen der Gassenzimmer dabei helfen, ihre *Isolation zu mildern*, ihre *soziale Kompetenz zu erhöhen* und somit ihre *psychosoziale Situation* allgemein zu verbessern.

Seit der Eröffnung des ersten Gassenzimmers im Juni 1991 wurde ausserdem der Vernetzung mit anderen Hilfsangeboten zunehmend grössere Beachtung geschenkt. So besuchen beispielsweise VertreterInnen der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) und des Drop-in seit Juni 1993 einmal wöchentlich die Gassenzimmer und bieten Suchtberatung an.

## 2. Fragestellung und Untersuchungsbereiche der Evaluation

### 2.1 Fragestellung

Die Evaluation orientierte sich an den Zielen der Gassenzimmer und untersuchte, ob und inwiefern diese erreicht wurden, indem sie folgenden Fragen nachging:

- *Wirkung* der Gassenzimmer auf die DrogenkonsumentInnen der Basler Szene
- *Bedeutung* der Gassenzimmer bei der Bewältigung der mit dem Drogenkonsum verbundenen gesundheitlichen und sozialen Probleme
- *Akzeptanz* der Gassenzimmer durch das soziale Umfeld

### 2.2 Untersuchungsbereiche

Die Evaluation der Gassenzimmer beleuchtete das Hilfsangebot aus verschiedenen Blickwinkeln und umfasste die folgenden drei Untersuchungsbereiche:

#### 2.2.1. Gassenzimmer

Struktur, Betrieb und Entwicklung der Einrichtung wurden primär durch folgende Untersuchungsfelder rekonstruiert und analysiert:

- Geschichte der Gassenzimmer
- Aktivitätsstatistik der Gassenzimmer
- Betreuungsteams der Gassenzimmer

#### 2.2.2. DrogenkonsumentInnen

Als Zielgruppe der Hilfseinrichtung standen die DrogenkonsumentInnen im Zentrum der Untersuchung. Aus methodischen Gründen wurden sie eingeteilt in:

- BenutzerInnen der Gassenzimmer
- NichtbenutzerInnen der Gassenzimmer

#### 2.2.3. Soziales Umfeld

Erfahrungen und Meinungen des sozialen und institutionellen Umfelds der Gassenzimmer wurden erfragt und ausgewertet bei:

- ausgesuchten VertreterInnen von involvierten Institutionen und Privatpersonen.

Aus Zeitgründen konnte dieser Untersuchungsbereich nicht vollumfänglich ausgewertet und daher bei den Ergebnissen nicht berücksichtigt werden.

### 3. Methodik

Angesichts der Vielschichtigkeit und Komplexität des Untersuchungsgegenstandes wurden der Evaluation verschiedene methodische Vorgehensweisen zugrunde gelegt, die sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsmethoden beinhalten.

#### 3.1 Die Aktivitätsstatistik

Über die Inanspruchnahme einzelner Dienstleistungen wird von den Teams der Gassenzimmer eine Tagesstatistik geführt, die von der Trägerschaft der Gassenzimmer regelmässig aufbereitet und kommentiert wird. Die Tagesstatistik erfasst die folgenden Variablen:

- Anzahl der Benutzungen des Injektionsraums
- Anzahl der abgegebenen Spritzen
- Anzahl der abgegebenen Nadeln
- Anzahl der abgegebenen Kondome
- Anzahl und Art der medizinischen Notfälle
- Anzahl der Aggressionshandlungen

Zudem wird über die ärztlichen Behandlungen und Beratungen sowie über besondere Vorkommnisse (Besuche durch Polizei, Medien etc.) Buch geführt. Da die Aktivitätsstatistik von den Teams der Gassenzimmer seit der Betriebsaufnahme von 1991 durchgehend geführt wurde, war im Rahmen der Untersuchung zudem ein Rückblick auf die Zeit vor der eigentlichen Evaluation durch das ISPM möglich.

#### 3.2 Die Fragebogenerhebung

Die Fragebogenerhebungen wurden 1993 und 1994 jeweils während einer Woche Ende Juni/Anfang Juli von instruierten studentischen Befragungsteams in allen drei Gassenzimmern gleichzeitig mit möglichst allen BenützerInnen durchgeführt. Die zweimalige Durchführung der Fragebogenerhebung ermöglichte, allfällige Veränderungen während der gut einjährigen Evaluationsphase festzustellen.

Der in der ersten Erhebung verwendete Fragebogen enthielt die von der Arbeitsgruppe «Koordination der Erhebungsinstrumente in der Drogenforschung» festgelegten Kernvariablen, um eine gesamtschweizerische Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Er wurde mit regional relevanten und für die Evaluation notwendigen Variablen ergänzt und nach Rücksprache mit dem ISPM/UEPP Lausanne und dem BAG in der Gassenküche Basel pilotiert. Für die zweite Erhebung wurde derselbe Fragebogen verwendet; im Hinblick auf eine nationale Koordination und aufgrund der gewonnenen Erfahrungen bei der ersten Be-

fragung wurde er allerdings in einigen Punkten erweitert.

Der Fragebogen bat die Drogenabhängigen um Auskunft über:

- soziodemographische Daten
- Benützung der Gassenzimmer und anderer Hilfseinrichtungen
- soziale Situation/Integration
- Drogenkonsum
- medizinische und therapeutische Behandlungen
- Gesundheitszustand/Gesundheitsverhalten
- Risikoverhalten/Prävention

Die Teilnahmequote war in beiden Jahren sehr befriedigend: 90% im Jahr 1993 und 87% im Jahr 1994. Ausserdem wurden zwischen Verweigerern und Teilnehmenden in bezug auf Alter und Geschlecht keine signifikanten Unterschiede gefunden. Somit können die Ergebnisse der Fragebogenerhebung als repräsentativ für die regelmässigen BenützerInnen der Basler Gassenzimmer betrachtet werden.

Eine externe Überprüfung der Zuverlässigkeit der Angaben ist nicht möglich, da keine anderen repräsentativen Studien über die BenützerInnen der Basler Gassenzimmer bestehen. Innerhalb der beiden Befragungen findet sich jedoch eine weitgehende Übereinstimmung der Daten, was im allgemeinen für eine hohe Zuverlässigkeit der Angaben spricht. Zudem hat die Überprüfung der internen Konsistenz gute Ergebnisse gezeigt. Ein weiterer Anhaltspunkt stammt von den BefragterInnen selbst, die 87% der Interviews als zuverlässig oder sehr zuverlässig einschätzten. Bei stark tabuisierten Themen wie HIV-Status, Sexualverhalten, Schulden, illegalen Einkünften oder Prostitution musste trotzdem mit einer grösseren Verweigerungsquote bzw. mit einer verminderten Zuverlässigkeit gerechnet werden.

#### 3.3 Die Interviews

##### 3.3.1 Auswahl der InterviewpartnerInnen und Gesprächsverlauf

Den Hauptbestandteil des qualitativen Teils der Evaluation bildeten Interviews mit ausgewählten Personen aus allen drei Evaluationsbereichen (Gassenzimmer, Drogenabhängige, Umgebung). Es handelte sich dabei um halbstrukturierte Leitfaden-Gespräche, die den InterviewpartnerInnen verhältnismässig viel Freiraum für die Vermittlung individueller Erfahrungen und Gewichtungen innerhalb der festgelegten Thematik gaben. Um die Entwicklung des Projekts Gassenzimmer verfolgen und allfällige Veränderungen feststellen zu können, wurde ein Teil der ausgewählten Personen zweimal interviewt



(= Panel). Die erste Interviewserie fand zwischen Juli 1993 und Februar 1994 statt; die Nachfolge-Interviews wurden im Juli und August 1994 geführt. Ein zweites Gespräch konnte nicht mehr mit allen DrogenkonsumentInnen geführt werden, weil manche ein Jahr später nicht wieder gefunden werden konnten.

### *3.3.2 Teams*

Je zwei VertreterInnen der Gassenzimmer-Teams wurden interviewt. Die Delegationen der Betreuungsteams bestanden aus einer Frau und einem Mann mit jeweils unterschiedlich langer Arbeitserfahrung im Gassenzimmer.

### *3.3.3 Drogenabhängige*

Da wir nicht nur BenutzerInnen der Gassenzimmer interviewten, sondern auch erfahren wollten, ob und weshalb Drogenabhängige vom Angebot der Gassenzimmer allenfalls keinen Gebrauch machen, teilten wir die Drogenabhängigen in zwei Gruppen ein: die BenutzerInnen der Gassenzimmer und die NichtbenutzerInnen.

#### *BenutzerInnen der Gassenzimmer*

Zwischen Juli und August 1993 wurden in den drei Gassenzimmern insgesamt fünf Männer und fünf Frauen im Alter zwischen 19 und 36 Jahren befragt. Bei der Auswahl der GesprächspartnerInnen und der Kontaktaufnahme waren die MitarbeiterInnen des jeweiligen Teams behilflich.

Nach längeren Recherchen und dank der Mithilfe von Teams und einigen BenutzerInnen der Gassenzimmer kamen ein Jahr später zwischen Juli und August drei Interviews (zwei Männer und eine Frau) zustande. Die Gespräche mit den BenutzerInnen dauerten zwischen 30 und 90 Minuten, in einem Fall zwei Stunden.

#### *NichtbenutzerInnen der Gassenzimmer*

Um in Kontakt mit Drogenabhängigen zu kommen, die die Gassenzimmer nicht benützten, suchte der Interviewer verschiedene Institutionen der Basler Drogenhilfe auf und bat die MitarbeiterInnen dieser Institutionen, ihm bei der Suche nach NichtbenutzerInnen behilflich zu sein. Dabei stellte sich schnell heraus, dass eine grosse Zahl der auf der Gasse verkehrenden DrogenkonsumentInnen die Gassenzimmer mehr oder weniger regelmässig besuchte. In der Folge wurde interviewt, wer angab, er bzw. sie gehe nie, nur selten oder sehr unregelmässig ins Gassenzimmer. Dank der Hilfe ei-

ner Gassenarbeiterin kamen neben vier Interviews in der Rheingasse auch der Kontakt zu zwei sozial integrierten, also berufstätigen und unauffälligen DrogenkonsumentInnen zustande.

Entsprechend der unterschiedlichen Zugangsweise fanden die Interviews an verschiedensten Orten statt: sowohl in Institutionen für DrogenkonsumentInnen, wie auch in Restaurants und in Privatwohnungen.

Die zwölf Interviews der ersten Serie wurden zwischen Juli und August 1993 durchgeführt. Von den interviewten fünf Frauen und sieben Männern im Alter zwischen 22 und 41 Jahren konnten im Juli 1994 eine Frau und vier Männer ein zweites Mal interviewt werden. Auch den NichtbenutzerInnen wurde relativ viel Spielraum für freies Erzählen gelassen. Die Gespräche dauerten zwischen 30 und 60 Minuten.

### *3.3.4 Umgebung*

Für die Interviews mit der räumlichen und sozialen bzw. institutionellen Umgebung der Gassenzimmer wurden Personen ausgewählt, die von Berufs wegen oder durch ihren Wohn- bzw. Arbeitsort besonders mit den Gassenzimmern und dem Drogenproblem konfrontiert waren. Wie bei den Drogenabhängigen sollte auch bei der Umgebung ein möglichst breites Spektrum an Erfahrungen und Meinungen aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen aufgenommen und wiedergegeben werden.

Alle angefragten Personen erklärten sich nach Erläuterung des Projekts bereit, Auskunft zu geben. Die Gespräche der ersten Serie fanden im Januar und Februar 1994 statt. Alle sieben Personen wurden im August 1994 ein zweites Mal nach ihren Eindrücken und Erfahrungen befragt.

Da die GesprächspartnerInnen in ganz unterschiedlicher Weise mit der Drogenproblematik konfrontiert waren, musste der allgemeine Gesprächsleitfaden sehr generell gehalten werden. Themenschwerpunkte aller Interviews waren die Gassenzimmer und die Drogensituation in Basel. Die einzelnen Gespräche wurden jedoch unter Berücksichtigung des jeweiligen Arbeits- und Lebensbereichs der InterviewpartnerInnen speziell vorbereitet.

Da die meisten Befragten politisch, beruflich und/oder privat direkt mit der Drogenproblematik konfrontiert waren, konnten sie der Interviewerin zahlreiche Erfahrungen, Meinungen und Informationen vermitteln. Die Interviews dauerten in der Regel zwischen 60 und 90 Minuten.

### 3.3.5 Gesprächsaufbereitung

Alle 46 Interviews (6 Teams, 10 Umfeld, 13 BenützerInnen, 17 NichtbenützerInnen) wurden in die hochdeutsche Sprache transkribiert.

Anschliessend wurden die Aussagen thematisch gegliedert und, in verkürzter Form, in Rastertabellen eingetragen. Diese Tabellen verzeichneten auf der Horizontalen die verschiedenen Interviews, während auf der Vertikalen die verschiedenen Themen angeordnet wurden. Damit war es möglich, zwischen den Aussagen der Interviewten Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu spezifischen Themen rasch zu erkennen, ohne sie vollständig aus dem Zusammenhang des Interviews und damit auch aus dem biographischen und individuellen Zusammenhang herauszulösen. Die Tabellen waren ein entscheidendes Hilfsmittel, um über das heterogene Interviewmaterial einen Überblick zu gewinnen, Hypothesen zu entwickeln, Interpretationen zu überprüfen und abzuwägen, welche Aussagen auf kollektive Erfahrungen der Interviewten hindeuteten und welche eher Ausdruck individueller Erfahrungen bzw. der persönlichen Biographie waren.

Für die Interviews aller drei Untersuchungsebenen (Team, Drogenabhängige, Umgebung) wurden jeweils spezifische Rastertabellen entwickelt. Um unser Vorgehen zu veranschaulichen und gleichzeitig die Anonymität der Interviewten zu gewährleisten, geben wir die fiktive Version eines solchen Tabellenausschnitts für den Untersuchungsbereich der drogenabhängigen BenützerInnen wieder (Tabelle 1).

versuchten, die Erfahrungen und Wahrnehmungen unserer InterviewpartnerInnen zu verstehen.

Der Gefahr, einer bestimmten Meinung oder geschilderten Erfahrung unkritisch ein besonderes Gewicht einzuräumen, begegneten wir mit drei verschiedenen Massnahmen bzw. methodischen Verfahren. Als Erstes legten wir die Untersuchung so breit an, dass verschiedene und möglichst widersprüchliche Aussagen eingeholt werden konnten, wodurch die Beschränkung auf eine einzige Sichtweise von vornherein unmöglich wurde. Zweitens berücksichtigten wir bei der Gewichtung einzelner Aussagen die Glaubwürdigkeit und Konsistenz des jeweiligen Interviews. Dabei war nicht nur der persönliche Eindruck des bzw. der Interviewenden von ihrem Gegenüber massgebend; vielmehr versuchten wir, bei der Beurteilung der Konsistenz eines Interviews unsere Kenntnisse erzähltheoretischer Validierungsverfahren (z. B. Schützes Konzept der narrativen Zugzwänge, Oevermanns Konzept der objektiven Hermeneutik) im Rahmen unserer Möglichkeiten zu Hilfe zu nehmen. Drittens erlaubte uns die eigene teilnehmende Beobachtung, der Vielfalt von Meinungen und Erfahrungen, die an uns herangetragen wurden, eigene Wahrnehmungen entgegenzusetzen und diese durch die gemeinsame Diskussion im Evaluationsteam selbstkritisch zu gewichten.

Alle erhobenen Informationen und Daten wurden unter strenger Beachtung des Datenschutzgesetzes behandelt.

**Tabelle 1: Ausschnitt einer fiktiven Version einer Rastertabelle für den Untersuchungsbereich der drogenabhängigen BenützerInnen**

Gassenzimmer	Interview A	Interview B	Interview C
Bedeutung	ist 2. Heimat, einziger Ort der Ruhe	persönlich nicht so wichtig Einrichtung an sich ist gut	froh, dass es etwas gibt vorher war man nur auf der Gasse
Inanspruchnahme	täglich, benützt Cafeteria u. Fixerraum Spritzenbezug	ca. 2-mal pro Woche, Cafeteria Gespräche mit Team sind wichtig	besonders bei Kälte und Regen Cafeteria, Arzt, Fixerraum Spritzenbezug
Kritik	keine	zu hektisch, zu viele kaputte Leute	zu klein, zu kurze Öffnungszeiten

### 3.3.6 Auswertung

Das in den meisten Fällen problemlose Gespräch und die gegenseitige Sympathie, die sich in manchen Gesprächen einstellte, dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass alle unsere InterviewpartnerInnen InteressensvertreterInnen waren. So versuchten z. B. einzelne Drogenabhängige, sich selbst in einem möglichst positiven Licht darzustellen. Oder einzelne VertreterInnen der Umgebung versuchten, ihren Erfahrungen mit Hilfe spezifischer Erzählstrategien besonderes Gewicht zu verleihen. Zudem liess unsere Art der Gesprächsführung es zu, dass heiklen Themen ausgewichen, eine Antwort verweigert oder die ganz persönliche Sicht wiedergegeben werden konnte. Wir suchten also weniger die Diskussion, sondern

In die Evaluation miteinbezogen wurden zudem schriftliche Quellen (Berichte der Trägerschaft, Grossratsprotokolle, Verwaltungsberichte der Regierung sowie Zeitungsartikel) und die teilnehmende Beobachtung in den Gassenzimmern, auf der Gasse und in anderen niederschweligen Projekten.

## 4. Resultate

### 4.1 Wirkung der Gassenzimmer auf die DrogenkonsumentInnen der Basler Szene

#### 4.1.1 Heterogenität der BenützerInnen

Die Gassenzimmer werden von beiden Geschlechtern genutzt, wobei der Anteil der Frauen rund einen Viertel beträgt. Weiter decken die BenützerInnen ein breites Altersspektrum ab, das in den beiden Fragebogenerhebungen von 15 bis 51 Jahre reicht. Der überwiegende Teil der Drogenabhängigen in den Gassenzimmern ist jedoch zwischen 20 und 30 Jahre alt. Auch befinden sich die Befragten in ungleichen Wohnsituationen. Während über 80% in permanenten Wohnverhältnissen leben, sei es in der eigenen Wohnung bzw. im eigenen Zimmer, sei es bei den Eltern, haben alle anderen keine feste Wohnadresse, sondern nur eine vorübergehende Unterkunft in Institutionen bzw. bei Bekannten oder sind sogar obdachlos. Zudem sprechen die Gassenzimmer Drogenabhängige in unterschiedlichen Erwerbssituationen an. Während etwa ein Drittel einer Vollzeitbeschäftigung nachgeht, bestreitet rund die Hälfte ihren Lebensunterhalt durch Beiträge der Fürsorge oder der Sozialversicherung (ALV und IV). Daneben werden etwa 20% im privaten Umfeld finanziell unterstützt und ebenso viele geben an, «illegale Einkünfte» zu haben.

Zwar bleibt die gesamte Population der Drogenabhängigen der Basler Szene weiterhin unbekannt, die Evaluationsergebnisse zeigen jedoch, dass die Gruppe der BenützerInnen der Gassenzimmer sich nicht einfach klassieren lässt. Dies lässt den Schluss zu, dass die Gassenzimmer ein Bedürfnis für verschiedene Typen von Drogenabhängigen darstellen und von ihnen genutzt werden.

#### 4.1.2 Hohe Benützungsfrequenz

Wie gross der Bedarf von Drogenabhängigen nach einer Institution wie den Gassenzimmern ist, wird durch die häufige Inanspruchnahme belegt. In der Erhebung des Jahres 1993 gingen ein Drittel täglich, ein weiteres Drittel mehrmals pro Woche und das restliche Drittel der Befragten einmal oder weniger als einmal pro Woche in die Gassenzimmer. Ein Jahr später hatte sich die Anzahl der täglichen BesucherInnen sogar erhöht. Aus den Zahlen der Aktivitätsstatistik wird ersichtlich, dass auch eine grosse Nachfrage im Speziellen nach dem Injektionsraum selbst besteht. Als erst das Gassenzimmer 1 in Betrieb war, stieg die Zahl der Benützungen des Injektionsraumes in einem halben Jahr auf durchschnittlich 113 pro Abend an. In der Zeit vor und noch stärker unmittelbar nach jeder Neueröffnung eines Gassenzimmers trat eine *Zunahme der Benüt-*

*zungsfrequenz* ein, die sich dann auf einem höheren Frequenzwert stabilisierte.

#### 4.1.3 Relative Konstanz der Benützungen und der BenützerInnen

Seitdem alle drei Gassenzimmer in Betrieb sind, erfolgte eine *Stabilisierung der Anzahl Benützungen des Injektionsraumes*. In den Jahren 1993 und 1994 pendelte sich die Inanspruchnahme des Injektionsraumes aller drei Gassenzimmer zusammen zwischen durchschnittlich 250 und fast 300 Benützungen pro Tag ein. Ausserdem verteilten sich die Inanspruchnahmen des Injektionsraumes gleichmässig auf alle drei Gassenzimmer.

Die *Klientel* selbst zeichnet sich ebenfalls durch eine *relative Konstanz der Inanspruchnahme* aus. So besuchte etwa die Hälfte der Befragten des Jahres 1993 die Institution seit der Eröffnung des ersten Gassenzimmers im Sommer 1991, die andere Hälfte stiess im Verlaufe der folgenden zwei Jahre dazu. Unter den Befragten des Jahres 1994 befanden sich dagegen weniger langjährige BesucherInnen, was auf eine gewisse Fluktuation der Klientel schliessen lässt. Dieser Sachverhalt wird auch aus den qualitativen Interviews mit den Drogenabhängigen deutlich, speziell mit denjenigen der Gruppe der «NichtbenützerInnen». Diese haben alle zu einem gewissen Zeitpunkt ihrer «Drogenkarriere» die Gassenzimmer aufgesucht und tun es teilweise sporadisch auch heute noch. Sie sind aber nicht (mehr) auf die Gassenzimmer konzentriert, hauptsächlich deshalb, weil sie ihr Leben und ihren Drogenkonsum vermehrt im Griff haben. Dies betrifft eher ältere, langjährige Drogenabhängige, die dank ihrer Erfahrung im Umgang mit den Substanzen diese eher moderat einnehmen und generell, trotz ihrer Drogenabhängigkeit, eine gewisse Stabilität ihrer Person und ihrer Lebensverhältnisse erreicht haben. Sie meiden die Gassenzimmer, weil ihnen die Atmosphäre darin zu hektisch ist und sie die Stammkundschaft als zu jung und zu sehr auf den Drogenkonsum fixiert beurteilen. Ein weiterer Grund für die Einstellung des Gassenzimmer-Besuches kann der Entschluss sein, von den Drogen freizukommen. Immerhin gaben etwa 90% der Befragten an, einmal oder mehrmals einen Entzug durchgeführt zu haben. Ausserdem kann ein Fernbleiben durch Einlieferung in eine Institution, z.B. Gefängnis oder Spital, durch Wegzug oder durch Tod bedingt sein.

#### 4.1.4 Umfassende Nutzung der diversen Angebote

Die Resultate der verschiedenen Forschungsansätze zeigen, dass *alle Angebote* der Gassenzimmer gut *genutzt werden*. Der Injektionsraum, die Cafeteria als sozialer Raum, die Nadel- und Spritzenabga-

be, die ärztliche Sprechstunde, und in geringerem Masse die Abgabe von Präservativen. Aus den qualitativen Interviews wurde deutlich, dass dem Kontakt mit den Teammitgliedern eine grosse Bedeutung zukommt. Das Ausmass dieser Betreuung ist im Gegensatz zu den anderen Dienstleistungen schwierig aufzunehmen und zu quantifizieren, deswegen aber nicht weniger wichtig für die Drogenabhängigen als die anderen Angebote. Vereinzelt wurde auch die Möglichkeit, sich kostenlos zu verpflegen, als ein Grund für den Besuch der Gassenzimmer angegeben. Ein weiteres Indiz dafür, dass die Gassenzimmer nicht ausschliesslich zum Fixen aufgesucht werden, geht aus den Fragebogenerhebungen hervor: Nur 80% der Befragten gaben an, in den vorangegangenen sechs Monaten ihre Drogen intravenös konsumiert zu haben und etwa die Hälfte davon tat dies hauptsächlich in den Gassenzimmern.

#### 4.1.5 Regionale Inanspruchnahme

Aus den beiden Fragebogenerhebungen geht klar hervor, dass die *BenützerInnen* der Gassenzimmer *aus der Region* stammen. Etwa 80% von ihnen gaben als Wohnort die beiden Halbkantone Basel-Stadt und Baselland an, etwas weniger als 10% einen der benachbarten Kantone und etwas über 10% das grenznahe Ausland. Die Basler Gassenzimmer besitzen demnach *keine Sogwirkung* auf Drogenabhängige weiter entfernter Gebiete, sondern werden ausschliesslich von der regionalen Drogenszene regelmässig in Anspruch genommen.

In der Erhebung von 1994 fiel der Anteil an basellandschaftlichen BenützerInnen mit 21% kleiner aus als ein Jahr zuvor (1993: 31%). Entsprechend grösser war die Zahl derjenigen Befragten, die als Wohnsitz die Stadt Basel angaben. Eine mögliche Antwort auf diese Veränderung könnte die aus den qualitativen Interviews mit den Drogenabhängigen erkannte Mobilität in Richtung Stadt sein. Einige GesprächspartnerInnen stammten aus dem Basbiet, wo ihre Familien heute noch leben, während sie selbst in der Stadt Basel eine Wohnung bzw. ein Zimmer bezogen haben und folgerichtig Wohnsitz im Kanton Basel-Stadt haben. Dieser Sachverhalt ist indes nicht sehr überraschend, suchen doch Drogenabhängige die grössere Anonymität einer Stadt als Schutz vor Entdeckung.

#### 4.1.6 Verlagerung der «Gasse» in die Gassenzimmer

Als Folge der umfassenden und intensiven Nutzung der drei Gassenzimmer durch die Drogenabhängigen der Region ist eine *Verlagerung der Drogenszene* von der «Gasse» weg *in die Gassenzimmer* er-

folgt, zumindest während der Öffnungszeiten derselben. Dies bedeutet für die Öffentlichkeit nicht nur eine generelle, sondern auch eine spezielle Entlastung von sich injizierenden Drogenabhängigen. So gaben in der Erhebung des Jahres 1994 nur 5% der Befragten an, sich in der Öffentlichkeit zu spritzen, mehr als die Hälfte tat dies im privaten Raum und rund 44% in den Gassenzimmern. Daran wird sichtbar, welche massgebliche Rolle die Gassenzimmer in der Unterbindung einer offenen, unkontrollierbaren Drogenszene in Basel spielen.

*Quintessenz:* Die Basler Gassenzimmer erreichen ihre Zielgruppe und sprechen sie in hohem Masse an. Drogenabhängige nützen und schätzen das Angebot, wenn auch nicht alle in gleicher Weise.

## 4.2 Bedeutung der Gassenzimmer bei der Bewältigung der mit dem Drogenkonsum verbundenen gesundheitlichen und sozialen Probleme

### 4.2.1 Nutzung bzw. Anwendung der Interventionsmöglichkeiten

Aus der Aktivitätsstatistik zeigt sich die *gute Nutzung des Arztdienstes*, was auch seine Notwendigkeit in einem solchen Rahmen belegt. Der auffällige plötzliche Rückgang der Inanspruchnahme des Arztdienstes im Gassenzimmer an der Heuwaage im Jahre 1994 hängt kaum mit einer generellen radikalen Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Lebenssituation der dortigen BenützerInnen zusammen, der solcherlei Konsultationen überflüssig machte, sondern dürfte viel eher durch eine Reorganisation des Arztdienstes im besagten Gassenzimmer bedingt sein. Die Zahlen belegen ausserdem, dass die *Nachfrage nach Beratungsgesprächen und somatischen Behandlungen* etwa gleichbedeutend ist.

Weiter zeigt die Statistik über die medizinischen Notfälle die *Notwendigkeit eines unmittelbaren Handelns* bei Abhängigen von illegalen Drogen, die nicht selten lebensrettende Wirkung haben dürfte. Die Zahl der medizinischen Notfälle scheint ein direkter Indikator zu sein für das Sterberisiko der Drogenabhängigen, wirken sich hier doch verschiedene Einflussfaktoren wie schlechter, verunreinigter Stoff auf dem Markt oder gehetztes Konsumieren als Folge von grosser Repression sehr direkt aus. Dass im Jahre 1993 die in den Gassenzimmern registrierten medizinischen Notfälle auf fast die Hälfte zurückgingen im Vergleich zum vorangegangenen Jahr, weist auf eine generelle Verbesserung der Drogensituation (1994) in Basel hin. Allerdings haben die Notfälle in den ersten sechs Monaten des Jahres 1995 bereits die Werte des gesamten letzten Jahres erreicht, was eine erneute Verschlechterung der Lage signalisieren könnte.



#### 4.2.2 Verbesserung bzw. Stabilisierung des Gesundheitszustandes

Beim Vergleich der Resultate der beiden Fragebogenerhebungen zeigt sich ein *deutlicher Rückgang der mit dem intravenösen Drogenkonsum zusammenhängenden Krankheiten*. Während im Jahre 1993 noch 43% der Befragten angaben, an solchen Krankheiten zu leiden, waren es ein Jahr später noch 33%. Ein weiterer Indikator für den Gesundheitszustand ist die *Stabilisierung der HIV-Prävalenz* bei den befragten BenutzerInnen der Gassenzimmer, die den HIV-Test hatten durchführen lassen. In beiden Befragungen betrug der Anteil an HIV-positiven Drogenabhängigen 10%, wobei die jüngere Altersgruppe deutlich weniger davon betroffen war. Ein ähnliches Bild vermittelten die qualitativen Interviews mit den Drogenabhängigen: Die HIV-positiven Personen gehörten entweder zur älteren Altersgruppe oder hatten schon jahrelang Drogen intravenös konsumiert und sich vor einigen Jahren durch das Spritzenteilen mit dem Virus angesteckt.

#### 4.2.3 Deutliche Verbesserung der Infektionsprophylaxe

Eine grosse Bedeutung kommt den Gassenzimmern für den *Spritzen- und Nadelbezug* zu. Gemäss der Aktivitätsstatistik geben die drei Gassenzimmer zusammen durchschnittlich pro Tag 1500 bis 2000 Spritzen und 2700 bis 3600 Nadeln ab. Ausserdem sind die Gassenzimmer auch der *Hauptbezugsort* für Spritzen und Nadeln *der BenutzerInnen*. 80% der Befragten gaben an, sich hauptsächlich in den Gassenzimmern mit sterilem Injektionsbesteck einzudecken. Darüber hinaus erklärten einige interviewte Personen der Gruppe der «NichtbenutzerInnen», sporadisch die Gassenzimmer für den Bezug von Spritzen und Nadeln aufzusuchen.

Die beiden Fragebogenerhebungen weisen auch eine *starke Abnahme des Spritzenteilens* gegenüber früheren Zeiten aus. So bekannten im Jahre 1993 38% und im Jahre 1994 37% der Befragten, während der Gesamtdauer ihres Drogenkonsums von anderen gebrauchte Spritzen verwendet zu haben. Der Anteil des Spritzenteilens sank indes in beiden Erhebungen auf 10% der Drogenabhängigen, wenn nach dem Verhalten in den letzten sechs Monaten vor der jeweiligen Befragung gefragt wurde. Dabei fällt auf, dass BenutzerInnen aus Frankreich und Deutschland überdurchschnittlich häufig von anderen gebrauchte Spritzen verwenden und in gleich hohem Masse selbst an andere weitergeben. Dieser Befund dürfte wesentlich mit der schlechteren Verfügbarkeit von sterilen Spritzen und Nadeln im angrenzenden Ausland zusammenhängen.

Der *Kondombezug* hat seit der Eröffnung des ersten Gassenzimmers eine *kontinuierliche Zunahme* erfahren, wie die entsprechende Statistik zeigt. Im Jahr 1994 wurden in allen drei Gassenzimmern zusammen durchschnittlich 67 Präservative pro Tag abgegeben. Auch die *Kondombenützung* hat sich gemäss den Resultaten der beiden Fragebogenerhebungen im Jahre 1994 gegenüber dem vorangegangenen Jahr *leicht verbessert*, zumindest beim Geschlechtsverkehr mit GelegenheitspartnerInnen. Trotzdem gaben 15% der Befragten an, sich in diesen Risikosituationen nie und rund 20% nur manchmal zu schützen. Dabei war der Präservativgebrauch bei den Jüngeren deutlich besser.

#### 4.2.4 Verbesserung der sozialen Einbindung

Die beiden Fragebogenerhebungen ergeben ein recht *unterschiedliches Beziehungsnetz* bei den Befragten. Ein Drittel gab als wichtigste Bezugsperson die Partnerin bzw. den Partner an, ein weiteres Drittel die Eltern, Geschwister oder eigene Kinder, und ca. 20% betrachteten professionelle HelferInnen als ihre wichtigste Bezugsperson bzw. hatten gar keine.

Informationen über die Bedeutung und die Qualität der Beziehungen zu nichtdrogenabhängigen Menschen lassen sich ansatzweise aus den qualitativen Interviews ermitteln. Hier erzählten einige GesprächspartnerInnen von ihrem sehr guten Kontakt zur Familie bzw. zu einzelnen Mitgliedern und von deren Unterstützung und Fürsorge. Trotzdem fühlten sie sich in ihrer Situation als Drogenabhängige nicht grundlegend verstanden, weshalb es sie zu Angehörigen der Gruppe mit demselben Erfahrungsspektrum zog. Eine noch grössere *soziale Funktion* haben die Gassenzimmer für all jene, die angaben, gar keine Bezugspersonen zu haben. Sie sitzen in der Cafeteria, um Leute zu treffen und um überhaupt unter Menschen zu sein, von denen sie nicht ausgegrenzt werden können, weil sie derselben randständigen Gruppe angehören. Allerdings erwies sich das Verhältnis der Interviewten zu anderen BenutzerInnen der Gassenzimmer infolge eines grundlegenden Rollenkonfliktes als sehr ambivalent. Einerseits suchen die Drogenabhängigen aufgrund der existenziellen Gemeinsamkeiten die Nähe zu anderen Drogenabhängigen, andererseits sind sie aber auch KonkurrentInnen im harten Einzelkampf um Erwerb, Vermittlung und Weiterverkauf von Stoff auf dem illegalen Markt. Deshalb kann im Umfeld der Szene das Bedürfnis vieler Drogenabhängigen nach echten Freundschaften kaum eingelöst werden, vielmehr beschränkt sich der Kontakt der BenutzerInnen der Gassenzimmer untereinander oft auf «Heroin-Freundschaften», wie dies ein Interviewter ausdrückte.

Eine entscheidende Rolle für die zwischenmenschlichen Beziehungen der Drogenabhängigen spielen



die Teams der Gassenzimmer, nicht nur bei denjenigen BenützerInnen, für die das *Verhältnis zu den BetreuerInnen* der einzige Kontakt zu nichtabhängigen Personen überhaupt ist. Das Konzept der Institution, die «Gasse» in die Gassenzimmer zu holen, und die damit verbundene Grundhaltung, die BenützerInnen zu nichts zu drängen, sondern zu versuchen, ihnen in der jeweiligen Situation mit ihren aktuellen Problemen zu helfen, lässt ein Vertrauensverhältnis zwischen BetreuerInnen und Drogenabhängigen entstehen. Dieses wiederum ermöglicht den Teams, sich Gehör zu verschaffen und gezielter motivierend einzuwirken. Die pädagogische Einflussnahme geschieht in diversen Bereichen, so zum Beispiel im Fixerraum mit der häufigen Ermahnung zum hygienischen oder zum niedriger dosierten Drogenkonsum. Am besten gelingt sie bei der «Stammkundschaft», die von den Teams auf 50–75% der BenützerInnen geschätzt wird. Einzelne von ihnen fühlen sich in den Gassenzimmern derart zu Hause, dass sie andere BenützerInnen an Verhaltens- und Ordnungsregeln erinnern. Damit stellen diese nicht nur ihre *Integrationsfähigkeit*, sondern auch ein Stück *soziale Kompetenz* unter Beweis. Das grosse Problem ist, dass im Kontakt der Teams zu den Drogenabhängigen in den Gassenzimmern eine *fruchtbare Basis für weiterführende psychosoziale Arbeit* geschaffen wird, dass sie aber angesichts der knappen Personalressourcen *viel zu wenig genutzt* werden kann.

*Quintessenz:* Die Basler Gassenzimmer üben sowohl im gesundheitlichen als auch im sozialen Bereich positive Einflüsse auf ihre BenützerInnen aus. Die psychosozialen Interventionsmöglichkeiten sollten jedoch besser genutzt und eventuell sogar ausgebaut werden.

## 5. Bilanz und Schlusswort

Die Evaluation der drei Gassenzimmer in Basel ergibt in ihrer abschliessenden Bilanz, dass das Überlebensangebot für Drogenabhängige die gesetzten Ziele grundsätzlich bestens erfüllt. Die Gassenzimmer funktionieren gut, sprechen die Drogenabhängigen der Basler Szene an und bewirken eine Stabilisierung bzw. eine Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Situation ihrer BenützerInnen. Insbesondere ist es den Gassenzimmern gelungen, zumindest für die Dauer ihrer Öffnungszeiten, die «Gasse» in ihre Räume zu verlagern. Dies hat einerseits zweifellos dazu beigetragen, dass sich in Basel keine grosse offene Drogenszene bilden konnte. Andererseits bieten die Gassenzimmer speziell der Gruppe der gesellschaftlich völlig ausgegrenzten Drogenabhängigen eine Art Auffangnetz, wo sie in einem geschützten sozialen Raum zur Ruhe kommen können. Zentral ist dabei das Ver-

hältnis zu den BetreuerInnen, die durch ihre Grundhaltung des Verstehens und Akzeptierens der Drogenabhängigen in einer nicht abstinenten Institution deren Vertrauen gewinnen und dadurch auch pädagogisch einwirken können. Daneben kommt auch dem gesamten Gesundheitsbereich grosse Bedeutung zu. Dieser umfasst das Fixen unter hygienischen und kontrollierten Bedingungen, die Infektionsprophylaxe durch Abgabe von sterilen Spritzen und Nadeln sowie Präservativen, den Arztendienst und die Interventionsmöglichkeiten bei Notfällen. Dass die Institution von ihrer Zielgruppe so gut genutzt wird, ist nicht nur ein eindeutiger Beleg für die Notwendigkeit eines solchen Angebots, sondern auch das Resultat einer kontinuierlichen Aufrechterhaltung des Betriebes, der auf diese Weise zu einer Konstanten für die Drogenabhängigen der Basler Szene geworden ist.

Bei der Evaluation der Gassenzimmer traten allerdings auch Schwachpunkte zutage, auf die in Form von Empfehlungen aufmerksam gemacht werden soll.

1. Obwohl die Gassenzimmer eine basale soziale Einbindung ermöglichen und damit insbesondere durch die sozialen Beziehungen zu den Teams zentrale Voraussetzungen schaffen für eine eigentliche und nachhaltige psychosoziale Betreuung und Hilfeleistung, kann dieses Potenzial infolge der knappen Personalressourcen viel zu wenig genutzt werden. Deshalb wäre es von grosser Wichtigkeit, Überlegungen anzustellen, wie weitere Verbesserungen der sozialen und psychischen Situation der Gassenzimmer-BenützerInnen anzugehen wären. Ein Mehraufwand an finanziellen Mitteln sollte für diese Massnahmen nicht gescheut werden, denn sie können als Bestandteil einer Hilfe angesehen werden, die letztlich in die Fähigkeit zur Selbsthilfe mündet.
2. Obwohl die vorliegende Evaluation sich nicht mit ökonomischen Aspekten befasst hat, ist sie angesichts der Übernahme des Gassenzimmers III an der Heuwaage durch den Kanton Baselland und der Betriebsführung mit einem kleineren Budget in grundsätzlicher Art doch mit dieser Frage konfrontiert worden. Beim Vergleich der Aktivitätsstatistiken der drei Gassenzimmer fällt auf, dass die Inanspruchnahme des Arztdienstes im Gassenzimmer III seit Anfang 1994, d. h. seit der Übernahme durch den Kanton Baselland, stark zurückgegangen ist. Dafür könnten verschiedene Faktoren verantwortlich sein, worauf die Evaluation keine schlüssige Erklärung bieten kann.
3. Obwohl bei den BenützerInnen der Gassenzimmer die Infektionsprophylaxe sowohl bei der Verwendung von sterilen Spritzen als auch beim Gebrauch von Präservativen eine erfreuliche Verbesserung erfahren hat, verbleibt immer noch ein Anteil von Dro-

genabhängigen, der Spritzen teilt bzw. beim Geschlechtsverkehr mit GelegenheitspartnerInnen nie Präservative benützt. Deshalb wäre es wünschenswert, die Präventionsbemühungen in diesen beiden Bereichen noch zu verstärken. Insbesondere wären Interventionen bei den Behörden der benachbarten Regionen Frankreichs und Deutschlands für eine lokale Erleichterung des Zugangs zu sterilen Spritzen sehr zu begrüßen, zumal die Gassenzimmer-BenützerInnen mit Wohnsitz in den genannten Gebieten überdurchschnittlich häufig angegeben haben, Spritzen zu teilen.

## 6. Literaturverzeichnis

1. Arbeitsgemeinschaft für aktuelle Jugendfragen Basel. Betriebs- und Behandlungskonzept der Basler Gassenzimmer Spitalstrasse, Kunstmuseum, Binningerstrasse Basel, 1992.

## 7. Danksagung

Unser herzlicher Dank geht an: Alle interviewten Drogenabhängigen, innerhalb und ausserhalb der Gassenzimmer, alle Teammitglieder der Gassenzimmer, alle GesprächspartnerInnen des Umfelds, die GassenarbeiterInnen und die MitarbeiterInnen aller niederschweligen Institutionen in Basel, die uns weitergeholfen haben, sowie an das Bundesamt für Gesundheit, das die Studie finanziert hat.

Der Herausgeber dankt dem Birkhäuser Verlag Basel für die Genehmigung zum Abdruck dieses Artikels, der erstmals in der Zeitschrift Sozial- und Präventivmedizin erschienen ist (Soz Praeventivmed 1996; 41 Suppl 1: S76–S84), sowie für die auf Passagen aus dem Interviewteil des Artikels Soz Praeventivmed 1996; 41 Suppl 1: S45–S57 erweiterte Abdruckgenehmigung (auf diese hier integrierten Passagen wird in der Originalversion des hier abgedruckten Artikels verwiesen).

### Korrespondenzadressen:

Carmen Ronco, lic. phil.  
Erziehungsdepartement des Kantons Basel-Stadt  
Abteilung Erwachsene Behinderte  
Elisabethenstrasse 51  
4010 Basel  
E-Mail: carmen.ronco@bs.ch

Dr. med. Elisabeth Zemp  
Institut für Sozial-  
und Präventivmedizin  
der Universität Basel  
Steinengraben 49  
CH-4052 Basel  
E-Mail: elisabeth.zemp@unibas.ch

# Infektionsprophylaxe und Gesundheitsförderung im Strafvollzug\*

Thomas Karger, Christa Berger, Ambros Uchtenhagen, Institut für Suchtforschung (ISF), Zürich

## Zusammenfassung

Auf der Grundlage von zwei Gesamterhebungen über Hilfsangebote für suchtmittelabhängige Insassen sowie über Infektionsprophylaxe in den Haftanstalten in der Schweiz wurden im Rahmen einer qualitativen Fallstudie die konkreten Auswirkungen der Behandlungs- und Präventionsangebote im Strafvollzug analysiert. Am Beispiel von je einer geschlossenen Vollzugsanstalt in der deutsch- und in der französischsprachigen Schweiz wurden insbesondere die Motive erhellte, weshalb bestimmte infektionsprophylaktische Massnahmen umstritten sind bzw. mehr oder weniger in Anspruch genommen werden als andere und wie die Präventionsangebote aus der Perspektive verschiedener Gefängnisakteure wahrgenommen und bewertet werden. Das Ziel bestand darin, die besonderen Probleme besser zu verstehen, die sich bei der Einführung infektionsprophylaktischer Massnahmen im Strafvollzug ergeben, dies im Hinblick auf Empfehlungen für eine angemessene Massnahmepraxis.

Die Datenbasis bestand im Kern aus transkribierten Interviews mit insgesamt 30 Insassen unterschiedlicher Nationalitätszugehörigkeit sowie 22 Mitarbeitern der verschiedenen Gefängnisbereiche. Die Analyse folgte qualitativen Forschungsmethoden. Ergebnisse: Der Vergleich der beiden Anstalten hat vor allem Gemeinsamkeiten zutage gefördert. In Bezug auf infektionsprophylaktische Massnahmen ist in beiden Anstalten ein pragmatischer Ansatz erkennbar, der den Vollzugauftrag mit den Anforderungen der Gesundheitsanliegen zu vereinen sucht. Es werden Desinfektionsmittel (u. a. zur Spritzenreinigung) und Kondome sowie schriftliches Informationsmaterial abgegeben. Es hat sich gezeigt, dass der erschwerte Zugang zum medizinischen Dienst, die weit gehende Beschränkung auf Überwachungs- und Kontrollstrategien sowie die ausgesprochene Vermeidungstendenz auf seiten der Insassen eine effektive Infektionsprophylaxe behindern. Weiterbildung und Einbezug der Mitarbeiter sowie Beachtung der spezifischen «Gefängniskultur» erweisen sich dagegen als förderlich für die Akzeptanz infektionsprophylaktischer Massnahmen im Gefängnis.

## Key Words

Infectious Disease Prophylaxis, Health Promotion, Penal Institution, Prison, Opiate Dependency, Harm Reduction, Aids-Prevention, Qualitative Case Study

## 1. Einleitung

Forschungsergebnisse aus dem In- und Ausland legen nahe, dass Menschen im Gefängnis besonderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind und dass gesundheitliche Probleme im Gefängnis kumuliert auftreten.

Gemeinsamer Spritzengebrauch, ungeschützter Geschlechtsverkehr und unhygienische Tätowierungspraktiken machen Gefängnisse zu exponierten Risikootoren für Infektionskrankheiten. Aufgrund des hohen Anteils Drogen konsumierender Insassen wird die HIV-Prävalenzrate in Schweizer Gefängnissen auf 2–10% geschätzt. Aber auch andere Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C, Tuberkulose und diverse Geschlechtskrankheiten sind im Gefängnisumfeld verbreitet.

Massnahmen zur Infektionsprophylaxe und Gesundheitsförderung sind deshalb im Gefängnis besonders angezeigt. Das Bundesamt für Gesundheit hat bereits 1993 in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Kommission für Aidsfragen Leitlinien zur Bekämpfung der HIV-Infektion in Gefängnissen formuliert. In der Folge wurden verschiedene Pilotprojekte zur Risikoverminderung im Strafvollzug initiiert und wissenschaftlich evaluiert. So wurden in einzelnen Strafanstalten Suchtabteilungen mit der Möglichkeit zur ärztlich kontrollierten Methadonabgabe eingerichtet sowie Spritzenautomaten aufgestellt. Die Abgabe von Erste-Hilfe-Sets mit Desinfektionsmitteln, Kondomen und Gleitmitteln war ein wesentlicher Bestandteil dieser Pilotversuche. Des Weiteren begleiteten Informations- und Aufklärungskampagnen sowie Mitarbeiterschulungen diese infektionsprophylaktischen Massnahmen.

Trotz der nachgewiesenen positiven Effekte dieser Pilotversuche erweist sich die Installierung infektionsprophylaktischer Massnahmen im Gefängnis als schwierig. Gefängnisse sind ihrer Zweckbestimmung nach nicht vorrangig für den Umgang mit gesundheitlichen Problemen konzipiert. Ihre primäre Funktion ist die Gewährleistung des Strafvollzugs. Angesichts des Zielkonfliktes zwischen Gesundheits- und Vollzugauftrag lassen sich infektionsprophylaktische Massnahmen im Rahmen der bestehenden Vollzugsordnung verständlicherweise nicht ohne weiteres integrieren.

Eine gesamtschweizerische Bestandsaufnahme sowie eine quantitative Evaluation der Hilfsangebote für suchtmittelabhängige Gefangene (Karger 1996

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 7714 unterstützt. Laufzeit des Vertrages: 1. August 1997 bis 31. März 2000. Eine englische Version dieses Artikels ist beim Kompetenzzentrum für Evaluation des Bundesamtes für Gesundheit erhältlich.

und 1997) geben einen guten Überblick über den aktuellen Umgang mit dem Drogenproblem in Schweizer Gefängnissen. Man weiss aber im Detail noch wenig über die konkreten Auswirkungen der Behandlungs- und Präventionsangebote im Strafvollzug. Aus diesem Grund hat das Bundesamt für Gesundheit eine vertiefende qualitative Fallstudie in Auftrag gegeben, über deren Ergebnisse hier berichtet wird. Wir beschränken uns dabei auf das Thema «Infektionsprophylaxe».

## 2. Vorgehen / Methodik

Für die qualitative Fallstudie wurden zwei in Grösse und Vollzugsart (geschlossener Strafvollzug) vergleichbare Strafanstalten aus der Deutsch- und der Westschweiz ausgewählt.

Vier Experteninterviews im Vorfeld der Untersuchung dienten als Grundlage für die Entwicklung der Interviewleitfäden.

Die Datenbasis bestand im Kern aus transkribierten Interviews mit insgesamt 30 Insassen unterschiedlicher Nationalitätszugehörigkeit sowie 22 Mitarbeitern der verschiedenen Gefängnisbereiche (Medizinische Abteilung, Aufsichtsdienst, Werkstatt, Sozialdienst, Küche, Seelsorge), wobei Vertreter verschiedener Hierarchiestufen als Gesprächspartner ausgewählt wurden. Darüber hinaus standen Beobachtungsprotokolle, diverse Gefängnisdokumente (Anstaltsordnung, Reglemente, Gesundheitsstatistiken, Organigramme, Informationsmaterial zum Thema «Infektionsprophylaxe») sowie Presseartikel und Fernseh-/Videodokumentationen für die Analyse zur Verfügung.

Das Datenmaterial wurde inhaltsanalytisch ausgewertet und ausgewählte Textstellen in Anlehnung an die Objektive Hermeneutik analysiert. Das Ziel bestand in der Herausarbeitung zentraler Deutungs- und Handlungsmuster von Gefängnisakteuren in Bezug auf bestehende Behandlungs- und Präventionsangebote im Strafvollzug.

Im Mittelpunkt des Interesses stand zum einen die systematische Kontrastierung der infektionsrelevanten Risiko- und Schutzkonzepte von Insassen und Mitarbeitern, wobei Gemeinsamkeiten und Unterschiede vor dem Hintergrund der Strafvollzugsbedingungen analysiert und diskutiert wurden. Zum anderen wurden behindernde und unterstützende Faktoren für eine effektive Infektionsprophylaxe im Gefängnis systematisch herausgearbeitet.

## 3. Resultate

### 3.1 Infektionsprophylaxe im Gefängnis: pragmatische Kompromisslösung

Die Umsetzung infektionsprophylaktischer Massnahmen im Gefängnis war ursprünglich eng an die Frage nach dem adäquaten Umgang mit dem gefängnisinternen Drogenkonsum gebunden. Hier zeigte sich die Notwendigkeit zur pragmatischen Konsensfindung, bedingt durch den Zielkonflikt von Vollzugs- und Gesundheitsauftrag bzw. zwischen dem Sanktionsgebot und schadensvermindernden Ansätzen. Die Abstimmung eines risikoarmen Drogenkonsums zugunsten der Vermeidung einer HIV- oder Hepatitis-Infektion mit der Vollzugsordnung machte langwierige gefängnisinterne Aushandlungsprozesse erforderlich.

In beiden Anstalten werden zur Infektionsprophylaxe Desinfektionsmittel, Kondome sowie schriftliches Informationsmaterial abgegeben. Die bisher realisierten infektionsprophylaktischen Angebote entsprechen pragmatischen Kompromisslösungen. Eine gefängnisangepasste, konsensbetonte Form der Infektionsprophylaxe, die dem Gesundheits- und Vollzugauftrag gleichermassen Rechnung zu tragen versucht, lautet beispielsweise «Spritzenreinigung» anstatt «Spritzenabgabe». Letzteres würde zwar eine effektivere Infektionsprophylaxe garantieren, da die Desinfektion der Spritze relativ zeitraubend und aufwändig ist und daher in Drucksituationen nicht immer konsequent durchgeführt wird. Die Option «Spritzenabgabe» lässt sich aber im Moment in beiden Anstalten noch nicht realisieren, weil sie zahlreiche Fragen in Bezug auf die Gewährleistung des Vollzugs- und Sicherheitsauftrags aufwirft.

Die pragmatisch ausgerichtete Präventionspraxis im Gefängnis ist durch ein vorsichtiges, zurückhalten- des Vorgehen gekennzeichnet. Der vorsichtige Pragmatismus erweist sich zwar insofern als gefängnis- adäquate Strategie, als er breite Unterstützung erfährt. Es zeigte sich aber, dass die Insassen und die Mitarbeiter in Bezug auf Infektionskrankheiten und Schutzmassnahmen nicht umfassend informiert sind. Sie weisen insbesondere Wissensdefizite bezüglich Hepatitis-Infektionen auf.

### 3.2 Behindernde Faktoren für eine effektive Infektionsprophylaxe

Eine bedeutsame Einschränkung in Bezug auf eine effektive Infektionsprophylaxe ist der Zugang zum medizinischen Dienst, der von den Insassen als hochschwellig geschildert wird: Es müssen Formulare ausgefüllt werden, die Anmeldung erfolgt über das nichtmedizinische Personal mit Angabe von Gründen, und es gibt Wartezeiten.

Zudem sind die Insassen im Unklaren darüber, wie die ärztliche Schweigepflicht gehandhabt wird und welche Informationen an nichtärztliche Instanzen weitergegeben werden. Dies provoziert Misstrauen mit der Konsequenz, dass der medizinische Dienst nur zurückhaltend aufgesucht wird und dass über problematische Vorkommnisse (z. B. Drogenkonsum oder sexuelle Kontakte) nicht gesprochen wird. Des Weiteren sind das Risikoverständnis und das präventive Handeln der Gefängnisakteure stark von der Vollzugsordnung bestimmt. So wird die Infektionsprophylaxe von den Mitarbeitern primär auf ein Kontroll- und Überwachungsproblem reduziert. Strenge Eintrittskontrollen, regelmässige Urinkontrollen, Besucherkontrollen sowie Sanktionen für Drogenkonsum gelten folglich als die bedeutsamen Strategien zur Reduktion des Ansteckungsrisikos.

Aufgrund des ausgesprochenen Kontrollcharakters der praktizierten Infektionsprophylaxe werden die speziellen Präventionsangebote von den Insassen aus Angst vor möglichen Repressalien gemieden. Ein infektionsprophylaktisch adäquates Verhalten erhöht nämlich fatalerweise das individuelle Sanktionsrisiko. Wer beispielsweise Kondome bezieht, der setzt sich gleich einem zweifachen Verdacht aus: die Mitarbeiter unterstellen, dass die Kondome zum Schmuggeln missbraucht werden, und unterziehen Verdächtige in der Folge unangenehmen Intimuntersuchungen. Bei den Mitgefangenen setzt man sich dem Verdacht aus, mit anderen Insassen sexuelle Kontakte zu pflegen. Gleichgeschlechtliche Sexualkontakte werden, sofern sie von anderen Insassen beobachtet werden, unter Umständen sanktioniert.

Angst vor Sanktion ist demnach auf seiten der Insassen ein bedeutsames Motiv, um auf eine Inanspruchnahme infektionsprophylaktischer Angebote von vornherein zu verzichten.

Diese Vermeidungstendenz ist in eine spezifische Gefängniskultur eingebettet, die von Heimlichkeiten, Misstrauen und Verschwiegenheit geprägt ist. Gleichgeschlechtliche Sexualkontakte und Gewalt sind tabu und werden von Insassen und Mitarbeitern gleichermaßen verleugnet. Generell ist den Insassen die Vermeidung von Konflikten und deshalb auch die Vermeidung von persönlichen Kontakten wichtig. Die ohnehin eingeschränkte Privatsphäre soll möglichst geschützt bleiben. Die nach aussen demonstrierte Teilnahmslosigkeit dient dabei primär dem Selbstschutz, der gegenüber der Infektionsprophylaxe höhere Priorität besitzt.

### **3.3 Unterstützende Faktoren für eine effektive Infektionsprophylaxe**

Obwohl latente Konflikte zwischen den gefängnisinternen Berufsgruppen und Abteilungen auszuma-

chen sind, ist bei den Mitarbeitern beider Anstalten die Bereitschaft zur pragmatischen Kooperation in Bezug auf die Umsetzung infektionsprophylaktischer Massnahmen erkennbar.

Es hat sich gezeigt, dass Mitarbeiter, die begleitend an Neuerungen herangeführt werden und die von Anfang an miteinbezogen werden, durchaus für die gefängnisinterne Infektionsprophylaxe zu motivieren sind. Die Mitarbeiter empfinden es in diesem Zusammenhang besonders unterstützend und hilfreich, dass sie bei Bedarf einen Vertrauensarzt in Anspruch nehmen können. So konnte beispielsweise im Zusammenhang mit der Abgabe der Sanitätsbox eine breite Akzeptanz erreicht werden. Als entscheidend erwies sich dabei die Erkenntnis, dass sich infektionsprophylaktische Massnahmen auch unter Sicherheitsaspekten rechtfertigen lassen und somit mit der Vollzugsordnung durchaus zu vereinbaren sind.

Wir haben festgestellt, dass regelmässige Weiterbildungsveranstaltungen wesentlich dazu beitragen, Skepsis gegenüber gefängnisinterner Infektionsprophylaxe abzubauen und den Mitarbeitern mehr Handlungssicherheit für ihre tägliche Arbeit zu geben.

Beide Anstalten gewährleisten einen diskreten Kondombezug und beachten damit die gefängnispezifische Tabuisierungskultur. Der unbeobachtete Zugriff auf Kondome ist nämlich – das haben unsere Analysen gezeigt – Voraussetzung für eine Inanspruchnahme dieses Angebots durch die Insassen. Die Möglichkeit zum diskreten Kondombezug beim Arzt und im Familienzimmer erweist sich allerdings nur dann als effektiv, wenn den Insassen gleichzeitig ein erleichterter Zugang zum medizinischen Dienst gewährt wird.

## **4. Diskussion / Schlussfolgerungen**

### **4.1 Vergleich mit anderen Schweizer Gefängnisstudien**

Die bisherigen Schweizer Gefängnisstudien (Karger 1996 und 1997) und Pilotprojektevaluationen («Hindelbank- und Realta-Studie» 1995 bzw. 1999) waren in erster Linie auf den Umgang mit dem gefängnisinternen Drogenkonsum gerichtet und fokussierten vor allem das Infektionsrisiko drogenkonsumierender Insassen.

Die beiden Karger-Studien stellen eine gute Informationspraxis bezüglich HIV/Aids, jedoch eine eher defizitäre in Bezug auf andere Infektionskrankheiten wie Tuberkulose und Hepatitiden an Schweizer Gefängnissen fest. Entsprechend dazu kamen die Hin-



delbank- und Realta-Studie zum gleichen Befund wie unsere Fallstudie, wonach die Mitarbeiter und die Insassen über HIV/Aids gut Bescheid wissen, jedoch bezüglich Hepatitiden Wissensdefizite aufweisen.

Auf der Ebene infektionsprophylaktischer Informationsübermittlung gehen die Ergebnisse unserer Fallstudie insofern konform mit den Ergebnissen der Hindelbank- und Realta-Studie, als das Informationsinteresse der Insassen gemeinhin überschätzt wird. Das Interesse der Insassen am Thema «Infektionsprophylaxe» ist jedoch eher gering. Und auch die Mitarbeiter müssen an das Thema herangeführt werden, ehe sie sich eigeninitiativ dafür interessieren und motivieren.

Die Karger-Studie von 1997 macht deutlich, dass ein unauffälliger Kondombezug noch längst nicht in allen Haftanstalten gewährleistet ist. Unsere Fallstudie konnte nun klar zeigen, dass ein unbeobachtbarer Zugriff auf Kondome Voraussetzung für eine Inanspruchnahme durch die Insassen ist. Ähnliche Erfahrungen machte auch die Haftanstalt Realta im Zusammenhang mit dem Spritzenbezug am Automaten.

Die Karger-Studie von 1997 beurteilt die Informationspraxis und Infektionsprophylaxe bezüglich «safer use» (Anleitung zur Desinfektion von Spritzen) als defizitär. Die Spritzenabgabe entspricht in der Tat nach wie vor einer äusserst marginalen Massnahme zur Reduktion des risikoreichen Drogenkonsums im Gefängnis. Vorgezogen wird dagegen die Abgabe von Desinfektionsmitteln. Dies hängt wohl damit zusammen, dass die Spritzenabgabe nach wie vor die am meisten umstrittene infektionsprophylaktische Massnahme im Gefängnis darstellt. Die Erfahrungen in Hindelbank und Realta zeigen zwar, dass sich die Spritzenabgabe im Gefängnis als eine durchaus machbare und sinnvolle Infektionsprophylaxe erwiesen hat und dass dadurch weder der Drogenkonsum angestiegen ist noch Neueinsteiger zu verzeichnen waren. Die Vorbehalte gegenüber der Spritzenabgabe, das bestätigt auch unsere Fallstudie, sind jedoch tief greifender Natur, weil sie das berufliche Selbstverständnis der Gefängnismitarbeiter unmittelbar erschüttern. Insbesondere der Widerspruch zum Drogenkonsumverbot und -sanktionsgebot bereitet den Mitarbeitern erhebliche Mühe.

Gewalt im Gefängnis (u. a. Vergewaltigungen) wird in den hier berücksichtigten Gefängnisstudien nicht thematisiert. Nur die Schweizerische Gesundheitsbefragung (1998) weist darauf hin, dass Gewalt in Schweizer Gefängnissen ein verbreitetes Phänomen ist. Unsere Fallstudie konnte zeigen, dass sowohl «Gewalt» als auch «gleichgeschlechtlicher Intimverkehr» im Gefängnismilieu hoch tabuisiert sind.

## 4.2 Schlussfolgerungen

Der Einbezug infektionsprophylaktischer Massnahmen im Strafvollzug erfordert langwierige Konsens- und Kompromissfindungsprozesse und verlangt von den Entscheidungsträgern die Bereitschaft zum Überdenken der bestehenden Vollzugsverordnungen.

Die schwierige Vereinbarkeit von Gesundheits- und Vollzugauftrag legt nahe, dass sich ausserhalb des Strafvollzugs erprobte und bewährte infektionsprophylaktische Ansätze nicht einfach eins zu eins auf den Strafvollzug übertragen lassen. Gefängnisadäquat sind vielmehr konsensbetonte Lösungen, die den widersprüchlichen Anforderungen von Vollzugs- und Gesundheitsauftrag gleichermaßen Rechnung tragen.

Die pragmatisch ausgerichtete Präventionspraxis ist aber bezüglich Effizienz und Nachhaltigkeit verbesserungsbedürftig. Erstens wird nicht mit Nachdruck über infektionsrelevante Risiken und Schutzmassnahmen informiert; darauf verweisen die Wissensdefizite der Insassen und der Mitarbeiter, besonders in Bezug auf Hepatitis-Infektionen. Zweitens werden Spritzen nicht konsequent gereinigt, weil das Desinfektionsprozedere relativ viel Zeit in Anspruch nimmt. Und drittens verzichten die Insassen aus Angst vor Sanktionen auf den Nachbezug von Kondomen. Ausserdem wird das aktive Eigeninteresse der Insassen an der Vermeidung von Infektionsrisiken allgemein überschätzt.

Die gefängnisspezifische Vermeidungs- und Tabuisierungskultur stellt für eine effektive Infektionsprophylaxe eine grosse Herausforderung dar. Entsprechende Angebote müssen sich aber danach orientieren bzw. ausrichten, damit sie überhaupt in Anspruch genommen werden und Akzeptanz erfahren. So gilt es beispielsweise, den Kondombezug weiterhin so diskret und anonym wie möglich zu gestalten, ansonsten dieses Angebot von den Insassen wohl kaum je im wünschbaren Ausmass angenommen wird.

## 5. Empfehlungen

Damit die Integration infektionsprophylaktischer Massnahmen im Rahmen des Strafvollzugs selbstverständlicher gelingt, braucht es zum einen die Anerkennung infektionsrelevanter Tatsachen, zum anderen klare Vorgaben und kontinuierliche Unterstützung durch die verantwortlichen politischen Instanzen.

Auf der Grundlage unserer Studienerkenntnisse und gestützt auf andere Schweizer Gefängnisstudien lassen sich folgende Empfehlungen formulieren:

- Die Infektionsprophylaxe insgesamt intensivieren und nachhaltiger im Strafvollzug verankern

- Die Mitarbeiter kontinuierlich weiterbilden und stärker in die präventiven Massnahmen einbeziehen
  - Die Aufklärung der Mitarbeiter und der Insassen, insbesondere über Hepatitis-Infektionen, durch interaktive Kommunikationsformen verstärken
  - Den Zugang zum medizinischen Dienst erleichtern bzw. einen spontanen und direkten Zugang ermöglichen
  - Die Wahrung des Arztgeheimnisses garantieren bzw. transparent machen, welche Informationen an nichtärztliche Instanzen weitergegeben werden
  - Behindernde Sanktionen aufheben; Sanktions- und Diskriminierungsängste mit geeigneten Mitteln abbauen
  - Die tabuisierten Themen «Sexualkontakte» und «Gewalt» behutsam, aber engagiert angehen; hierfür den Einsatz von internen und externen Mediatoren prüfen
  - Eine routinemässige Vernetzung und Zusammenarbeit mit externen Fachstellen und Fachleuten herstellen
7. Nelles J, Waldvogel D, Maurer C et al. Pilotprojekt Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank. Evaluationsbericht. Bern; 1995<sup>1</sup>.
  8. Nelles J, Fuhrer A. Risikominderung im Gefängnis. Strategien gegen Drogen, Aids und Risikoverhalten. Bern; 1995<sup>2</sup>.
  9. Nelles J, Fuhrer A, Vincenz I. Drogen-, HIV- und Hepatitisprophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta. Kurzbericht über die wissenschaftliche Begleituntersuchung. Bern; 1999.
  10. Stöver H. Drogenkonsum und Infektionskrankheiten im Strafvollzug. Widersprüche, Versäumnisse und Perspektiven einer Strafvollzugspolitik. Kriminologisches Journal 1999;31/4:271-88.

## 6. Referenzen / Literaturangaben

1. Bachmann D, Weyermann M. La politique de prévention contre le VIH/sida dans les prisons. Département de science politique, Université de Genève. Genève; 1997.
2. Bundesamt für Gesundheit/Eidgenössische Kommission für Aidsfragen. HIV-Prävention in der Schweiz. Ziele, Strategien, Massnahmen. Bern; 1993.
3. Bundesamt für Statistik. Die Gesundheit der Insassen in Schweizer Gefängnissen 1993. Resultate der schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/1993. Bern; 1998.
4. Karger Th. Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im schweizerischen Strafvollzug. Unveröffentlichter Zwischenbericht zur «Gesamtschweizerischen Bestandesaufnahme der Hilfsangebote für Suchtmittelabhängige in den Anstalten zum Vollzug von Strafen, Massnahmen und Untersuchungshaft». Institut für Suchtforschung, Zürich; 1996.
5. Karger Th. Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im schweizerischen Strafvollzug. 2. Teilbericht. Unveröffentlichter Projektbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. Institut für Suchtforschung, Zürich; 1997.
6. Merz U. Aids-Fortbildung für das Betreuungspersonal von Untersuchungsgefängnissen, Vollzugsanstalten und Institutionen des Jugend-Massnah-

## 7. Wissenstransfer / Valorisierung

### 7.1 Auf wissenschaftlichem Gebiet

1. Projektvorstellung an der Jahrestagung der Kommission zur Kontrolle der Aids-Forschung (KKAF) in Thun, Oktober 1998.
2. Karger Th. Behandlung von Drogenabhängigen im Strafvollzug der Schweiz. Vortrag am Kongress «Sucht und Recht» vom 11.–13. September 1996 in Zürich.
3. Karger Th. Behandlung von Suchtmittelabhängigen im schweizerischen Strafvollzug. Editorial, Bundesamt für Justiz. Informationen über den Straf- und Massnahmenvollzug 1996;4.
4. Karger Th. Was wird in Schweizer Gefängnissen für süchtige Häftlinge getan? Editorial, Bundesamt für Gesundheit, Spectra 1997;10.
5. Karger Th. Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit und Massnahmen zur Infektionsprophylaxe im Strafvollzug der Schweiz. Kriminologisches Bulletin 1999;25:25-47.
6. Über die Ergebnisse der Karger-Studien (1996 und 1997) sowie der Nelles-Studien (1995<sup>1</sup> und 1995<sup>2</sup>) hat Prof. Dr. A. Uchtenhagen bei den folgenden Gelegenheiten referiert:
  - Fifth Conference of the European Association on Addiction Research, Wien, 7.–9. Mai 1999
  - Symposium on the National Treatment Outcome Research Study, London, 9. Juni 1999
  - Deutscher Richtertag, Karlsruhe, 5.–6. Oktober 1999
  - WHO Conference «Health in Prisons», Athen, 27. November 1999

Ausserdem fanden Ergebnisse der Karger-Studien (1996 und 1997) Eingang in folgendes Handbuch:

7. Uchtenhagen A., Zieglgänsberger W (Hrsg). Suchtmedizin. München: Urban und Fischer; 2000.

Und schliesslich gilt es, die folgende Publikation zu erwähnen:

8. Uchtenhagen A. HIV-Prevention in Prison. In: Waal H (Ed): Patterns on the European Drug Scene. An exploration of differences. National Institute on Alcohol and Drug Research, Oslo; 1998.

Korrespondenzadresse:  
Institut für Suchtforschung  
Postfach  
8031 Zürich  
isf@isf.unizh.ch

# Prophylaxie des infections et promotion de la santé en milieu carcéral\*

Thomas Karger, Christa Berger, Ambros Uchtenhagen, Institut de recherche sur les addictions (ISF), Zurich

## Résumé

Sur la base de deux enquêtes générales concernant les offres d'aide aux détenus toxicodépendants et la prophylaxie des infections dans les centres de détention en Suisse, une étude de cas qualitative a analysé les effets concrets des offres de prévention et de traitement en milieu carcéral. En prenant pour exemple un établissement pénitentiaire fermé, à la fois en Suisse francophone et en Suisse alémanique, on a vu pourquoi certaines mesures de prophylaxie des infections étaient contestées ou plus ou moins sollicitées par rapport à d'autres, et comment les offres de prévention étaient perçues et évaluées par les différents acteurs des prisons. L'objectif de l'étude était de mieux comprendre les problèmes spécifiques se présentant lors de la mise en place de mesures de prophylaxie des infections en milieu carcéral, ceci en tenant compte des recommandations pour une mise en pratique appropriée des dites mesures. La base de données était principalement constituée d'entretiens retranscrits avec au total 30 détenus de nationalités différentes, ainsi que 22 collaborateurs provenant de divers secteurs de la prison. L'analyse résulte de méthodes de recherche qualitatives. Résultats: Avant tout, la comparaison entre les deux établissements a montré des traits communs. Dans les deux établissements, une approche pragmatique cherchant à unir le mandat pénal aux exigences de demandes de santé est visible en ce qui concerne les mesures de prophylaxie des infections. Du matériel de désinfection (entre autres pour le nettoyage des seringues) et des préservatifs, ainsi que du matériel d'information écrit sont remis aux détenus. Il s'est avéré que l'accès problématique au service médical, une limitation des stratégies d'intervention à des tâches de contrôle et de surveillance principalement, ainsi qu'une tendance à éviter de recourir aux offres proposées, particulièrement prononcée chez les détenus, rendent difficile une prophylaxie effective des infections. En revanche, les cours de perfectionnement et l'implication des collaborateurs, ainsi que la prise en considération de la «culture carcérale» spécifique, s'avèrent profitables pour l'acceptation de mesures de prophylaxie des infections en milieu carcéral.

## 1. Introduction

Les résultats de recherche, tant sur le plan national qu'international, indiquent que les personnes emprisonnées sont soumises à des risques de santé spécifiques et que les problèmes de santé apparaissent de manière cumulée en milieu carcéral.

L'utilisation commune de seringues, les relations sexuelles non protégées et les pratiques de tatouage non hygiéniques font des prisons des endroits particulièrement exposés au risque d'infection. Basé sur le nombre élevé de détenus consommant des drogues, le taux de prévalence du VIH dans les prisons suisses est estimé entre 2 et 10%. De même, d'autres maladies infectieuses, comme les hépatites B et C, la tuberculose et différentes maladies sexuellement transmissibles se propagent largement en milieu carcéral.

De ce fait, les mesures de prophylaxie des infections et la promotion de la santé sont particulièrement indiquées dans les prisons. En 1993 déjà, l'Office fédéral de la santé publique, en collaboration avec la Commission fédérale sur les questions relatives au sida, a formulé les lignes directrices de la lutte contre le VIH dans les prisons. Par conséquent, différents projets-pilotes sur la réduction des risques en milieu carcéral ont vu le jour et ont été évalués de manière scientifique. Ainsi, dans des établissements pénitentiaires spécifiques, les sections réservées à la toxicodépendance ont eu la possibilité d'organiser une remise de méthadone sous contrôle médical, et d'installer des distributeurs automatiques de seringues. La remise de la «trousse de premier secours» avec le matériel de

## Key Words

Infectious Disease  
Prophylaxis, Health Promotion, Penal Institution, Prison, Opiate Dependency, Harm Reduction, Aids-Prevention, Qualitative Case Study

\* Cette évaluation a été soutenue par le contrat n° 7714 de l'Office fédéral de la santé publique. Durée du mandat: 1er août 1997 – 31 mars 2000. Une version en anglais de cet article peut être obtenue auprès du Centre de compétences en évaluation de l'OFSP.

désinfection, les préservatifs et les lubrifiants, était un élément essentiel de ces études-pilotes. De plus, des campagnes d'information et des cours de formation pour les collaborateurs ont accompagné ces mesures de prophylaxie des infections. Malgré les effets positifs prouvés par ces études-pilotes, la mise en place de mesures de prophylaxie des infections en milieu carcéral s'avère difficile. Les prisons ne sont pas conçues prioritairement dans le but de s'occuper de problèmes de santé. Leur fonction première est la garantie de l'exécution de la peine. Vu le conflit d'intérêts entre le mandat pénal et le mandat de santé, on comprend que les mesures de prophylaxie des infections ne se laissent pas facilement intégrer dans le milieu carcéral existant.

Un inventaire de la situation en Suisse, ainsi qu'une évaluation quantitative des offres d'aide aux détenus toxicodépendants (Karger 1996 et 1997) donnent un bon aperçu de la situation actuelle concernant les problèmes liés à la drogue dans les prisons suisses. Toutefois, on ne connaît pas encore bien les effets concrets des offres de prévention et de traitement en milieu carcéral. Pour cette raison, l'Office fédéral de la santé publique a commandé une étude de cas qualitative approfondie, dont les résultats sont rapportés ici. Nous nous limitons au thème de la «prophylaxie des infections».

## 2. Procédure / méthodologie

Pour l'étude de cas qualitative, deux établissements pénitentiaires comparables, tant par la grandeur que par le type de prison (exécution de la peine en milieu fermé), ont été choisis, l'un en Suisse alémanique, l'autre en Suisse romande. Quatre entretiens d'experts qui ont précédé l'étude, ont servi de base pour le développement des lignes directrices des entretiens.

La base de données est principalement constituée d'entretiens retranscrits avec au total 30 détenus de nationalités différentes, ainsi que 22 collaborateurs provenant de différents secteurs de la prison (service médical, surveillance, ateliers, service social, cuisine, aide psychologique), parmi lesquels des représentants des différents niveaux hiérarchiques ont été choisis en tant qu'interlocuteurs. En outre, des protocoles d'observation, divers documents en provenance de la prison (règlement de l'établissement, autres règlements, statistiques de santé, organigrammes, documents sur le thème «prophylaxie des infections»), ainsi que des articles de presse et des documents vidéo et de télévision étaient à disposition pour les analyses.

Le contenu des données a été évalué de manière analytique et les parties du texte choisies ont été analysées selon une herméneutique objective. L'ob-

jectif était de faire ressortir les échantillons d'action et d'interprétation principaux des acteurs des prisons, concernant les offres de prévention et de traitement existant en milieu carcéral.

Avec à l'arrière-plan les conditions de l'établissement pénitentiaire, le centre d'intérêt consistait à analyser et à discuter, d'une part, le contraste systématique des concepts de risque et de protection entre les détenus et les collaborateurs, ainsi que les traits communs et les différences. D'autre part, les facteurs «entravant» le recours et les facteurs «incitant» à recourir à une prophylaxie effective des infections en milieu carcéral ont été systématiquement mis en lumière.

## 3. Résultats

### 3.1 Prophylaxie des infections en prison: solution de compromis pragmatique

A l'origine, la mise en place de mesures de prophylaxie des infections en milieu carcéral était étroitement liée à la question d'une gestion adéquate de la consommation de drogue à l'intérieur de la prison. A cause du conflit d'intérêts entre le mandat pénal et le mandat de santé ou entre l'attribution de sanctions et la réduction des dommages, apparut la nécessité de trouver un consensus pragmatique. La coordination entre consommation de drogue à faible risque (en vue de la prévention des infections VIH ou hépatites) et système carcéral, a nécessairement entraîné des processus de négociation difficiles dans les prisons.

Dans les deux établissements, le matériel de désinfection, les préservatifs et les informations par écrit ont été remis aux détenus. Les offres de prophylaxie des infections effectuées jusqu'ici correspondent à des solutions de compromis pragmatiques. Une forme de prophylaxie des infections appropriée et consensuelle, qui essaie de tenir compte également du mandat pénal et du mandat de santé, est par exemple le «nettoyage des seringues» en lieu et place de la «remise de seringues». Cette dernière garantit certes une meilleure prophylaxie des infections, la désinfection d'une seringue étant relativement longue et coûteuse et n'étant pas toujours effectuée de manière satisfaisante dans les situations de stress. Toutefois, pour le moment, l'option «remise de seringues» n'a pas encore été introduite dans les deux établissements, parce qu'elle soulève de nombreuses questions concernant la garantie du mandat pénal et de sécurité.

En pratique, la prévention menée en prison de façon pragmatique, est marquée par une procédure prudente et retenue.



Le pragmatisme prudent s'avère une stratégie adéquate pour les prisons, dans la mesure où il est largement soutenu. Il s'est toutefois avéré que les détenus et les collaborateurs ne sont pas clairement informés sur les maladies infectieuses et les mesures de prévention. En particulier, un manque de connaissances subsiste concernant les infections de l'hépatite.

### **3.2 Facteurs «entravant» une prophylaxie effective des infections**

L'accès au service médical, qualifié de difficile par les détenus, constitue une restriction importante en ce qui concerne une prophylaxie effective des infections. Des formulaires doivent être remplis, la demande est faite auprès du personnel non médical avec mention des motifs et il y a des périodes d'attente.

Les détenus jugent peu claire la façon dont le secret médical est réglé et la nature des informations qui sont transmises à des instances non médicales. Ceci provoque de la méfiance, ce qui fait que le service médical n'est visité qu'avec réserve et que les questions problématiques (par exemple, consommation de drogue ou relations sexuelles) ne sont pas abordées.

De plus, la compréhension du risque et l'action préventive des acteurs en milieu carcéral sont fortement déterminées par le règlement de l'établissement. Ainsi, pour les collaborateurs, la prophylaxie des infections est d'abord réduite à un problème de surveillance et de contrôle. Par conséquent, les contrôles à l'entrée stricts, les contrôles des urines réguliers, les contrôles des visiteurs, ainsi que les sanctions en cas de consommation de drogue sont considérés comme des stratégies importantes visant la réduction du risque de transmission.

A cause du caractère de contrôle prononcé de la prophylaxie des infections pratiquée, les détenus évitent de recourir à des offres de prévention spécifiques par crainte de possibles représailles. Par exemple, celui qui se procure des préservatifs s'expose à un double soupçon: les collaborateurs peuvent soupçonner que les préservatifs sont utilisés pour du trafic et de ce fait, procèdent à des fouilles intimes fortement désagréables pour le suspect. Les codétenus sont soupçonnés d'entretenir des relations sexuelles avec d'autres prisonniers. Les relations homosexuelles, pour autant qu'elles soient observées par d'autres détenus, sont sanctionnées selon les circonstances.

La crainte d'une sanction est par conséquent, du point de vue du détenu, un motif suffisant pour renoncer aux offres de prophylaxie des infections.

Cette tendance à éviter de recourir à l'offre s'intègre dans une «culture carcérale» spécifique marquée par les secrets, la méfiance et la discrétion. Les relations homosexuelles et la violence sont niées de la même manière par les détenus et par les collaborateurs. Généralement, il importe aux détenus d'éviter les conflits, et par là même les contacts personnels. La sphère privée, du reste limitée, doit rester protégée le plus possible. L'absence de participation exprimée sert d'abord à l'autoprotection qui, par rapport à la prophylaxie des infections, présente une plus grande priorité.

### **3.3 Facteurs «incitant» une prophylaxie des infections effective**

Bien qu'au sein de la prison, des conflits latents existent entre les groupes de professions et les différents secteurs, on a constaté que les collaborateurs des deux établissements sont ouverts à une coopération pragmatique concernant la mise en place de mesures de prophylaxie des infections.

Il s'est avéré que les collaborateurs qui accompagnent ces innovations et qui sont impliqués depuis le début dans le processus, soutiennent fortement la mise en place de ces mesures de prophylaxie des infections en prison. Dans ce contexte-là, les collaborateurs trouvent particulièrement utile et d'un grand soutien le fait qu'ils puissent recourir au besoin à un médecin de confiance.

Nous avons constaté que les cours de formation suivis régulièrement ont largement contribué à supprimer le scepticisme par rapport à la prophylaxie des infections en prison et, dans leur travail au quotidien, les collaborateurs ont eu plus de sécurité d'action.

Les deux établissements assurent une remise de préservatifs discrète et prennent ainsi en considération la culture de tabou qui existe dans les prisons. Nos analyses ont montré que l'obtention de préservatifs «à l'abri des regards» est une condition indispensable pour la sollicitation de cette offre par les détenus. Toutefois, la possibilité de se procurer discrètement des préservatifs auprès du médecin et dans les salles communes n'a de sens que si les détenus peuvent accéder plus facilement au service médical.

## 4. Discussion / conclusion

### 4.1 Comparaison avec les autres études dans des prisons en Suisse

Jusqu'à présent, les études faites dans les prisons (Karger 1996 et 1997) et les évaluations de projets-pilotes («études de Hindelbank et de Realta» 1995 et 1999) portaient principalement sur la consommation de drogue en milieu carcéral et se focalisaient surtout sur le risque d'infection encouru par les détenus dépendants des drogues.

Les deux études de Karger montrent que dans les prisons suisses, il existe une bonne pratique de l'information sur le VIH/sida, toutefois plutôt déficitaire concernant la tuberculose et les hépatites. Les études de Hindelbank et de Realta étaient parvenues aux mêmes résultats que notre étude: les détenus et les collaborateurs connaissent bien le thème du VIH/sida, mais manquent de connaissances sur le thème des hépatites.

Les résultats de notre étude rejoignent les résultats des études de Hindelbank et de Realta, pour ce qui est de la transmission d'informations sur la prophylaxie des infections, dans la mesure où l'intérêt que portent les détenus à être informés est généralement surestimé. L'intérêt des détenus pour le thème «prophylaxie des infections» est plutôt faible. De même, les collaborateurs doivent être incités à s'intéresser au thème, plutôt qu'ils ne s'y intéressent spontanément. L'étude de Karger (1997) indique clairement que de pouvoir se procurer un préservatif discrètement n'est pas encore assuré dans tous les centres de détention. Notre étude a pu montrer qu'un accès aux préservatifs «à l'abri des regards» constitue une condition indispensable pour une sollicitation de cette offre par les détenus. Des expériences semblables ont été faites dans le centre de détention de Realta concernant le retrait de seringues dans les distributeurs automatiques.

L'étude de Karger (1997) a jugé déficitaire la pratique d'information et la prophylaxie des infections concernant le «safer use» (mode d'emploi pour la désinfection des seringues). En effet, comme auparavant, la remise de seringues constitue une mesure marginale par rapport à la réduction de la consommation de drogue à risque en prison. En revanche, on préfère la remise du matériel de désinfection. Cela est probablement lié au fait que la remise de seringues représente la mesure de prophylaxie des infections la plus contestée en milieu carcéral. Les expériences de Hindelbank et de Realta ont montré que la remise de seringues en milieu carcéral est une mesure tout à fait réalisable et sensée. Avec cette dernière, la consommation de drogue n'a pas augmenté et de nouveaux consommateurs de drogues n'ont pas été enregis-

trés. Les réserves faites par rapport à la remise de seringues, confirmées par notre étude, sont particulièrement fortes parce qu'elles ébranlent directement l'autocompréhension professionnelle des collaborateurs des prisons. En particulier, la contradiction entre mesures de prophylaxie et interdiction de consommer des drogues ainsi que devoir de sanction, donne du fil à retordre aux collaborateurs. Le thème de la violence en milieu carcéral (entre autres, le viol) n'a pas été abordé dans les établissements pénitentiaires pris en considération. Seule l'enquête suisse sur la santé (1998) mentionne que la violence dans les prisons suisses est un phénomène répandu. Notre enquête a pu montrer que la «violence» et les «relations homosexuelles» sont de grands tabous en milieu carcéral.

### 4.2 Conclusions

La mise en place de mesures de prophylaxie des infections en milieu carcéral demande à rechercher des processus de compromis et de consensus pénibles et exige, de la part des décideurs, qu'ils soient disposés à réfléchir sur les règlements de prison existants. La compatibilité difficile entre le mandat pénal et le mandat de santé suggère que les approches de prophylaxie des infections qui ont été tentées et qui ont fait leurs preuves en dehors du système pénitentiaire, ne peuvent pas être simplement transposées telles quelles. L'adéquation aux prisons correspond plutôt à des solutions consensuelles qui tiennent compte des exigences contradictoires du mandat pénal et du mandat de santé.

Toutefois, la pratique de prévention pragmatique devrait s'améliorer en termes d'efficacité et de continuité. Premièrement, à cause des lacunes de connaissances des détenus et des collaborateurs, en particulier sur les infections de l'hépatite, car on n'informe pas avec suffisamment d'insistance sur les risques d'infection effectifs et sur les mesures de protection. Deuxièmement, les seringues ne sont pas nettoyées de manière satisfaisante, parce que le processus de désinfection demande un temps relativement long. Troisièmement, les détenus renoncent à se procurer des préservatifs par crainte de sanctions. En outre, l'intérêt actif des détenus pour la prévention des risques d'infection est généralement surestimé.

La culture de tabou et d'évitement spécifique au milieu carcéral représente un grand défi pour une prophylaxie effective des infections. Des offres adéquates doivent pourtant être élaborées et/ou orientées en fonction de cette réalité, afin qu'elles puissent être prises en considération et acceptées. Il s'agit par exemple de pouvoir se procurer des préservatifs de manière anonyme et discrète, faute de quoi cette offre ne sera pas utilisée dans les proportions désirées.

## 5. Recommandations

Pour que la mise en place de mesures de prophylaxie des infections en milieu carcéral puisse réussir, il faut d'une part que l'importance des infections soit reconnue et d'autre part, qu'il y ait des normes claires et le soutien continu des instances politiques responsables. Sur la base des constatations issues de notre étude et d'autres études sur le milieu carcéral en Suisse, les recommandations suivantes peuvent être formulées:

De manière générale, la prophylaxie des infections doit être ancrée plus intensivement et plus efficacement dans les établissements pénitentiaires.

- Les collaborateurs devraient suivre une formation continue et s'impliquer plus fortement dans les mesures préventives.
- Par le renforcement des formes de communication interactives, les collaborateurs et les détenus devraient bénéficier de plus amples informations, en particulier sur les infections de l'hépatite.
- Faciliter l'accès au service médical et/ou permettre d'y accéder directement ou spontanément.
- Garantir et/ou rendre transparente la protection du secret médical, à savoir la nature des informations transmises aux instances non médicales.
- Supprimer les sanctions «handicapantes», réduire les craintes de sanctions de discrimination avec des moyens appropriés.
- Aborder en douceur les thèmes tabous des «relations sexuelles» et de la «violence». Pour cela, examiner s'il vaudrait la peine d'engager des médiateurs internes et externes.
- Créer un réseau et une coopération régulière avec des professionnels externes.

## 6. Références / bibliographie

1. Bachmann D, Weyermann M. La politique de prévention contre le VIH/sida dans les prisons. Département de science politique, Université de Genève. Genève; 1997.
2. Office fédéral de la santé publique/Commission fédérale pour les questions liées à la prévention du VIH/sida en Suisse. Buts, stratégies, mesures. Berne; 1993.
3. Office fédéral de la statistique. La santé des détenus dans les prisons suisses en 1993. Résultats de l'enquête suisse sur la santé 1992/1993. Berne; 1998.

4. Karger Th. Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im schweizerischen Strafvollzug. Unveröffentlicher Zwischenbericht zur «Gesamt-schweizerischen Bestandesaufnahme der Hilfsangebote für Suchtmittelabhängige in den Anstalten zum Vollzug von Strafen, Massnahmen und Untersuchungshaft». Institut de recherche sur les addictions, Zurich; 1996.
5. Karger Th. Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit im schweizerischen Strafvollzug. 2. Teilbericht. Rapport non publié à l'Office fédéral de la santé publique. Institut de recherche sur les addictions, Zurich; 1997.
6. Merz U. Aids-Fortbildung für das Betreuungspersonal von Untersuchungsgefängnissen, Vollzugsanstalten und Institutionen des Jugend-Massnahmenvollzugs. Rapport de synthèse à l'Office fédéral de la santé publique; 1994.
7. Nelles J, Waldvogel D, Maurer C et al. Pilotprojekt Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank. Rapport d'évaluation. Berne; 1995<sup>1</sup>.
8. Nelles J, Fuhrer A. Risikominderung im Gefängnis. Strategien gegen Drogen, Aids und Risikoverhalten. Berne; 1995<sup>2</sup>.
9. Nelles J, Fuhrer A, Vincenz I. Drogen-, HIV- und Hepatitisprophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta. Kurzbericht über die wissenschaftliche Begleituntersuchung. Berne; 1999.
10. Stöver H. Drogenkonsum und Infektionskrankheiten im Strafvollzug. Widersprüche, Versäumnisse und Perspektiven einer Strafvollzugspolitik. Kriminologisches Journal 1999;31/4:271–88.

## 7. Echange de connaissances / valorisation

### 7.1 Dans le domaine scientifique

1. Présentation du projet lors de l'assemblée annuelle de la Commission de contrôle de la recherche VIH/sida (CCRS) à Thoune, en octobre 1998.
2. Karger Th. Behandlung von Drogenabhängigen im Strafvollzug der Schweiz. Conférence lors du congrès «Sucht und Recht» du 11–13 septembre 1996 à Zurich.
3. Karger Th. Behandlung von Suchtmittelabhängigen im schweizerischen Strafvollzug. Editorial, Bundesamt für Justiz. Informationen über den Straf- und Massnahmenvollzug 1996;4.
4. Karger Th. Was wird in Schweizer Gefängnissen für süchtige Häftlinge getan? Editorial, Bundesamt für Gesundheit, Spectra 1997;10.
5. Karger Th. Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit und Massnahmen zur Infektionsprophylaxe im Strafvollzug der Schweiz. Kriminologisches Bulletin 1999;25:25–47.
6. Le prof. Dr A. Uchtenhagen a fait référence aux études de Karger (1996 et 1997) ainsi qu'aux études de Nelles (1995<sup>1</sup> et 1995<sup>2</sup>) lors de:

- Fifth Conference of the European Association on Addiction Research, Vienne, qui a eu lieu du 7 au 9 mai 1999
- Symposium on the National Treatment Outcome Research Study, London, le 9 juin 1999
- Deutscher Richtertag, Karlsruhe, le 5 et 6 octobre 1999
- WHO Conference «Health in Prisons», Athen, le 27 novembre 1999

En outre, les études de Karger (de 1996 et 1997) ont été mentionnées dans l'ouvrage suivant:

7. Uchtenhagen A, Zieglgänsberger W (Eds). Suchtmedizin. München: Urban und Fischer; 2000.

Finalement, la publication suivante peut encore être ajoutée:

8. Uchtenhagen A. HIV-Prevention in Prison. In: Waal H (Ed): Patterns on the European Drug Scene. An exploration of differences. National Institute on Alcohol and Drug Research, Oslo; 1998.

Adresse pour correspondance:  
Institut de recherche sur les addictions  
Case postale  
CH-8031 Zurich  
E-Mail: [isf@isf.unizh.ch](mailto:isf@isf.unizh.ch)

# HIV-Prävention im Strafvollzug: Evaluationsprojekte\*

Joachim Nelles, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern

## Zusammenfassung

In den Anstalten in Hindelbank, einem Frauengefängnis für rund 100 Insassinnen, wurde ab Mai 1994 ein einjähriges Pilotprojekt zur Drogen- und Aids-Prävention durchgeführt, das u. a. die Abgabe von sterilen Injektionspritzen mittels 1:1-Spritzentauschautomaten beinhaltete. Im Rahmen der Begleitevaluation wurden die Insassinnen zu vier, das Anstaltspersonal zu zwei Messzeitpunkten ausführlich in strukturierten Interviews befragt sowie weitere, u. a. medizinische Daten erhoben. Jede dritte der 137 befragten Insassinnen gab an, in der Anstalt Heroin oder Kokain zu konsumieren, drei Viertel von ihnen intravenös. Die Spritzenabgabe hat weder zu einem Anstieg des Drogenkonsums geführt, noch wurden Spritzen missbräuchlich benutzt. Neueinsteigerinnen gab es nicht. Der Spritzentausch unter i. v. konsumierenden Insassinnen nahm im Projektverlauf markant ab. Die HIV-, Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Prävalenz war hoch (6, 45, bzw. 35 von total 94 untersuchten Insassinnen positiv). Neuinfektionen oder Serokonversionen wurden keine verzeichnet. Die Akzeptanz des Präventionsprogramms war sowohl bei den Insassinnen als auch beim Personal sehr gut. Lediglich die Spritzenabgabe war teilweise umstritten; rund ein Fünftel der befragten Angestellten sprach sich gegen die Spritzenautomaten aus. Die Einstellung der Angestellten zu den konkreten Präventionsmassnahmen erwies sich als eng zusammenhängend mit ihrer jeweiligen allgemeinen drogenpolitischen Haltung. Ein Jahr nach Abschluss der Pilotphase wurde das weitergeführte Präventionsprogramm in einer Nachevaluation untersucht; die erhobenen Daten bestätigen im Wesentlichen die Ergebnisse der Hauptuntersuchung. Weitere Projekte in Realta, in Deutschland und in Spanien folgten und zeigten vergleichbare Resultate. Die Spritzenabgabe im Gefängnis ist dennoch weit davon entfernt, als Präventionsmassnahme etabliert zu sein.

## 1. Einleitung

Ein wesentlicher Teil der Straffälligen befindet sich wegen Drogendelikten (Drogenkonsum, Drogenhandel und Beschaffungsdelikten) im Gefängnis. In den meisten Gefängnissen beträgt der Anteil drogenabhängiger Insassen 30–50%. Entsprechend häufig kommt Drogenkonsum in den Anstalten vor; ebenso der Tausch gebrauchter Spritzen, da allein schon der Besitz von Spritzen im Gefängnis verboten ist. Drogenkonsum wird oft durch homo- und heterosexuelle Prostitution finanziert, das Risikoverhalten bei sexuellen Kontakten ist gross. Die Prävalenz von HIV- und Hepatitisinfektionen unter Gefangenen ist entsprechend bis zu 60-mal grösser als in der übrigen Bevölkerung. Straffällige gefährden so sich und andere Menschen mehrfach (detaillierte Literaturübersicht in Nelles et al.) (1).

Vor diesem Hintergrund wurde im Juni 1994 in den Anstalten in Hindelbank ein einjähriges Pilotprojekt zur Drogen- und HIV-Prävention installiert. Prävention und Evaluation wurden unabhängig voneinander durchgeführt. Das Präventionsangebot bestand im Wesentlichen aus Informations- und Gruppenveranstaltungen, Sprechstunden und der freien Abgabe von sterilen Spritzen mittels 1:1-Spritzentauschautomaten. Hauptaufgabe der Begleitevaluation war es, die Auswirkungen der Prävention zu untersuchen, um spezielle und generelle Empfehlungen zur Aids- und Drogenprävention im Straf- und Massnahmenvollzug zu ermöglichen. Im Einzelnen bedeutete dies: Erfassung des Risikoverhaltens unter den Anstaltsinsassinnen, der Nutzung des Präventionsangebotes, des Wissensstandes der Insassinnen und des Personals, der Akzeptanz der Präventionsangebote bei Insassinnen und Angestellten, der Zahl bezogener Spritzen und der Zahl der anstaltsinternen Sanktionen. Mit der Nachevaluation des Pilotprojektes ein Jahr nach Abschluss sollte der Fortlauf der getroffenen Massnahmen beschrieben werden, um einen Vergleich der aktuellen Situation mit den während der Pilotphase erhobenen Daten sowie die Interpretation allfälliger Veränderungen zu ermöglichen.

## Key Words

Prevention of HIV/Aids, Infectious Disease Prophylaxis, Dependence on Illegal Drugs, Severe Opiate Dependency, Harm Reduction, Prison, Penal Institution, Syringe Exchange

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 5599 unterstützt. Dieser Artikel wurde vom Autor überarbeitet übernommen aus: Rihs-Middel M, Lotti H. Suchtforschung des BAG/Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996. Bern, EDMZ, 1997.



## 2. Vorgehen / Methodik

### 2.1 Zielgruppen der Untersuchung, Vorgehensweise

Zielgruppen der Erhebungen waren die Insassinnen und das Personal der Anstalten in Hindelbank. Die Anstalten beschäftigen gut 100 Angestellte und waren im Evaluationszeitraum mit knapp 90 Insassinnen belegt, wobei das Insassinnenkollektiv stark fluktuierete (rund 100 Eintritte jährlich). Rund ein Drittel der Insassinnen sind Heroin- oder Kokainkonsumentinnen.

Die Erhebungen fanden unmittelbar vor Installation der Präventionsmassnahmen sowie 3, 6, und 12 Monate danach statt. Sämtliche Befragungen und weiteren Erhebungen waren anonym und freiwillig. Die Angestellten wurden schriftlich zu den Befragungen eingeladen, die Insassinnen persönlich von der Evaluationsmitarbeiterin vor Ort angesprochen. Die Evaluation erfolgte in den vier Sprachen Deutsch, Englisch, Französisch und Spanisch.

### 2.2 Forschungsplan

Die Untersuchung der Wirksamkeit der Prävention ging von drei Hypothesen aus:

- *Hypothese Wissen*: Die Präventionsmassnahmen verbessern das Wissen über Infektionsmöglichkeiten im Zusammenhang mit Spritzenaustausch und Sexualekontakten und über die entsprechenden Erkrankungen.
- *Hypothese Risikoverhalten*: Hinsichtlich HIV- und Hepatitisinfektionen riskante Verhaltensweisen – Spritzenaustausch und ungeschützte sexuelle Kontakte – nehmen im Zuge der Präventionsmassnahmen ab.
- *Hypothese Gesundheit*: Die physische Gesundheit der Insassinnen verbessert sich im Zuge der Präventionsmassnahmen.

Variablen, die geeignet schienen, die Hypothesen zu prüfen, wurden vor und während der Intervention durch Interviews, Fragebogen, medizinische Abklärungen und Auswertung von Anstaltsakten erfasst.

Die Akzeptanz des Präventionsangebots wurde in drei Aspekten erfasst: Einstellung der Insassinnen und Angestellten zu den einzelnen Präventionsmassnahmen; Erwartungen bezüglich positiver und negativer Folgen der Präventionsmassnahmen; Erfahrungen mit den Präventionsmassnahmen. In der letzten Erhebung wurde ausserdem die drogenpolitische Einstellung der Angestellten untersucht. Daten zur Nutzung der einzelnen Angebote schliesslich sollten Hinweise sowohl auf die Wirksamkeit als auch auf die Akzeptanz der Massnahmen geben. Erhoben wurden in diesem Zusammenhang die Nutzung und Bewertung der Informations- und Gruppenveranstaltungen, der Sprechstunden, ausserdem der Spritzenverbrauch und die Nutzung projektunabhängiger Beratungsangebote. Eine Übersicht der Evaluationsinstrumente gibt Tabelle 1; vergleiche auch Nelles et al. (2).

### 2.3 Datenqualität und statistische Methoden

#### 2.3.1 Externe Validität

Um Anhaltspunkte über die Reliabilität der Angaben in den Insassinnenbefragungen zu erhalten, wurden in der vierten Erhebung zusätzlich zu den Interviews soziodemographische Daten aus den Anstaltsakten erhoben. Einige wichtige Angaben in den Befragungen über Drogenkonsum, Hepatitis- und HIV-Status liessen sich ausserdem mit entsprechenden Angaben in den Protokollen des Projektarztes vergleichen. Der Vergleich dieser Daten ergab eine gute Übereinstimmung in Bezug auf die soziodemographischen Daten und eine sehr gute bis vollständige Übereinstimmung in Bezug auf die Angaben über Drogenkonsum, Hepatitis- und HIV-Status.

**Tabelle 1: Erhebungsinstrumente und Befragungen**

Zeitpunkt	Evaluationsteam:	Präventionsteam:
Erhebung I (19.5. – 9.6.1994) Beginn des Pilotprojekts (13.6.1994)	Interviews (Insassinnen und Angestellte)	Körperuntersuchung, Laboranalysen (Insassinnen)
Erhebung II (13.8. – 31.8.1994)	Interviews (Insassinnen) Befragung Direktorium, Gesundheitsdienst, Präventionsteam	Fragebogen zur Nutzung der Gruppen- und Informationsveranstaltungen (nach jeder Veranstaltung)
Erhebung III (24.11. – 9.12.1994)	Interviews (Insassinnen und Angestellte) Befragung Direktorium, Gesundheitsdienst, Präventionsteam	Fragebogen zur Nutzung der Sprechstunde (nach jeder Sprechstunde)
Erhebung IV (23.5. – 30.5.1995)	Interviews (Insassinnen) Schriftliche Befragung der Angestellten Befragung Direktorium, Gesundheitsdienst, Präventionsteam	Erfassung der Anzahl am Automaten bezogener Spritzen (bei jedem Auffüllen)
Ende des Pilotprojekts (27.6.1995)		

### 2.3.2 Interne Validität

Um Verfälschungen durch «sozial erwünschte Antworten» entgegenzuwirken, wurden verschiedene Massnahmen getroffen (freiwillige Teilnahme; intensive Präsenz der Evaluationsmitarbeiterin vor Ort; Durchführung der Interviews während der Arbeitszeit der Insassinnen; Einsatz geeigneter Interviewerinnen; Ausfertigung der Fragebogen in vier Sprachen; Illustration kritischer Fragen zur Aids/HIV-Übertragung).

Die hohe Teilnahme und die hohe Akzeptanz bei der Befragung der Insassinnen und nicht zuletzt die hohe externe Validität kritischer Bereiche lassen darauf schliessen, dass die primäre Zielsetzung, hohe Validität in Bezug auf die Angaben der Insassinnen zu erhalten, erreicht wurde.

### 2.3.3 Statistische Methoden

Für statistische Analysen wurden in der Regel nicht parametrische Tests eingesetzt (Chi<sup>2</sup>-Tests bzw. Fisher's Exakter Test, um Unterschiede in Auftretenshäufigkeiten, sowie der Test nach Wilcoxon, um Unterschiede zwischen Mittelwerten zu untersuchen). Nicht zuletzt, um Fehler zweiter Ordnung nach Möglichkeit zu vermeiden, wurden gegebenenfalls auch parametrische Verfahren eingesetzt. So wurden, um z.B. einen Überblick über Zusammenhänge zwischen untereinander abhängigen Merkmalen (z. B. Drogenkonsum oder Nationalität bei den Insassinnen) zu gewinnen oder um die Effektstärke (z.B. der Prävention) abzuschätzen, Verfahren zur schrittweisen bzw. multiplen Regression gerechnet. Innere Zusammenhänge zwischen annähernd normalverteilten Einstellungsmassen (z. B. der Einstellung der Angestellten zur Drogenpolitik) wurden mit faktoranalytischen Methoden untersucht.

## 3. Resultate

### 3.1 Teilnahme

Insassinnen: Im einjährigen Evaluationszeitraum befanden sich insgesamt 189 Insassinnen in den Anstalten von Hindelbank. 155 Insassinnen konnten für Interviews angefragt werden, 137 (88%) haben an mindestens einem Interview teilgenommen. Von insgesamt 111 Angestellten der Anstalten in Hindelbank haben 86 (77%) an mindestens einer Erhebung (mündlich oder schriftlich) teilgenommen.

### 3.2 Soziodemographische Daten (Insassinnen)

Die befragten Frauen waren im Mittel 32 Jahre alt (Minimum 20, Maximum 56 Jahre). Nur knapp die

Hälfte der Befragten waren Schweizerinnen. Vier Fünftel der befragten Insassinnen wurden wegen oder in Verbindung mit Verstössen gegen das Betäubungsmittelgesetz, z.B wegen Konsum oder Handel mit Drogen, in die Anstalten in Hindelbank eingewiesen.

### 3.3 Drogenkonsum

Das Spektrum der in den Anstalten in Hindelbank konsumierten Drogen ist äusserst breit (Abb. 1). Regelmässiger Gebrauch von Medikamenten setzte bei einer Reihe von Frauen erst während des Aufenthaltes in Hindelbank ein. Ausschliesslich Frauen, die bereits vor ihrem Strafantritt Erfahrung mit regelmässigem Konsum illegaler Substanzen hatten, nahmen auch nach Strafantritt solche Drogen ein; Neueinsteigerinnen gab es nicht. Von den Frauen, die im Monat vor ihrer Einweisung Heroin oder Kokain konsumiert hatten, setzten drei Viertel den Konsum in Hindelbank fort.

Jede dritte der 137 befragten Insassinnen gab an, in der Anstalt Heroin oder Kokain zu konsumieren. Der Konsum von Heroin und Kokain und allgemein der Konsum illegaler Drogen war unter den Schweizerinnen in der Anstalt besonders häufig. Drei Viertel der Heroin- oder Kokainkonsumentinnen applizierte diese Drogen intravenös.

Der Anteil der Insassinnen, die im Gefängnis Heroin oder Kokain konsumierten, veränderte sich mit der Installation des Präventionsprogramms praktisch nicht; ebensowenig konnten eindeutige Veränderungen der Konsumfrequenz während der Projektdauer nachgewiesen werden. Auch die Applikationsform –

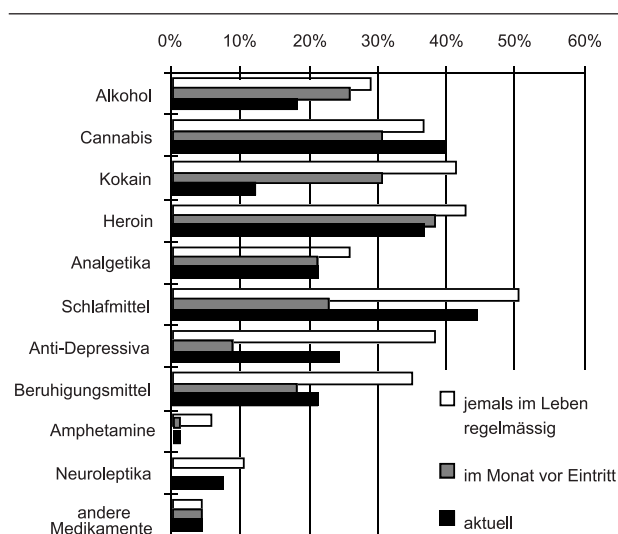


Abbildung 1: Angaben zum Drogenkonsum zu Beginn des Pilotprojekts (n=65)

Heroin beispielsweise kann gespritzt, geraucht oder «gesniff» werden – blieb während der Pilotphase weitgehend unverändert.

### 3.4 Spritzenabgabe

Während der einjährigen Evaluationsperiode wurden insgesamt 5335 Spritzen bezogen, d.h. im Durchschnitt alle sechs Tage eine Spritze pro Insassin. Im zweiten Halbjahr des Pilotprogramms nahm der Spritzenverbrauch markant ab (Abb. 2).

Der Spritzenverbrauch schien vor allem von der Verfügbarkeit der Drogen, d.h. von der Angebotslage einerseits und der Kaufkraft der Insassinnen andererseits abzuhängen. So stieg der Verbrauch jeweils gegen Monatsende für einige Tage an, wenn die Insassinnen das Pekulium ausgehändigt erhielten. Mehr Spritzen wurden ausserdem zu Zeiten bezogen, in denen nach Angaben von Angestellten und des Präventionsteams grössere Drogenmengen in der Anstalt vorhanden waren.

Parallel zum Spritzenverbrauch veränderte sich jeweils auch die Anzahl der drogenbedingten Sanktionen (Arrest, Urlaubskürzungen u.a.). Die Zahl der drogenbedingten Sanktionen stieg wie der Spritzenverbrauch gegen Monatsende an, und zwar sowohl vor als auch nach Projektbeginn. Die aus anderen Gründen verhängten Sanktionen zeigten keine vergleichbaren Veränderungen (Abb. 2). Die Sanktionspraxis wurde demnach nach Präventionsbeginn nicht verändert. Der Anstieg der drogenbedingten Sanktio-

nen jeweils gegen Monatsende schon vor Projektbeginn bestätigt, dass das Ausmass des Drogenkonsums im Wesentlichen durch die Verfügbarkeit der Drogen bestimmt wird.

### 3.5 Spritzentausch unter Drogenabhängigen

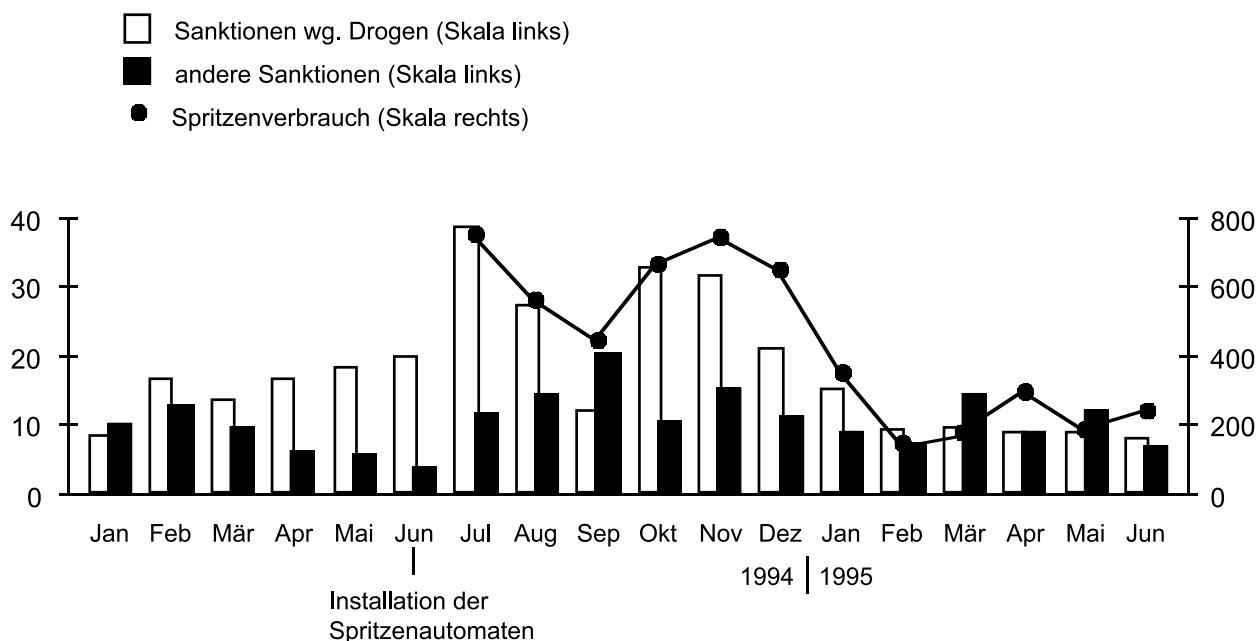
Im Mai 1994, bevor die Spritzenautomaten installiert waren, berichteten 8 von 19 Insassinnen, die intravenös Drogen konsumierten, dass sie Spritzen mit anderen Drogenabhängigen getauscht hatten. Ein Jahr später war es nur noch eine Person von 9 aktuell i.v. konsumierenden Insassinnen (Tab. 2). Spritzen wurden nach Präventionsbeginn noch dann getauscht, wenn die Automaten nicht funktionierten, oder aber als eine «Vertrauensbezeugung» unter Freundinnen, die ihren negativen HIV-Status kannten.

**Tabelle 2: Spritzentausch**

Monate nach Präventionsbeginn	Anzahl Interviews	Anzahl Insassinnen, die angaben, Spritzen getauscht zu haben
0	65	8 davon 6 mit einer Person 2 mit drei Personen
3	49	4 alle mit jeweils einer Person
6	33	2 beide mit jeweils einer Person
12	57	1 mit einer Person

### 3.6 Medizinische Untersuchungen

Die Ergebnisse der Blutanalysen von insgesamt 94 Insassinnen beim Eintritt zeigen, dass neben HIV-Infektionen vor allem den Infektionen mit Hepatitisviren grosse Bedeutung zukommt: fast jede zweite



**Abbildung 2: Sanktionen und Spritzenverbrauch**

der untersuchten Insassinnen war Hepatitis-B-, mehr als jede dritte Hepatitis-C-positiv (Tab. 3). In 51 Fällen war eine zweite Untersuchung beim Austritt möglich. Dabei konnten keine Neuinfektionen nachgewiesen werden. Diese Befunde sind allerdings vorsichtig zu werten, weil zwischen den beiden Analysen im Mittel nur rund fünf Monate lagen, eine HIV-Infektion mit den verwendeten Tests aber in der Regel erst drei Monate nach der Virusübertragung zu einem positiven Testergebnis führt.

Während der Pilotphase wurden keine Spritzenabszesse mehr beobachtet, welche auf intravenösen Drogenkonsum innerhalb der Institution zurückzuführen gewesen wären. Die Zahl drogenbedingter Zwischenfälle hat nicht zugenommen. Während des Evaluationszeitraums traten eine drogenbedingte Reanimation und ein Drogentodesfall (während eines Urlaubs) auf.

**Tabelle 3: Resultate der freiwilligen Blutanalyse (n=94)**

Test	positiv	aktiv
HIV	6 (6%)	
Hepatitis A	69 (73%)	0
Hepatitis B	45 (48%)	5 (5%)
Hepatitis C	35 (37%)	unbek.

### 3.7 Wissen über Aids und Hepatitis

Zum Thema «Aids» verfügten die meistens Befragten schon vor Präventionsbeginn über gute Grundkenntnisse. Trotzdem traten bei 35% der Insassinnen «fatale Fehler» auf, d.h. sie schätzten Situationen, in denen ein erhebliches Infektionsrisiko besteht, z.B. sexuelle Kontakte unter Frauen, als ungefährlich ein. Gerade Drogenkonsumentinnen begingen besonders häufig solche Fehler, obschon sie in fast allen anderen Aspekten des Wissens deutlich besser informiert waren als nicht konsumierende Insassinnen.

Der Informationsstand der Insassinnen und der Angestellten über Hepatitis erwies sich als sehr begrenzt. Nur rund die Hälfte der Insassinnen beispielsweise wusste, wie Hepatitisviren übertragen werden. Differenziertere Fragen konnten von der Mehrzahl der Insassinnen und auch von vielen Angestellten in den persönlichen Interviews nicht beantwortet werden.

### 3.8 Akzeptanz der Präventionsmassnahmen

Das Angebot von Präventionsveranstaltungen wurde von praktisch allen Insassinnen und Angestellten der Anstalten in Hindelbank ausgesprochen positiv bewertet. Wie schon in der politischen Diskussion erwies sich lediglich die Spritzenabgabe als umstritten; rund ein Fünftel der befragten Angestellten sprach sich gegen die Aufstellung von Spritzenauto-

maten aus. Während des Pilotprojekts hat sich dieses Meinungsbild kaum verändert.

Im Verlaufe der Untersuchung ergaben sich Hinweise, dass vor allem jene Angestellten den Interviews fernblieben, die den Präventionsbemühungen kritisch gegenüberstanden. Vor Abschluss des Projekts wurde das Personal deshalb mit einem Fragebogen schriftlich befragt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Akzeptanz der Spritzenabgabe vor allem mit der allgemeinen Einstellung der befragten Person zur Drogenpolitik zusammenhängt.

## 4. Nachevaluation der HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank

Die Resultate der Hauptuntersuchung konnten in einer Nachuntersuchung, die im Mai 1996, zwei Jahre nach Beginn des Projekts, durchgeführt wurde, in den wesentlichen Teilen bestätigt werden (Hirsbrunner et al.) (3). Insbesondere fand sich auch nach diesem Zeitraum kein Anstieg des Drogenkonsums insgesamt und auch kein Anstieg des i.v.-Konsums. Der Bezug von Spritzen erfolgte unverändert zum Konsum von Drogen (erhöhter Spritzenbezug nach dem monatlichen Pekulium und zu Zeiten, wenn mehr Drogen in der Anstalt zur Verfügung standen). Spritzen wurden zu keiner Zeit missbräuchlich benutzt. Die Entsorgung gebrauchter Spritzen stellte kein Problem dar. Es gab keine ernsthaften Zwischenfälle (keinen erhöhten Anteil an Spritzenabszessen oder Komplikationen durch Überdosen). Spritzentausch unter drogenabhängigen Insassinnen kam praktisch nicht mehr vor. Hingegen hat der Spritzenbezug, wie schon in der Hauptuntersuchung erkennbar, kontinuierlich und signifikant abgenommen. Im Wesentlichen kann dies damit erklärt werden, dass der Anteil drogenabhängiger Insassinnen in den Beobachtungszeiträumen signifikant abgenommen hat (2 von 57 Insassinnen gaben in der Nachbefragung an, aktuell Drogen zu konsumieren, zu Beginn des Projektes waren es 25 von 65 Insassinnen). In einer Verlaufsanalyse zeigte sich nicht unerwartet, dass die Insassinnen, die schon ausserhalb des Gefängnisses Drogen konsumiert hatten, den Konsum innerhalb der Anstalt in Relation zur Inhaftierungszeit wieder aufnahmen (nach 5 Monaten konsumierten die meisten Insassinnen wieder Drogen). In einer Multiregressionsanalyse liess sich dagegen überraschenderweise belegen, dass die Wiederaufnahme des Konsums abnahm, je länger das Präventionsprojekt zum Zeitpunkt des Eintritts einer Insassin bereits bestand (Nelles et al.) (4). Die grundlegend gute Akzeptanz des Projekts selber hat sich gegenüber der Erstuntersuchung nicht verändert. Die Kenntnisse über HIV/AIDS waren vergleichbar gut. Das Wissen bezüglich Hepatitis erwies sich jedoch auch in der Nachuntersuchung unverändert als rudimentär.

## 5. Diskussion und Schlussfolgerungen

Das Ausmass des Drogenkonsums, das Risikoverhalten hinsichtlich des Drogenkonsums und die Prävalenz der HIV- und Hepatitisinfektionen in den Anstalten in Hindelbank sind mit international beschriebenen Verhältnissen vergleichbar (Nelles und Fuhrer) (5). Aus den Ergebnissen der Pilotstudie in den Anstalten in Hindelbank liessen sich keine Gründe ableiten, die gegen die Weiterführung der Spritzenabgabe sprechen. Die im Vorfeld geäusserten Befürchtungen – der Drogenkonsum würde ansteigen, Spritzen könnten als Waffen eingesetzt werden oder nicht entsorgte Spritzen würden vermehrt zu Verletzungen führen – haben sich nicht bewahrheitet. Die wesentlichen Präventionsziele – risikoärmerer Drogenkonsum, insbesondere Verminderung des Tausches gebrauchten Injektionsmaterials – wurden, soweit beurteilbar, erreicht. Als erste Reaktion wurde die Spritzenabgabe in Hindelbank fest installiert und zur Gewährleistung einer kontinuierlichen Präventionsarbeit eine Teilzeitstelle im Gesundheitsdienst geschaffen. MitarbeiterInnen der Anstalt wurden ausserdem zu MediatorInnen für Aidsprävention ausgebildet.

Der Umstand, dass die Hepatitis-Infektion als demoterische Infektion des Gefängnisses betrachtet werden kann und doch vergessen zu gehen droht (Gaupe et al.) (6), bestätigte sich auch in Hindelbank. Zum Thema Hepatitis waren kaum richtige Antworten bei den Befragungen zu erhalten, während das Wissen bezüglich Drogen sowie HIV und AIDS gut war. Eine entsprechende Sensibilisierung sowohl des Personals als auch der Insassinnen zu den besonderen Aspekten der Hepatitis-Infektion, namentlich der Hepatitis C, erscheint dringend nötig. Es könnte in diesem Kontext hilfreich sein, mit Querschnittuntersuchungen (Feststellung der HIV- und Hepatitisinfektionen in möglichst allen Gefängnissen der Schweiz innerhalb eines definierten Zeitraumes) allgemeine Erkenntnisse zur Infektionsprävalenz im Gefängnis zu erarbeiten.

In der Strafanstalt Oberschöngrün werden seit 1993 vom Anstaltsarzt sterile Spritzen persönlich abgegeben (Nelles et al.) (7). Die empirischen Beobachtungen hinsichtlich der Nutzung der Spritzen, des Drogenkonsumverhaltens und des Spritzenaustauschs sind mit den in Hindelbank gemachten Erfahrungen vergleichbar (Nelles et al.) (8). 1997 wurde im Gefängnis von Realta, einer mit Hindelbank direkt vergleichbaren Institution des Männer-Strafvollzugs, ein wissenschaftlich begleitetes Präventionsprojekt durchgeführt. Es konnten alle Resultate des Hindelbankprojektes bestätigt werden (Nelles et al.) (9). Per Dekret wurde 1998 die Spritzenabgabe in den Anstalten Thorberg und Witzwil eingeführt (als Konsequenz auf die positiven Resultate in Hindelbank

und Realta). Es fand trotz Vorgabe keine wissenschaftliche Begleitevaluation statt, sodass die dort gemachten Erfahrungen nicht in die vorliegenden Betrachtungen mit einbezogen werden können.

Die wissenschaftlichen Ergebnisse und gemachten Erfahrungen lassen sich dahingehend zusammenfassend interpretieren, dass Präventionsprojekte mit Einbezug einer Spritzenabgabe im Gefängnis machbar sind und vergleichbar positive Effekte (Wirksamkeit) zeigen wie gleiche Massnahmen ausserhalb der Gefängnisse. Es werden aber noch weitere Erfahrungen aus anderen Gefängnissen benötigt (z.B. aus grösseren Anstalten, aus weniger gut ausgestatteten Gefängnissen, aus Untersuchungsgefängnissen), um allgemeingültige Aussagen über die Durchführbarkeit solcher Präventionsprojekte machen zu können.

Die praktische Durchführbarkeit der Spritzenabgabe in Hindelbank und anderen Gefängnissen, ihre positiven Auswirkungen auf das Risikoverhalten und die mehrheitlich gute Akzeptanz des Projekts bei den Insassinnen und beim Personal sowie die Tatsache, dass Drogenkonsum, gesundheitsgefährdendes Verhalten und hohe HIV- und Hepatitisraten zum Alltag vieler Gefängnisse gehören, erlauben den Schluss, dass die Abgabe steriler Spritzen, eingebettet in ein Präventionsprogramm, über das vorliegende Pilotprojekt hinaus auch in anderen Gefängnissen gerechtfertigt wäre. Andere Institutionen sollten sich ermutigen lassen, den in der Schweiz eingeschlagenen pragmatischen Weg der Schadensbegrenzung mit Spritzenabgabe zu erproben. Die Form eines solchen Projektes (Verwenden von Spritzenaustauschautomaten oder Hand-zu-Hand-Vergabe der Spritzen) wird dabei von den jeweiligen lokalen Verhältnissen und Bedürfnissen bestimmt werden.

Es hat in der Zwischenzeit mehrere internationale Folgeprojekte in Deutschland und in Spanien gegeben. Teilweise liegen auch Resultate wissenschaftlicher Begleituntersuchungen vor. Die in der Schweiz gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich Durchführbarkeit und Wirksamkeit der Spritzenabgabe als Teil einer Präventionsstrategie hat sich dabei bestätigt (Nelles) (10). Von einem Durchbruch der Spritzenabgabe im Strafvollzug zu sprechen, wäre allerdings weit verfehlt.



## 6. Referenzen

1. Nelles J, Waldvogel D, Maurer C, Aebischer C, Fuhrer A, Hirsbrunner H-P. Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten von Hindelbank. Evaluationsbericht. Bern, Bundesamt für Gesundheit, 1995.
2. Nelles J, Bernasconi S, Bürki B, Hirsbrunner H-P, Maurer C, Waldvogel D. Drogen- und AIDS-Prävention im Gefängnis: Pilotprojekt mit freier Spritzenabgabe in den Anstalten Hindelbank bei Bern/Schweiz. In: AIDS-Forum D.A.H., Band XIV. Infektionsprophylaxe im Strafvollzug. Eine Übersicht über Theorie und Praxis. Stöver H (Hrsg). Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Berlin, 1994:101-9.
3. Hirsbrunner H-P, Hercek V, Blumenthal J, Maurer C und Nelles J. Nachevaluation der Drogen- und HIV-Prävention in den Anstalten in Hindelbank. Evaluationsbericht, Bern, Bundesamt für Gesundheit, 1996.
4. Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner H-P, Harding TW. How does syringe distribution in prison affect consumption of illegal drugs by prisoners? *Drug and Alcohol Review* 1999;18:133-8.
5. Nelles J, Fuhrer A (Eds/Hrsg). Harm Reduction in Prison/Risikominderung im Gefängnis. Strategies against AIDS, Drugs, and Risk Behaviour/Strategien gegen Drogen, Aids und Risikoverhalten. Verlag Peter Lang, Bern, 1997.
6. Gaube J, Feucht HH, Laufs R, Polywka S, Fingscheidt E, Müller HE. Hepatitis A, B, und C als desmoterische Infektionen: Gesundheitswesen, 1993;55(5):246-9.
7. Nelles J, Harding TW. Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism. *Lancet* 1995;346(8989): 1507-8.
8. Nelles J, Bernasconi S, Dobler-Mikola A, Kaufmann B. Provision of Syringes and Prescription of Heroin in Prison: The Swiss Experience in the Prisons of Hindelbank and Oberschöngrün. *The International Journal of Drug Policy* 1997;8:40-52.
9. Nelles J, Vincenz I, Fuhrer A, Hirsbrunner H-P. Evaluation der HIV- und Hepatitis-Prophylaxe in der Kantonalen Anstalt Realta. Evaluationsbericht. Bundesamt für Gesundheit, Bern, 1999.
10. Nelles J. Syringe exchange in prison: Experience from different pilot projects in Europe. Paper presented at the Seminar: Drug-misusing offenders in prison and after release. Council of Europe, Pompidou Group, 4.-6.10.1999.

## 7. Valorisierung

1. Das grosse internationale Interesse am Pilotprojekt von Hindelbank war Anlass zur Durchführung des Symposiums «Harm Reduction Strategies in Prison» (Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Klinik Waldau, 28.2.–1.3.1995. Organisation: Nelles J und Fuhrer A). Das geschlossene Symposium wurde von annähernd 100 VertreterInnen verschiedener Fachgebiete besucht, die gezielt auf das Symposium hin eingeladen worden waren.

Die Resultate des Symposiums wurden 1997 in einem in Deutsch und Englisch abgefassten Buch im Verlag Peter Lang in Bern veröffentlicht:

2. Nelles J, Fuhrer A (Eds/Hrsg). Harm Reduction in Prison/Risikominderung im Gefängnis. Strategies against AIDS, Drugs and Risk Behaviour/Strategien gegen Drogen, Aids und Risikoverhalten. Verlag Peter Lang, Bern, 1997.

Vertiefte wissenschaftliche Analysen der Forschungsergebnisse fanden Niederschlag in verschiedenen internationalen Publikationen, u.a.:

3. Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner H-P, Harding T. Provision of syringes: The cutting edge of harm reduction strategies in prison? *British Medical Journal*, 1998;317(7153):270-3.
4. Nelles J, Hirsbrunner H-P, Fuhrer A, Dobler-Mikola A, Harding T. Reduction of Drug- and HIV related harm in prison: Breaking taboos and applying public health principles. In: Shewan D, Davies JB (eds): *Drug Use and Prisons*. Harwood Academic Publishers 2000:27-43.

Korrespondenzadresse:  
Dr. med. Joachim Nelles  
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern  
Direktion Sozial- und Gemeindepsychiatrie  
Moserstrasse 24  
CH-3014 Bern  
E-Mail: ambi.ost@upd.ch, oder  
j.nelles@spiez.ch

# Evaluation der Kontakt- und Anlaufstellen, ein niederschwelliges Tagesstrukturangebot in der Stadt Zürich\*

Andreas Lanz, Robert Sempach, Gerhard Scholz, Institut für Suchtforschung, Zürich

## Zusammenfassung

*Kontakt- und Anlaufstellen (K&A)* für Drogenabhängige bestehen seit 1988 als dezentralisierte, niederschwellige Treffpunkte und Anlauforte für Suchtabhängige, psychisch und sozial Auffällige. Als zentrales Ziel dieser Angebote der Überlebenshilfe gilt, der Verelendung der Suchtmittelabhängigen entgegenzuwirken und aktiv zur Lebenserhaltung beizutragen. Das Projekt als Ganzes unterlag seit der Gründung zahlreichen strukturellen Veränderungen, mit denen sich die Evaluation auseinandersetzen hatte. Untersuchungsbereiche waren die Beschreibung der Zielgruppe und des Teams, die Nutzung der Angebote sowie ihre Wirkung sowohl auf die BenutzerInnen als auch auf die Umgebung. Es wurde eine rein quantitative Methodik angewendet. *Die Zielgruppe* setzt sich aus DrogenkonsumentInnen, die bestenfalls sozial noch teilweise integriert, oft aber ganz desintegriert sind, zusammen. Die Evaluation zeigt, dass die verschiedenen K&A-Angebote rege genutzt werden und den zentralen Bedürfnissen der BenutzerInnen entsprechen. In den Projektteams besteht eine sehr hohe Personalfuktuation, deren Bewältigung für die Projekt- und Betriebsleitung ein permanentes Problem darstellt. Zahlreiche personalgebundene Angebote werden wegen dieser strukturellen Turbulenzen nur begrenzt angenommen. Als mögliche Gründe für die Fluktuation des Personals nennen die AutorInnen eine grosse Abhängigkeit von politischen Entscheidungen und die sehr problematische, anspruchsvolle Klientel der Einrichtung. Sie sehen eine Tendenz, dass sich der Nutzwert für die Drogenabhängigen auf die Funktion reiner Versorgungsbetriebe beschränkt. Die Verfasser halten daher eine Neudefinition einer langfristigen Zielsetzung der Einrichtungen unter Berücksichtigung der für eine erfolgreiche Arbeit notwendigen Rahmenbedingungen für angezeigt.

## Key Words

Low Threshold Service, Dependence on Illegal Drugs, Help to Survive, Risk Reduction, Open Drug Scene, Police Activities, Needle Park

## 1. Entstehung, Konzept und Ziele der Kontakt- und Anlaufstellen

Die Kontakt- und Anlaufstellen (K&A) sind dezentralisierte, niederschwellige Treffpunkte und Aufenthaltsorte für Suchtmittelabhängige, psychisch und sozial Auffällige. Es sind Angebote der Überlebenshilfe, welche der Verelendung der Suchtmittelabhängigen entgegenwirken und zur Lebenserhaltung aktiv beitragen sollen. Sie wurden 1988 als zweijähriges Pilotprojekt eingeführt und Ende 1990 als definitive Einrichtung des Sozialamts geschaffen (Volksabstimmung vom 2. Dez. 1990). In verschiedenen Etappen wurden mehrere, nach dem selben Grundkonzept arbeitende Anlaufstellen realisiert. Die Einrichtungen werden mit einem Minimum an Benutzungsregeln geführt.

Da mit der Schaffung der Kontakt- und Anlaufstellen für Drogengebraucherinnen und Drogengebraucher in Zürich Neuland beschritten wurde und das Projekt in verschiedener Hinsicht nicht abschliessend definiert werden konnte, wurde eine wissenschaftliche Evaluierung bereits während der Pilotphase von 1988 bis 1990 angeordnet (1, 2).

Im Verlaufe der mehrjährigen Laufzeit des Projekts haben sich sowohl strukturelle als auch inhaltlich/konzeptionelle Fragen und Probleme herauskristallisiert, die sowohl für das Gesamtprojekt als auch für die einzelnen Anlaufstellen von zentraler Bedeutung sind.

Ziel der weiterführenden wissenschaftlichen Evaluation war es, diese Fragen aufzugreifen und mit geeigneten methodischen Ansätzen Antworten darauf zu finden.

Die Evaluation erstreckte sich über ein knappes Jahr Betriebsdauer der K&A (Juni 1991 bis Februar 1992). Die ebenfalls in diesem Zeitraum erfolgte Schliessung der offenen Drogenszene am Platzspitz wurde nur soweit in die Evaluation einbezogen, wie sie den Betrieb der K&A tangierte (3).

### 1.1 Ereignisse während des Beobachtungszeitraumes

Zahlreiche Ereignisse in und um die K&A führten zu Schliessungen und Neueröffnungen von Einrichtungen, was sich notgedrungen auch auf die Evaluation auswirkte. Um einen Eindruck von der Dynamik der K&A zu geben, geben wir nachfolgend eine Zusammenfassung.

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit aus dem Vertrag Nr. 8001 unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus Soz Praeventivmed 1996; 41 Suppl 1: S35-S44; © 2001, mit freundlicher Genehmigung des Birkhäuser Verlags Basel.

menstellung der wichtigsten Ereignisse in jeder Kontakt- und Anlaufstelle während des Untersuchungszeitraumes (1990–1992), die nach Ereignissen geordnet ist.

*Letten:* Schliessung wegen Umbau vom 29. April bis 3. Juni 1991. Zweite Umbauphase vom 28. Oktober bis 29. November 1991, die ersten vier Tage davon für die DrogenkonsumentInnen nicht benutzbar. Schliessung vom 24. März bis 31. März 1992. Reduzierter Betrieb vom 1. April bis 5. Juni 1992. Reduziertes Angebot ab 20. Juni 1992 infolge Szenenverlagerung in die unmittelbare Nähe der K&A.

*Zweierstrasse:* Neueröffnung am 5. Juli 1991 mit vorerst reduzierten Öffnungszeiten. Sukzessiver Ausbau der Öffnungszeiten in den folgenden Monaten.

*Kunsthaus:* Schliessung und Auflösung am 30. September 1991.

*Seilergraben:* Ersatz für die Anlaufstelle beim Kunsthaus. Neueröffnung am 14. Oktober 1991. Schliessung wegen Umbau vom 4. bis 6. Mai 1992. Integration eines Gassenzimmers ab 14. Mai 1992.

*Selnau:* 10-Stunden-Betrieb pro Tag ab 1. Oktober 1991. Schliessung vom 13. bis 16. Dezember 1991. Schliessung wegen Umbau vom 4. bis 7. Mai 1992. Wiedereröffnung mit neuem Team am 8. Mai 1992. Gassenzimmerbetrieb ab 15. Mai 1992.

*Lila-Bus:* Schliessung per 20. Dezember 1991.

*Zollstrasse:* Ersatz für den ausschliesslich für sich prostituierende drogenabhängige Frauen im Seefeld im Einsatz gestandenen Bus. Eröffnung am 23. Dezember 1991 mit reduzierter Öffnungszeit (5 Nächte à 12 Stunden pro Woche). Ab 18. Februar 1992 Erweiterung der Öffnungszeiten (5 Nächte à 15 Stunden pro Woche). Ab 25. April 1992 Vollbetrieb (7 Nächte à 15 Stunden pro Woche). Schliessung am 28. Mai 1992 bis auf weiteres (Widerstand der Bevölkerung).

*Platzspitz-Bus:* Schliessung am 5. Februar 1992 (Parkschliessung).

*Helvetiaplatz:* Betrieb vom 17. März bis 4. April 1992 als Provisorium mit Platzspitz-Team.

*Neufrankengasse:* Eröffnung mit Platzspitz-Team am 21.4.1992, Gassenzimmerbetrieb ab 14. Mai 1992.

*Taro:* Seit Start im Frühjahr 1991 mit einem neuen Team konnte ein angestrebter 7-Tage-Betrieb nicht realisiert werden. 6. bis 9. Dezember 1991 Schliessung. Nach der Platzspitzschliessung mehrere Male Schliessung infolge zu starker Frequentierung.

18. bis 31. März 1992: Schliessung aufgrund PODZ-Entscheid (PODZ = Projektgruppe offene Drogenszene Zürich, vom Stadtrat eingesetzt). 25. Mai 1992: Schliessung bis auf weiteres.

*Bahnhof Selnau:* Neueröffnung am 19. Mai 1992 während 7 Tagen à 10 Stunden pro Tag.

Ausser den Ereignissen in den einzelnen Einrichtungen sah sich das K&A-Projekt mit einer Auftragsweiterung konfrontiert: In den Einrichtungen Seilergraben, Neufrankengasse und Selnaustrasse wurden zu Beginn des Jahres 1992 Gassenzimmer integriert.

Die Schliessungen, Neueröffnungen und Angebotsreduzierungen sind neben rein K&A-internen Strukturbereinigungen u. a. auch Resultat von permanent sich ändernden Verhältnissen in der Drogenszene. Letztere wiederum waren massgeblich verursacht durch drogenpolitische Entscheide, welche im Untersuchungszeitraum getroffen wurden. Zu den wohl wichtigsten und für die K&A einschneidendsten drogenpolitischen Entscheiden gehört die aufgrund einer Überarbeitung der zehn drogenpolitischen Grundsätze des Stadtrates im Oktober 1991 beschlossene Schliessung der offenen Drogenszene am Platzspitz. Am 11. Januar 1992 erfolgte eine vorerst nächtliche und am 5. Februar 1992 die vollständige Schliessung des Platzspitzes durch die Polizei. Damit gerieten wichtige Strukturen in und um die während rund 5 Jahren funktionierende Drogenszene massiv ins Wanken, was sich sofort auch auf den täglichen Betrieb der K&A auswirkte. (Die Schliessung des Lettens führte teilweise zu ähnlichen Auswirkungen auf den Betrieb der K&A.)

## 2. Fragestellung, Untersuchungsbereiche und Ziele der Evaluation

Die zu bearbeitenden Themenschwerpunkte betreffen die Fragen:

- *Erreichbarkeit und Art der Zielgruppe* (Beschreibung des Benutzerkreises, soziodemographische Daten, Frequentierung der verschiedenen Anlaufstellen)
- *Professionalisierungsgrad und Zusammensetzung* (auch anzahlmässig) der interdisziplinären Teams der K&A
- *Diversifikation und Nutzung* der K&A-Angebote
- *Wirkung der Institutionalisierung* sowohl auf die BenutzerInnen (Motivlage) als auch auf das Beziehungsgeflecht innerhalb der Szene/der Gasse (Kommunikationsstrukturen)

Mit der Einrichtung der Kontakt- und Anlaufstellen wurde der Palette von verschiedenen Hilfestellungen für DrogenkonsumentInnen ein weiteres, wichtiges Element hinzugefügt. Durch die Niederschwelligkeit der Anlaufstellen, d. h. durch den Umstand, dass die BesucherInnen keine Kriterien für die Benutzung der Einrichtungen zu erfüllen und keinerlei Anforderungen zu genügen haben, erreichen die Anlaufstellen ein weit breiteres Spektrum von DrogenkonsumentInnen als die höherschwelligeren, klassischen Beratungs- und Behandlungseinrichtungen. Die heftigen und z. T. stark emotional und interessenpolitisch geführten Diskussionen rund um das Drogenproblem haben in den vergangenen Jahren mitunter zu einem breiteren Bewusstsein und damit auch einem tendenziellen Abbau eines starken gesellschaftlichen Tabus geführt. Das Drogenproblem ist damit öffentlicher und sichtbarer geworden. Neben der oben beschriebenen Erweiterung der Drogenhilfe durch das Element der Überlebenshilfe ist dieser Umstand sicher mitverantwortlich für die relativ hohe Akzeptanz der K&A unter den DrogenbenutzerInnen.

Trotz einer relativ guten Akzeptanz der K&A, sowohl unter den DrogenkonsumentInnen als auch in der Bevölkerung, dürften die DrogenkonsumentInnen, welche die K&A-Einrichtungen frequentieren, nur ein bestimmtes Spektrum aller DrogenkonsumentInnen umfassen. Dies haben Künzler (1990) und Müller (1991) mit ihren Befragungen von KonsumentInnen der offenen Drogenszene auf dem Platzspitz teilweise belegen können. Die vorliegende Studie versucht nun, vertieft der Frage nachzugehen, welches Segment der DrogenkonsumentInnen, insbesondere der illegalen DrogenkonsumentInnen, die K&A benutzt.

Traditionellen, quantitativ-statistischen wissenschaftlichen Untersuchungen im Drogensuchtbereich, insbesondere im niederschweligen Bereich der Überlebenshilfe, sind deutliche Grenzen gesetzt. Es sind vor allem drei Umstände, welche diese Grenzen bestimmen:

- a) Die marginale gesellschaftliche Position der Drogenabhängigen
- b) Die Illegalität und strafrechtliche Verfolgung des Drogenkonsums, welche
- c) Probleme der vertraulichen Behandlung von Daten und des Persönlichkeitsschutzes nach sich ziehen.

Zusätzlich zu diesen allgemeinen Erschwernissen lässt sich eine Befragungsmüdigkeit der DrogenkonsumentInnen feststellen. Insbesondere in den vergangenen zwei bis drei Jahren wurde der Drogensuchtbereich zu einem wahren Tummelfeld für WissenschaftlerInnen. Eine Vielzahl von Unter-

suchungen, die sich alle auf Informationen von DrogenkonsumentInnen stützten, wurden bereits durchgeführt oder sind noch in Planung. Den befragten DrogenkonsumentInnen fehlt es oft an genügend Informationen zu Ziel und Zweck der jeweiligen Untersuchungen, um ihre Relevanz abschätzen zu können. Zusammen mit dem oft alles dominierenden täglichen Beschaffungsstress führt dies zu z.T. sehr hohen Verweigerungsquoten, welche die Aussagekraft der Daten stark einschränken.

Weiter kommt hinzu, dass die Antwortbereitschaft und/oder Antwortkompetenz der unter Drogeneinfluss stehenden K&A-BenutzerInnen teilweise so stark eingeschränkt sind, dass eine Teilnahme an der Befragung ausgeschlossen werden muss.

Mit diesen Schwierigkeiten sahen wir uns auch bei der Durchführung dieser Studie konfrontiert. Bei der Ausarbeitung des Untersuchungsdesigns und der Erhebungsinstrumente versuchten wir, diesen Aspekten so weit als möglich Rechnung zu tragen (z. B. Minimierung der Fragebogenlänge, Wahl möglichst weniger, aber doch einigermaßen repräsentativer Stichproben, Kombination von Quer- und Längsschnittuntersuchung etc.). Rückblickend muss gesagt werden, dass rein quantitative Studien, zu welchen die vorliegende zu rechnen ist, zwar geeignet und unumgänglich sind für «flächendeckende» Beschreibungen von Populationen, neben den oben angesprochenen rein methodischen Problemen (Zuverlässigkeit, Gültigkeit etc.) vermögen sie aber wenig in die Tiefe zu stoßen und Einblick in die Komplexität der Vernetzung verschiedenster Einflussfaktoren zu geben.

Durch den Ruf nach mehr Tiefenschärfe in die Bedingungsgefüge der Drogenabhängigkeit und angesichts eines mangelnden Nutzens von quantitativen Methoden hinsichtlich Erkenntniszuwachs, Theoriebildung und praktischer Anwendung ist mittlerweile das Interesse an qualitativer Drogenforschung enorm angestiegen. Zunehmend findet eine Umkehrung der üblichen Hierarchisierung von quantitativer und qualitativer Forschung statt, in der quantitative Methodik vor allem in der Anfangsphase eines Projekts im Vordergrund steht, um Einstiege für die vertiefende qualitative Hauptphase zu erkunden. Die Erfahrungen mit dieser und früheren rein quantitativ ausgerichteten Studien im Drogensucht-Forschungsfeld zeigen, dass künftig genau dieser Entwicklungslinie gefolgt werden muss.

Damit soll in keiner Weise der Wert der vorliegenden und ähnlicher Studien geschmälert werden. Sie liefern unter Berücksichtigung der durchführungstechnischen und methodischen Einschränkungen und im Sinne von Ergänzungen zu quantitativen und qualitativen Verfahren unter dem Gesichtspunkt einer perspektivischen Erfassung der Ganzheit des Drogensuchtphänomens wichtige und unerlässliche Eckdaten.



Die Verwirklichung dieser Befragungsserien wäre nicht möglich gewesen ohne die aktive Unterstützung der Mitarbeiterschaft der Kontakt- und Anlaufstellen und vor allem auch der DrogenkonsumentInnen. Neben anderen, an dieser Stelle nicht namentlich genannter Personen, ist es uns ein Anliegen, ihnen allen für ihr Engagement und ihre Geduld zu danken.

### 3. Vorgehen und Methode

Die Gesamtstichprobe setzt sich entsprechend den durchgeführten Frequentierungsmessungen aus vier Teilstichproben zusammen. Insgesamt wurden über alle vier Frequentierungsmessungen 765 auswertbare Fragebogen ausgefüllt, wobei 132 Personen mindestens an zwei verschiedenen Stichtagen ein Frageblatt ausfüllten. Damit ergibt sich eine Stichprobengrösse von 633 verschiedenen DrogenkonsumentInnen.

Die Verteilung der befragten Personen auf die vier Stichtage ist in Abbildung 1 dargestellt.

#### 3.1 Zeitpunkt und Ort der Befragung

Der Beobachtungszeitraum erstreckt sich über insgesamt acht Monate, von Ende Juni 1991 bis Ende Februar 1992. Vor dem Hintergrund der dreijährigen Projekterfahrungen in Bezug auf die jahreszeitlichen Schwankungen der Benutzungsfrequenzen wurden drei Stichtage auf je einen Sommer- (28. Juni 1991), einen Spätherbst- (29. November 1991) und einen Wintermonat (28. Februar 1992) gelegt. Ein weiterer Stichtag wurde zur Überprüfung der Auswirkungen der Platzspitzschliessung auf die Frequentierung der K&A kurz vor der am 5. Februar 1992 erfolgten Platzspitzschliessung am 31. Januar 1992 eingeschoben.

**Abbildung 1: Verteilung der befragten Personen auf die vier Stichtage**

Stichtag	Männer	Frauen	Total
28. Juni 1991	155	51	206
29. November 1991	188	52	240
31. Januar 1992	91	31	122
28. Februar 1992	125	48	173
<b>Total</b>	<b>559</b>	<b>182</b>	<b>765</b>

Die Stichtage wurden alle auf einen Freitag gelegt. Erfahrungsgemäss werden die K&A auch im Verlaufe einer Woche unterschiedlich frequentiert, wobei die Unterschiede in den Sommermonaten stärker ausfallen als in den Wintermonaten.

Die Befragungen wurden an den Stichtagen in den Räumen der Kontakt- und Anlaufstellen durchgeführt. Die diensthabenden MitarbeiterInnen baten

die neueintretenden BenutzerInnen, das doppelseitige A4-Frageblatt auszufüllen. Sie führten Protokoll über Kurzkontakte (DrogenkonsumentInnen, welche die Anlaufstelle am gleichen Tag mehrmals benutzten) und allfällige Verweigerungen bzw. Nichterfassungen.

#### 3.2 Auswahl der Stichprobe

Bei den vier Teilstichproben handelt es sich um Vollerhebungen. Ziel war es, möglichst alle BenutzerInnen der K&A zu befragen. Die Teilnahme an der Untersuchung basierte auf absoluter Freiwilligkeit und war anonym.

Zur Vermeidung von Doppelzählungen am gleichen Stichtag wurde geprüft, ob die BenutzerInnen bereits in einer anderen K&A ein Frageblatt ausgefüllt hatten. Diese Personen wurden in der entsprechenden Anlaufstelle, getrennt nach Geschlecht, separat erfasst.

Entsprechend der Zielgruppe der K&A umfassen die BenutzerInnen ein breites Spektrum von DrogenkonsumentInnen. DrogenkonsumentInnen, welche infolge Drogeneinflusses nicht in der Lage waren, einen Fragebogen verlässlich auszufüllen, wurden von den MitarbeiterInnen als sog. «Verladene» in der Nichterfasstenstatistik gezählt.

Zur Erfassung der totalen Benutzungsfrequenzen der verschiedenen Anlaufstellen wurden auch sog. Kurzkontakte, d.h. Personen, welche am Stichtag dieselbe Anlaufstelle mehrmals aufsuchten, gezählt. Diese wurden separat erfasst.

Mit der Führung einer Nichterfassten- und Verweigererstatistik anhand der oben erwähnten Kategorien («Fragebogen bereits in einer anderen Anlaufstelle ausgefüllt», «Verweigerer», «Verladene» und «Kurzkontakte») war es möglich, für jede einzelne Anlaufstelle sowohl eine personen- als auch eine kontaktspezifische Frequentierungsstatistik zu erstellen.

#### 3.3 Erhebungsinstrument

Um dem breiten Spektrum der K&A-BenutzerInnen, das von GelegenheitskonsumentInnen bis hin zu schwerst abhängigen Personen reicht, gerecht zu werden, wurde ein zweiseitiges A4-Erhebungsinstrument mit vorwiegend geschlossenen, standardisierten Fragen entwickelt, das von den ProbandInnen in 10–15 Minuten ausgefüllt werden konnte. Mit dem Erhebungsinstrument wurden neben soziodemographischen Daten (Geschlecht, Alter, Nationalität, Wohnsitz) auch Fragen zur Benutzung der K&A-Angebote, zum Drogenkonsum (konsu-



mierte Drogen, Konsumhäufigkeit, Einnahmeart der Drogen, Alter beim erstmaligen Konsum der Suchtmittel, Beginn mit regelmässigem Drogenkonsum), zu den freiwilligen Entzügen, zu Behandlungen im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum, zur räumlichen und sozialen Wohnsituation und zu Arbeitssituation/Einkommensquellen gestellt.

## 4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der zwischen dem 28. Juni 1991 und dem 28. Februar 1992 durchgeführten standardisierten Befragung dargestellt.

### 4.1 Benutzungsfrequenzen

Pro Monat werden in den insgesamt neun untersuchten K&A rund 9000 Kontakte registriert. Dies entspricht rund 95 000 Kontakten pro Jahr. Diese Zahlen basieren auf einer Hochrechnung aus den während den vier Frequentierungsmessungen erfassten Besuchszahlen.

Über alle vier Erhebungszeitpunkte berechnet, ergibt sich eine Rotationsrate von 13,3%, d. h. durchschnittlich sucht rund ein Siebtel der BenutzerInnen am gleichen Tag mehr als eine Einrichtung auf.

Es bestätigt sich im Grossen und Ganzen eine bereits im Rahmen des Evaluationsberichtes (1, 2) für die Pilotphase 1988–1990 gemachte Feststellung, dass die K&A umso häufiger von DrogenkonsumentInnen aufgesucht werden, je näher sie am zentralen Drogenhandels- und Drogenkonsumplatz liegen.

### 4.2 Soziodemographische Daten

Die Geschlechtsverteilung zeigt ein Verhältnis von 75,4% Männern zu 24,6% Frauen.

Das durchschnittliche Alter der gesamten Population liegt bei 28,3 Jahren. Die Frauen sind mit einem Durchschnittsalter von 26,7 Jahren rund 2,2 Jahre jünger als die Männer, deren Durchschnittsalter bei 28,9 Jahren liegt.

Der Frauenanteil ist mit 63,3% in der jüngsten Alterskategorie am höchsten. Auch unter den 20- bis 24-Jährigen liegt er mit 30,1% noch über dem Durchschnitt.

75,9% der K&A-BenutzerInnen sind *SchweizerInnen* und 24,1% sind *AusländerInnen*.

44,9% der DrogenkonsumentInnen hatten zum

Zeitpunkt der Befragung Wohnsitz in der Stadt Zürich und weitere 21,8% im übrigen Kanton Zürich. 24,4% stammten aus anderen Kantonen und 6,4% gaben an, ohne festen Wohnsitz zu leben. Lediglich 2,1% hatten ihren Wohnsitz im Ausland. Insgesamt hatten rund zwei Drittel (66,7%) der K&A-BenutzerInnen ihren Wohnsitz im Kanton Zürich. Die geschlechtsspezifische Analyse zeigt, dass die Männer signifikant häufiger ihren Wohnsitz in anderen Kantonen haben und auch häufiger über keinen festen Wohnsitz verfügen als die Frauen.

Unter den Nicht-StadtzürcherInnen befinden sich überdurchschnittlich viele jüngere, 20- bis 24-jährige Männer, die harte und weiche Drogen kombiniert konsumieren und eine relativ kurze Konsumdauer aufweisen, d. h. seit erst maximal 3 Jahren regelmässig Suchtmittel einnehmen.

46,2% der K&A-BenutzerInnen haben einen festen Wohnsitz, 43,3% sind obdachlos.

51,9% der befragten Männer und Frauen leben alleine, 36,2% mit Partner/in, Freunden/innen oder in einer Wohngemeinschaft, 7,3% mit den Eltern oder einem Elternteil, und 4,5% haben eine eigene Familie.

Die Männer leben signifikant häufiger alleine, die Frauen hingegen überdurchschnittlich häufig mit Partnern, Freunden oder in Wohngemeinschaften. Die überwiegende Mehrheit, 48,4% der K&A-BenutzerInnen, hat einen tiefen, 32,1% der Befragten einen *mittleren* und nur 16,1% einen *hohen* Beschäftigungsstatus.

Befragt nach den *Haupteinkommensquellen* im Monat vor der Befragung haben 75,6% Männer und 24,4% Frauen Antwort gegeben. 21,6% der Befragten gehen einer Vollzeitbeschäftigung nach und 16,2% sind teilzeitbeschäftigt. Mehr als die Hälfte, 50,4%, sind arbeitslos, d. h. haben kein Einkommen oder leben von privaten und/oder öffentlichen Unterstützungsgeldern. 10,7% der Befragten geben explizit an, von illegalen Einkünften zu leben, und 1,1% leben von anderen, nicht auf dem Fragebogen angegebenen Einkommensquellen.

Insgesamt haben demzufolge 37,8% der befragten DrogenkonsumentInnen ein mehr oder weniger geregeltes Einkommen, 61,2% sind nicht in der Lage, ihr Leben aus eigenen Leistungen zu finanzieren, oder leben von illegalen Einkünften.

In Bezug auf den Zusammenhang zwischen Suchtabhängigkeitsgrad und Beschäftigungssituation lässt sich generell sagen: Je stärker der Grad der Abhängigkeit bei den DrogenkonsumentInnen ist (je öfter und je mehr Drogen gleichzeitig konsumiert werden), umso schlechter bzw. umso unstabiler ist ihre Einkommensquelle.

### 4.3 Frequentierung und Benutzung der K&A-Angebote

Von den Basisangeboten der K&A werden die Aufenthaltsräume und die Verpflegungsmöglichkeit mit Abstand am meisten genutzt. Am wenigsten gefragt sind die Angebote «bezahlte Mitarbeit», «medizinische Versorgung (erste Hilfe)» sowie «Beratung/Information-/Sachhilfe/Kontaktvermittlung». Insbesondere hinsichtlich des Angebotes «Beratung/Information-/Sachhilfe/Kontaktvermittlung» ist allerdings anzumerken, dass in den täglichen Beziehungen der K&A-MitarbeiterInnen mit den BenutzerInnen viele Beratungen und Informationen durchgeführt werden, bei welchen davon auszugehen ist, dass sie von den BenutzerInnen nicht als solche identifiziert werden und deshalb auch nicht in die ausgewertete Statistik einfließen konnten.

Insgesamt werden die klassischen Angebote der Überlebenshilfe der K&A mit Abstand am intensivsten genutzt. Umgekehrt werden die Angebote, welche von den BenutzerInnen Eigeninitiative verlangen, relativ wenig in Anspruch genommen.

DrogenkonsumentInnen mit einem hohen sozioökonomischen Status, d. h. diejenigen mit guter Wohn- und Arbeitssituation, beanspruchen die K&A-Angebote weniger intensiv, und umgekehrt machen die KonsumentInnen mit tiefem sozioökonomischem Status von den K&A-Angeboten deutlich intensiveren Gebrauch.

### 4.4 Auswirkungen der Platzspitzschliessung (Stand Februar 1992)

Sowohl nach der Nacht- als auch nach der Total-schliessung des Platzspitzes wurden die K&A signifikant häufiger von Stadtzürcher DrogenkonsumentInnen frequentiert als vor diesen Schliessungen. Unmittelbar nach der Nachtschliessung des Platzspitzes zählten die K&A deutlich mehr obdachlose DrogenkonsumentInnen.

Nach der Platzspitz-Nachtschliessung ist in den K&A eine Zunahme an arbeitslosen (von Unterstützungsgeldern lebenden) und von illegalen Einkünften abhängigen DrogenkonsumentInnen zu verzeichnen.

Die Platzspitzschliessung hatte unmittelbare Auswirkungen auf die Benutzungsintensität der K&A-Angebote. Nach der Schliessung war ein deutlicher Anstieg von DrogenkonsumentInnen in der K&A-Benutzerschaft zu verzeichnen, welche die Einrichtungsangebote intensiver nutzten.

Nach der Platzspitzschliessung standen weniger BenutzerInnen im Zusammenhang mit ihrer

Drogenabhängigkeit aktuell in Behandlung in einer Beratungs- oder Therapieeinrichtung als vor der Auflösung der offenen Drogenszene.

### 4.5 Drogenkonsum

Insgesamt haben die K&A-BenutzerInnen einen hohen multiplen *Drogengebrauch*. Mehr als vier Fünftel der Befragten konsumieren sowohl harte als auch weiche Drogen kombiniert.

Die Suchtmittel Nikotin, Alkohol, Cannabis, Heroin, Kokain und Cocktail werden von mehr als zwei Dritteln aller Befragten konsumiert. 54,3% nehmen Schlaf- und Beruhigungsmittel zu sich und 45,2% geben an, Methadon zu konsumieren. Praktisch alle Befragten, 93,3%, sind starke, d.h. tägliche RaucherInnen (Zigaretten, Zigarren, Pfeife etc.). Nur gerade 3,7% aller Befragten sagen, sie würden nie rauchen.

Unter den illegalen Drogen werden der Reihe nach Heroin von 83,5%, Cannabis (Marihuana, Haschisch) von 80,9%, Kokain von 79,6% und Cocktail (Heroin und Kokain kombiniert) von 71,6% der DrogenkonsumentInnen konsumiert. Das legale Suchtmittel Alkohol wird von 68% der K&A-BenutzerInnen konsumiert.

Für das Gesamtkollektiv konnte eine durchschnittliche *Konsumdauer* von 9,2 Jahren, für die Männer eine solche von 9,8 und für die Frauen eine von 7,3 Jahren errechnet werden.

Überdurchschnittlich häufig haben die KonsumentInnen, die auf eine Drogenkarriere von über 8 Jahren zurückblicken, vor dem 15. Altersjahr mit dem regelmässigen Konsum von Drogen begonnen. DrogenkonsumentInnen, die erst seit maximal 3 Jahren konsumieren, fingen auffallend oft erst nach dem 19. Altersjahr mit dem regelmässigen Konsum an.

DrogenkonsumentInnen mit einem hohen Abhängigkeitsgrad haben überdurchschnittlich häufig vor ihrem 15. Lebensjahr mit dem regelmässigen Drogenkonsum begonnen.

Zwischen dem *Erstkonsum* von Nikotin und Alkohol und dem *ersten regelmässigen Drogenkonsum* vergehen rund 5 Jahre, während zwischen dem *Erstkonsum* von weichen Drogen (Cannabis) und dem *ersten regelmässigen Drogenkonsum* rund 4 Jahre liegen. Der Erstkonsum der harten Drogen Heroin und Kokain fällt praktisch zusammen mit dem durchschnittlichen Einstiegsalter in den regelmässigen Drogenkonsum, d.h. für den statistischen Drogenkonsumenten unseres Gesamtkollektivs bedeutet der Einstieg in den harten Drogenkonsum auch den Beginn mit dem regelmässigen Drogenkonsum.

Die K&A werden primär von DrogenkonsumentInnen benutzt, die seit längerer Zeit in den Drogenkonsum eingestiegen sind. Im untersuchten Kollektiv befinden sich auffallend häufig Personen, die vor acht Jahren mit dem Konsum von weichen und harten Drogen begonnen hatten. Personen, die erst vor kurzer Zeit mit dem Konsum von Suchtmitteln begonnen haben, suchen die K&A verhältnismässig wenig auf.

Unter den drei am *intensivsten konsumierten illegalen Drogen* wird Heroin am meisten, nämlich von 67,4% der Befragten, *täglich* konsumiert.

55,2% der ProbandInnen, welche Methadon konsumieren, nehmen es täglich zu sich. Knapp 40% geben an, Methadon selten zu konsumieren. Die Vermutung liegt nahe, dass ein Grossteil dieser KonsumentInnen das Methadon über die Gasse bezieht und es vor allem in Versorgungsengpässen anderer, regelmässig konsumierter Drogen verwendet.

Der *Erstkonsum* von Nikotin und Alkohol fällt durchschnittlich in die Zeit kurz nach Beendigung der Primarschule. Der Erstkonsum von Cannabis und Halluzinogenen erfolgt im Verlaufe der Sekundarschule, wohingegen die harten Drogen in der Regel erst nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit zum ersten Mal konsumiert werden. Bis Methadon zum ersten Mal konsumiert wird (durchschnittlich mit 23,3 Jahren), haben die Befragten durchschnittlich bereits gut drei Jahre harte Drogen konsumiert.

#### **4.6 Konsumart und aktuelles Spritzentauschverhalten**

Gut zwei Drittel, 68,3% der ProbandInnen, die eine Angabe zum aktuellen Drogenkonsum machten, konsumierten zur Zeit der letzten Befragung Drogen intravenös.

Zu allen vier Befragungszeitpunkten waren es durchschnittlich rund 50% aller DrogenkonsumentInnen, die Drogen intravenös konsumierten. Ungefähr ein Viertel aller DrogenkonsumentInnen konsumierte die Drogen nicht intravenös, und ungefähr ein weiteres Viertel wechselte in Phasen von rund 6 Jahren zwischen intravenöser und nicht intravenöser Konsumform.

Rund ein Viertel, 28,2%, der Befragten, hat im Verlaufe ihrer Drogenkarriere jemals eine von anderen bereits gebrauchte Spritze benutzt.

11 von insgesamt 591 K&A-BenutzerInnen praktizierten im Monat vor dem Befragungszeitpunkt Spritzensharing. Dies entspricht 1,9%.

Obwohl der prozentuale Anteil der nach der Platzspitzschliessung erfassten K&A-BenutzerInnen, die

angeben, zurzeit Spritzen zu tauschen, leicht höher ist, kann kein signifikanter Unterschied bei der K&A-Besucherschaft in Bezug auf den aktuellen Spritzentausch vor und unmittelbar nach der Platzspitzschliessung festgestellt werden.

#### **4.7 Behandlungen im Zusammenhang mit Drogenkonsum**

27,5% der K&A-BenutzerInnen waren zur Zeit der Befragung wegen Problemen im Zusammenhang mit ihrem Drogenkonsum in einer Behandlung.

Ein erstaunlich hoher Anteil von 42,8% der Befragten war früher im Zusammenhang mit ihrer Drogensucht ein oder mehrere Male in Behandlung.

Rund drei Viertel, 76,8%, aller K&A-BenutzerInnen haben schon Drogenentzüge hinter sich. Ein knappes Viertel, 23,2% der Befragten, hat noch nie einen Entzug durchgestanden. Ein weiteres Viertel, 25,8%, hat 1 bis 2 Entzüge hinter sich, und ein knappes Drittel, 29,3%, hat angegeben, 3 bis 5 freiwillige Entzüge absolviert zu haben. 21,6% gaben an, während ihrer Drogenkarriere mehr als 6-mal von Drogen frei gewesen zu sein.

### **5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen der Evaluation**

Abschliessend wird versucht, die wichtigsten Veränderungen und Entwicklungen in den K&A zusammenzufassen und gesamthaft zu diskutieren. Im Sinne einer Abrundung soll der Gesamteindruck, den wir im Verlaufe der wissenschaftlichen Begleitung der K&A erhalten haben, wiedergegeben werden.

Als Fazit der statistisch quantitativen Untersuchung kann Folgendes festgehalten werden:

Nach knapp vierjähriger Projektzeit haben die Kontakt- und Anlaufstellen unter den DrogenkonsumentInnen – wie dies die hohen Benutzungszahlen in eindrücklicher Weise belegen – nach wie vor eine gute und breite Akzeptanz. Die verschiedenen K&A-Angebote werden rege genutzt und entsprechen offensichtlich zentralen Bedürfnissen der primär anvisierten Zielgruppe. Zwar ist das Spektrum der K&A-BenutzerInnen recht breit, doch zeigt sich, dass das Gros der BenutzerInnen DrogenkonsumentInnen sind, die infolge ihres Drogenkonsums zunehmend in physische und psychische Probleme geraten sind und bestenfalls sozial noch teilweise integriert, oft aber ganz desintegriert sind.

Betrachten wir das Gesamtprojekt K&A über den rund achtmonatigen Beobachtungszeitraum dieser

Studie und vergleichen wir die Ergebnisse soweit als möglich mit den Erfahrungen aus der Pilotphase von 1988 bis 1990, so fällt auf, dass die K&A sowohl von den projektinternen als auch den projektexternen Bedingungen her einer sehr hohen Turbulenz ausgesetzt sind. Dies betrifft insbesondere die hohe BenutzerInnen- und Personalfuktuation, aber auch die standort-, raum- und einrichtungsbedingten Fluktuationen.

Trotz einer heute mehr als vierjährigen Projektdauer kann von konsolidierten Verhältnissen in den K&A noch nicht gesprochen werden. Im K&A-Projekt gab es kein Mitarbeiterteam, das während des gesamten Untersuchungszeitraums von rund 8 Monaten kontinuierlich in derselben Einrichtung gearbeitet hat. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, waren die einzelnen Teams während dieser Zeit z. T. sehr hohen Personalfuktuationen unterworfen. Ähnliches gilt für die Projekt- und Betriebsleitung: Sie sah sich zusätzlich zum Problem der hohen Personalfuktuation mit permanentem Krisenmanagement konfrontiert.

Alleine vor diesem Hintergrund erstaunt das Ergebnis nicht, wonach die Angebote «Gespräche» oder «Beratung/Information/Sachhilfe und Kontaktvermittlung» von den BenutzerInnen nur schwach genutzt werden; denn sich auf diese Ebene einzulassen bedeutet primär, ein Vertrauensverhältnis zwischen MitarbeiterInnen und BenutzerInnen aufzubauen. Dies wiederum ist erst über subtile Beziehungsarbeit, die Zeit beansprucht und Konstanz voraussetzt, zu bewerkstelligen.

Die Gründe für die strukturellen Turbulenzen sind vielfältig. Folgendes mag für diese Situation besonders ausschlaggebend sein:

- a) Der Umstand, dass die K&A als szenennahe Einrichtungen in sehr hohem Masse von politischen Entscheiden abhängig sind, welche unmittelbar die offene Drogenszene betreffen.
- b) Die Tatsache, dass die K&A-Zielgruppe eine sehr problematische und anspruchsvolle Klientel ist.

Diese beiden Faktoren sind wiederum wesentlich verantwortlich für die bereits erwähnte hohe Personalfuktuation.

Ein sehr ernst zu nehmendes Problem ist die Tatsache, dass die K&A in der Vergangenheit immer wieder zum Spielball der Politik wurden. Für die Zukunft wäre entscheidend, Rahmenbedingungen zu reflektieren, welche den K&A mehr Möglichkeiten geben, konzentriert und mit mehr Konstanz ihren vom Konzept her vorgeschriebenen Aufgaben nachzugehen. Wir sind der Meinung, dass dies eine der wichtigsten Fragen ist, für die sowohl projektintern als

auch projektextern (auf der Verwaltungsebene) rasch Lösungen gesucht und gefunden werden müssen, um den wachsenden Anforderungen in der Drogenarbeit gewachsen zu sein.

Das oben beschriebene Manko an innerer Konsolidierung – u. a. als Folge einer mangelnden Abschottung vom drogenpolitischen Geschehen – geht auf Kosten von Stabilität und Konstanz in der täglichen Arbeit, was zwei entscheidende Voraussetzungen für qualitativ hochstehende Beziehungsarbeit sind. Das permanente Krisenmanagement führt zu Verunsicherungen auf allen Ebenen, absorbiert viel Energie und blockiert Innovationspotential.

Dauernd auf drogenpolitische Entscheide reagieren zu müssen, fördert eine Entwicklung der «Verinstitutionalisierung», d. h. die Tendenz, sich im Alltag zunehmend an formellen und konzeptionellen Vorgaben zu orientieren. Dadurch wird ein Prozess des tendenziellen Erstarrens und Festhaltens an Altem und Bekanntem gefördert.

Versucht man sich über derlei Zusammenhänge bewusst zu werden, verwundert die mit dem vorliegenden Datenmaterial nachgewiesene Tendenz nicht, dass die K&A zunehmend die Funktion reiner Versorgungsbetriebe im Bereich der niederschweligen Drogenhilfe übernehmen. Die notwendigen Kräfte für die im Drogensuchtbereich extrem geforderte Flexibilität und Innovation sind unter den beschriebenen Bedingungen nur unter unverhältnismässigem Aufwand zu mobilisieren.

Mit Blick in die Zukunft muss gefragt werden, welches die Aufgabe und Funktion eines niederschweligen Projektes in der Grösse der Kontakt- und Anlaufstellen sein soll und kann. Welche Aufgaben könnten die K&A in Zukunft im breiten Feld der Drogenprävention, der Suchtbegleitung sowie der Drogenberatung und -behandlung übernehmen, die über die Versorgungsebene hinausreichen? Wäre bspw. eine Diversifikation der Angebote im Sinne eines Stufenmodells im Rahmen der K&A denkbar? Wie müsste dieses ausgestaltet sein?

Neben diesen Ziel- und Zweckfragen müssten – wie bereits erwähnt – gleichzeitig die dazu notwendigen Rahmenbedingungen definiert werden, um den K&A einen möglichst grossen Spielraum für die Entwicklung neuer innovativer Antworten auf die rasch wechselnden täglichen Anforderungen zu gewähren.

## 6. Verdankung

Der Herausgeber dankt dem Birkhäuser Verlag Basel für die Genehmigung zum Abdruck dieses Artikels, der erstmals in der Zeitschrift Sozial- und Präventivmedizin erschienen ist (Soz Praeventivmed 1996; 41 Suppl 1: S35–S44).

Ausserdem möchte sich der Herausgeber dem Dank der Autoren, den sie am Schluss des zweiten Kapitels dieses Artikels der Mitarbeiterschaft der Kontakt- und Anlaufstellen und vor allem auch den DrogenkonsumentInnen sowie anderen, nicht namentlich erwähnten Personen aussprechen, auch anschliessen.

## 7. Literaturverzeichnis

1. Lanz A, Steffen K. Evaluationsbericht der Kontakt- und Anlaufstellen für Drogengebraucher/innen für die Pilotphase 1988–1990 im Kontext der Drogenszene in Zürich. Zürich, 1990.
2. Lanz A. Die Drogenszene in Zürich. Aktuelle Lebenssituationen von Drogenkonsumenten/innen. Resultate einer Befragung von 107 Drogengebraucher/innen im Rahmen eines Drogenszenenforschungsprojektes des Sozialamtes der Stadt Zürich. Zürich, 1991.
3. Sempach R, Lanz A, Fatke R. Auflösung der offenen Drogenszene am Platzspitz in Zürich. Auswirkungen auf die Lebensumstände von betroffenen Drogenabhängigen. Ergebnisse einer Befragung im Rahmen der Evaluation der Massnahmen zur Auflösung der offenen Drogenszene. Zürich, 1992.

Korrespondenzadresse:  
Institut für Suchtforschung (ISF)  
Postfach  
8031 Zürich  
Tel. +41 (0)1 273 5025  
Fax +41 (0)1 273 5023  
E-Mail: [isf@isf.unizh.ch](mailto:isf@isf.unizh.ch)



# Probleme wie andere Frauen auch – Ressourcen, Strategien, Unterstützung und Behinderungen im Leben von Frauen, die Drogen konsumier(t)en\*

Christine Spreyermann, sfinx – Sozialforschung · Evaluationsberatung · Supervision, Bern

## Zusammenfassung

Die vorliegende Studie ist eine Nachfolgeuntersuchung einer qualitativen Studie aus dem Jahre 1990. Damals wurden 23 Frauen, die in der offenen Drogenszene in Bern bzw. Zürich verkehrten, zu ihrer Lebenssituation interviewt. In der vorliegenden Studie wird der Lebensweg dieser Frauen von 1990 bis 1994 dokumentiert. Es wird analysiert, auf welche eigenen Ressourcen die (ehemals) drogenkonsumierenden Frauen auf ihrem Weg zurückgreifen konnten, welche Ressourcen sie sich dabei erwarben und welche Unterstützungen bzw. Behinderungen sie erfuhren. Die Autorin kommt zum Schluss, dass die befragten Frauen in Bezug auf Lebenssituationen und Alltagserfahrungen sehr viele Gemeinsamkeiten haben. Insgesamt dominiert der Eindruck der Chancenlosigkeit. Die Vergangenheit holt die Frauen immer wieder ein und behindert sie im Versuch, ein «normales» Leben zu führen. Die Autorin leitet daraus die Notwendigkeit frauengerechter Drogenarbeit ab und skizziert diesbezügliche Prinzipien und Richtlinien.

## 1. Einleitung

Hintergrund der Studie ist die Annahme, dass das aktuelle Drogenhilfeangebot nicht auf Frauen zugeschnitten ist.

Zusätzlich zu verschiedenen Befragungen führte die Autorin vier Wochenenden durch, die den Frauen als Standortbestimmung dienen sollten. Diese Wochenenden lieferten einerseits Daten für die qualitative Studie zur Lebenssituation der Frauen, andererseits wurden sie als neues Angebot in der Drogenhilfe verstanden und bewertet.

Die Autorin kommt zum Schluss, dass die befragten Frauen in Bezug auf Lebenssituationen und Alltagserfahrungen sehr viele Gemeinsamkeiten haben. Insgesamt dominiert der Eindruck der Chancenlosigkeit. Die Vergangenheit holt die Frauen immer wieder ein und behindert sie im Versuch, ein «normales» Leben zu führen. Die Autorin leitet daraus die Notwendigkeit frauengerechter Drogenarbeit ab und skizziert diesbezügliche Prinzipien und Richtlinien.

## 2. Vorgehen und Methodik

### 2.1 Untersuchungsziel

Die Studie soll Grundlagen für die Weiterentwicklung der frauenspezifischen Drogenarbeit liefern. Gleichzeitig soll den interviewten Frauen die Möglichkeit geboten werden, ihre Erfahrungen anderen Frauen in ähnlichen Situationen sowie einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen durch ein Buchprojekt, zusätzlich zur vorliegenden Studie (9).

Im Verlaufe des Projekts entscheidet sich die Autorin, die Befragung mit einem konkreten Angebot für die Frauen zu verbinden. Sie organisiert vier Wochenenden, die den Frauen die Möglichkeit bieten sollen, Erfahrungen auszutauschen und eine Standortbestimmung vorzunehmen. Verbunden mit diesen Wochenenden erhält die Studie das zusätzliche Ziel, ein konkretes Angebot, das in dieser Weise noch nicht existiert, auszuprobieren und auszuwerten.

### 2.2 Methodisches Vorgehen

Zunächst mussten die 23 Frauen, die 1990 interviewt worden waren, auffindig gemacht werden. Dieser Prozess erwies sich als aufwendig. Im Verlaufe von neun Monaten konnten aber für alle Frauen Hinweise auf die letzten vier Jahre gewonnen wer-

## Key Words

Gender Discrimination,  
Drug Dependence,  
Biography,  
Social Work

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 5140 unterstützt.

den, sei es durch sie selber oder von Angehörigen. Geplant war, mit allen erreichbaren Personen ein Interview über die vergangenen vier Jahre zu führen und sie anzufragen, ob sie an einem Buch über ihre Lebenserfahrungen mitarbeiten möchten. Nach ersten Gesprächen kommt die Autorin aber zur Überzeugung, dass es notwendig ist, die Befragung mit einem konkreten Angebot für die Frauen zu verbinden. Sie beschliesst deshalb, vier Wochenenden zu organisieren, mit folgenden Zielen: Es findet ein Austausch unter den Drogenkonsumentinnen statt über frühere und aktuelle Erfahrungen als Drogenkonsumentinnen. Die Drogenkonsumentinnen erarbeiten eine berufliche und persönliche Standortbestimmung. Sie diskutieren und entwickeln gemeinsam Hilfsangebote, welche die Situation von Drogenkonsumentinnen verbessern könnten.

Die Kontaktnahme gelingt mit 18 Frauen; drei Frauen sind weder telefonisch noch schriftlich erreichbar, zwei sind gestorben. Die kontaktierten Frauen können zwischen mehreren Beteiligungsmöglichkeiten wählen. Sie können sich für ein qualitatives Interview zur Verfügung stellen, an einem oder mehreren Wochenenden teilnehmen oder selber einen Beitrag für ein Buch verfassen.

Mit 16 Personen kann ein Einzelgespräch geführt werden, das nebst der Bereitschaft und den Befürchtungen bzw. Erwartungen an die Wochenenden die aktuelle Situation und den Verlauf der vergangenen vier Jahre erfasst. Die Einzelgespräche werden in Gedächtnisprotokollen festgehalten. Acht Frauen nehmen an einem oder mehreren Wochenenden teil. Auch die Erfahrungen der Wochenenden werden in Gedächtnisprotokollen festgehalten. Mit den acht Frauen, die an den Wochenenden teilnehmen, wird 1995 ein Nachgespräch geführt; von den sieben Frauen, die nicht an den Wochenenden teilgenommen haben, können nur zwei für ein Nachgespräch erreicht werden.

Die Daten werden in Bezug auf die Lebenssituation und in Bezug auf die Frage, was die Frauen als Ressourcen und was als Behinderungen bei ihrer Lebensbewältigung erleben, ausgewertet.

### 3. Resultate

Was wird als Unterstützung, was als Behinderung erlebt?

#### 3.1 Körperliche Ressourcen

Belastend sind für die Frauen – nebst der Tatsache, HIV-positiv zu sein – körperliche Mängel, die äusserlich sichtbar sind (wie vernarbte Arme etc.). Diese

sichtbaren Zeichen erleben die Frauen sehr direkt als Behinderung auf einem Weg in ein «normales» Leben.

Für die Frauen ist eine der wichtigsten Strategien, sich von der Drogenszene (körperlich) zu distanzieren, wenn sie versuchen, den Konsum aufzugeben. Dies bedeutet, dass sie gleichzeitig ihr soziales Beziehungsnetz aufgeben. Die körperliche Distanzierung spielt auch im Zusammenhang mit der Sexualität eine Rolle: die Frauen verzichten auf einen Partner oder leben mit einem Partner, der versteht, wenn kein Bedürfnis nach Geschlechtsverkehr besteht.

*Hinweise aus den Wochenenden:* Die Frauen schätzen es sehr, «verwöhnt» zu werden. Generell scheint «sich selber etwas Gutes tun» (Bad, Joggen etc.) für viele Frauen eine wirksame Strategie, um aus einem Tief herauszukommen. Für die meisten Frauen ist der eigene Körper und insbesondere das eigene Körpergewicht ein heikles Thema. Die Angst, nach einem Entzug zuzunehmen, ist verbreitet.

*Professionelle Hilfe:* Im Zusammenhang mit Erfahrungen in Entzugsprogrammen erwähnen einige Frauen, wie wichtig und positiv Sport zu treiben und in der Natur zu sein, für sie war. In Phasen, in denen die Drogenszene ihren Alltag bestimmt(e), schätz(t)en Frauen besonders Drogenhilfeangebote, die körperliche Hygiene ermöglich(t)en.

#### 3.2 Arbeit als Ressource

*Arbeit als ökonomische Grundlage:* Von 18 Frauen hatten vier in den letzten vier Jahren über längere Zeit eine feste Stelle, die ihnen knapp mehr als das Existenzminimum sicherte. Sechs Frauen arbeiteten unregelmässig an befristeten Stellen, vier Frauen in begleiteten Arbeitsprojekten. Vier Frauen haben in den letzten vier Jahren nie gearbeitet.

Erfahrungen und Wünsche in Bezug auf Arbeit: Für die Frauen zählt im Zusammenhang mit Arbeit weniger die materielle Seite als vielmehr der Wunsch nach einer Arbeit, die sinnvoll ist. Fast alle Frauen haben eine Vorstellung darüber, welche Arbeit sie gerne tun würden. Im Zusammenhang mit Arbeit ist bereits die Bewerbung eine Hürde, weil die Frauen mehrheitlich keine abgeschlossene Ausbildung haben und gleichzeitig ihr Lebenslauf Lücken aufweist. Kinder bzw. eine eigene Familie erweisen sich diesbezüglich als Vorteil, weil Lücken im Lebenslauf weniger auffallen. Sie bewerben sich mit der Einstellung, froh um jede Stelle sein zu müssen und treten die Stelle auch so an.

*Kinder und Hausarbeit:* Kinder zu haben, isoliert die Frauen. Kinder spielen hingegen für die Entschei-

dung eines Ausstiegs bzw. einer Reduktion des Drogenkonsums eine wichtige Rolle. Die Kinder haben in Bezug auf Drogenkonsum eine ähnliche Bedeutung wie Beruf und Arbeit: sie geben einerseits Halt und strukturieren den Tag; andererseits sind sie auch der Grund für Versagensängste, Schuldgefühle und Überforderung. Die Frauen tragen die Verantwortung weitgehend allein und fühlen sich kontrolliert bzw. sind Vorwürfen von verschiedensten Seiten ausgesetzt.

*Arbeit als neues Handlungsfeld:* Wenn Frauen realisieren, dass ihre Fähigkeiten gefragt sind, dass sie ein Recht haben, diese auszuprobieren und auch Fehler zu machen, dann öffnet sich ihnen eine neue Welt.

*Erfahrungen aus den Wochenenden:* In Rollenspielen zu Bewerbungsgesprächen wird deutlich, dass die Frauen die Frage nach ihrer Vergangenheit erwarten. Sie versuchen, keinerlei Hinweise auf diese Zeit zu geben, das bedeutet aber auch, dass sie ihre in diesen Phasen erworbenen Fähigkeiten, die für viele Arbeiten wertvoll wären (Flexibilität, mit schwierigen Leuten umgehen zu können, etc.) nicht einbringen können. Das Verheimlichen der Vergangenheit ist ebenso wie das Bekanntmachen mit Problemen verbunden. Wird die Vergangenheit verheimlicht, müssen die Frauen Angst haben, dass «es auskommt», wird sie bekannt gemacht, werden sie dem Druck ausgesetzt, alles doppelt so gut machen zu wollen, keine Ansprüche zu stellen etc.

*Professionelle Hilfe:* Hilfe bei der Stellensuche erhielten nur die beiden Frauen, die eine stationäre Therapie gemacht haben. Von Drogenberatungsstellen und Sozialämtern werden die Frauen ermuntert oder gar forciert, eine Stelle zu suchen, ihre Schwierigkeiten werden aber offenbar nicht ernst genommen.

### **3.3 Erleben und Wahrnehmen als Ressource**

*Der Schuldenberg der Vergangenheit:* Die Frauen leben mit dem Grundgefühl, versagt zu haben, an der eigenen Situation schuld zu sein. Sie spüren jahrelang den Druck, der Umwelt zu beweisen, dass sie nicht mehr bzw. nicht nur «Junkies» sind.

*Erleben und Ausstieg:* Viele Frauen berichten von einzelnen Erlebnissen, in denen sie realisiert haben, dass es letztlich um ihr Leben geht, für das sie selber verantwortlich sind, die den Ausschlag gaben, etwas zu verändern, auszusteigen.

*Erfahrungen aus den Wochenenden:* Es wird deutlich, dass die Frauen selber auch jede Reaktion der Umwelt damit zu erklären versuchen, dass man sie als (ehemalige) Drogenkonsumentinnen verurteilt.

*Professionelle Hilfe:* Frauen erleben die Gespräche als hilfreich, in denen sie das Gegenüber dabei unterstützt, die eigene Situation nachzuvollziehen oder im eigenen Verhaltensmuster Entscheidungsschritte erkennen zu können, ohne dass das frühere Verhalten und damit sie selber als Individuen verurteilt werden.

### **3.4 Zukunftsperspektiven als Ressourcen**

*Lebenssinn:* Die berufliche Zukunft steht im Vordergrund, während es in den Gesprächen vor vier Jahren noch eher der Kinder- bzw. Familienwunsch war.

*Selbstbilder und Ausstiegswelt:* Obwohl die Frauen ihre «Junkie-Identität» ablegen wollen, bedeutet sie doch auch eine gewisse Sicherheit, die sie mit dem Ausstieg verlieren. Die Vorstellungen, wie ein Ausstieg zu schaffen ist, unterscheiden sich bei den befragten Frauen sehr stark.

*Erfahrungen aus den Wochenenden:* Es wird deutlich, dass Frauenvorbilder weitgehend fehlen.

*Professionelle Hilfe:* In Bezug auf die Hilfsangebote schildern Frauen Erfahrungen, in denen sie sich nur als «Junkie» angesprochen fühlten. Die Frauen haben nicht den Eindruck, dass in Institutionen Rückfälle als Teil eines Weges aufgefasst werden. Von spezifischen «Frauenangeboten» halten die Frauen nicht viel.

### **3.5 Beziehungen als Ressource**

*Freundeskreis und Partnerschaft:* Neue Beziehungen aufzubauen, bezeichnen die Frauen, die keine oder nur noch gelegentlich Drogen konsumieren, als etwas vom Schwierigsten. Die neuen Beziehungen bleiben oft distanziert, weil man seine Vergangenheit verschweigt. Die Vergangenheit isoliert also, selbst wenn die Umgebung gar nichts davon weiss.

*Eltern:* Keine der Frauen konnte sich innerhalb der Familie einen Platz schaffen, an dem sie sich wohl fühlt. Die Beziehungen zu Eltern und Geschwistern sind von den einen Frauen von Schuldgefühlen und Abhängigkeit, für andere von Gewalterfahrungen geprägt.

*Erfahrungen aus den Wochenenden:* Das Sprechen über die eigenen Erfahrungen ist für die Frauen gleichzeitig eine Belastung, weil die Erfahrungen so wieder präsent werden, aber auch eine Entlastung, weil sie sich weniger allein fühlen. Die Frauen in der Gruppe begegnen sich gegenseitig mit viel Respekt und Offenheit. Einzelne Frauen pflegen auch außerhalb der Wochenenden Kontakt.

*Professionelle Hilfe:* MitarbeiterInnen in sozialen Institutionen sind oft die einzigen Bezugspersonen, mit denen die Frauen über den Drogenkonsum und über vergangene Erfahrungen sprechen können. Die Frauen nutzen das Unverbindliche dieser professionellen Beziehungen aber offenbar nicht so, wie es möglich wäre, weil sie – nach Abstürzen etc. – Schuldgefühle haben. Deshalb sollten in Beratungssituationen Abstürze und Rückfälle als realistische Möglichkeiten angesprochen und antizipiert werden.

### **3.6 Vergangenheit und Gegenwart: Erfahrungen von Macht und Ohnmacht**

*Drogenkonsum:* Keine Wahlmöglichkeit: Die meisten Frauen haben genug vom illegalen Drogenkonsum und dem Preis, den sie dafür bezahlen. Sie möchten selber entscheiden, wann sie konsumieren und wie viel sie konsumieren, deshalb erscheinen ihnen Drogenabgabeprogramme nicht interessant.

*Stigmatisierung und verbaute Chancen:* Die Vergangenheit holt die Frauen immer wieder ein, sie machen Erfahrungen des Ausgegrenzt-Werdens. Nebst der gesellschaftlichen Verurteilung haben die Frauen oft auch Gefängnisserfahrungen, Erfahrungen mit Sorgerechtsentzügen etc.

*Erfahrungen mit Polizei und Justiz:* Wenn die Frauen von ihren Erfahrungen berichten, kann der Eindruck entstehen, dass Drogenkonsum die Missachtung von Menschenwürde und Menschenrechten rechtfertigt.

*Gewalt und Ausbeutung:* Fast alle Frauen berichten von aktuellen und/oder vergangenen körperlichen Gewalterfahrungen, sei es in der Familie, in der Drogenszene, in der Partnerschaft. Gewalt erleben sie als Frauen, nicht als Drogenkonsumentinnen. Flucht wäre die wichtigste Strategie, diese erscheint subjektiv aber oft unmöglich. Drogenkonsum bietet die Möglichkeit der inneren Distanzierung.

*Erfahrungen aus den Wochenenden:* Als die Frauen ihre Fähigkeiten festhielten, erwähnten sie Aspekte wie «Überlebenskünstlerin» etc. Mit solchen Fähigkeiten haben sie überlebt, trotz allem nicht aufgegeben.

*Professionelle Hilfe:* Frauen bevorzugen «private» Angebote, weil sie sich dort weniger ausgeliefert fühlen als in sozialen Institutionen. Der Lila Bus war für die Frauen, die sich prostituiert haben, ein wichtiges Angebot, weil er einen gewissen Schutz bot und Kontakte zu anderen Frauen ermöglichte. Not schlafstellen scheinen diese Schutzfunktion weniger wahrnehmen zu können. Frauen suchen sie oft nur in Begleitung oder in Ausnahmesituationen auf.

## **4. Diskussion / Schlussfolgerungen**

Der dominierende Eindruck der Chancenlosigkeit und die damit verbundenen Behinderungen beim Versuch der Frauen, sich ein «normales» Leben einzurichten, macht deutlich, dass sich die Situation von (ehemaligen) Drogenkonsumentinnen nicht einfach mit zusätzlichen Angeboten verbessern lässt. Es geht vielmehr darum, wie man mit ihnen als Frauen und (ehemaligen) Drogenkonsumentinnen umgeht und wie ihre Anliegen innerhalb und ausserhalb des bestehenden Hilfesystems aufgenommen werden.

### **4.1 Frauengerechte Drogenarbeit**

Die inhaltliche Konkretisierung und Umsetzung von frauengerechter Drogenarbeit fehlt. Das häufig gehörte Argument, dass die Frauen selber keine Frauenangebote wünschen, ist für die Autorin nicht stichhaltig. Es weisen ihrer Ansicht nach genügend Studien darauf hin, dass sich Frauen vom aktuellen Drogenhilfeangebot nicht angesprochen fühlen, dass es ihren Bedürfnissen nicht gerecht wird. Sie fordert deshalb:

- Drogenhilfeinstitutionen sollen ihr Handeln und ihre Angebote im Hinblick auf eine zielgruppenspezifische Drogenarbeit und damit auf eine frauen- und männergerechte Drogenarbeit hin überprüfen.
- Geldgeber sollen frauen- und männergerechte Drogenarbeit mit entsprechenden Rahmenbedingungen gezielt fördern.

### **4.2 Gesetzliche Veränderungen**

Die Kriminalisierung konfrontiert das Hilfesystem mit Menschen, die im Verlaufe ihrer Drogenkarriere zunehmend an Eigenressourcen verlieren und eigentliche «Kriegszustände» erleben. Gleichzeitig entsteht eine Gesellschaft, die immer weniger bereit ist, sich mit (ehemals) drogenkonsumierenden Personen auseinanderzusetzen. Auf diese Entwicklungen antwortet das Hilfesystem mit einer zunehmenden Spezialisierung und Ausweitung des Angebots auf alle relevanten Bereiche menschlichen Lebens. So wichtig diese Angebote sind, – so bergen sie doch die Gefahr, dass Gegenwelten geschaffen werden, die einer Integration wenig förderlich sind. Deshalb fordert die Autorin:

- Das bestehende Betäubungsmittelgesetz muss abgeändert werden. Für die heute illegalen Drogen sollen Bestimmungen ausgearbeitet werden, die mit den gesetzlichen Grundlagen für andere Suchtmittel und für Medikamente vergleichbar sind.

- Die Öffentlichkeit muss über die Folgen der nachhaltigen Ausgrenzung von Drogenkonsumierenden aufgeklärt werden.
- Drogenhilfeinstitutionen sollen vermehrt Vermittlerarbeit leisten und damit den Zugang für (ehemalige) drogenkonsumierende Personen zu drogenunspezifischen Hilfsinstitutionen, zu Dienstleistungen, zum Arbeits- und Wohnungsmarkt, verbessern.

## 5. Empfehlungen

Die Autorin schlägt Prinzipien und Rahmenbedingungen für eine frauengerechte Drogenarbeit vor:

### 5.1 Prinzip Anerkennung und Wertschätzung

Viele Angebote richten sich unausgesprochen an Männer und orientieren sich an deren Lebenserfahrungen und Bedürfnissen. MitarbeiterInnen müssen sich nach dem Prinzip der Anerkennung mit ihren eigenen Frauen- und Männerbildern auseinandersetzen und die spezifischen Lebenserfahrungen und Bedürfnisse von Frauen kennen und ernstnehmen.

### 5.2 Prinzip Ressourcenorientierung

Frauen haben unter schwierigsten Bedingungen lange Zeit ihr Leben ohne Beizug von Hilfe bewältigt. Das Prinzip der Ressourcenorientierung bedeutet, dass die Ressourcen der Frauen (Fähigkeiten, Strategien, Ziele) in den Hilfeprozess einbezogen werden.

### 5.3 Prinzip Alltagsorientierung

Frauen wünschen sich Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Alltagsaufgaben und bevorzugen Angebote, in denen sie sich nicht nur als Drogenkonsumentinnen angesprochen erleben. Alltagsorientierung bedeutet, mit den Frauen Lösungen zur Bewältigung ihres Alltags zu entwerfen, die mit den Alltagsanforderungen vereinbar sind.

### 5.4 Prinzip Entlastung

Viele Frauen sorgen nicht nur für sich allein, sondern übernehmen Betreuungs- und Versorgungsaufgaben für Dritte (Kinder, Partner, Eltern). Entlastung bedeutet, Mehrfachverpflichtungen von Frauen zu erkennen und zu berücksichtigen. Mit der Beanspruchung eines Angebots sollen sich Frauen nicht noch zusätzliche Belastungen einhandeln.

### 5.5 Prinzip Schutz

Körperliche Gewalt, sexuelle Ausbeutung, Menschenrechtsverletzungen und massivste Abwertung gehören zum Alltag von Drogenkonsumentinnen. Schutz bedeutet, psychische und physische Gewalt zu verhindern.

### 5.6 Rahmenbedingungen für eine frauengerechte Drogenarbeit

Die Entwicklung einer Drogenarbeit, die sich an den je unterschiedlichen Lebenserfahrungen, Bedürfnissen, Wertvorstellungen und Zielen von Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten orientiert, soll von den Geldgebern gefördert werden, z. B. durch die Ausarbeitung von Auflagen und die Erarbeitung von Qualitätskriterien für eine geschlechtsspezifische Drogenarbeit.

## 6. Referenzen

1. Dobler-Mikola A. Drogenabhängigkeit bei Frauen. In: Bendel C, Brianza A, Rottenmanner I (Hrsg.). Frauen sichten Süchte. SFA/ISPA-Press, Lausanne, 1992.
2. Ernst M-L, Rottenmanner I, Spreyermann C. Frauen – Sucht – Perspektiven. Grundlagen zur Entwicklung und Förderung frauenspezifischer Drogenarbeit. EDMZ, Bern, 1995.
3. Hedrich D. Drogenabhängige Frauen und Männer. In: Kindermann W, Sickinger R, Hedrich C et al. Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Lambertus-Verlag, Freiburg i.B., 1992/2.
4. Klingemann H. Initiierung und Verlauf von Auto-remissionsprozessen bei Abhängigkeitsproblemen. SFA, Lausanne, 1990.
5. Lind-Krämer R, Timper-Nittel A. Drogenabhängige Frauen – Das besondere ihrer Lebenslage. In: Kindermann W, Sickinger R, Hedrich C et al. Drogenabhängig. Lebenswelten zwischen Szene, Justiz, Therapie und Drogenfreiheit. Lambertus-Verlag, Freiburg i.B., 1992/2.
6. Sickinger R, Kindermann W, Kindermann S et al. Wege aus der Drogenabhängigkeit. Gelungene und gescheiterte Ausstiegsversuche. Lambertus-Verlag, Freiburg i. B., 1992.
7. Spreyermann C. Man könnte meinen, wir sässen alle im gleichen Boot. Lebensalltag und Alltagsbewältigung von Drogenkonsumentinnen. IUMSP, Lausanne, 1990.
8. Weber G, Schneider W. Fixerinnen – Aspekte ihrer Lebenswelt. In: Weber G, Schneider W. Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Forschungsbericht der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, 1992.



9. Spreyermann C. Wilde Hilde. Action, Stoff und Innenleben. Frauen und Heroin. Lambertus-Verlag, Freiburg i. B., 1997.

## 7. Wissenstransfer

### 7.1 In der Praxis

Die Autorin führte bei Convers Weiterbildungen zum Thema «frauenspezifische Drogenarbeit» durch. Sie berät interessierte Projekte zu diesem Thema.

Die Studie wurde in zahlreichen Arbeitskreisen präsentiert, so auch bei der Westschweizer «Groupe femmes dépendance».

### 7.2 Auf wissenschaftlichem Gebiet

Lebensbiographien der Frauen und Erkenntnisse aus der Studie wurden als Fachbuch im Lambertus-Verlag, Freiburg i. B., veröffentlicht. Der Verlag gehört zu den angesehenen Verlagen im Bereich Sozialarbeit.

8. Konsequenzen der Evaluation in Bezug auf die öffentliche Gesundheit, die Drogenpolitik etc.

### 8.1 Für die Praxis

Die Studie hat zur Diskussion der frauenspezifischen Arbeit in der Deutsch- und Westschweiz beigetragen.

### 8.2 «Lerneffekt»

Die Studie sensibilisiert für Chancen zu Hilfestellungen und für den langen Weg, den (ehemalige) Drogenkonsumentinnen durchlaufen.

Korrespondenzadresse:  
Christine Spreyermann  
sfinx – Sozialforschung-Evaluationsberatung  
Supervision  
Maulbeerstr. 14  
3011 Bern  
E-Mail: [sfinx.cs@bluewin.ch](mailto:sfinx.cs@bluewin.ch)

# Evaluation der «Wallstrasse 16», Tageshaus für Obdachlose und Bedürftige in Basel\*

Paola Coda, Ruth Schöpfer, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel

## Zusammenfassung

Die «Wallstrasse 16, Tageshaus für Obdachlose und Bedürftige» in Basel ist eine neuartige Einrichtung im Spektrum der bereits existierenden niederschweligen Institutionen wie Gassenküche, Gassenzimmer und Notschlafstellen. Diese Tagesstruktur hat zum Ziel, Obdachlosen und Bedürftigen einen Ort der Ruhe und der Erholung anzubieten, wo sie Kontakte pflegen und sich zu Hause fühlen können. Ausserdem bietet die «Wallstrasse» verschiedene Angebote zur Abdeckung der Hygienebedürfnisse der BesucherInnen. Die *Evaluation der «Wallstrasse»* fand im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit statt und wurde am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel durchgeführt. *Mit einer Kombination von qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden* wurde untersucht, 1) inwieweit diese Institution die von ihr selbst gesetzten Ziele erreicht und 2) ob und wie diese den Bedürfnissen der von ihr definierten Zielgruppe entsprechen. Die *Evaluation zeigte*, dass es sich bei den BesucherInnen hauptsächlich um sozial randständige KonsumentInnen illegaler Drogen handelt, die ausschliesslich aus der Region kommen und oft in unstablen Wohnverhältnissen leben. Die angestrebte Zielgruppe wurde damit erreicht. Die tägliche BesucherInnenzahl stieg innerhalb eines Jahres von 10 auf 80 bei einer hohen Benutzungsfrequenz. Die verschiedenen Angebote der «Wallstrasse» wurden wahrgenommen und geschätzt. Die Evaluation hob die Bedeutung der Einrichtung als einen Ort der Ruhe und Entspannung hervor, der den BesucherInnen zudem Schutz bietet, den sie auf der «Gasse» nicht haben. Die Tagesstruktur schliesst eine Lücke im niederschweligen Hilfsangebot und trägt bei zur Verlagerung der Drogenszene von der Gasse weg. Sie schafft eine Basis für weiterführende psychosoziale Arbeit, die allerdings angesichts der knappen Personalressourcen zur Zeit der Untersuchung zu wenig genutzt werden konnte. Es wurde eine gute Akzeptanz durch die AnwohnerInnen festgestellt sowie eine konfliktfreie Beziehung zur Polizei und eine gute Zusammenarbeit mit anderen Überlebenshilfe-Institutionen.

## Key Words

Low Threshold Service, Dependence on Illegal Drugs, Socially Marginalised Persons, Day House, Day Structure Offer, Help to Survive, Risk Reduction, Psycho-social Counseling

## 1. Einleitung: Entstehung, Konzept und Ziele der «Wallstrasse 16»

Im Sommer 1992 wurde der Verein Offene Kirche Elisabethen (OKE) in Basel von der Christoph Merian Stiftung (CMS) angefragt, ob er für das Haus der CMS an der Wallstrasse 16 eine soziale Verwendung vorschlagen könnte. Daraufhin entwarf die OKE eine Skizze für das Projekt «Tageshaus für Obdachlose und Bedürftige». Die Grundidee war, mit einer Tagesstruktur für Bedürftige in Basel eine Lücke im niederschweligen Angebot schliessen zu können: So konnten beispielsweise die BenutzerInnen der Notschlafstellen sich bis anhin tagsüber fast nur auf der Strasse oder in Restaurants aufhalten. Ein Tagesaufenthaltsort sollte die soziale Integration dieser Menschen erleichtern. Eine enge Zusammenarbeit mit bestehenden Angeboten wie Notschlafstellen und Gassenküche wurde vorgesehen.

Nach der Zustimmung der CMS zur Projektskizze konnte der Verein OKE in seiner Funktion als Träger-schaft des Projektes im Juni 1993 damit beginnen, das Betriebskonzept zu erarbeiten. Das erste Betriebsjahr des Tageshauses wurde finanziell von der CMS, Sponsoren und einem Zuschuss des Bundesamtes für Gesundheit getragen. Der Kanton Basel-Stadt anerkannte das Projekt als eine kantonale Priorität und stellte eine Finanzierung des Projektes ab 1995 in Aussicht. Der Betrieb der «Wallstrasse», wie die Institution fortan von den BesucherInnen genannt wurde, konnte im November 1993 aufgenommen werden. Während der Pilotphase bis Ende 1994 sollte das Konzept den realen Bedürfnissen der Zielgruppe angepasst und die definitive Finanzierung abgeklärt werden.

*Die Zielgruppe des Projektes «Wallstrasse» – Obdachlose und Bedürftige – ist bewusst breit gefasst, um möglichst viele Randgruppen anzusprechen. Drogenabhängige gehören mit zu der anvisierten Zielgruppe. Als so genannt niederschwellige Institution ist die «Wallstrasse» dem aus der Drogenhilfe hervorgegangenen Bereich der Überlebenshilfe zuzuordnen, welcher in den letzten Jahren neben die traditionellen drogenpolitischen Schwerpunkte Prävention, Repression und Therapie getreten ist. Als Institution, die helfen soll, Verelendung aufzuhalten, ist sie dem Prinzip der Risikominderung und der Schadensbegrenzung verpflichtet.*

*Ziel des Projektes* ist es, der Zielgruppe mit einer Tagesstruktur einen Ort der Ruhe und der Erholung

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 5645 unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus: Rihs-Middel M, Lotti H. Suchtforschung des BAG/Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996. Bern, EDMZ, 1997.

anzubieten, wo sie Kontakte pflegen und sich zu Hause fühlen kann. Als weiteres Ziel des Projektes sollen Leute, die Hilfe nötig haben, durch das Gesprächsangebot mit den MitarbeiterInnen und die Informationsmöglichkeiten über Institutionen unterstützt werden. Zudem bietet das Tageshaus die Infrastruktur für die Abdeckung der Hygienebedürfnisse der BesucherInnen.

*Das Konzept der «Wallstrasse» vom Juli 1993 formuliert folgende Angebote:*

- Empfang der BesucherInnen
- Duschen und Körperpflege
- Kleiderwaschen und -trocknen
- Cafeteria mit Fernsehcke
- Ruheraum
- Informationsmöglichkeiten über: Stellenmarkt, Wohnungsmarkt, Institutionen
- Gesprächsangebot mit den MitarbeiterInnen

*In der Hausordnung gelten folgende Regeln:*

- absolutes Drogen- und Alkoholverbot im ganzen Haus
- keine Duldung gewalttätigen Verhaltens
- Anmeldepflicht am Empfang
- kein Konsumationszwang in der Cafeteria
- Mitverantwortlichkeit der BesucherInnen für die Sauberkeit des Hauses (Dusche, WC, Waschmaschine, Tumbler, Tische)
- Hausverbot bei Verstößen gegen die Hausordnung

*Das Tageshaus ist folgendermassen eingerichtet:*

Im Parterre befinden sich ein Ruheraum mit einigen Sofas, ein Waschraum mit zwei Duschen, einer Waschmaschine und einem Tumbler sowie eine Telefonkabine. Bevor die BesucherInnen die Räumlichkeiten betreten können, müssen sie sich am Empfang anmelden, wo sie von einem Teammitglied begrüsst und, falls es sich um einen erstmaligen Besuch handelt, über die Hausordnung informiert werden. Das Büro mit dem Empfang steht zudem für die administrative Tätigkeit des Teams zur Verfügung. Vom Parterre aus führt eine Türe in den Hinterhof, der im Sommer eine zusätzliche Aufenthaltsmöglichkeit für spezielle Anlässe bieten könnte, bisher aber nicht genutzt wurde. In der ersten Etage ist eine grosse Cafeteria mit einer Fernsehcke, einem Info-Regal, einer Küche und den Toiletten.

Für einen geregelten Ablauf des Betriebes sind jeweils zwei der sechs MitarbeiterInnen, die sich die 300 Stellenprozente teilen, verantwortlich. Ein Teammitglied ist im Parterre für den Empfang, allgemeine Büroarbeiten sowie die Beaufsichtigung der

Hygieneräume und des Ruheraumes zuständig. Das zweite Teammitglied ist im ersten Stock in der Cafeteria tätig. Zusätzlich zu den beiden MitarbeiterInnen ist immer ein/e freiwillige/r HelferIn anwesend, der/die je nach anfallender Arbeit entweder im Parterre oder im ersten Stock arbeitet. Insgesamt stehen zur Zeit der Analyse 14 freiwillige HelferInnen je einen halben Tag im Einsatz. Die Arbeitsbereiche sind nicht festgelegt, sondern werden nach persönlichen Neigungen geregelt. Die Aufgaben der MitarbeiterInnen in der «Wallstrasse» bestehen hauptsächlich darin, den geregelten Ablauf des Betriebes zu garantieren sowie mit den BesucherInnen Gespräche zu führen.

Die Öffnungszeiten wurden auf einen Sechstagebetrieb von Dienstag bis Sonntag von 10.00 bis 17.00 Uhr festgelegt.

Als zukünftige Entwicklungsmöglichkeit wurde im Konzept die Absicht formuliert, in einer zweiten Phase des Projektes im Keller eine Werkstatt oder ein Atelier einzurichten, das den BesucherInnen als Beschäftigungszone zur Verfügung stehen würde.

## 2. Fragestellung und Methodik der Evaluation

*Die Evaluation orientierte sich an den Zielsetzungen der «Wallstrasse» und untersuchte, ob und inwiefern diese erreicht wurden, indem sie folgenden Fragen nachging:*

- Inanspruchnahme der Angebote
- Charakterisierung der BesucherInnen
- Verhältnis zwischen den Zielsetzungen und der Zielgruppe, d. h. der Erfüllung der Zielsetzungen und der Akzeptanz des Projektes durch die BesucherInnen

*Der Evaluation wurden verschiedene methodische Vorgehensweisen zugrunde gelegt, die sowohl quantitative als auch qualitative Forschungsmethoden beinhalten. Hauptpfeiler der Evaluation waren:*

- das Leitfadengespräch mit dem Team der «Wallstrasse» (qualitativ)
- die teilnehmende Beobachtung (qualitativ)
- die Besuchsstatistik (quantitativ)
- die Fragebogenerhebung bei den BesucherInnen der «Wallstrasse» (quantitativ).

### 2.1 Das qualitative Interview mit dem Team

Den Hauptbestandteil des qualitativen Teils der Evaluation bildete das Interview mit dem Team der «Wallstrasse». Es handelte sich dabei um ein halbstrukturiertes Leitfadengespräch.

Das Interview wurde transkribiert. Für die Auswertung wurden die Aussagen thematisch gegliedert.

## 2.2 Die teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung in der «Wallstrasse» während eines Tages gab uns einen eigenen Eindruck vom Ablauf des Betriebes und von den BesucherInnen und ermöglichte uns somit, der im Interview geäußerten Meinung des Teams eigene Wahrnehmungen entgegenzusetzen und diese durch die gemeinsame Diskussion im Evaluationsteam kritisch zu gewichten.

## 2.3 Die Besuchsstatistik

Das Team der «Wallstrasse» führt seit Beginn des Betriebes eine Tagesstatistik, in welcher die Anzahl der täglichen BesucherInnen, deren Geschlecht, regionale Herkunft und Hauptproblematik (illegale Drogen, Alkohol etc.) erfasst werden. Das ISPM bearbeitete für die Evaluation die nach Monaten gegliederten Daten zwischen November 1993 und Dezember 1994.

## 2.4 Die Fragebogenerhebung

Der vom ISPM Basel ausgearbeitete Fragebogen orientierte sich an den Zielsetzungen des Projektes «Wallstrasse 16». Nach der Pilotierung in der «Wallstrasse» bat die definitive Version des Fragebogens die BesucherInnen um Auskunft über:

- Merkmale der BenutzerInnen
- Inanspruchnahme der «Wallstrasse»
- Beurteilung der «Wallstrasse» durch die BenutzerInnen

Die Erhebung wurde während einer Woche, bzw. während sechs Tagen, vom 23. bis 28. November 1994 durchgeführt. Insgesamt füllten 156 BesucherInnen den Fragebogen aus. 24 Personen verweigerten die Teilnahme. Ca. 30 Personen nahmen den Fragebogen entgegen, ohne ihn jedoch auszufüllen.

## 2.5 Repräsentativität

Es beteiligten sich 75% bis 80% der Angefragten an der Untersuchung, was eine gute Teilnahmequote darstellt. Zudem erlaubte die Dauer der Befragung, alle regelmässigen BesucherInnen der «Wallstrasse» zu erreichen.

## 3. Resultate und Diskussion

### 3.1 Drogenabhängige als Zielgruppe, sozial randständige Personen besonders angesprochen

Aus der Besuchsstatistik, dem Interview mit dem Team und der in der Fragebogenerhebung gestellten Frage nach der Hauptproblematik kam klar zum Ausdruck, dass es sich bei den BesucherInnen der «Wallstrasse» in einer überwiegenden Mehrheit um KonsumentInnen illegaler Drogen handelt, die jedoch teilweise in einem Methadonprogramm sind. Andere Obdachlose, wie z.B. AlkoholikerInnen, kamen nach anfänglichem Ausprobieren später kaum mehr.

In der «Wallstrasse» zeigt sich eine ungleiche Geschlechterverteilung: Die Institution wird vor allem von Männern besucht. Der Anteil der Frauen liegt bei einem knappen Fünftel und ist damit kleiner als in anderen Studien über Drogenabhängige, in denen der Frauenanteil zwischen 25% und 30% liegt. Ausserdem benützen die Frauen die Institution wesentlich seltener. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass drogenabhängige Frauen öfters eine feste Adresse haben und deshalb die Tagesstruktur weniger benötigen.

Die BenutzerInnen decken ein breites Altersspektrum von 18 bis 52 Jahren ab, wobei die 20- bis 30-Jährigen den grössten Anteil (65%) bilden.

Zwar wird die «Wallstrasse» von Drogenabhängigen in unterschiedlichen Einkommenssituationen besucht, jedoch ist die Mehrheit abhängig von Unterstützungsbeiträgen: Zwei Drittel der Männer und über die Hälfte der Frauen beziehen Beiträge der Fürsorge oder der Sozialversicherung (ALV und IV). Nur gerade 10% gehen einer Vollzeitbeschäftigung nach, 20% haben Gelegenheitsjobs. Illegale Einkünfte und private Unterstützung wurden von 15% der Befragten angegeben, die Prostitution von 14% der Frauen.

Die «Wallstrasse» wird von Personen in ungleichen Wohnsituationen benützt. Während ein Drittel über eine eigene Wohnung oder ein Zimmer verfügt und ein weiteres Drittel bei den Eltern wohnt, haben alle anderen keine feste Wohnadresse; 10% hat eine vorübergehende Unterkunft und ein Viertel ist obdachlos. Die BenutzerInnen ohne eine feste Adresse besuchen die Tagesstruktur signifikant häufiger als diejenigen in permanenten Wohnverhältnissen.

Der hohe Anteil an BezügerInnen von Fürsorge- und Sozialversicherungsleistungen sowie der ebenfalls hohe Anteil an Personen in unstabilen Wohnverhältnissen lässt den Schluss zu, dass die BesucherInnen der «Wallstrasse» der Gruppe der sozial rand-

ständigen DrogenkonsumentInnen zuzurechnen sind. Dafür spricht auch, dass – gemäss den Aussagen des Teams als auch der Befragten – als Hauptproblematiken der BesucherInnen die Arbeit und das Wohnen gelten sowie Probleme mit der Polizei und den Behörden, alles Bereiche, die eng mit dem Konsum illegaler Drogen in Zusammenhang stehen dürften.

### **3.2 Starke Zunahme der BesucherInnenzahl, regionale Inanspruchnahme und hohe Benutzungsfrequenz**

Dass der Bedarf nach einer niederschweligen Tagesstruktur vorhanden ist, wird durch die kontinuierliche Zunahme der BesucherInnenzahl bestätigt. Während die tägliche BesucherInnenzahl in den ersten Monaten des Betriebes im Durchschnitt 10 Personen betrug, erhöhte sie sich ständig bis zu einem täglichen Durchschnittswert von 80 Personen im November 1994.

Aus der Fragebogenerhebung ging klar hervor, dass die BenutzerInnen der «Wallstrasse» aus der Region stammen. Die grosse Mehrheit der Befragten kommt aus Basel-Stadt, 25% aus Baselland und die restlichen aus benachbarten Kantonen. Es konnte somit keine Sogwirkung beobachtet werden.

Es wurde eine hohe Benutzungsfrequenz festgestellt: Sowohl gemäss den Angaben der Befragten als auch denjenigen des Teams suchen mehr als die Hälfte der BesucherInnen die «Wallstrasse» täglich oder mehrmals pro Woche auf. Betrachtet man nur die Personen in einer unstablen Wohnsituation, so erhöht sich dieser Anteil auf 74%, was für die grosse Bedeutung der Tagesstruktur für diese Zielgruppe spricht.

### **3.3 Umfassende Inanspruchnahme der Angebote und allgemein positive Beurteilung durch die BesucherInnen und das Team**

Wie die Resultate der verschiedenen Forschungsansätze zeigen, werden alle Angebote gut genutzt, jedoch in unterschiedlichem Masse.

Gemäss den Angaben der Befragten stehen der «Kontakt zu anderen Menschen» und das «Entspannen» bei den BenutzerInnen im Vordergrund, die «Beratungsgespräche» und die «Informationen» werden zwar seltener in Anspruch genommen, sind aber in der Wertung der Zielgruppe wichtiger. Auch das Team räumt der «Entspannung» oberste Priorität ein und bewertet die sozialen Kontakte, insbesondere diejenigen zum Team, als sehr wichtig. Wie sowohl aus dem Interview mit dem Team hervorging als auch die teilnehmende Beobachtung zeigte,

kann das Angebot der Beratungsgespräche wegen Mangels an personellen Kapazitäten nicht aufrechterhalten werden. Die Antworten der Befragten dürften diese Lücke im Angebot widerspiegeln.

Auch die Abdeckung der hygienischen Bedürfnisse ist für die BenutzerInnen eine wichtige Motivation für das Aufsuchen des Tageshauses und gilt in der Bewertung als die wichtigste.

Im Allgemeinen werden die verschiedenen Angebote im hygienischen und sozialen Bereich sowie die Entspannungsmöglichkeit von den BenutzerInnen positiv bewertet. Nur gerade 4% beurteilen einzelne Angebote als schlecht, was den Schluss zulässt, dass die Angebote weitgehend den Vorstellungen und Bedürfnissen der BesucherInnen entsprechen. Auch das Team ist der Meinung, dass die Angebote in der «Wallstrasse» den Bedürfnissen der BesucherInnen entsprechen, abgesehen von den Beratungsgesprächen, die praktisch nicht durchgeführt werden können.

Als Verbesserungsmöglichkeit wünschen denn auch relativ viele Befragte mehr Beratungsgespräche, am häufigsten wird aber die Einführung von Verpflegungsmöglichkeiten vorgeschlagen. Seitens des Teams sowie von einzelnen BesucherInnen wird als Verbesserungsmöglichkeit der Aufbau einer Beschäftigungszone im handwerklichen Bereich in Betracht gezogen, was jedoch zurzeit wegen mangelhaften personellen Kapazitäten nicht realisierbar ist.

Bezüglich der Bedeutung der «Wallstrasse» für die BenutzerInnen kommt die Wichtigkeit dieser Institution klar zum Ausdruck. Drei Viertel der Befragten geben an, dass die «Wallstrasse» für sie ziemlich bis sehr wichtig sei. Betrachtet man nur die Personen in unstablen Wohnsituationen, so erhöht sich dieser Anteil auf 90%.

### **3.4 «Lücke schliessen»: eine Tagesstruktur für Obdachlose und Bedürftige zur Unterbindung der offenen Szene und zur sozialen Einbindung**

Die intensive Nutzung der «Wallstrasse» durch Drogenabhängige der Region trägt dazu bei, dass eine Verlagerung der Drogenszene von der Gasse weg in die niederschweligen Institutionen erfolgt. Gemäss den Aussagen der Teammitglieder hielten sich die BesucherInnen des Tageshauses vor der Schliessung der offenen Drogenszene am Kleinbasler Rheinufer tagsüber vor allem auf der «Gasse» auf. Diese Aussage wird gestützt durch den steilen Anstieg der BesucherInnenzahl nach der Schliessung dieser Szene an der Rheingasse im Frühling 1994 sowie durch die Angaben der Befragten, von denen die Hälfte angab, den Tag hauptsächlich draussen zu verbringen, wenn die «Wallstrasse» geschlossen



ist. Dieser Anteil erhöht sich auf 72%, wenn nur diejenigen Personen betrachtet werden, die sich in einer unstablen Wohnsituation befinden. Daraus wird sichtbar, welche massgebliche Rolle die Tagesstruktur in der Unterbindung einer offenen Szene spielt und dass damit eine Lücke im niederschweligen Angebot geschlossen wird.

Als Tagesstruktur, die genügend Platz und Hygieneeinrichtungen unter einem Dach bietet, ist die «Wallstrasse» innovativ und stellt eine ideale Ergänzung zu anderen niederschweligen Einrichtungen dar. Ein grosser Teil der Befragten, die regelmässigen «Wallstrasse»-BesucherInnen, benützen auch andere niederschwellige Hilfseinrichtungen wie die Gassenzimmer, die Gassenküche und die Notschlafstellen. Besonders für die sozial desintegrierteren Personen ist ein gut funktionierendes Netz niederschwelliger Institutionen äusserst wichtig, was unter anderem durch die hohe BesucherInnenzahl und die hohe Benutzungsfrequenz der «Wallstrasse» bestätigt wird. Dieses Netz soll dazu beitragen, physische und psychische Probleme und Risiken zu begrenzen sowie Raum bieten, um soziale Kontakte zu pflegen und zur Ruhe kommen zu können.

Die Hausordnung der «Wallstrasse» formuliert klare Regeln und Verbote, deren Übertretung mit Hausverbot sanktioniert wird. Im Gegensatz zur Gasse besteht hier ein Rahmen, der sowohl Aggressionshandlungen zu verhindern vermag als auch den BesucherInnen ein erhebliches Mass an Schutz bietet. Damit werden wichtige Voraussetzungen geschaffen, welche die Integrationsfähigkeit und die soziale Kompetenz der BesucherInnen fördern. Ein grosses Problem der Institution ist, dass die im Kontakt der Teams zu den Drogenabhängigen geschaffene fruchtbare Basis für weiterführende psychosoziale Arbeit angesichts der knappen Personalressourcen viel zu wenig genutzt werden kann.

### **3.5 Akzeptanz durch die AnwohnerInnen, konfliktfreie Beziehung zur Polizei und gute Zusammenarbeit mit anderen Überlebenshilfe-Institutionen**

Gemäss den Aussagen des Teams hat sich im Verlauf des ersten Betriebsjahres der «Wallstrasse» ein Verhältnis zur Anwohnerschaft – die dem Tageshaus anfänglich mit grossem Widerstand begegnet ist – herausgebildet, welches geprägt ist durch eine regelmässige und offene Kommunikation. Die Vorurteile seitens der AnwohnerInnen gegenüber einem «Gassenhaus» konnten abgebaut werden, nicht zuletzt dank dem Einsatz des Teams, das Verweilen der Drogenabhängigen im Quartier zu unterbinden. Für die Ordnung im Quartier trägt, laut den Angaben des Teams, vor allem auch die Präsenz der Polizei bei. Das Team charakterisiert das Verhältnis zur Polizei als konfliktfrei und befürwortet auch ihre Kontrol-

len im Quartier, die für die Unterbindung einer Szenenbildung notwendig seien.

Als Mitglied der Plattform «Überleben Basel» pflegt die «Wallstrasse» einen regelmässigen Austausch mit anderen in der Überlebenshilfe tätigen Institutionen. Diese Kommunikation scheint äusserst sinnvoll sowohl in Bezug auf die Erfassung der Bewegungen in der Drogenszene an sich als auch der Lebenssituation der Betroffenen. Zudem erlaubt sie die Koordination der Institutionen bezüglich der Angebote und der Öffnungszeiten. Die «Wallstrasse» bietet ausserdem als Begegnungsort zwischen den Drogenabhängigen und den in der Drogenhilfe tätigen Personen und Institutionen die ideale Infrastruktur, die von den Betroffenen auch als solche genutzt wird.

## **4. Schlussfolgerung**

Die «Wallstrasse» erreicht ihre Zielgruppe, wobei es sich dabei hauptsächlich um sozial randständige KonsumentInnen illegaler Drogen handelt. Die Institution geniesst für Personen in unstablen Wohnverhältnissen einen markant höheren Stellenwert.

Die BesucherInnen nutzen und schätzen die verschiedenen Angebote. Besonders wichtig ist die «Wallstrasse» für sie als Ort der Ruhe und Entspannung, der ihnen zudem ein erhebliches Mass an Schutz bietet, den sie auf der «Gasse» nicht haben und der es ihnen erlaubt, ihre Hygienebedürfnisse abzudecken.

Das in den Zielsetzungen des Projektes formulierte Gesprächsangebot mit den MitarbeiterInnen kann zurzeit in viel zu geringem Masse aufrechterhalten werden, weil sich das Team infolge der hohen BesucherInnenzahl auf die Überwachungsfunktion beschränken muss. Das entstandene Vertrauensverhältnis zum Team stellt jedoch eine fruchtbare Basis für weiterführende psychosoziale Betreuung dar, die auch von relativ vielen BesucherInnen gewünscht wird. Da die Institution vor allem für desintegrierte Personen sehr wichtig ist, kommt der psychosozialen Betreuung ein umso grösserer Stellenwert zu. Die Evaluatorinnen schlagen deshalb vor, dass diese Basis für psychosoziale Interventionsmöglichkeiten besser genutzt werden sollte, indem mehr Personalressourcen zur Verfügung gestellt werden.

## 5. Valorisierung

### 5.1 Publikationen

1. Coda P, Schöpfer R. Evaluation der «Wallstrasse 16», Tageshaus für Obdachlose und Bedürftige in Basel. Soz. Präventivmed 1996; 41 Suppl 1: 69–75.
2. Coda P, Schöpfer R. Evaluation der «Wallstrasse 16», Tageshaus für Obdachlose und Bedürftige in Basel. Schlussbericht ans Bundesamt für Gesundheit, Basel, 1995.

### 5.2 Vorträge

1. Basel, Pressekonferenz, 22. August 1995. Evaluation der «Wallstrasse», Tageshaus für Obdachlose und Bedürftige in Basel.
2. Wissenschaftliche Tagung der schweizerischen Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, 29. Juni 1995. Vortrag über die Evaluation der «Wallstrasse», Tageshaus für Obdachlose und Bedürftige in Basel.

Korrespondenzadresse:  
Prof. Ursula Ackermann  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
Universität Basel  
Steinengraben 49  
4051 Basel  
E-Mail: [ursula.ackermann-liebrich@unibas.ch](mailto:ursula.ackermann-liebrich@unibas.ch)

# Evaluation von Haus Breitenstein, ein niedrigschwelliges Wohnangebot in der Stadt Zürich\*

Robert Sempach, Gerhard Scholz, Andreas Lanz, Institut für Suchtforschung, Zürich

## Zusammenfassung

Als niederschwellige Überlebenshilfe für schwerstabhängige Drogenabhängige wurde Anfang 1991 in Zürich eine betreute Wohngemeinschaft mit 13 Zimmern im Haus Breitensteinstrasse eröffnet. Nach nur 17 Monaten, noch vor Ende der 2-jährigen Pilotphase, wurde die Einrichtung aus Spargründen geschlossen. Die Zielsetzung des Projektes stellte insbesondere die Förderung von Eigeninitiative und Eigenverantwortung der Bewohner in den Vordergrund. Die Begleitevaluation kam in quantitativen und qualitativen Untersuchungen zum Ergebnis, dass das niederschwellige betreute Wohnangebot eine realistische Ergänzung und Alternative zu bereits bestehenden Angeboten darstellte. Die Einrichtung bot den Drogenabhängigen die Möglichkeit, ihre geschädigte Autonomie zu reorganisieren und konstruktive Schritte in ihrer Lebensgestaltung zu schaffen. Im Einzelfall war es möglich, wirkliche Strukturveränderungen einzuleiten. Die Autoren kamen zum Schluss, dass das Haus Breitensteinstrasse ein erfolgreicher Versuch der Ergänzung der bisherigen Strategie in der Drogenpolitik gewesen sei.

## Key Words

Dependence on Illegal Drugs, Low Threshold Residential Service, Help to Survive, Harm Reduction, Psychosocial Stabilisation

## 1. Entstehung, Konzept und Ziele von Haus Breitenstein

### 1.1 Chronologischer Überblick zur Entstehungsgeschichte von Haus Breitenstein

1987 wurde die Überlebenshilfe als vierte Säule neben der Prävention, Therapie und Repression in die Drogenpolitik der Stadt Zürich aufgenommen. Anfang 1989 begann die Idee einer betreuten Wohngemeinschaft für Schwerstabhängige Gestalt anzunehmen und wurde im Verlauf des Jahres vom Gemeinderat als Pilotphase für zwei Jahre genehmigt. Bis Ende 1990 konnte ein Konzept für das inzwischen an der Breitensteinstrasse 15 zur Verfügung gestellte Haus ausgearbeitet werden. Nach einer Renovation des Gebäudes und Einstellung eines Betreuungsteams wurde Anfang 1991 mit der Belegung der 13 Zimmer begonnen. Bereits ein Jahr später, am 29. Mai 1992, wurde das Haus Breitenstein noch vor Ablauf der Pilotphase aus Spargründen geschlossen.

### 1.2 Konzept und Ziele von Haus Breitenstein

Das Pilotprojekt Haus Breitenstein wurde vom Fürsorgeamt der Stadt Zürich getragen und war als niederschwelliges Wohnangebot für schwerstabhängige Drogenkonsumentinnen und Drogenkonsumenten konzipiert. Schwerstabhängige waren dabei definiert als langjährige Opiatabhängige, die zudem obdachlos sind.

Innerhalb der Einbindung in das stadt- bzw. kantonsweit bestehende Drogenhilfssystem lassen sich die Aktivitäten von Haus Breitenstein vorab den Schwerpunktbereichen niedrigschwellige Überlebenshilfe im Allgemeinen und betreutes Wohnen im Besonderen zuordnen. Der Zielgruppe wurde eine klare soziale und räumliche Trennung zur sie dominierenden Lebenswelt des Drogenmilieus eingeräumt. Ob und wie die einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner diesen sozialen und räumlichen Schonraum nutzten, sich von den Lebens- und Aktionsräumen der Drogenszene fernzuhalten, blieb ihnen selbst überlassen.

Zweifellos war Haus Breitenstein eine pluralistische Lösung, wie sie u.a. in dem von der Fürsorgedirektion des Kantons Zürich veröffentlichten Bericht über die Zürcher Armutsstudien gefordert wird (1).

Als niedrigschwelliges Angebot bot Haus Breitenstein die Möglichkeit, schrittweise Eigeninitiative

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit aus dem Vertrag Nr. 8001 unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus *Soz Präventivmed* 1996; 41 Suppl 1: S76-S84; © 2001, mit freundlicher Genehmigung des Birkhäuser Verlags Basel.

und Eigenverantwortung einzuüben. Abstinenz von Drogen und vom Drogenmilieu, in erster Linie dem Platzspitz, waren weder Voraussetzung noch erst-rangiges Ziel. Das heisst natürlich nicht, dass der Ausstieg aus den Drogen als langfristig anzustrebende Perspektive aus den Augen verloren worden wäre. Doch anders als bei den Rehabilitationsbestrebungen einer hochschwelligeren Abstinenzklinik, die gerade Schwerstabhängige mit ihrem Setting tendenziell überfordert, ging es hier um den Versuch einer Teilrehabilitation, die ausgehend von der spezifischen Lage der Klientinnen und Klienten zunächst deren Eigeninitiative und Eigenverantwortung stärken und von daher Fortschritte in der Reorganisation der geschädigten Biographie erzielen sollte.

Der Projektauftrag von Haus Breitenstein bestand darin, ein für die spezifische Phase einer Schwerstdrogensucht adäquates Angebot zu entwickeln und damit eine Lücke im bisherigen Spektrum aus Rehabilitationsmodalitäten wie Prävention, Beratung, Methadonprogrammen, Entzug, Langzeittherapien u.ä. Massnahmen zu schliessen. Das Angebot sollte den gegebenen Lebenslagen obdachloser Schwerstabhängiger gerecht werden und einen Modellbeitrag zur organisatorischen Ausdifferenzierung des Zürcher Drogenhilfssystems leisten.

Die beiden Bereiche «niedrigschwelliges Angebot» und «ambulante bzw. stationäre Therapie» sind im Drogenhilfsbereich zeitweise schwer vermittelbare Partner. Aus empirischen Untersuchungen ist bekannt, dass ohne eine gewisse Eigeninitiative der Klientel mit keiner günstigen Prognose für den Therapieverlauf zu rechnen ist (2). Andererseits gehen der jahrelang aus der Drogenwirkung gezogene Trost, die somatischen Komplikationen und die psychosozialen Folgen des illegalen Drogenkonsums meist mit einer «Ich-Schwäche» einher, die bei Drogenschwerstabhängigen gewöhnlich keine ausgeprägte Eigeninitiative erwarten lässt.

Haus Breitenstein war vom Konzept her eine niedrigschwellige Einrichtung mit nicht psychotherapeutischem Fokus. Es war weder eine therapeutische Wohngemeinschaft noch eine Krisenwohngruppe und dennoch weit mehr als eine «zu teuer geratene Versorgungsstation». Das wurde der Institution von oberflächlichen Beobachtern zwar gern vorgeworfen, doch die wissenschaftliche Evaluation zeichnet ein anderes Bild von ihrer Arbeit.

In Haus Breitenstein sollten Drogenschwerstabhängige einen Raum bekommen, in welchem sie auch als weiterhin konsumierende Schwerstabhängige erste Schritte in Richtung einer physischen und psychischen Genesung machen konnten. Dieser Absicht entsprach die Grundhaltung des Teams von Haus Breitenstein. Die BetreuerInnen gingen davon

aus, dass keine Klientin und kein Klient als hoffnungsloser Fall anzusehen sei, nur weil ihre oder seine Abstinenz- bzw. Therapiemotivation nicht ausreiche, sondern dass es sich in jedem Fall lohne, den Wunsch nach einer Neuordnung des Lebens stärken zu helfen.

Dabei ging es nicht um «Heerscharen von Helfenden», die sich auf die Versorgung von KlientInnen zu konzentrieren hätten, sondern darum, den jeweiligen Lebenslauf dieser Schwerstabhängigen als Gesamtheit zu sehen und die betreffenden Menschen im alltäglichen Handeln zu spiegeln. Über diese Spiegelung, die in ein Grundverständnis von «Alltag als Therapie» eingebettet war, bekamen die Bewohnerinnen und Bewohner von Haus Breitenstein eine Chance, den Zwang zum Fortleben eines unbewussten Lebensplans zu erkennen und schrittweise aufzuarbeiten.

## 2. Fragestellung, Untersuchungsbereiche und Ziele der Evaluation

Für die konkrete wissenschaftliche Bearbeitung stehen im Detail insbesondere folgende Fragestellungen im Zentrum der Untersuchung:

1. Kann das substitutionsunterstützte Wohngruppenmodell «Haus Breitenstein» einen Beitrag zur Verbesserung des rehabilitativen Angebots für Drogenabhängige in Zürich leisten?
2. Bewährt sich das Modell «Haus Breitenstein» unter den konkreten sozio-kulturellen Bedingungen der Zürcher Drogenrehabilitation?
  - 2a. Welches sind die konstitutiven Elemente, die den Handlungsablauf bestimmen?
  - 2b. Inwieweit gelingt es, notwendige innovative Elemente auf der Basis der Hintergrundserfahrung bereits bestehender Projekte (Gilgamesch/Basel, Begleitetes Wohnen/Zürich etc.) umzusetzen?
  - 2c. Wo entstehen personelle und strukturelle Probleme?
3. Inwieweit ändert sich die physische, psychische und soziale Situation der Drogenabhängigen durch Nutzung des Angebots «Haus Breitenstein»?
4. Welche Wirkung hat die Methadonabgabe in Verbindung mit den übrigen Angeboten im «Haus Breitenstein»?
5. Welche Rückschlüsse lassen sich hieraus hinsichtlich der Strategien zur Aktivierung und Mobilisierung von Eigenkräften bei der Lösung des Drogenabhängigkeitsproblems gewinnen?

Die wissenschaftliche Begleitung des Pilotprojektes Haus Breitenstein bezieht sich auf die Projektphase nach Eröffnung des Hauses Ende März 1991 bis zur Schliessung Ende Mai 1992.

Vorgesehen war ursprünglich eine Pilotphase von zwei Jahren, doch wurde das Haus nach vierzehn Monaten Betriebsdauer bereits wieder geschlossen. Die wissenschaftliche Evaluation konnte daher nicht wie geplant durchgeführt werden und beschränkt sich auf die Erhebungen einer erheblich verkürzten Beobachtungszeit.

Trotz dieses unerfreulichen Projektausgangs lässt sich aufgrund der erhobenen Daten eine Schlussbilanz ziehen und die Hoffnung daran knüpfen, dass die Schwierigkeiten, die Haus Breitenstein zum Verhängnis wurden, bei der Planung und Durchführung ähnlicher Projekte vermieden bzw. konstruktiver gelöst werden können.

Die Auswertungen gründen sich auf exemplarische Fallrekonstruktionen, auf Protokolle von teilnehmender Beobachtung und Gesprächen mit dem Betreuungsteam sowie auf standardisierte schriftliche Befragungen der Bewohnerinnen und Bewohner von Haus Breitenstein.

### 3. Methoden der Evaluation

#### 3.1 Vorbemerkung

Die Evaluierung von Haus Breitenstein war von Anfang an darauf angelegt, durch ein *methodisch kontrolliertes Vorgehen* Einblick in das Geschehen der betreuten Wohngemeinschaft für Schwerstabhängige zu gewinnen und eine rationale, auch für Ausenstehende nachvollziehbare Beurteilung des Pilotprojekts zu ermöglichen.

Der prozesshafte Verlauf der eigentlichen Betreuungsarbeit und die Schwierigkeiten individueller und institutioneller Art sollten über die Rekonstruktion der strukturierenden Rahmenbedingungen aufgezeigt und unter Berücksichtigung der Zielvorhaben beurteilt werden. Die Untersuchungsmethoden wurden so gewählt und ausgerichtet, dass diese Untersuchungsintention angemessen verfolgt werden konnte.

Prinzipiell liegen dem Ansatz eine Reihe von methodischen Leitlinien zugrunde, die hier aufgeführt werden sollen (3).

1. Aus unterschiedlichen Materialien, Interviews, Transkriptionen von Gruppengesprächen, Feldbeobachtungen, Fragebogen etc., werden die Daten erhoben.
2. Auf dem Hintergrund des heterogenen Datenmaterials verdichtet sich die Theoriebildung.
3. Über die Verankerung im Datenmaterial werden Spekulationen und Ineffizienzen der Forschung vermieden.

4. Über die Erfassung vieler unterschiedlicher Aspekte der untersuchten Phänomene durch eine konzeptuell dichte Theorie wird die Komplexität der sozialen Phänomene wieder eingeholt.
5. Zwischen den ForscherInnen und ihrer Arbeit besteht eine intensive Wechselwirkung in dem Sinn, dass die WissenschaftlerInnen über die reine Sachkundigkeit hinaus «in ihrer Arbeit drin sind» und von den Erfahrungen, die sie im Forschungsprozess machen, beeinflusst werden.

Zur Untersuchung der eingangs aufgeworfenen Fragestellungen wurde eine sich gegenseitig ergänzende *Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden* angewandt, um ein möglichst umfassendes Bild des Projekts zu erhalten. Mittels quantitativer Methoden wurden aus den Daten der schriftlichen Befragungen statistisch auswertbare Fakten und Effekte erhoben, während mittels qualitativer Methoden aus den Daten der Interviews, der teilnehmenden Beobachtung, der Interaktion etc. latente Sinnstrukturen rekonstruiert wurden.

Diese Methoden ergänzen sich gegenseitig zu einem Verfahren, mit dem sich sowohl der Prozessverlauf im Haus Breitenstein (*Prozessevaluierung*) als auch die Wirkung des Rehabilitationsprogramms (*Effektevaluierung*) untersuchen liessen.

#### 3.2 Qualitative Analysen

Zur qualitativen Analyse des Prozessverlaufs in Haus Breitenstein wurden insbesondere folgende Ansätze gewählt:

- a) Analyse der Rahmenbedingungen (Details der einzelnen Schritte finden sich in 5 und 6),
- b) Konzeptanalyse,
- c) Teilnehmende Beobachtung und Analyse von Interaktionsprotokollen,
- d) Analyse von Einzel- und Gruppengesprächen,
- e) Vertiefte Einzelfallrekonstruktionen von Lebensgeschichten einzelner Klientinnen und Klienten unter Einbezug der Perspektive des Betreuungsteams.

Die Interpretation der Texte, die zu Fallrekonstruktionen herangezogen wurden, folgt dem Prinzip der *Sequenzanalyse* und zielt auf «ein erschliessendes Nachzeichnen der fallspezifischen Strukturgestalt in der Sprache des Falles selbst ab, also auf die schlüssige Motivierung eines Handlungsablaufes in Begriffen des konkreten Handlungstextes» (7).

Dahinter steckt die Vorstellung, dass sich Sinn als objektiv hervortretende Struktur sequenziell aufbaut und dass sich die Interpretation dementsprechend auf Sequenzialität beziehen muss, um über die Sequenzanalyse das Ausschliessen von Optionen zu rekonstruieren.



Die Sequenzanalyse wird dem Problem des dialektischen Verhältnisses von Allgemeinem und Besonderem gerecht, denn «die sequenzanalytische Rekonstruktion der latenten Sinnstrukturen, die einen Fall repräsentieren, deckt an jeder Stelle der Interaktionssequenz zwei komplementäre Aspekte zugleich auf: Sie expliziert zum einen mit dem Beginn jeder Szene die dem System offenstehenden objektiven Möglichkeiten, die den Horizont der möglichen Veränderung des Interaktionssystems unter den gegebenen äusseren Lebensumständen entwerfen, und damit in pathologischen Fällen auch den Horizont der Heilung. Zum anderen expliziert sie an jeder Interaktionsstelle die faktische Selektivität der invarianten, sich reproduzierenden Struktur des Falles, die zum Ausschluss der explizierten Möglichkeiten führt. Darin manifestiert sich die Individualität des Falles. Sie erscheint in der Sequenzanalyse als sukzessiv aufgebauter innerer Kontext.» (8)

Neben der extensiven Interpretation der einzelnen Äusserungen und der darauffolgenden sukzessiven Selektion der plausibelsten Interpretationsvariante bei gleichzeitigem Ausschluss alternierender Deutungsmöglichkeiten bleibt zu beachten, dass Satz für Satz analysiert wird. Vorgriffe auf später im Text erscheinende Daten sollen vermieden werden, damit kein Fallwissen mitredet. Sonst werden die Äusserungen mit der Unterstellung expandiert, «der Sprecher sei eine fixe Struktur» und Orientierungen, Erwartungen, Aufmerksamkeitsfokusse und Wissens Elemente seien zu jeder Zeit gleich wirksam, womit «die Explikation der Interaktionsstrukturen zu einer psychologistischen Reduktion» geriete (8).

Eine rekonstruktiv verfahrenende Wissenschaft entwickelt damit einen Strukturbegriff, der über die übliche formale Definition sozialwissenschaftlicher Theoriebildung hinausgeht. So gefasst ist Struktur nicht nur eine abgrenzbare Menge von Elementen, die sich in spezifizierbaren Relationen zueinander befinden, sondern umfasst auch die dialektische Beziehung von Wesen und Erscheinung, d. h. der hier verwendete Strukturbegriff versucht, einen diachronen Ablauf synchron zu erfassen und die Bildungsgesetzlichkeit von Erscheinungen ihrem Wesen nach zu begreifen.

### 3.3 Quantitative Analysen

Für die Effektevaluierung von Haus Breitenstein wurden ausserdem standardisierte Befragungstechniken eingesetzt. Mittels eines Eintrittsfragebogens wurde die physische, psychische und soziale Situation der Klientinnen und Klienten erhoben. Der Eintrittsfragebogen lehnte sich ursprünglich stark an den Fragebogen von Haus Gilgamesch (9) an und wurde im Verlauf der ersten Evaluationsphase aufgrund der ersten Erkenntnisse aus den qualitativen

Analysen überarbeitet und ergänzt. Um allfällige Veränderungen der physischen, psychischen und sozialen Situation der Klientinnen und Klienten während des Aufenthalts in Haus Breitenstein beurteilen zu können, wurde im Lauf des ersten Pilotjahres ausserdem ein Austrittsfragebogen entwickelt.

### 3.4 Zusammenarbeit mit der Praxis

Um eine effektive und analytisch durchdringende Evaluation des Pilotprojekts Haus Breitenstein zu gewährleisten, wurde der Forschung Unabhängigkeit gegenüber der Verwaltung zugestanden. Umgekehrt verpflichteten sich die Wissenschaftler, den Betriebsablauf mit ihrer Forschung nicht zu stören und die zusätzlichen Belastungen im Haus Breitenstein möglichst gering zu halten.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Analyse der Rahmenbedingungen

Im November 1987 kam es zu einer *Änderung der Drogenpolitik in der Stadt Zürich*. Die bisher vorwiegend auf den drei Säulen Prävention, Therapie und Repression basierende städtische Drogenpolitik wurde um eine vierte Säule, die Überlebenshilfe, erweitert. Damit wurde ein neuer Zugang zur institutionellen Intervention bei schwerstabhängigen DrogengebraucherInnen geschaffen.

Die betreute Wohngemeinschaft Haus Breitenstein war ein Projekt im Rahmen dieser Überlebenshilfe und richtete sich im Besonderen an die Zielgruppe physisch, psychisch und sozial destabilisierter, obdachloser Drogenabhängiger. Fraglich war, ob sich die neue Perspektive in der Auseinandersetzung mit ihrer Klientel entwickeln und die Lebensbedingungen der Schwerstabhängigen tatsächlich verbessern konnte. Problematisch geblieben ist, dass sich der Prozess des Erfahrung-Sammelns nicht in aller Ruhe vollziehen konnte, sondern sich aufgrund der politischen Brisanz der Drogenfrage ständig zu rechtfertigen hatte.

Wie die *Analyse des Selbstdarstellungskonzeptes* zeigt, befand sich Haus Breitenstein in einer fortwährenden Spannung. Über den Bemühungen, die einzelnen Schwerstabhängigen ins Zentrum der Betrachtungen zu stellen, schwebte permanent das Damoklesschwert eines technokratischen Verwaltungsdenkens.

Trotz dieser Schwierigkeiten gelang es dem Betreuungsteam, sich den unvoreingenommenen Blick für die einzelnen Drogenabhängigen zu erhalten, ohne den Bezug zur umfassenden Problematik der

Schwerstrogenabhängigkeit zu verlieren. Dabei verwoben sich vielfältige Interventionsstrategien zu einem Handlungsmuster, das ein instabiles Gleichgewicht darstellte und in der Achse «Alltagsnormalität» seinen Halt fand.

#### **4.2 Kritische Anmerkungen zum Stand der Hilfsangebote für Drogenabhängige**

Drogenrehabilitative Massnahmen nach dem Modell von Haus Breitenstein sind Versuche, angemessen mit einer komplexen Problematik umzugehen und konstruktive Lösungsansätze zu entwickeln. Da Einsicht in den Wert solcher Versuche sich nur unter Mühen erlangen lässt, bieten sie natürlich auch Anlass zu ständiger Kritik. Vor allem politische Gremien neigen dazu, die betreffenden Projekte aufgrund statistisch fassbarer Ergebnisse zu bewerten und zu einseitig verurteilenden Massnahmen zu greifen.

Ökonomische Analysen, die mit rein monetären Kosten-Nutzen-Erwägungen operieren, führen besonders leicht zu einseitigen Bewertungen, die sich in einer längerfristigen Perspektive als Fehlurteile herausstellen können. Ökonomische und organisationstheoretische Kriterien sind wichtig, sollten aber nicht allein über die Existenzberechtigung von Institutionen entscheiden können.

Die geforderte Dokumentation des Erfolgs therapeutischer Massnahmen gehört zum Aufgabenbereich einer wissenschaftlichen Evaluation und sollte nicht von der behandelnden Institution selbst verlangt werden. Werden die beiden Zuständigkeitsbereiche vermischt, kann die Illusion entstehen, es sei die Aufgabe von Rehabilitationsinstitutionen, sich neben den Bemühungen um das Wohlergehen ihrer Klientel auch noch um den Nachweis der erzielten Fortschritte zu kümmern.

Solche Abkürzungsverfahren werden besonders niederschwelligen Institutionen wie Haus Breitenstein leicht zum Verhängnis. Haus Gilgamesch ist unseres Wissens ähnlichen Mechanismen zum Opfer gefallen (9). Rein betriebswirtschaftliches Denken reicht nicht aus, um die Dynamik des «Zur-Ruhe-Kommens» innerhalb eines niederschwelligen Wohnangebots zu begreifen und den Nutzen der betreffenden Einrichtung zu bemessen.

Eine Wohngruppe für Schwerstabhängige stellt zunächst einmal eine Chance dar – eine Chance in mehrfacher Hinsicht:

1. Für die Drogenabhängigen ist es eine Chance, als Personen wieder eine Rolle zu spielen.
2. Für das Betreuungsteam ist es eine Chance, unmittelbar bei den Individuen und ihren alltäglichen Le-

bensverhältnissen anzusetzen und die Sanktionsmassnahmen auf ein Minimum zu beschränken.

3. Für die Praxis ist es eine Chance, das Paradigma einer totalen Institution mit den technokratischen Extremen von Invalidenverständnis einerseits und von sozialer Ausgrenzung andererseits zu sprengen. Die Patientin oder der Patient muss weder nur als Opfer der Verhältnisse noch wie in der therapeutischen Umkehrung nur als Teilhaber einer Täter-Opfer-Beziehung gesehen werden; stattdessen kann nach den dynamischen Bezügen eines Autonomie-Heteronomie-Prozesses gefragt werden.

In Bezug auf Haus Breitenstein galt es zu evaluieren, ob die Wohngruppe der widersprüchlichen Einheit der geschädigten Autonomie von Drogenabhängigen gerecht zu werden vermochte. Um dies erfüllen zu können, hätte das Wirken im Haus Breitenstein darauf abzielen müssen, den BewohnerInnen ihre Rehabilitation nicht abzunehmen, sondern Rahmenbedingungen zu schaffen, die es den Drogenabhängigen erlaubt hätten, ihre biographischen Probleme zu reorganisieren.

Um die Frage nach diesem Wirkungsgefüge sinnvoll beantworten zu können, gilt es den Prozess und die Strukturierungsmerkmale im Haus Breitenstein in Bezug auf die Dynamik und den praktischen Nutzen zu rekonstruieren, d.h. die wissenschaftliche Evaluation hat beide Aspekte gleichermaßen in die Analyse einzubeziehen.

#### **4.3 Ergebnisse der qualitativen Wirkungsanalysen**

Anhand der vertieften Einzelfallrekonstruktionen von Lebensgeschichten einzelner Klientinnen und Klienten unter Einbezug der Perspektive des Betreuungsteams konnte aufgezeigt werden, dass die BetreuerInnen nicht nur rehabilitativ im Sinne einer Defizitbeseitigung vorgegangen sind, sondern die ganze Person ins Zentrum ihrer Arbeit gestellt haben.

Mittels qualitativer Verfahren wurde zudem geprüft, ob und wie die Probleme, welche die Drogenabhängigen in die Wohngruppe mitbrachten, vom Betreuungsteam und der Einrichtung wahrgenommen, aufgegriffen und bearbeitet werden konnten. Zudem wurde der Frage nachgegangen, welche Veränderungen sich in Bezug auf die Dynamik des Beziehungsgeflechtes BewohnerIn/BetreuerIn und die biographische Organisation der Drogenabhängigen eingestellt haben.

Die Untersuchungen der Aufenthaltsverläufe zeigen, dass Haus Breitenstein durchaus in der Lage war, den Übergang schwerstabhängiger Drogenkonsumentinnen und -konsumenten in ein selbstständ-

ges Leben vorzubereiten, ohne zu einer von psychosozialen Versorgungsdenken dominierten städtischen Institution zu werden.

Obwohl, oder vielleicht gerade weil, das Betreuungsangebot von Haus Breitenstein keine im engeren Sinne therapeutischen Absichten verfolgte, sondern lediglich das «Zur-Ruhe-Kommen», die Stabilisierung der Bewohnerinnen und Bewohner das vorrangige Ziel des Wohnangebots war, ist dessen Wirkung ausserordentlich beachtlich. Sowohl in Bezug auf den Drogenkonsum als auch in Bezug auf die allgemeine Verbesserung der Lebenssituation lässt sich aus der Sicht des BewohnerInnen und des Betreuungsteams eine eindeutig positive Bilanz ziehen.

Haus Breitenstein war ein wichtiges Experiment im Sinne akzeptanzorientierter Drogenarbeit, wie sie u.a. von Weber und Schneider (10) gefordert wird: «Grundlegendes Prinzip akzeptanzorientierter Drogenarbeit muss nach unseren Erkenntnissen die Anerkennung des «Selbstbestimmungsrechts» von jugendlichen und erwachsenen Drogengebranchern sein. Drogengebraucher sollten als für ihr Leben kompetente Akteure wahrgenommen und als Konstrukteure eines potentiell gelingenden, auch drogenbezogenen Alltags angesehen werden».

#### 4.4 Ergebnisse der standardisierten Befragung

Aufgrund der Ergebnisse der standardisierten Befragungen lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Zielgruppe, für welche Haus Breitenstein konzipiert war, in der Praxis auch erreicht wurde. Von 98 Personen, die sich während der 14-monatigen Betriebszeit des Projekts um einen Platz bewarben, wurden vorrangig diejenigen aufgenommen, die seit längerer Zeit in der Stadt Zürich lebten, ohne Obdach waren und seit fünf Jahren oder länger harte Drogen konsumierten.

Ohne im Konzept explizit erwähnt zu sein, spielte in der Selektionspraxis der Bewerberinnen und Bewerber

ber auch deren Anspruch auf öffentliche Unterstützung bzw. eine Kostengutsprache für das Wohnangebot eine entscheidende Rolle.

Die folgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Zusammenhänge zwischen einem Eintritt bzw. Nicht-Eintritt ins Haus Breitenstein und 12 dichotomisierten Grundvariablen aus der Gesamtstichprobe der 98 Probandinnen und Probanden, die entweder einen Eintrittsfragebogen ausgefüllt haben oder zu einem Bewerbungsgespräch erschienen sind.

Vor allem die Einkommenssituation (Bezug öffentlicher Unterstützungsgelder), die Wohnsituation (Obdachlosigkeit), die bisherige Aufenthaltsdauer in Zürich, die Konsumdauer harter Drogen respektive die Anzahl Entzüge weisen einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Eintritt ins Haus Breitenstein auf. Hingegen spielen Alter und Geschlecht, der aktuelle Gesundheitszustand oder der HIV-Status keine statistisch signifikante Rolle in Bezug auf die Eintrittssituation.

Die im Konzept festgehaltenen Eintrittskriterien hatten einen massgeblichen Einfluss auf die Aufnahme der Bewohnerinnen und Bewohner. Mit anderen Worten, das angestrebte Zielpublikum «stark opiatabhängige Drogengebraucher und Drogengebraucherinnen, die seit längerer Zeit in Zürich leben», wurde mit dem niederschweligen Wohnangebot auch erreicht.

In Bezug auf die aktuelle und die soziale Wohnsituation lassen sich bei der relativ geringen Anzahl der ProbandInnen keine statistischen Zusammenhänge feststellen, da die meisten Bewerberinnen und Bewerber obdachlos waren (67%) bzw. alleine lebten (85%). Ebenso lässt sich kein direkter statistischer Zusammenhang bezüglich des Kriteriums «dringende Unterstützungsbedürftigkeit aufgrund der physischen und psychischen Verfassung» finden, weil diese Formulierung vielmehr auf einen Gesamteindruck zielt, der sich nicht in einer einzigen operationalisierbaren Variable ausdrücken lässt.

**Tabelle 1: Kreuztabellenübersicht der Eintrittsvariable mit dichotomisierten Grundvariablen**

Variable (N = 98)	Eintritt	Kein Eintritt	Signifikanz	Cramer's V
Geschlecht (Anteil Frauen)	27%	21%	n.s.	
Alter (Anteil 30 + J.)	35%	43%	n.s.	
Beruf (Anteil ohne Lehre/Anlehre)	51%	61%	n.s.	
Soziale Wohnsituation (alleinlebend)	86%	53%	<0,001	0,34
Wohnsituation (obdachlos)	91%	48%	<0,001	0,44
Aufenthaltszeit in Zürich (< 4 J.)	71%	31%	<0,001	0,39
Haupteinkommen (öff. Unterstützung)	58%	12%	<0,001	0,49
Entzugshäufigkeit (< 5 Entzüge)	64%	33%	<0,05	0,36
Konsumdauer harte Drogen (< 5 J.)	72%	53%	<0,05	0,30
Gesundheit (akt. Gesundheitsprobleme)	56%	34%	n.s.	
HIV (HIV positiv)	63%	51%	n.s.	
Methadonprogramm (Teilnahme)	71%	51%	n.s.	

Um die Wirkungsweise dieses niederschweligen Wohnangebots auf nicht abstinenzwillige langjährige DrogenkonsumentInnen genauer untersuchen zu können, wären längere Beobachtungszeiten notwendig gewesen, die Haus Breitenstein leider nicht eingeräumt wurden.

Zum Schluss sollen nochmals die Hauptergebnisse der Evaluation, insbesondere aber die für die Schliessung von Haus Breitenstein wichtigsten Zusammenhänge resümiert werden. Um für die Planung zukünftiger Projekte zumindest ein Orientierungs- und Handlungsmuster zur Verfügung zu haben.

## 5. Schlussfolgerungen der Evaluation

In der Evaluation des Pilotprojekts Haus Breitenstein galt es zum einen, die allgemeinen und spezifischen Aspekte der Verstrickung in die Drogenabhängigkeit herauszuarbeiten. Zum anderen ging es darum, die Handlungsstruktur von Haus Breitenstein zu rekonstruieren und deren Zweckmässigkeit und Wirksamkeit im Hinblick auf die Rehabilitation der schwerstabhängigen Bewohnerinnen und Bewohner zu verstehen.

Durch seine blosse Existenz als niedrighschwelliges Wohnangebot wurde Haus Breitenstein zu einem Ort, an dem die Handlungsprozesse aller Beteiligten tagtäglich im Spannungsverhältnis zwischen Öffnung und Grenzziehung, Intimität und Anonymität, privaten und rollenförmigen Handlungsstrukturen standen. Für das Gelingen der angestrebten Teilrehabilitation entscheidend war die Frage, wie diese Strukturmerkmale dazu genutzt werden konnten, die physischen und psychosozialen Probleme von Drogenabhängigen aufzugreifen und zu bearbeiten.

Für die Evaluation galt es dementsprechend, die Frage zu überprüfen, ob und inwiefern es dem Betreuungsteam gelungen ist, im Rahmen dieses konfliktträchtigen Handlungsfeldes den unvoreingenommenen Blick bei der Wahrnehmung der Probleme der KlientInnen zu bewahren und einen professionellen Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu finden.

Aufgrund der unerwartet kurzen Dauer von Haus Breitenstein stellte sich für die Begleitforschung zwangsläufig auch die Frage, weshalb ein gut funktionierendes Projekt, das offensichtlich eine Lücke im Betreuungsangebot für Drogenabhängige in Zürich zu schliessen vermochte, noch vor Ablauf der Pilotphase abgebrochen wurde.

Obwohl, oder gerade weil, das Wohnangebot nicht auf Abstinenz ausgerichtet war, konnten bei einigen

Bewohnerinnen und Bewohnern erstaunliche Veränderungen sowohl in der psychosozialen Situation als auch im Suchtmittelkonsum festgestellt werden. Für die Mehrheit der BewohnerInnen von Haus Breitenstein kann gesagt werden, dass sie während des Aufenthalts effektiv ein Stück weit zur Ruhe kamen und Abstand zur Szene gewannen, wenn auch einige nur phasenweise. Dies hat bei einigen Bewohnerinnen und Bewohnern insgesamt zu einer mindestens vorübergehenden Stabilisierung ihres Lebens geführt.

Wie das Profil der BenutzerInnen von Haus Breitenstein zeigt, ist auch die Gruppe der Schwerstdrogenabhängigen ausgesprochen heterogen. Dies schlägt sich vor allem in den unterschiedlichen Motivationsgründen für die Wahrnehmung des Wohnangebotes nieder. Das Spektrum der Motive reicht von «ein Optimum aus einer einmaligen Chance herausholen» bis zu «eine bequeme Möglichkeit, wenigstens auf Zeit eine billige Loge zu haben». Dementsprechend ist auch der persönliche Nutzen, den die einzelnen BewohnerInnen aus dem Angebot gezogen haben, recht unterschiedlich ausgefallen.

Wie die Erfahrungen im Umgang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern von Haus Breitenstein zeigen, sind Drogenabhängige, auch wenn sie zwischen den Polen Ausstiegsbereitschaft und exzessivem Drogenkonsum pendeln, in der Regel an einer Normalisierung ihrer Lebenssituation interessiert. Für die Drogenhilfepraxis bieten sich daher durchaus Chancen, mit bedürfnisgerechten Hilfestellungen auch nicht abstinenzwilligen Schwerstabhängigen positive Möglichkeiten für eine tendenziell autonome Lebensgestaltung zu vermitteln und eine fortschreitende Verelendungstendenz aufzufangen.

Auch Personen, die sich über längere Zeit mehrmals täglich intravenös Drogen zuführen, sind grundsätzlich imstande, ihre Lebenssituation realistisch einzuschätzen und ihr Leben eigenverantwortlich zu gestalten. Meist fehlt es nicht an der notwendigen Einsicht oder Handlungskompetenz, sondern an bedürfnisgerechten Unterstützungsangeboten und Handlungsalternativen, die für sie geeignet und daher gangbar sind.

Die ausschliessliche Wahrnehmung von DrogengebraucherInnen als «Risikopersonen» oder «Defizitwesen» verschleiert oftmals den Blick auf das grosse Repertoire an Verhaltensalternativen auch exzessiver DrogengebraucherInnen. Dagegen zeigen die Erfahrungen im Umgang mit Schwerstabhängigen, dass selbst Süchtige, die zum harten Kern der DrogenkonsumentInnen gehören, durchaus mobilisierbare Potentiale für bedeutende Veränderungen ihrer Lebenssituation besitzen. Diese Potentiale können in angemessenen, nicht überfordernden Ange-

boten wie beispielsweise einer niederschweligen Übergangseinrichtung schrittweise aktiviert werden.

Auch aus wissenschaftlicher Sicht war es ausserordentlich zu bedauern, dass das Pilotprojekt Breitenstein bereits nach 14 Monaten frühzeitig abgebrochen wurde.

Mit der Einrichtung einer nicht abstinenzorientierten betreuten Wohngemeinschaft für Schwerstabhängige wurde in Zürich Neuland beschritten. Als niedrigschwelliges Wohnangebot schloss Haus Breitenstein innerhalb des stadt- bzw. kantonsweit bestehenden Drogenhilfssystems eine wesentliche Lücke zwischen Entzugsbehandlungen und Versorgungsmassnahmen mit hochschweligen Rehabilitationsprogrammen. Gerade aufgrund seines Pioniercharakters wäre eine längere Beobachtungszeit für die wissenschaftliche Begleitung dringend notwendig gewesen. Es ist hinlänglich bekannt, dass eine seriöse Evaluation sozialer Programme zeitintensiv ist, und bereits vor Projektbeginn war darauf hingewiesen worden, dass selbst die dem Projekt ursprünglich einberaumte Pilotphase von zwei Jahren ein Minimalerfordernis darstellte, um fundierte Aussagen über die Wirksamkeit des Programmes machen zu können.

Es bleibt zu hoffen, dass sich die aus fachlicher Sicht unbegründete Aufhebung von Haus Breitenstein nicht als Signal einer zunehmenden Beschränkung der Überlebens- und Lebenshilfe zu verstehen ist, sondern von staatlicher und privater Seite nach weiteren Möglichkeiten gesucht wird, niedrigschwellige Wohnangebote für Schwerstabhängige zu realisieren. Auch wenn dabei herkömmliche Dogmen der Drogenhilfe in Frage gestellt werden und bereits im Voraus feststeht, dass mit keinen spektakulären Ergebnissen und Erfolgen aufgewartet werden kann.

## 6. Verdankung

Der Herausgeber dankt dem Birkhäuser Verlag Basel für die Genehmigung zum Abdruck dieses Artikels, der erstmals in der Zeitschrift Sozial- und Präventivmedizin erschienen ist (Soz Praeventivmed 1996; 41 Suppl 1: S76-S84).

## 7. Literaturverzeichnis

1. Farago P, Füglistaler P. Armut verhindern. Die Zürcher Armutsstudien: Ergebnisse und sozialpolitische Vorschläge. Zürich: Fürsorgedirektion des Kantons Zürich (Hrsg.), 1992.

2. Raschke P, Rometsch W. Ausgewählte Ergebnisse einer Zwölfjahresstudie behandelter Drogenkonsumenten. In: Kleiner D (Hrsg). Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten. Berlin, 1987.
3. Strauss A. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München, 1991.
4. Scholz G, Sempach R, Lanz A. Die zehn drogenpolitischen Grundsätze als Rahmenbedingungen von städtischen Drogenhilfseinrichtungen. Eine textwissenschaftliche Analyse. Zürich, 1991a.
5. Scholz G, Sempach R, Lanz A. Analyse der Rahmenbedingungen von «Haus Breitenstein» und erste Zwischenresultate. Zürich, Dezember 1991b.
6. Sempach R, Scholz G, Lanz A. Schlussbericht Haus Breitenstein. Schriftenreihe der Fachstelle für Drogen- und Obdachlosenhilfe/ Suchtfragen des Sozialamtes der Stadt Zürich.
7. Oevermann U. Fallrekonstruktion und Strukturgeneralisierung als Beitrag der objektiven Hermeneutik zur soziologisch strukturtheoretischen Analyse, MS 1981:4.
8. Oevermann U. Die Methodologie einer «objektiven Hermeneutik» und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner HG (Hrsg). Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften. Stuttgart, 1979.
9. Klär I. Zwischenbericht zum Stand der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellprojekts Haus Gilgamesch in Basel. Freiburg, 1990.
10. Weber G, Schneider W. Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Selbstheilung, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg. Forschungsbericht der Westfälischen Wilhelms Universität Münster. Münster, 1992.

Korrespondenzadresse:  
Institut für Suchtforschung (ISF)  
Postfach  
8031 Zürich  
Tel. +41 (0)1 273 5025  
Fax +41 (0)1 273 5023  
E-Mail: isf@isf.unizh.ch



# Evaluation der Beschäftigungsprogramme der Stadt Zürich\*

Marcel Meier Kressig, Institut für Suchtforschung, Zürich

## Zusammenfassung

Beschäftigungs- und Arbeitsintegrationsprogramme sind Bestandteile niederschwelliger Angebote für Drogenabhängige. Seit Mitte der 80er-Jahre sind in Zürich zahlreiche solcher Einrichtungen geschaffen worden, nicht zuletzt um der zunehmenden Verelendung der DrogenkonsumentInnen und der Verbreitung von Aids entgegenzuwirken. Zwei dieser Arbeitsprogramme, «Job-Bus» und «Förderband», wurden mittels einer zweimaligen quantitativen Querschnittsuntersuchung sowie qualitativer, themenzentrierter Interviews zum Zeitpunkt der zweiten Befragung untersucht. Die präsentierten Ergebnisse beziehen sich allein auf die zweite Phase der Evaluation. Die Repräsentativität der TeilnehmerInnen für alle Beschäftigten wird als sehr gut bezeichnet. Frauen sind mit rund 10% deutlich untervertreten. Das Durchschnittsalter ist mit 38,4 Jahren im Vergleich zu anderen Einrichtungen der Drogenarbeit hoch. Die Evaluation findet eine positive Beurteilung und grosse Nachfrage für Arbeitsprogramme bei der angestrebten Zielgruppe. Nicht-materielle Aspekte wie Tagesstrukturierung, Kontaktmöglichkeiten und Sinnerfüllung geben den Einrichtungen zusätzliche Bedeutung. Der Autor gibt daher die Empfehlung, dass ein Ausbau der Arbeitsprogramme unter arbeits- und sozialpädagogischen Gesichtspunkten anzustreben sei. Dabei seien speziell die unterrepräsentierten Frauen und jungen Erwachsenen anzusprechen. Ferner solle geprüft werden, ob sich für stabile BenutzerInnen verbindlichere Anstellungen realisieren lassen.

## Key Words

Dependence on Illegal  
Drugs, Low Threshold  
Service, Temporary  
Work Place, Help to  
Survive, Harm Reduction,  
Gender Discrimination

## 1. Entstehung, Konzept und Ziele der Beschäftigungsprogramme der Stadt Zürich

Die Drogenarbeit befindet sich seit gut einem Jahrzehnt im Umbruch. Dies äussert sich u. a. auch in der inflationären Verbreitung neuer Fachbegriffe (wie etwa Niedrigschwelligkeit, Akzeptanz-, Subjekt- bzw. Bedürfnisorientierung, KlientInnenbezug), welche die «neue» (1, 2) Richtung in der Arbeit mit Drogenkonsumierenden anzeigen. Die Begriffe Niedrigschwelligkeit und Akzeptanz werden oftmals synonym gebraucht, obwohl sie streng genommen verschiedene Aspekte bezeichnen. Wir verstehen im Folgenden *akzeptierende Drogenarbeit* als «Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe» (3). Positiv formuliert sind damit Massnahmen gemeint, die darauf hinzielen, «Drogenabhängige in ihrer aktuellen Lebenspraxis soweit zu unterstützen, dass sie den Konsum von Drogen möglichst weitgehend ohne gesundheitliche, soziale und psychische Schäden überstehen können. Dabei bezeichnet der Begriff der Niedrigschwelligkeit zunächst nur die Bedingungen des Zugangs zu den einzelnen Massnahmen» (4). *Niedrigschwellige Drogenarbeit* verlangt an sich noch keine Abkehr vom Abstinenzparadigma. Sie hebt sich somit weniger stark von bisherigen Angeboten ab, insofern sie weiterhin in langfristiger Perspektive ein drogenfreies Leben der Klientel anstreben kann. Niedrigschwellige Drogenhilfsangebote unterscheiden sich allerdings von den traditionellen Einrichtungen dadurch, dass die Hürden bei der Gewährung von Hilfe fehlen, sowie dadurch, dass die Drogenarbeit nicht bei der Persönlichkeit der Drogenabhängigen, sondern bei deren Lebensbedingungen ansetzt. Niedrigschwellige Drogeneinrichtungen sind in der Schweiz ausser in den Grundbereichen medizinische Versorgung/diversifizierte Verschreibung von Suchtmitteln, Tagesstrukturen/Gassenarbeit und Wohnen/Obdach auch im Bereich Arbeit/Beschäftigung verwirklicht worden (5). Das Wissen um den hohen Stellenwert von Arbeit auch für Drogenabhängige (6) bildete den Ausgangspunkt für die Schaffung von verschiedenen Beschäftigungs- und Arbeitsintegrationsmöglichkeiten. In einer ersten Bestandesaufnahme konnten 1993 in der Schweiz 12 Taglohnbetriebe, 39 Einsatzprogramme (mehrtägig, wöchentlich oder monatlich befristete Arbeitsverhältnisse) und 19 geschützte Arbeitsplätze erfasst werden (7). In diesem Arbeitsangebot können allerdings nur die Taglöhnerinnen als niedrigschwellig im eigentlichen Sinne bezeichnet werden. Gesamtschweizerisch gesehen weist das Arbeitsangebot noch einige Mängel auf. «Wie die Bestandesaufnahme zeigt, kann das heutige Angebot in qualitativer Hinsicht ( ... ) keineswegs

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit als Teil des Vertrags Nr. 8001 unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus *SozPræventivmed* 1996; 41 Suppl 1: S85-S95; © 2001, mit freundlicher Genehmigung des Birkhäuser Verlags, Basel.

genügen, ( ... ) es fehlen zielgruppenspezifische Ausbildungsprogramme. Als noch ungenügender muss das heutige Angebot in quantitativer und ganz besonders in geografischer Hinsicht bezeichnet werden: die Einrichtungen konzentrieren sich weitgehend auf einige Ballungsgebiete der Deutschschweiz» (7).

Insbesondere in der Stadt Zürich finden wir ein breites Spektrum an Arbeitsprogrammen. Seit Mitte der Achtzigerjahre sind hier andere Wege in der Drogenpolitik beschritten worden. Als Katalysatoren in diesem Prozess der Umorientierung haben neben der zunehmenden Verelendung der Drogenabhängigen insbesondere die starke Verbreitung der HIV-Infektionen und das Aufkommen der Immunschwächekrankheit AIDS in dieser Bevölkerungsgruppe gewirkt. In der Folge ist ein breit gefächertes, differenziertes Angebot an Einrichtungen auch für Drogenabhängige ohne Abstinenzmotivation bereit-gestellt worden. Im Bereich Arbeit hat das Jugendamt/Sozialamt der Stadt Zürich seit dem Herbst 1988 *Beschäftigungsprogramme* (z. B. Job-Bus, Förderband, Metallwerkstatt, Chuchi am Wasser, Wärbhof, Arbeitsvermittlungsstelle, Glattwägs) geschaffen, die Bestandteil eines grösseren Pakets von Arbeitsprogrammen sind. Mit ihren besonders niedrigen Anforderungsschwellen sollen sie gleichsam den ersten Schritt zum (Wieder-)Einstieg in die Arbeitswelt ermöglichen.

Gelingt dieser Prozess, so kann auf einer nächsten Stufe der Übertritt in die so genannten *Hinführungsprogramme* (z. B. Werkstatt Holz, Übergangsprogramm Pass, Atelier Blasio, Grafikatelier, Velowerkstatt) erfolgen. Diese erfordern bereits Stabilität und Verbindlichkeit und bezwecken die anschliessende Vermittlung in Ausbildung und Beruf.

Neben diesen beiden Programmen bestehen auch *Ausbildungsprogramme* (z. B. Countdown, Integrationskurs für fremdsprachige Jugendliche), die der individuellen Förderung der TeilnehmerInnen dienen. Hier wird der Berufsabklärung und der Ausbildung ein hohes Gewicht beigemessen.

Zielgruppen der Beschäftigungsprogramme sind insbesondere DrogenkonsumentInnen und Obdachlose, doch werden sie auch von anderen randständigen Menschen benutzt. Was sind denn nun die konkreten Ziele der *Beschäftigungsprogramme*? Wir können die folgenden vier Hauptziele unterscheiden:

1. *Grundsätzlich* sollen all jenen DrogenkonsumentInnen Arbeitsmöglichkeiten angeboten werden, die arbeiten möchten, dies aber aus verschiedenen Gründen auf dem freien Arbeitsmarkt nicht können. Die Beschäftigungsprogramme wollen zudem durch Arbeitspädagogik eine Hilfe zum Arbeitseinstieg bieten.

In den Konzepten werden ferner kurz-, mittel- und langfristige Ziele unterschieden:

2. Das *kurzfristige* Ziel besteht darin, den Drogenbenutzern und -benutzerinnen die Möglichkeit zu geben, auf freiwilliger Basis eine Tagesstruktur ausserhalb der Szene zu finden und mit geregelter Arbeit ein bescheidenes Einkommen zu erzielen. Diese Tätigkeiten sollen die Chance bieten, Eigenverantwortung zu übernehmen und Selbstvertrauen zu gewinnen.
3. Als *mittelfristiges* Ziel wird durch Orientierungshilfen die Vermittlung von Beratungs-, Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten angestrebt. Dabei sollen die individuellen wie auch die gesellschaftlichen Grenzen bewusst gemacht werden.
4. Langfristig soll die schrittweise Stabilisierung des Drogenkonsums erreicht werden, wodurch die Voraussetzung zu weiteren Prozessen in Richtung Drogenabstinenz geschaffen werden soll.

Im Folgenden werden die beiden evaluierten Beschäftigungsprogramme Job-Bus und Förderband kurz vorgestellt:

Arbeitsintegrationsprojekte bzw. Beschäftigungsprogramme gibt es in der Stadt Zürich seit 1988. Wer dieses grundsätzlich niedrighschwellige Angebot benutzen will, muss zwei Hürden, eine innere und eine äussere, überwinden. Er/sie muss zunächst die Pflicht zur Abstinenz während der Arbeitszeit akzeptieren. Zweitens muss er/sie die Hürde des Auslassens meistern. Denn die Beschäftigungsprogramme finden einen starken Zulauf und die Zahl der BewerberInnen übersteigt an den allermeisten Tagen diejenige der vorhandenen Arbeitsplätze. Aus diesem Grunde werden die Arbeitsplätze täglich neu verlost. Zurzeit findet etwa ein Drittel aller AnwärterInnen auf Arbeit keinen Arbeitsplatz.

Die Arbeitsdauer umfasst 5 Stunden, wofür jeweils am Ende ein Tageslohn von SFr. 75.– ausbezahlt wird. Ausserdem nehmen die BenutzerInnen gemeinsam ein Mittagessen ein. Für den Einkauf und die Zubereitung der Mahlzeit ist jeweils eine Benutzerin bzw. ein Benutzer verantwortlich.

Die Arbeiten unterscheiden sich je nach Projekt: Das Projekt *Job-Bus*, bei welchem die Beschäftigten mit Kleinbussen von den zentralen Treffpunkten zu den jeweiligen Arbeitsstellen gefahren werden, bietet Arbeiten im Bereich Bauhandwerk, im Forstbereich sowie im Garten an. Diese Arbeiten werden unter Anleitung von arbeitsspezifisch wie sozialpädagogisch qualifiziertem Fachpersonal verrichtet. Dieses Projekt verfügt zurzeit insgesamt über 65 Arbeitsplätze.

Das Projekt Förderband arbeitet mit einer Firma aus der Bauwirtschaftsbranche zusammen. Wie der Name schon sagt, wird in diesem Projekt an einem Förderband der Firma DEBAG Bau-Sperrgut sortiert. Dabei werden Materialien aus Bauschuttdeponien in wiederverwertbare und separat zu entsorgende Bestandteile getrennt. In diesem Projekt können in zwei Schichten 24 Personen beschäftigt werden.

## 2. Fragestellung, Untersuchungsbereiche und Ziele der Evaluation

Seit ihrer Entstehung erfreuen sich die verschiedenen Beschäftigungsprogramme eines regen Zulaufs. Die starke Nachfrage nach einer Tätigkeit im Rahmen dieser Programme deutet sicherlich auf eine erfolgreiche Umsetzung der ursprünglichen Ideen hin. Ungeklärt bleiben damit allerdings weiterhin die spezifischen Wirkungen dieses Angebots sowie das genauere Profil der BenutzerInnen. An der wissenschaftlichen Beantwortung dieser Fragen bekundeten die Verantwortlichen der Beschäftigungsprogramme wie auch die politischen Entscheidungsträger ein grosses Interesse. Aus diesem Grunde wurden im Jahre 1991 die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Fachstelle Drogen- und Obdachlosenhilfe/Suchtfragen des Sozialamtes der Stadt Zürich (DOS) mit der Evaluation der Beschäftigungsprogramme beauftragt.

In einem ersten Schritt wurde im Rahmen dieser Evaluation mittels einer standardisierten Befragung ein differenziertes Profil der BenutzerInnen der Beschäftigungsprogramme erstellt. Die Ergebnisse dieser, vom Bundesamt für Gesundheitswesen mitfinanzierten Teilstudie wurden in einem ersten Forschungsbericht dargelegt (8).

Mit dem bei der Planung der Evaluationsstudie bereits berücksichtigten Wechsel der beiden Projektverantwortlichen von der Drogenforschungsstelle (DOS) zum neu gegründeten Institut für Suchtforschung (ISF) wurde dieses mit der Weiterführung der Evaluation beauftragt. Zwischen Juni 1994 und Juni 1995 wurde dieses Forschungsprojekt dann durchgeführt. Der vorliegende Artikel bezieht sich allein auf diese zweite Phase der Evaluation (6).

Grundsätzlich dient die Evaluation einer differenzierten Beschreibung der BenutzerInnen der Beschäftigungsprogramme und, soweit im vorgegebenen Projektrahmen möglich, einer Analyse der mittel- und langfristigen Wirkungen der Programme.

Die zweite Etappe der Evaluation beinhaltet zwei Hauptziele:

1. Mit Hilfe einer zweiten Querschnittuntersuchung, etwas mehr als ein Jahr nach der Erstbefragung,

sollen wiederum der BenutzerInnenkreis der Beschäftigungsprogramme sowie allfällige Veränderungen, insbesondere ihrer Arbeits- und Wohnsituation sowie ihres Suchtmittelkonsums, erfasst werden. Dieses Vorgehen dient der *quantifizierbaren Wirkungsanalyse* der Beschäftigungsprogramme.

2. Mittels themenzentrierter Interviews sollen die mittel- und langfristigen Wirkungen der Beschäftigungsprogramme aus der Sicht der BenutzerInnen und ProjektmitarbeiterInnen untersucht werden. Damit wird eine *qualitative Wirkungsanalyse* der Beschäftigungsprogramme angestrebt.

Im Zentrum der *standardisierten Kurzbefragung* stehen die folgenden spezifischen Fragestellungen:

- Welcher BenutzerInnenkreis macht von den Beschäftigungsprogrammen Gebrauch? Hier interessieren besonders folgende Teilfragen:
- In welcher Situation befinden sich die BenutzerInnen im Hinblick auf Ausbildung, Arbeit und Wohnen?
- Welche Suchtmittel konsumieren sie?
- Wie häufig werden die Beschäftigungsprogramme genutzt?
- Was sind die Hauptgründe für die Benutzung der Beschäftigungsprogramme?
- Welche quantifizierbaren Veränderungen können bei den ProgrammteilnehmerInnen festgestellt werden?

Die qualitative Wirkungsanalyse mittels *themenzentrierter Interviews* soll folgende Fragen beantworten:

- Wie werden die Programme genutzt bzw. wie wirken sie sich auf den Alltag der BenutzerInnen aus?
- Wie hat sich die Lebenssituation der ProgrammteilnehmerInnen seit ihrem Eintritt in die Beschäftigungsprogramme entwickelt?
- Inwieweit fördern die Beschäftigungsprogramme Eigenverantwortung und Selbstverantwortung der BenutzerInnen?
- Sind die Programmstrukturen geeignet, den Drogenkonsum der BenutzerInnen schrittweise zu stabilisieren bzw. einen Suchtausstieg zu unterstützen?

- Wie werden die Lebensumstände der BenutzerInnen von Beschäftigungsprogrammen sowie allfällige Veränderungen im Verlauf der Nutzungsdauer aus der Sicht der GruppenleiterInnen beurteilt?
- Worin liegen die Stärken und Schwächen der Beschäftigungsprogramme aus der Sicht der BenutzerInnen und GruppenleiterInnen?

### 3. Methoden

#### 3.1 Die standardisierte Kurzbefragung

##### *Konzeption und Durchführung*

Die standardisierte Kurzbefragung wurde zwischen dem 18. Juli und dem 12. August 1994 in den Beschäftigungsprogrammen Job-Bus Bau, Job-Bus Wald und Förderband durchgeführt. Jede Person, die eines dieser Programme benutzte, sollte beim ersten Einsatz einen Fragebogen ausfüllen. Der verwendete Fragebogen entsprach bis auf einige geringfügige Modifikationen dem im Vorjahr benutzten. Verzichtet wurde allerdings auf die Erfassung jedes Einsatzes während der Befragungsdauer.

Der Fragebogen enthielt Fragen zu folgenden Themenfeldern:

- Soziodemographische Daten
- Erwerbs- und Wohnsituation
- Benutzung und Beurteilung der Arbeitsprogramme
- Suchtmittelkonsum

Zur Kontrolle von Mehrfacheinsätzen derselben Person wurde wie schon in der vorangegangenen Befragung ein vierstelliger anonymisierter Code benutzt, der von den GruppenleiterInnen eingetragen wurde (3. Buchstabe des Vornamens + Anzahl Buchstaben des Vornamens, 3. Buchstabe des Nachnamens + Anzahl Buchstaben des Nachnamens).

Dieser Code diente auch zur «Identifikation» der Personen, die sowohl im Februar 1993 als auch im Juli/August 1994 am Beschäftigungsprogramm teilgenommen haben. Auf diese Weise konnte ein Vergleich der Ergebnisse von beiden Erhebungen auf Individualebene vorgenommen werden. Aufgrund der Kürze der Befragungen waren jedoch keine detaillierten Beobachtungen etwaiger Veränderungen der Lebenssituation bzw. der persönlichen Entwicklung möglich. Das Augenmerk richtete sich deshalb allein auf folgende Dimensionen: Wohnsituation,

Häufigkeit der Benutzung der Beschäftigungsprogramme und Konsum von Suchtmitteln.

#### 3.2 Fragebogenrücklauf

Bis zum Ende der Erhebungsperiode waren 210 Fragebogen zurückgekommen. Zur Beurteilung der Rücklaufquote konnte auf die interne Statistik der Beschäftigungsprogramme zurückgegriffen werden. Gemäss diesen projektinternen Angaben arbeiteten in dieser Zeit beim Job-Bus Bau 123 Personen, beim Job-Bus Wald 111 Personen und beim Förderband 91, insgesamt also 325 Personen. Nach Bereinigung der darin enthaltenen Doppelerfassungen sind noch 239 Personen übrig geblieben, die in der Zeitspanne zwischen dem 18. Juli und dem 12. August mindestens eines der drei genannten Programme benutzt hatten. 29 Personen (12%) konnten sich damit der Befragung entziehen oder haben keinen Fragebogen erhalten. Daraus folgt eine Rücklaufquote von 88%, die wir als sehr gut bewerten dürfen.

#### 3.3 Mehrfachzählungen und Verweigerungen

Unter den 210 retournierten Fragebogen befanden sich 12, welche einen identischen KlientInnen-Code aufwiesen. Eine detaillierte Analyse unter Berücksichtigung weiterer Variablen ergab, dass in mindestens einem Fall die identischen Codes auf dieselbe Person zurückgeführt werden konnten. Wenn nicht mit absoluter Sicherheit herausgefunden werden konnte, ob sich hinter dem übereinstimmenden Code ein und dieselbe Person verbirgt, wurden sie als unterschiedliche Personen behandelt. Das Gesamtsample besteht nach dieser Bereinigung aus 209 Personen.

Diese Analyse hat allerdings gezeigt, dass die zusätzlich herangezogenen, stabilen Variablen Geschlecht, Geburtsjahr und Nationalität keine sichere Grundlage für die Ausscheidung von Doppelerfassungen bieten. Diese Erkenntnis wäre bei ähnlichen oder etwaigen zukünftigen Studien zu berücksichtigen. Beispielsweise würde schon die Angabe des vollen Geburtsdatums eine wesentlich bessere Entscheidungsbasis bieten. Unter den verbliebenen 209 Fragebogen mussten weitere 10 ausgeschieden werden, weil der/die jeweilige Benutzer/in die Beantwortung der Fragen verweigert hatte.

#### 3.4 Repräsentativität und Validität der Befragung

Letztlich füllten 199 der 239 BenutzerInnen den Fragebogen aus. Die Bereitschaft zur Mitarbeit war damit erfreulicherweise sehr hoch. Die Ausschöpfungsquote von 83% weist somit auf eine sehr



gute Repräsentativität der Untersuchung hin. Eine zusätzliche Prüfung, wiederum unter Rückgriff auf die projektinternen Statistiken, bestätigte diesen Befund. Dabei stellte sich allerdings das Problem, dass diese Angaben nach Programmen aufgeschlüsselt sind. Doppelerfassungen konnten daher nicht ausgemerzt werden.

Auf dieser Grundlage erfolgte ein Vergleich der Zusammensetzung der Stichprobe mit der internen Statistik in Bezug auf das Geschlecht, das Alter und die Nationalität der TeilnehmerInnen (vgl. Tabelle). Als Resultat zeigte sich bezüglich dieser Variablen eine ausserordentlich hohe Übereinstimmung. Die Repräsentativität kann damit zusammenfassend als sehr gut bezeichnet werden.

Zur Beurteilung der Validität ist eine externe Überprüfung wegen des Fehlens vergleichbarer Untersuchungen nicht möglich. Ebenso erscheint ein Vergleich mit Ergebnissen aus anderen Studien aufgrund der Besonderheit unserer Population nicht sinnvoll.

Dagegen wurde die interne Validität der Daten geprüft. Soweit Plausibilitätstests möglich waren, zeigten sich die Daten als valide. Dieser Befund wurde durch einen Vergleich der Ergebnisse der Kurzbefragung mit den Antworten auf die Zusatzfragen nach dem Leitfadeninterview bestätigt.

**Tabelle 1: Vergleich zwischen interner Statistik und Stichprobe**

	Interne Statistik (N=325)	Befragung (N=199)
Anteil Männer	88.9%	88.5%
Altersdurchschnitt	38.3 Jahre	38.4 Jahre
AusländerInnenanteil	21.5%	21.8%

### 3.5 Die Leitfadeninterviews

#### *Konzeption und Durchführung*

Um die im Verlaufe der Interviews gemachten Aussagen zu verstehen, müssen wir den Erlebnis- und Handlungszusammenhang der TeilnehmerInnen kennen. Für Einblicke in den Alltag der Beschäftigungsprogramme bietet sich die Methode der teilnehmenden Beobachtung an. Im Juli 1994 besuchte der Autor deshalb das Förderband sowie die Job-Busse Bau und Wald. Bei letzteren hat er auch in einer Gruppe mitgearbeitet und am Mittagessen teilgenommen. Diese Erfahrungen in der Rolle des «Beobachters als Teilnehmer» sowie die Gespräche mit verschiedenen Gruppenleitern gaben erste Hinweise auf die grundlegenden Deutungsmuster der Beschäftigten. Sie waren ausserdem für den weiteren Forschungsverlauf massgebend, denn sie bildeten die Grundlage für die Ausarbeitung des Leitfadens für die qualitativen Interviews.

Die themenzentrierten Interviews wurden zwischen September 1994 und Januar 1995 durchgeführt. Die Leitfadeninterviews, die zwischen 40 und 80 Minuten dauerten, kreisten insbesondere um folgende Themen:

- Motivation zur Teilnahme an den Beschäftigungsprogrammen
- frühere Arbeitserfahrungen
- Rahmenbedingungen der Programme (Niedrigschwelligkeit, Losen, Arbeitszeiten usw.)
- Beurteilung der Arbeiten in den Programmen
- subjektive Bedeutung von Arbeitseinsätzen und wahrgenommene Auswirkungen
- Wichtigkeit der Gruppe der BenutzerInnen
- Relevanz der Unterstützung durch GruppenleiterInnen
- Konsum von Suchtmitteln
- Zukunftsperspektiven

Am Ende des Interviews wurden zur Gewinnung von Kontextinformationen einige soziodemographische Daten sowie Angaben zur aktuellen Wohnsituation und zum Suchtmittelkonsum (Art der verwendeten Suchtmittel, Konsumart, Dauer des Suchtmittelkonsums, zurzeit in Methadonbehandlung) erfragt.

Aufgrund der Ergebnisse der ersten standardisierten Befragung vom Februar 1993 drängte sich eine *Auswahl* der InterviewteilnehmerInnen nach folgender Kontrastierung auf:

- Männer vs. Frauen
- Alter
- starke Suchtmittelabhängigkeit vs. schwache/keine Suchtmittelabhängigkeit
- Benutzung seit längerer Zeit vs. Benutzung seit kurzer Zeit
- nicht mehr im Programm: Schritte in Richtung Integration vs. Schritte in Richtung Desintegration

Die Vermittlung der Kontakte zu den GesprächsteilnehmerInnen erfolgte über die ProgrammleiterInnen der Beschäftigungsprogramme anhand dieser Auswahlkriterien. Die meisten avisierten GesprächspartnerInnen konnten dank dieser Unterstützung ausfindig gemacht werden. Allein das Auffinden der Personen, die nicht mehr an den Programmen teilnah-



men, bereitete grössere Schwierigkeiten. Daher konnten nicht alle gewünschten Interviews mit Personen aus dieser Teilgruppe realisiert werden. Insgesamt sind letztlich 13 Leitfadengespräche geführt worden.

Die Leitfadeninterviews wurden mit dem Einverständnis der TeilnehmerInnen auf Tonband aufgezeichnet. Für heikle Passagen wurde die Möglichkeit eingeräumt, das Tonbandgerät auszuschalten. Dies wurde nur in einem Interview getan, und zwar in einer Gesprächssequenz, in der der Gesprächspartner auf seine spezielle Problematik wegen der öffentlichen Bekanntheit seines Vaters hinweisen wollte.

Anschliessend wurden die Gesprächsaufzeichnungen transkribiert. Die Gespräche wurden wörtlich in hochdeutscher Sprache verschriftlicht, wobei allerdings umgangssprachliche und milieuspezifische Ausdrücke wie auch der schweizerdeutsche Satzaufbau übernommen wurden.

Neben den themenzentrierten Interviews mit den BenutzerInnen wurde auch ein Gruppeninterview mit drei MitarbeiterInnen aus den Beschäftigungsprogrammen (Förderband, Job-Bus Bau, Job-Bus Wald) durchgeführt. Dieses Interview diente zur Kontrolle und Ergänzung der Gespräche mit den TeilnehmerInnen.

### 3.6 Auswertung

Im ersten Interpretationsschritt wurde die Textfülle des Interviews auf jene Passagen eingeschränkt, die für unsere Fragestellung im weitesten Sinne relevant waren. Durch Codierung des Textes, Zeile um Zeile, erfolgte eine Auswahl von relevanten Themenbereichen bzw. von Schlüsselstellen. Am Ende lag der thematische Gehalt des Interviews gegliedert und reduziert in der Perspektive der uns interessierenden Fragestellung vor. Zur Überprüfung dieses Ergebnisses wurde der Text anschliessend von einer weiteren Person codiert. Im zweiten Schritt, der Einzelfallanalyse, erfolgte die Interpretation in der Gruppe. Dieses Vorgehen nach dem Prinzip der diskursiven Konsensbildung gewährleistet die intersubjektive Überprüfbarkeit. Im Unterschied zu alltäglichen, routinisierten Interpretationen werden hierbei verschiedene Lesarten eines Textes systematisch gesucht sowie durch interne Quervergleiche geprüft und wieder ausgesondert. Dies geschieht nach Plausibilitäts Gesichtspunkten, wobei es insbesondere das Konsistenzgebot zu berücksichtigen gilt. Der nächste Schritt diente der Suche nach weiteren möglichen Typen. Gemeint ist damit die Einteilung der interviewten Personen in Gruppen anhand relevanter Unterscheidungskriterien. Das zentrale Kriterium war aufgrund unserer Fragestellung der «Entwicklungsstand» im Hinblick auf die

Arbeitsintegration, also auf die Möglichkeit zum Übertritt in die Berufswelt oder allenfalls in ein höherschwelliges Programm. Als zwei weitere Typen boten sich gemäss der ersten Einzelfallanalyse folgende zwei kontrastierende Varianten an: eine Person eher an der Schwelle zum (möglichen) Austritt aus dem Beschäftigungsprogramm sowie eine Person, die sich eher in der Anfangsphase (nicht im zeitlichen Sinne, sondern entwicklungsässig) befindet. Integration bzw. Desintegration bilden die beiden Pole dieser Dimension. Als zusätzliche Aspekte bei der darauf folgenden Bestimmung der Fälle wurden das Geschlecht, die Berufsausbildung (keine oder nur sehr schlechte Ausbildung vs. abgeschlossene Ausbildung) sowie die Wohnsituation (obdachlos vs. fester Wohnsitz) berücksichtigt. Die optimale Variation der Fälle wurde dadurch erleichtert, dass sich zum einen das letzte Kriterium mit dem «Entwicklungsstand» oft überschneidet (z. B. läuft Obdachlosigkeit einer Integration zuwider) und zum anderen das Geschlecht damit nicht in Zusammenhang steht. Die beiden auf diese Weise eruierten Fälle wurden dann ebenfalls auf die oben beschriebene Weise interpretiert.

Anschliessend wurde von den verbleibenden Interviews Individualprofile als verkürzte Fallanalysen erstellt und den drei Fällen zugeordnet. Ordnungskriterium war hierbei wiederum der aus dem Gesamtzusammenhang des Gesprächs sich ergebende «Entwicklungsstand» im Hinblick auf die Arbeitsintegration. Die Fallanalysen können hier in der gebotenen Kürze nicht präsentiert werden. Wer sich dafür interessiert, sei auf den Schlussbericht verwiesen, wo auch die Individualprofile, mit besonderer Berücksichtigung der subjektiven Bedeutung der Arbeit sowie der jeweiligen Zukunftsperspektiven, im Anhang dargestellt sind (6).

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Ergebnisse der standardisierten Kurzbefragung

Betrachten wir zunächst den *Kreis der BenutzerInnen* der Beschäftigungsprogramme, so fällt auf, dass die Frauen bei einem Anteil von gut einem Zehntel deutlich untervertreten sind. Dies trifft auch für Jugendliche und junge Erwachsene zu. Daraus ergibt sich ein relativ hohes Durchschnittsalter von 38,4 Jahren (Std Dev 10,7).

Im Hinblick auf die Ausbildungssituation zeigt sich uns ein eher tiefes Bildungsniveau der Befragten. Knapp zwei Drittel der Beschäftigten haben nämlich als zuletzt abgeschlossene bzw. abgebrochene Schule die Primar- oder Realschule, gut ein Viertel die Sekundar- oder Bezirksschule angegeben. Zudem ist über ein

Drittel der Beschäftigten von der Berufsausbildung her für das Erwerbsleben ungenügend qualifiziert, was grösstenteils auf abgebrochene Lehren zurückzuführen ist. Allerdings verfügt immerhin ein Drittel über eine zwei- bis dreijährige Lehre und ein Fünftel gar über eine vierjährige berufliche Ausbildung.

Die Mehrheit der TeilnehmerInnen befindet sich bezüglich der Erwerbssituation schon seit längerer Zeit in einer prekären Lage. Rund drei Viertel von ihnen sind seit mehr als einem Jahr ohne «reguläre» Arbeit. Die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten (93%) hat ebenfalls schon im Monat vor der Befragung von den Tagelohnarbeiten im Job-Bus bzw. im Förderband gelebt. Zusätzlich haben die meisten (70%) Unterstützung vom Fürsorgeamt erhalten. Andere finanzielle Transfers, etwa von der Arbeitslosen- bzw. der Invalidenversicherung, hat demgegenüber nur etwa ein Fünftel der BenutzerInnen bezogen. Etwa gleich viele sind auch von Familienangehörigen bzw. FreundInnen unterstützt worden.

Erstaunlicherweise waren nur 6% der Beschäftigten im Monat vor der Befragung obdachlos. Mehr als die Hälfte hatte einen festen Wohnsitz und gut ein Fünftel lebte in einer Institution (in einem Heim, beim «Begleiteten Wohnen» usw.).

Unter den Beschäftigten von Job-Bus und Förderband können wir hinsichtlich des Konsums von Suchtmitteln drei Gruppen unterscheiden: 1.) Knapp ein Zehntel aller Befragten hat im Vormonat keine Suchtmittel konsumiert. 2.) Etwa die Hälfte der BenutzerInnen hat täglich oder gelegentlich weiche Drogen (inkl. Alkohol) konsumiert. 3.) Mehr als ein Drittel der Beschäftigten hat täglich oder gelegentlich harte Drogen appliziert. Letztere sind signifikant jünger als die KonsumentInnen von weichen Drogen. Von den verschiedenen Substanzen, die täglich konsumiert wurden, sticht neben Alkohol (29%) und Cannabis (12%) auch Methadon (27%) heraus. Ein hoher Anteil unter denjenigen, die an einem Methadonprogramm teilgenommen haben, hat aber zusätzlich weitere Suchtmittel konsumiert.

Die Untersuchung der *Nutzung der Beschäftigungsprogramme* hat die starke Nachfrage nach den Beschäftigungsprogrammen bestätigt. Nur gut ein Viertel der BenutzerInnen ist ausschliesslich auf eines der drei Beschäftigungsprogramme fixiert, alle anderen wechseln zwischen ihnen in unterschiedlichen Kombinationen ab. Etwa je ein Drittel der Befragten hat im Vormonat selten bzw. gelegentlich bzw. regelmässig im Job-Bus oder Förderband Einsätze geleistet. Erstaunlicherweise unterscheidet sich diese Einsatzhäufigkeit weder hinsichtlich der Art der konsumierten Suchtmittel noch hinsichtlich der Konsumintensität. Hierin zeigt sich, dass auch stark Drogenabhängigen eine Teilnahme am Beschäftigungsprogramm möglich ist.

Als *Hauptgründe für die Benutzung der Beschäftigungsprogramme* hat in der Kurzbefragung je ein Viertel den Verdienst und die geregelte Arbeit für einen Tag genannt. Rund ein Achtel der BenutzerInnen schätzt an einem Arbeitseinsatz den Kontakt mit anderen Menschen, über ein Zehntel die Abwesenheit von der Szene. Wie auch die qualitativen Interviews bestätigen, bilden die Möglichkeiten, auf diese Weise Geld zu verdienen sowie den Tagesablauf durch die Arbeit zu strukturieren, zentrale Motive für die Benutzung der Beschäftigungsprogramme.

Die Gründe für einen Arbeitseinsatz unterscheiden sich allerdings nach der Art der konsumierten Suchtmittel: Personen, die täglich harte Drogen konsumieren, haben häufiger die geregelte Arbeit und die Abwesenheit von der Szene als Motiv genannt. Jene, die täglich weiche Drogen konsumieren, haben dagegen mit Abstand am meisten den Verdienst als wichtigste Antriebsquelle für eine Teilnahme am Beschäftigungsprogramm erwähnt.

Wenn wir die hier nur knapp resümierten Ergebnisse der standardisierten Befragung überblicken, so stellen wir fest, dass die Beschäftigungsprogramme ihre Zielgruppen recht gut erreichen. Vergleichsweise wenig vertreten sind Frauen, junge Erwachsene und Obdachlose. Da allerdings die effektiv Beschäftigten legitimerweise am Programm teilnehmen, bieten sich bei einem feststehenden Angebot an Arbeitsplätzen kaum Möglichkeiten zur Regulierung. Bei einem etwaigen Ausbau müsste aber zur Optimierung des Beschäftigungsprogrammes versucht werden, Frauen und junge Erwachsene verstärkt für eine Teilnahme zu motivieren.

Der hohe Anteil der häufig sich Bewerbenden verweist auf ein grosses Bedürfnis nach solchen Tagelohnarbeiten und auf eine hohe Akzeptanz des städtischen Angebots in den verschiedenen Randgruppen. Die entsprechende Nachfrage kann allerdings bei weitem nicht gedeckt werden, wie die vielen täglichen Abweisungen zeigen. Die hohe Nachfrage nach dem Arbeitsangebot und der daraus resultierende optimale Nutzungsgrad der Programme sind sicherlich positiv zu bewerten. Allerdings gilt es diesbezüglich auch zu beachten, dass der grosse Ansturm auf die Beschäftigungsplätze eine erhöhte Fluktuation der TeilnehmerInnen in den verschiedenen Gruppen zur Folge hat. Dadurch kann die unter arbeitspädagogischen Gesichtspunkten wichtige Kontinuität von Arbeitseinsätzen (vom Beschäftigungsprogramm her) nur bedingt gewährleistet werden.

Zudem bergen die unregelmässigen Einsätze sowie die wechselnden Gruppenzusammensetzungen die Gefahr, dass die Beziehungen eher unverbindlich sind. Wenn aber die «Stammkundschaft» kleiner wird und die Unverbindlichkeit zunimmt, wird die

Arbeit der GruppenleiterInnen schwieriger; und zwar sowohl hinsichtlich der Erledigung des auszuführenden Arbeitsauftrages als auch bei der Ansteuerung sozial- und arbeitspädagogischer Ziele.

Wenden wir uns den *quantifizierbaren Veränderungen* bei den TeilnehmerInnen nach über einem Jahr der Programm Benutzung zu, so können wir folgende Resultate festhalten: Hinsichtlich der Wohnsituation dominieren die positiven Veränderungen sowie die Konstanz. Die Stabilisierung ist hier mehrheitlich positiv zu bewerten, da sie auf relativ hohem Niveau stattfindet, insofern die meisten BenutzerInnen schon über einen festen Wohnsitz verfügten oder in einer Institution (Heim, Begleitetes Wohnen usw.) wohnten. Unter den vormals Obdachlosen hat nur gut ein Fünftel noch unter den gleichen Umständen gelebt. Fast die Hälfte von ihnen hat nach einem Jahr in einer Institution oder gar in einem Zimmer bzw. in einer Wohnung gewohnt. Damit wird bei den langjährigen BenutzerInnen ein wichtiges Ziel der Beschäftigungsprogramme, nämlich die Stabilisierung der Lebens- und damit auch der Wohnsituation, erreicht.

Bei über vier Fünfteln der BenutzerInnen, die schon im Vorjahr am Beschäftigungsprogramm teilnahmen, hat sich zudem die Einsatzhäufigkeit stabilisiert bzw. gesteigert. Dieses positive Ergebnis ist insofern bedeutsam, als die steigende Intensität der Arbeitseinsätze auch auf eine höhere Motivation, auf häufigere positive Arbeitserfahrungen, auf einen Ausbau der Kompetenzen, auf vermehrt legal erzielte Einkünfte sowie auf einen öfter strukturierten Tagesablauf hindeuten.

Auch wenn die Reduktion des Suchtmittelkonsums nicht unmittelbares Ziel der Beschäftigungsprogramme ist, kommt den diesbezüglichen Veränderungen dennoch eine grosse Bedeutung zu. Gesamthaft gesehen ergibt ein Vergleich der Konsumhäufigkeit der BenutzerInnen im Februar 1993 und im Juli 1994 ein eher negatives Ergebnis. Bei der Mehrheit der Befragten zeigt sich nämlich eine Konstanz im Suchtmittelgebrauch, wobei nur ein Drittel von ihnen höchstens gelegentlich weiche oder gar keine Suchtmittel konsumiert hat. Bei gut einem Viertel hat der Konsum sogar noch zugenommen. Immerhin können wir bei einem Fünftel der zu beiden Zeitpunkten Beschäftigten eine Reduktion des Suchtmittelkonsums erkennen.

Diese quantifizierbaren Veränderungen während der erwähnten, längeren Benutzungsdauer müssen freilich sehr vorsichtig interpretiert werden, können doch mit der notgedrungen kurzen Befragung keine direkten Wirkungen festgestellt werden. Insbesondere sind wir auch über die Einflüsse von externen Wirkungsfaktoren im Ungewissen. Zudem müssen wir uns vergegenwärtigen, dass wir über die Lebenssituation und die Entwicklung jener Personen,

die nicht mehr am Beschäftigungsprogramm teilgenommen haben, keinerlei Angaben haben. Die hier kurz skizzierten Ergebnisse können uns allerdings Tendenzen der Entwicklung anzeigen. So deuten sie hauptsächlich auf eine Stabilisierung der Lebenssituation hinsichtlich der Dimensionen Arbeit, Wohnen und Suchtmittelkonsum hin. Bei einer Minderheit, etwa bei einem Sechstel dieser Gruppe, lassen sich allerdings auch stärkere Veränderungen in positiver Richtung feststellen. Je nach den Erwartungen, die an ein Beschäftigungsprogramm gestellt werden, kann dies als positives bzw. negatives Resultat gewertet werden. Angesichts des Schweregrads der sozialen Probleme der BenutzerInnen sowie der Erfahrungen mit anderen Formen der Drogenarbeit erscheint uns dieses Ergebnis eher als positiv und als Ansporn bei der Weiterarbeit. Denn Stabilisierung heisst im Kontext dieser Randgruppen immer auch: verhinderte Verschlechterung der Lebenssituation bzw. unterbliebene Verelendung. Dieser positive Eindruck wird bestärkt durch die Ergebnisse der qualitativen Interviews, denen wir uns im Folgenden zuwenden wollen.

## 4.2 Ergebnisse der Leitfadeninterviews

Richten wir unseren Blick zunächst auf die *Bedeutung der Arbeit* für die BenutzerInnen der Beschäftigungsprogramme, so fällt der hohe Stellenwert des Lohnes und der durch die Beschäftigung erreichten Tagesstrukturierung auf. Auf diese beiden Bedeutungsfaktoren, die auch von den GruppenleiterInnen als Hauptmotive für einen Arbeitseinsatz eingeschätzt werden, sind wir in fast allen Interviews gestossen.

Der Lohn spielt freilich nicht in jeder Lebenssituation die gleiche Rolle: Teils ist er einfach ein Zusatzverdienst zu den anderweitig erhaltenen (öffentlichen) Unterstützungsleistungen, teils bildet er die einzige (legale) Einkommensquelle. Dieser Unterschied widerspiegelt sich auch in der Verwendung des Geldes: Es wird zum einen zur Erhöhung des Lebensstandards über das Existenzminimum hinaus verwendet. Zum anderen dient es aber auch zur Befriedigung von sehr basalen Bedürfnissen (z. B. Essen) oder zur Finanzierung des Suchtmittelkonsums. Der hohe Stellenwert des Taglohnes basiert bei verschiedenen KonsumentInnen von harten Drogen ausserdem auf seiner Legalität. Denn wer nicht (mehr) zu illegalen Aktivitäten greifen will, dem/der bietet die Teilnahme am Beschäftigungsprogramm eine alternative Verdienstmöglichkeit. Dabei spielt jedoch die Höhe der Drogenpreise eine nicht zu unterschätzende Rolle: Denn sind diese relativ hoch, so ist die Finanzierung auch eines kontrollierten Drogenkonsums durch den Taglohn nicht mehr möglich.

Auch an der Wichtigkeit der Tagesstruktur für die TeilnehmerInnen lassen sich verschiedene Aspekte

unterscheiden. Die Beschäftigung bildet zunächst eine Abwechslung im Alltag, hält Langeweile und (unbefriedigendes) Nichtstun fern. Zudem wird durch sie der Tages- und Wochenablauf zeitlich und sachlich geordnet. Auf diese Weise stellt sich bei regelmässigem Einsatz ein Rhythmus ein, der einer «Normalarbeitswoche» ähnelt. Bei besonders belastenden Problemen (z. B. Wissen um die eigene HIV-Infektion, Verlust einer nahe stehenden Person) ermöglicht die Arbeit im Beschäftigungsprogramm auch eine gewisse Ablenkung.

Neben dem Lohn und der Tagesstrukturierung, denen sicherlich die grösste Bedeutung zukommt, spielt teilweise die Möglichkeit zu sozialen Kontakten während des Arbeitseinsatzes eine Rolle. Sie sind dann besonders relevant, wenn andere soziale Beziehungen fehlen oder wenn bewusst neue Beziehungen ausserhalb des bisherigen Milieus gesucht werden. Ihre Bedeutung variiert offensichtlich auch mit der Teilnahmedauer und -intensität nicht nur der jeweiligen Person, sondern auch der anderen BenutzerInnen. Die Bandbreite der geknüpften Kontakte reicht von Gesprächen während der Arbeit bis hin zu gemeinsamen Unternehmungen in der Freizeit.

Die Beschäftigung ist auch für die bewusste (räumliche) Distanzierung von der Szene bedeutsam. Sie bietet in solchen Situationen eine Alternative zu dem als Stress und als Belastung empfundenen Leben auf der Gasse. Zudem ermöglicht die fehlende Allgegenwart der Droge sowie eine Tätigkeit ausserhalb der Gasse eine nicht nur drogenbezogene Lebensführung.

Die *Rahmenbedingungen* der Arbeit im Beschäftigungsprogramm (wie Art der Arbeiten, Taglohn-System, Höhe des Stundenlohnes usw.) werden durchwegs positiv beurteilt. Auch die Selektion durch Auslosen stösst auf grosse Akzeptanz bei den BenutzerInnen, wobei freilich die ungenügende Anzahl der Arbeitsplätze bemängelt wird. Weiter wird auch das Verhältnis zwischen BenutzerInnen und GruppenleiterInnen als sehr positiv bewertet. Erstere schätzen besonders das offene und vertrauensvolle Klima. Von den GruppenleiterInnen wird diese Einschätzung grundsätzlich bestätigt. Allerdings tendieren gemäss ihren Erfahrungen bei einer hohen Fluktuationsrate der TeilnehmerInnen die Beziehungen dazu, weniger persönlich zu werden. Durch die häufige Rotation bzw. die fehlende Konstanz wird ihre Arbeit schwieriger; fachlich gesehen wie für sie persönlich. Auch die Beschäftigten haben teilweise eine konstantere Gruppenzusammensetzung gewünscht.

Von den BenutzerInnen ist zum Teil der Wunsch nach Arbeitsmöglichkeiten geäussert worden, die eine grössere Kontinuität gewährleisten und von ihnen gleichzeitig eine höhere Verbindlichkeit verlan-

gen. Die Vorstellungen zielen in erster Linie auf gesicherte Arbeit durch kurzfristige Verträge (z. B. für eine Woche) sowie auf stabilere Gruppenzusammensetzung.

Die Arbeit in den verschiedenen Gruppen haben alle GesprächsteilnehmerInnen als im Grossen und Ganzen spannungsfrei geschildert. Teilweise ist dies auf die individuell abgestimmte Gruppeneinteilung durch die GruppenleiterInnen zurückgeführt worden. Tatsächlich bildet nach dem Lösen die optimale Zuteilung der einzelnen Personen zu den verschiedenen Arbeiten und Teams eine wichtige Aufgabe der GruppenleiterInnen, die ein besonderes Fingerzengedühl erfordert.

Beim Überblick über die verschiedenen qualitativen Interviews mit den BenutzerInnen wie auch nach dem Gespräch mit den GruppenleiterInnen bestätigt sich das obige Ergebnis der stabilisierenden *Auswirkung* des Beschäftigungsprogramms. Diese äussert sich beispielsweise in veränderten Drogenkonsummustern. So wird zum Teil durch die Teilnahme am Beschäftigungsprogramm ein kontrollierterer Konsum möglich bzw. unterstützt. Dies ist vermutlich auf die Distanz vom drogengebrauchenden Umfeld, die Abstinenz während des Tages wie auch die Ablenkung durch die Beschäftigung zurückzuführen.

Die Beschäftigung zeigt ihre Wirkungen auch im emotionalen und psychischen Befinden der verschiedenen TeilnehmerInnen. So fühlen sich die meisten nach einem Arbeitseinsatz am Abend gut und zufrieden. Diese Befriedigung ist manchmal mit einer Steigerung des Selbstwertgefühls verbunden; dies besonders bei Personen, denen die eigene Leistung sehr wichtig ist. Diese Veränderungen haben sich vor allem dann gezeigt, wenn Aufgaben erfüllt worden sind, die als besondere wahrgenommen werden (z. B. Kochen) oder mit dem erlernten Beruf zusammenhängen.

Vereinzelt wirkt sich die Beschäftigung auf die Freizeit aus, insofern durch den Verdienst der Handlungsspielraum grösser und damit beispielsweise auch einmal ein Kinobesuch möglich wird. In besonders belastenden Lebenssituationen oder bei psychischen Problemen, welche sich dann als Schlafschwierigkeiten äussern, bringt schlichtweg auch die körperliche Müdigkeit eine Entlastung.

Die festgestellte Stabilisierung der Lebenssituation birgt allerdings aus der Sicht der GruppenleiterInnen auch eine Gefahr: Viele TeilnehmerInnen sind versucht, auf dem erreichten Niveau stehen zu bleiben und nicht einen Schritt weiterzugehen. Dies mag mit ein Grund dafür zu sein, dass eher sehr selten ein Übertritt in ein höherschwelliges Programm oder in die Berufswelt stattfindet. Letzteres hängt aber sicherlich auch mit der angespannten Arbeits-



marktsituation zusammen, welche kaum mehr Nischen für nicht hundertprozentig Leistungsfähige offenlässt.

## 5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Wenn wir die Ergebnisse der Untersuchung überblicken, ergibt sich ein sehr positives Bild der untersuchten Beschäftigungsprogramme. Das niedrighschwellige Arbeitsangebot für randständige Menschen stösst auf grosse Nachfrage und wird auch tatsächlich von den Zielgruppen genutzt. Die Heterogenität der Benutzerschaft bestätigt die breite Ausrichtung des Programms. Es verläuft aber auch insofern erfolgreich, als die angestrebten Ziele gesamthaft gesehen erreicht werden. Einerseits bieten Job-Bus und Förderband den vom Arbeitsmarkt ausgeschlossenen Menschen eine Arbeits- und Verdienstmöglichkeit, andererseits tragen sie zur Stabilisierung der Lebensbedingungen der BenutzerInnen bei. Damit wird schon angedeutet, dass der Beschäftigung für die TeilnehmerInnen über den materiellen Aspekt hinaus auch andere Bedeutungen zukommen (z. B. Tagesstrukturierung, Kontaktmöglichkeiten, Sinnerfüllung). Diese subjektive Wichtigkeit des Angebots für die BenutzerInnen ist in ihren Aussagen sehr stark zum Ausdruck gekommen. Deshalb erstaunt es keineswegs, dass die BenutzerInnen die Beschäftigungsprogramme durchwegs sehr positiv beurteilten. Hierbei spielt auch ihr gutes Verhältnis zu den GruppenleiterInnen eine sehr wichtige Rolle. Überhaupt tragen in erster Linie diese mit ihrer täglichen, anspruchsvollen Arbeit, die freilich in der dargestellten Evaluation nur punktuell zum Ausdruck kommt, zur Erfüllung des Programmauftrages bei.

Vor dem Hintergrund dieses sehr positiven Gesamteindruckes werden abschliessend noch einige Anregungen formuliert, die wir bei der Weiterentwicklung der Beschäftigungsprogramme für relevant halten:

- Trotz der anhaltenden Finanzknappheit ist ein Ausbau des Angebots an Arbeitsplätzen anzustreben. Dies ist insbesondere auch unter arbeits- und sozialpädagogischen Gesichtspunkten wünschenswert, da durch die Selektion beim Lösen die von den BenutzerInnen schon bzw. noch mögliche Konstanz untergraben wird. Die geringere Fluktuationsrate würde zudem auch die Arbeit der GruppenleiterInnen fachlich und persönlich erleichtern, insofern eine regelmässige Begleitung und Betreuung möglich würde.
- Vor allem (jedoch nicht nur) bei einem Ausbau sollte nochmals versucht werden, speziell die unterrepräsentierten Gruppen unter den Randständigen

anzusprechen. Hierbei denken wir in erster Linie an Frauen und an junge Erwachsene, welche durch gezielte Aktionen zu einer Teilnahme am Beschäftigungsprogramm motiviert werden könnten.

- Schliesslich sollte geprüft werden, ob sich für recht stabile BenutzerInnen Möglichkeiten zu verbindlicheren Anstellungen realisieren lassen. Sinnvoll wäre etwa eine Mischform von Beschäftigungs- und Hinführungsprogrammen. Dieses Angebot, das durchaus im Rahmen der Beschäftigungsprogramme durchgeführt werden könnte (z. B. als spezieller Bus), böte beispielsweise auch die Möglichkeit, «stehen gebliebenen» BenutzerInnen einen Anstoss zur Weiterentwicklung zu verschaffen.

## 6. Verdankung

Die Herausgeber danken dem Birkhäuser Verlag Basel für die Genehmigung zum Abdruck dieses Artikels, der erstmals in der Zeitschrift Sozial- und Präventivmedizin erschienen ist (SozPraeventivmed 1996; 41 Suppl 1: S85-S95).



## 7. Literaturverzeichnis

1. Schuller K. Von Release zur Therapeutischen Kette – und zurück? ders./Stöver H (Hrsg). Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Freiburg i. Br.: Lambertus, 1991 (2. Aufl.): 31–51.
2. Weber G, Schneider W. Herauswachsen aus der Sucht illegaler Drogen. Selbstheilung, kontrollierter Gebrauch und therapiegestützter Ausstieg. Münster: Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Soziologie/Sozialpädagogik, 1992.
3. Schuller K, Stöver H (Hrsg). Akzeptierende Drogenarbeit. Ein Gegenentwurf zur traditionellen Drogenhilfe. Freiburg i.Br.: Lambertus, 1991 (2. Aufl.).
4. Groenemeyer A. Drogenberatung und alltagsorientierte Sozialarbeit. Möglichkeiten und Folgen niedrigschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Drogenberatung Bielefeld. In: INDRO e.V (Hrsg.). Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in NRW. Erfahrungen, Konzepte, Forschungen. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit, Bd. 2. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung, 1994.
5. Nydegger B, Schumacher C: Nutzen niedrigschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Stadt Zürich. Zürich: Institut für Suchtforschung. Soz Präventivmed 1996; 41:22–34.
6. Meier Kressig M, Sempach R. Evaluation der Beschäftigungsprogramme der Stadt Zürich. Eine Studie im Auftrag des Jugendamtes der Stadt Zürich. Forschungsberichte des Instituts für Suchtforschung; Nr. 4. Zürich: Institut für Suchtforschung, 1995.
7. Lindenmeyer H, Rafeld A, Steiner V. Arbeit und Wohnen für Menschen im Umfeld illegaler Drogen. Ein Handbuch mit Inventar. Zürich: Schweizerisches ArbeiterInnenhilfswerk (SAH), 1994.
8. Sempach R, Lanz A. Jugendamt der Stadt Zürich: Beschäftigungsprogramme für Drogenabhängige und sozial Randständige. Job-Bus, Förderband, Metallwerkstatt und Chuchi am Wasser. Erster Evaluationsbericht. Zürich: Sozialamt der Stadt Zürich, Forschung und Dokumentation Nr. 11, 1993.

Korrespondenzadresse:  
Institut für Suchtforschung (ISF)  
Postfach  
CH-8031 Zürich  
Tel. +41 (0)1 273 5025  
Fax +41 (0)1 273 5023  
E-Mail: [isf@isf.unizh.ch](mailto:isf@isf.unizh.ch)

# Evaluation des Vermittlungs- und Rückführungszentrums für Drogenabhängige Zürich Kaserne (VRZK)\*

Andreas Lanz, Jörg Arnold, Agnes Bieber, Institut für Suchtforschung (ISF), Zürich, und Trägerverein Vermittlungs- und Rückführungszentrum für auswärtige Drogenabhängige Kaserne Zürich (VRZK)

## Zusammenfassung

Am 3. August 1994 wurde das Vermittlungs- und Rückführungszentrum für Drogenabhängige Zürich Kaserne (VRZK) in Betrieb genommen. Mit der Rückführung von drogenabhängigen Personen in ihre Wohnsitzgemeinden wurde eine Entlastung der Stadt Zürich im Bereich der offenen Drogenszene sowie die Sicherstellung einer angemessenen Betreuung der aufgegriffenen drogenabhängigen Personen durch die zuständigen Stellen in den jeweiligen Wohnsitzgemeinden angestrebt. Mit der Evaluation der Einrichtung für die ersten beiden Betriebsjahre des VRZK vom August 1994 bis zum Juni 1996 wurde das Institut für Suchtforschung beauftragt. In einem ersten Schritt blieb die Evaluation dabei in einem deskriptiven Sinne beschränkt auf eine quantitative Wirkungsanalyse auf KlientInnenebene. Sie erlaubt in erster Linie die relativ detaillierte Beschreibung des dem VRZK im beschriebenen Zeitraum zugeführten Personenkreises, der als repräsentativ für den sichtbaren und öffentlich wahrnehmbaren Teil der Zürcher Drogenszene gelten darf. Es wurden im VRZK selber personenspezifische Daten zu Alter, Geschlecht, Wohnsitz, Bildung, Arbeits- und Wohnsituation, Drogenkonsum und Behandlungssituation erhoben, sowie über die zuständigen Stellen in der Gemeinde Daten über die in den Wohnsitzgemeinden ergriffenen kurz- und mittelfristigen Betreuungsmassnahmen. In einem zweiten Schritt konnte im Rahmen einer durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanzierten Ergänzungsstudie eine Befragung der von den Rückführungsmassnahmen der Stadt Zürich betroffenen Gemeinden realisiert werden. *Es zeigte sich*, dass in erster Linie die Schliessung der offenen Drogenszene am «Letten» im Februar 1995 die Verminderung der Attraktivität der öffentlich wahrnehmbaren Drogenszene in der Stadt Zürich für «auswärtige» DrogenkonsumentInnen bewirkte und kaum die Aktivitäten des Rückführungszentrums. Bei rund einem Drittel der dem VRZK zugeführten Personen handelte es sich um sozial integrierte Personen. Der als «harter Kern» der Drogenszene zu eruiierende Personenkreis hatte einen Anteil von rund 10% an der gesamt-erfassten Szenenpopulation, was rund 450 Personen entspricht. Die Befunde deuten darauf hin, dass es sich bei der Szenenpopulation um eine altersmässig relativ homogene Kohorte handelt, die kaum eine Verjüngung durch «Szenennachwuchs» erfährt. Weiter zeigt sich ein bei rund 30% liegender FolienraucherInnenanteil. Fast 90% der erfassten Personen waren wegen ihres Drogengebrauchs schon in Behandlung.

## 1. Projektbeschreibung / Einleitung

Am 3. August 1994 wurde das Vermittlungs- und Rückführungszentrum für Drogenabhängige Zürich Kaserne (VRZK) in Betrieb genommen. Die mit der Einrichtung hauptsächlich verfolgten Ziele waren:

- A) durch die Bereitstellung von Auffangstrukturen für die in der öffentlich wahrnehmbaren Drogenszene aufgegriffenen, drogenabhängigen Personen und durch die Vermittlung insbesondere auswärtiger Drogenabhängiger in deren Wohnsitzgemeinden eine Entlastung der Stadt Zürich im Bereich der offenen Drogenszene zu erzielen,
- B) durch die Vermittlung und allenfalls Rückführung auswärtiger Drogenabhängiger, die Fürsorgebereitschaft in den jeweiligen Wohnsitzgemeinden zu befördern, und schliesslich,
- C) durch die allenfalls wiederholte Rückführung der in der Drogenszene aufgegriffenen drogenabhängigen Personen die angemessene Betreuung/Behandlung/Therapie durch die zuständigen Stellen in den jeweiligen Wohnsitzgemeinden zu initiieren, bzw. sicherzustellen.

## Key Words

Dependence on Illegal Drugs, Open Drug Scene, Needle Park, Police Activities, Center for Homebound Return of Drug Users, Personal Tracking, Integration into the Treatment System, Epidemiology, Switzerland

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 5764 unterstützt. Dieser Artikel wurde übernommen aus: Rihs-Middel M, Lotti H. Suchtforschung des BAG / Recherches de l'OFSP en matière de dépendances 1993–1996. Bern, EDMZ, 1997.

Das Institut für Suchtforschung (ISF) wurde vom Trägerverein des VRZK mit der Evaluation des Vermittlungszentrums beauftragt. Auf dem Hintergrund der Evaluationserfahrungen mit dem Pilotprojekt «Vermittlungs- und Rückführungszentrum Hegibach» (August 1993 bis März 1994) arbeitete das ISF ein mehrere Teile umfassendes Evaluationskonzept für das Vermittlungszentrum Kaserne aus. Der Trägerverein VRZK entschied dabei, die Evaluation lediglich auf die *quantitative Wirkungsanalyse*, das so genannte «Personen-Tracking», zu beschränken, mit dem primär die Daten des dem VRZK zugeführten Personenkreises und die individuellen Verläufe der in die jeweiligen Wohnsitzgemeinden zurückgeführten Personen erfasst werden konnten. Im Rahmen einer durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanzierten Ergänzungsstudie mit dem Titel «Problemlagen und Problemlösungsverfahren der Gemeinden im Zusammenhang mit der Bewältigung von Rückführungen aus dem Vermittlungs- und Rückführungszentrum Kaserne Zürich (VRZK)» konnte jedoch eine ergänzende Befragung der von den Rückführungsmassnahmen der Stadt Zürich betroffenen Gemeinden realisiert werden.

Grundsätzlich wurde mit der Evaluation eine detaillierte Dokumentation des dem VRZK zugeführten Personenkreises in seiner Entwicklung über die zwei ersten Betriebsjahre des VRZK hinweg bezweckt. Auf der Basis des erhobenen Materials sollte weiter eine differenzierte Beurteilung der Wirksamkeit der Rückführungsmassnahmen im Rahmen der mit dem VRZK verfolgten Zielsetzungen möglich werden. Die Erhebungen in den Gemeinden sollten zudem einen Einblick in die drogenspezifischen Problemlagen der von Rückführungen «betroffenen» Gemeinden ermöglichen.

## 2. Methode

### 2.1 Personenebene

Die Grundgesamtheit der Untersuchung bildeten die in der Drogenszene in der Stadt Zürich in den ersten beiden Betriebsjahren des VRZK (August 1994 bis Juni 1996) polizeilich aufgegriffenen und dem VRZK zugeführten drogenabhängigen Personen. Laut Informationen der Polizei kamen innerhalb des beschriebenen Zeitraums von August 1994 bis Juni 1996 bei der Aufgreifung der Drogenabhängigen zu keinem Zeitpunkt *explizite* Selektionskriterien wie Geschlecht, Alter, Grad der Verwahrlosung etc., zur Anwendung. Einzig Personen mit Wohnsitz im Ausland wurden, soweit als solche erkannt, grundsätzlich nicht dem VRZK zugeführt. Anders als dies in der ganz ersten Betriebsphase des VRZK-Pilotprojektes Hegibach der Fall war, wurden dem VRZK auch Drogenabhängige mit Wohnsitz in der Stadt Zürich zugeführt. Über die sicherlich vorhandenen

*impliziten* Selektionskriterien der Polizei auf der Gasse lagen uns keine Informationen vor. Es darf deshalb davon ausgegangen werden, dass die dem VRZK zugeführte Personengruppe damit eine *repräsentative Zufallsstichprobe für den sichtbaren und öffentlich wahrnehmbaren Teil der Zürcher Drogenszene darstellt*.

Die Erhebung der Personendaten erfolgte mittels durchgehend hoch standardisierten Erhebungsinstrumenten in vier Teilen:

Sämtliche dem Vermittlungszentrum zugeführten Personen wurden mit den Kurzfragebogen A und B erfasst. Frageblatt A wurde von der polizeilichen Vermittlungsstelle (PVS) des VRZK ausgefüllt; erhoben wurden damit primär Fragen zu den harten Personendaten. Frageblatt B wurde vom Betreuungspersonal im Rahmen einer mündlichen Befragung der zugeführten Personen bearbeitet und erfasste vor allem Fragen zur Arbeits- und Wohnsituation und zum Drogenkonsum. Als Vollerhebung durchgeführt, wurden die Daten von sämtlichen 3957 dem VRZK im betrachteten Zeitraum zugeführten Personen erhoben.

Falls eine Rückführung in die Wohnsitzgemeinde erfolgte, wurde nach 14 Tagen das Frageblatt C aktiviert. Im Rahmen dieser postalischen Befragung wurden die in den einzelnen Gemeinden zuständigen Betreuungspersonen zur aktuellen Betreuungssituation befragt. Der Rücklauf betrug rund 75%. Es konnte eine Stichprobe von 1484 Personen befragt werden.

In einem vierten Schritt wurden 3–4 Monate nach erfolgter Rückführungen die in den einzelnen Gemeinden zuständigen Betreuungspersonen in einer postalischen Befragung mit dem Frageblatt D erneut zur aktuellen Betreuungssituation befragt und zusätzlich um eine generelle Einschätzung des Nutzens der Rückführung bei der betreffenden Person befragt. Die Befragung wurde innerhalb der zwei ersten Betriebsjahre des VRZK fünfmal durchgeführt und bezog sich auf die zum jeweiligen Befragungszeitpunkt 3–4 Monate zurückliegenden Rückführungen. In die Auswahlstichprobe wurden nur Fälle aufgenommen, bei denen auch ein Frageblatt C vorlag. Der Rücklauf betrug rund 80%. Es konnte eine Stichprobe von insgesamt 825 Personen erfasst werden.

### 2.2 Gemeindeebene

Die Erhebung der Gemeindedaten im Rahmen des BAG-Zusatzauftrages erfolgte im Januar 1996 ebenfalls mittels einer hoch standardisierten, postalischen Befragung der VorsteherInnen der Fürsorge-/Sozialbehörden. Befragt wurden diejenigen Gemeinden, die bis Ende September 1995 als Wohnsitzgemein-

de einer dem VRZK zugeführten Person registriert worden waren, zu Fragen der Belastung durch das Drogenproblem allgemein, zu den Möglichkeiten der Betreuung Drogenabhängiger, zum konkreten Ablauf der Rückführungen und zu den Auswirkungen von Rückführungen und der Lettenschliessung. Der Rücklauf betrug rund 75%. Es konnte eine Stichprobe von 448 Gemeinden erhoben werden.

### 3. Ergebnisse

In den ersten beiden Betriebsjahren von August 1994 bis und mit Juni 1996 fanden insgesamt 11556 Zuführungen in das VRZK statt. Diese 11556 Zuführungen entfielen auf 3957 Personen. Die dem VRZK im Zeitraum von August 1994 bis Juni 1996 zugeführten Personen stammten aus insgesamt 710 unterschiedlichen Gemeinden. Damit wurde rund ein Viertel aller Gemeinden der Schweiz aufgrund einer dem VRZK zugeführten Person mit dem Rückführungszentrum konfrontiert.

Differenziert nach einzelnen Kantonen war der Kanton Zürich im betrachteten Zeitraum mit insgesamt 6777 Zuführungen (58,7%, 1915 Personen) erwartungsgemäss der meistbetroffene Kanton. Mit 1069 Zuführungen wies der Kanton Aargau die zweithöchste Zuführungsziffer auf (9,3%, 451 Personen). Der Kanton St.Gallen folgte mit 547 Zuführungen (4,7%, 239 Personen). Auf Personen mit Wohnsitz in der Stadt Zürich selber entfielen 3179 Zuführungen (27,5%). Im zeitlichen Verlauf betrachtet, stieg der Anteil der Zuführungen von Personen mit Wohnsitz im Kanton Zürich von relativ konstanten 45–50% (im Zeitraum August 1994 bis Januar 1995) in den Monaten nach der Lettenschliessung im Februar 1995 auf rund 70% an; davon betrug der StadtzürcherInnenanteil vor der Lettenschliessung rund ein Drittel, nach der Lettenschliessung rund die Hälfte. Der Anteil der Zuführungen mit Wohnsitz ausserhalb des Kantons Zürich sank mit der Lettenschliessung im Februar 1995 von rund 45% auf stabile 24% bis 28% ab.

Mit zunehmender Betriebsdauer des VRZK sank die Rückführungsbereitschaft der Gemeinden erheblich. Wurden bis hin zur Lettenschliessung noch rund 55–60% der zugeführten Personen mit Wohnsitz ausserhalb der Stadt Zürich in ihre Wohnsitzgemeinde zurückgeführt, so sank dieser Anteil bis im Juni 1996 auf nur noch 40%. Dies mag jedoch wenig erstaunen angesichts der Tatsache, dass von den im ersten Halbjahr 1996 dem VRZK zugeführten Personen rund 42% bereits mehrfach in ihre Wohnsitzgemeinde zurückgeführt worden waren.

Unter Einbezug der Daten aus dem Vermittlungszentrum Hegibach kann in einer Zeitreihe über die vier Jahre von 1993 bis 1996 hinweg ein stetiger, signifi-

kanter Anstieg des Durchschnittsalters der Szenenpopulation festgestellt werden. Waren die 1993 zugeführten Personen im Schnitt 25,3 Jahre alt, so stieg der Altersdurchschnitt Jahr für Jahr kontinuierlich auf einen Wert von 28 Jahren für das Jahr 1996. Waren 1993 noch 10% der Szenenpopulation weniger als 20 Jahre alt, so lag dieser Anteil 1996 gerade noch bei 3,3%. Umgekehrt erhöhte sich der Anteil der 35-jährigen und Älteren von 4,5% im Jahr 1993 auf 14,5% im Jahr 1996.

Der Ausländeranteil in der Szenenpopulation betrug insgesamt 21,6%. Ein Vergleich mit der schweizerischen Bevölkerungsstatistik zeigt, dass dieser Anteil von Personen ohne Schweizer Bürgerrecht, bezogen auf die Altersgruppe der 15–39-Jährigen, ziemlich genau dem Anteil in der Gesamtbevölkerung entspricht.

Von den dem VRZK zugeführten Personen verfügten 33,2% sowohl über eine Voll- oder regelmässige Teilzeitstelle als auch über eine feste Wohngelegenheit. Sie können unter einem sehr engen, auf die Kriterien «Arbeit» und «Wohnen» beschränkten Blickwinkel mithin als «sozial integriert» bezeichnet werden. Lediglich 14% der gesamten Szenenpopulation waren arbeits- und obdachlos und in diesem Sinne «sozial desintegriert».

Bei ihrer letzten Befragung im Rahmen der Evaluation gaben 88,2% der befragten Personen an, früher schon einmal in Behandlung wegen ihres Drogengebrauches gestanden zu sein oder aktuell in Behandlung zu stehen; 40,7% dieser Personen waren schon in stationärer Behandlung, 61,8% in einer Methadonbehandlung und 21,5% in ambulanter Behandlung ohne Methadon; 46,9% gaben an, schon einmal einen Entzug gemacht zu haben. Lediglich 2,2% der Befragten hatten schon je einmal an einem Heroinverschreibungsprogramm teilgenommen; 1,4% – oder auf die Gesamtpopulation hochgerechnet 55 Personen – nahmen aktuell an einem Verschreibungsprogramm teil.

Über die Zeit hinweg nahm der Anteil der Zuführungen intravenös konsumierender Personen der Tendenz nach ab. Betrug er im Sommer 1994 noch fast 70%, so sank er bis im Mai 1995 kontinuierlich ab bis auf ein stabiles Niveau von rund 55%. Gleichzeitig stieg der Anteil zugeführter HeroinraucherInnen von 19% auf rund 30% an. Eine mögliche Interpretation dieses Sachverhaltes ist, dass sich vor der Lettenschliessung das Augenmerk der Polizei vor allem auf die FixerInnen richtete und in der Zeit der Lettenschliessung zunehmend auch die FolienraucherInnen stärker vom Repressionsdruck erfasst wurden und nunmehr ihrem effektiven Anteil gemäss in der Stichprobe vertreten sind, der in der öffentlich sichtbaren Drogenszene derzeit bei rund 30% liegen dürfte. Diese Interpretation kann durch den Befund unterstrichen werden, dass die zuständigen Stellen

in den Gemeinden im Rahmen der Rückführungsmassnahme vermehrt auch neu mit heroindrauchenden KonsumentInnen in Kontakt kamen.

Nach Massgabe der Anzahl Zuführungen und der Zeitspanne zwischen erster und letzter Zuführung wurde retrospektiv eine Typologie der SzenegängerInnen erarbeitet. Nach dieser Typologie können 11,3% der erfassten Personen dem harten Kern der Drogenszene mit regelmässigem und dauerndem Szenenaufenthalt über den gesamten hier betrachteten Zeitraum hinweg zugerechnet werden (446 Personen). Auf diesen Personenkreis entfielen insgesamt jedoch knapp 40% aller VRZK-Zuführungen. Mit 66% die grosse Mehrheit dieser Gruppe hatte Wohnsitz im Kanton Zürich, davon die Hälfte in der Stadt Zürich.

Bei 391 Personen oder 14,6% aller zugeführten Personen mit Wohnsitz ausserhalb der Stadt Zürich konnte ein sogenannter «Drehtüreffekt» beobachtet werden. Bei diesen Personen zeigten die konkreten Rückführungen in die jeweilige Wohnsitzgemeinde gemessen an ihrer Präsenz in der Drogenszene der Stadt Zürich in dem Sinne wenig Effekt, als dass sie sich über eine längere Zeit hinweg wiederholt in der Schlaufe Szene – VRZK – Rückführung – Wohnsitzgemeinde – Szene – VRZK – Rückführung bewegten. Auf diese Personengruppe entfielen jedoch fast die Hälfte aller Zuführungen mit Wohnsitz ausserhalb der Stadt Zürich.

Rund die Hälfte aller in ihre Wohnsitzgemeinde ausserhalb der Stadt Zürich rückgeführten Personen standen aufgrund ihres Drogenkonsums bereits in langfristigem Kontakt mit den zuständigen Stellen der jeweiligen Gemeinde. Bis zum Zeitpunkt der ersten Rückführung standen insgesamt nur 32,2% der rückgeführten Personen mit Wohnsitz ausserhalb der Stadt Zürich noch nie in Kontakt mit einer Behörde/Institution ihrer Wohnsitzgemeinde. Es zeigte sich dabei, dass die zuständigen Stellen in den Gemeinden in der Folge der polizeilichen Aufgreifungen in der öffentlich wahrnehmbaren Drogenszene zunehmend auch auf integrierte DrogenkonsumentInnen aufmerksam wurden, die es verstanden, ihren Drogengebrauch mit einem «normalen» Berufsleben zu vereinbaren. Bei nur rund einem Drittel dieser «Unbekannten» bestand 4 Monate nach der Rückführung jedoch noch Kontakte zu einer zuständigen Stelle in der Gemeinde.

#### 4. Diskussion

Der Drogenplatz Zürich gewann für Personen mit Wohnsitz weder im Kanton noch in der Agglomeration Zürich – in diesem Sinne also für so genannt «auswärtige» Drogenabhängige – vor allem mit

dem Entstehen der Szene am Letten eine sehr starke Anziehungskraft. Eine Anziehungskraft notabene, die weder durch den hohen Grad an Repression noch durch den seit dem Sommer 1992 erfolgten schrittweisen Auf- und Ausbau der Rückführungen gebrochen werden konnte. Aufgrund der vorliegenden Daten ist es ganz unzweifelhaft allein die Lettenschliessung und die damit wohl zusammenhängende Umstrukturierung und örtliche Verlagerung des Handels, welche die Attraktivität des Drogen(konsum)platzes Zürich verminderte. Die vielbeschriebene «Sogwirkung», den die Szene auf die regelmässigen SzenengängerInnen ausübt, scheint einherzugehen mit der Funktion der Stadt Zürich als grossstädtischem Zentrum, das im Rahmen von Drogenmarkt und Szenen-/Drogenkultur auch gewisse spezifische (wenngleich unerwünschte) «Zentrumsleistungen» erbringt.

Seit der Lettenschliessung blieb es auch über die Zeit hinweg bei stabilen 70% Zuführungen a) von «Auswärtigen», die trotz wiederholter Rückführungen immer wieder in die Drogenszene der Stadt Zürich zurückkehrten («Drehtüreffekt»), b) von «Auswärtigen», die (ohne mehr als einmal rückgeführt worden zu sein) über einen längeren Zeitraum immer wieder in der Drogenszene präsent waren und c) von StadtzürcherInnen und Personen ohne bestimmten Wohnsitz, die gleichsam in ihrer «Heimatszene» über einen längeren Zeitraum hinweg wiederholt aufgegriffen wurden. Angesichts dieser Tatsache muss die Frage nach dem Aufwand und dem Nutzen einer Einrichtung gestellt werden, die nicht ausschliesslich als Auffangstruktur von in der öffentlich wahrnehmbaren Drogenszene aufgegriffenen Personen dienen soll. Dies jedoch immer auch vor dem Hintergrund, dass keinerlei Daten über die abschreckende Wirkung des VRZK vorliegen und dass Aussagen über die Wirksamkeit der Massnahme nur höchst spekulativ auf der Ebene der Feststellung eines Wegbleibens nur einmal aufgegriffener Personen gemacht werden können.

Es lässt sich zeigen, dass die Population der öffentlich wahrnehmbaren Drogenszene in der Stadt Zürich seit 1993 immer älter wird, der «Szenennachwuchs» bleibt aus. Von Einzelfällen abgesehen, ist die gerade während der Existenz der Drogenszene am Letten verschiedentlich immer wieder geäusserte Meinung, dass die SzenengängerInnen immer jünger würden, aufgrund der vorliegenden Daten als nicht zutreffend zu bezeichnen.



## 5. Weiterführende Literatur

Laufend, August 1994 bis Juni 1996:

1. Arnold J (1994–1996). Evaluation VRZK. Monatliche Auswertung ausgewählter Daten. Institut für Suchtforschung, Zürich.
2. Arnold J. Evaluation Vermittlungs- und Rückführungszentrum Zürich Kaserne (VRZK). Erster Zwischenbericht über die Betriebszeit von August 1994 bis Januar 1995. Institut für Suchtforschung, Zürich, 1995.
3. Arnold J. Evaluation Vermittlungs- und Rückführungszentrum Zürich Kaserne (VRZK). Zweiter Zwischenbericht über die Betriebszeit von August 1994 bis August 1995. Institut für Suchtforschung, Zürich, 1995.
4. Arnold J. Evaluation Vermittlungs- und Rückführungszentrum Zürich Kaserne (VRZK). Dritter Zwischenbericht über die Betriebszeit von August 1994 bis Januar 1996. Institut für Suchtforschung, Zürich, 1996.
5. Arnold J. Evaluation Vermittlungs- und Rückführungszentrum Zürich Kaserne (VRZK). Schlussbericht. Institut für Suchtforschung, Zürich, 1996.
6. Arnold J, Stauffacher M. Entwicklung des Folierrauchens in der Stadt Zürich 1991-1996. Unveröffentlichtes Manuskript. Institut für Suchtforschung, Zürich, 1996.
7. Bieber A. Problemlagen und Problemlösungsverfahren der Gemeinden im Zusammenhang mit der Bewältigung von Rückführungen aus dem Vermittlungs- und Rückführungszentrum Kaserne Zürich (VRZK). Schlussbericht. Institut für Suchtforschung, Zürich, 1996.

Korrespondenzadresse:  
Institut für Suchtforschung (ISF)  
Postfach  
8031 Zürich  
Tel.: +41-1-273 5025  
Fax: +41-1-273 5023  
E-Mail: [isf@isf.unizh.ch](mailto:isf@isf.unizh.ch)

# Das Taglöhnerprojekt «Madrugada» in Solothurn: Eine sozialwissenschaftliche Evaluation nach dem Pilotjahr\*

Jürg Baillod, Barbara Amiet, Institut für Psychologie der Universität Bern, Bern

## Zusammenfassung

«Madrugada» ist ein niedrigschwelliges Arbeitsangebot, das Menschen in schwierigen Lebenslagen die Möglichkeit von kurzfristigen Arbeitseinsätzen bietet. Es werden sowohl selbstständig auszuführende Aufträge vermittelt als auch Gruppeneinsätze unter fachkundiger Leitung durchgeführt. Im Rahmen einer sozialwissenschaftlichen Evaluation im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit wird eine methodische Herangehensweise gewählt, die es erlaubt, das Taglöhnerprojekt aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten. In einem ersten Schritt wird «Madrugada» aufgrund vorhandener statistischer Daten und einem von den AutorInnen konzipierten und von den ProjektmitarbeiterInnen ausgefüllten «Tagesprotokoll» bezüglich Aufträgen, AuftraggeberInnen und TaglöhnerInnen möglichst objektiv beschrieben. Als zweite Perspektive wird die subjektive Sicht der im Projekt beschäftigten SozialarbeiterInnen durch Intensivinterviews erhoben und dargestellt. Im dritten Schritt kommen die TaglöhnerInnen selber zu Wort: die Beurteilung von «Madrugada» durch die TaglöhnerInnen wird durch 20 leitfadengestützte Interviews mit TaglöhnerInnen erhoben und beschrieben. Die Evaluation ergibt, dass «Madrugada» ein gut verankertes Projekt ist, das seinen Zielen gerecht wird und auch von der Zielgruppe positiv beurteilt wird. Die wesentlichsten Problembereiche beziehen sich auf den relativ geringen Bekanntheitsgrad und die damit zusammenhängende unbefriedigende Auftragslage sowie einige arbeitsorganisatorische Probleme.

## Key Words

Low Threshold Service,  
Temporary Work Place,  
Employment Agency

## 1. Einleitung

Das Taglöhnerprojekt «Madrugada» in Solothurn ist ein niedrigschwelliges Arbeitsangebot, das sich an Männer und Frauen zwischen sechzehn und sechzig Jahren richtet, die in der offenen Wirtschaft und in geschützten Arbeitsstätten Mühe haben, einen Arbeitsplatz zu finden, der ihren Bedürfnissen entspricht und dessen Anforderungen sie gerecht werden können. «Madrugada» soll kurzfristige Arbeitsangebote, die auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten dieser arbeitslosen Menschen zugeschnitten sind, anbieten, sodass sie eine Tagesstruktur erhalten, die Möglichkeit haben, Geld zu verdienen, einer Arbeit nachzugehen, ihr Können zu erproben etc. Fernziel ist die persönliche Stabilisierung und die (Re)integration in die Arbeitswelt.

«Madrugada» konnte seine Tätigkeit im Juli 1991 vorerst für eine einjährige Pilotphase aufnehmen. Das Projekt ist mit 160 Stellenprozenten ausgestattet, in die sich zwei SozialarbeiterInnen teilen. Es werden zwei Arten von Arbeitsangeboten gemacht: In einer Job-Börse werden selbstständige Einsätze vermittelt. Ausserdem werden Arbeitseinsätze in begleiteten Gruppen ausgeführt, in denen unter fachlicher Anleitung gearbeitet werden kann. «Madrugada» übernimmt die Auszahlung der Löhne und die Verrechnung der Arbeiten an die AuftraggeberInnen.

Mit der Evaluation des Projekts werden gleichzeitig mehrere Ziele verfolgt. Einerseits soll den Projektverantwortlichen die Möglichkeit geboten werden, gemeinsam mit externen Personen eine Standortbestimmung vorzunehmen, andererseits können das Aufzeichnen und die Analyse der Vorgehensweise bei der Entstehung und im weiteren Verlauf des Projekts wertvolle Hinweise für andere Projekte in andern Schweizer Kleinstädten liefern. Nebst diesen beiden primären Zielen soll die Evaluation auch Hinweise auf die Effektivität und Effizienz des Projektes liefern und kann damit als empirische Grundlage für künftige Finanzierungen dienen.

Ausgehend von diesen Zielen stellen sich verschiedene konkrete Fragen, beispielsweise:

- Wie viele Personen waren im Pilotjahr wie oft bei «Madrugada» beschäftigt und was für Arbeiten führten sie aus?
- Wie sehen die Projektverantwortlichen die Entstehung, den Aufbau und die Zukunft von «Madrugada»?
- Wie erleben die TaglöhnerInnen selber ihre Arbeit bei «Madrugada»?

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit unterstützt.

## 2. Vorgehen / Methodik

### 2.1 Auswertung der vorhandenen statistischen Daten

Aufgrund bestehender statistischer Daten soll der Verlauf des Projekts während des Pilotjahres möglichst objektiv beschrieben werden. Zur Verfügung stehen das «SUVA-Buch», in dem die Arbeitsleistungen aller TagelöhnerInnen aufgelistet sind und das Aussagen über die beschäftigten Personen, die Beschäftigung im Jahresverlauf etc. ermöglicht. Weiter werden die obligatorischen Rahmenarbeitsverträge mit den TagelöhnerInnen analysiert, was eine genauere Beschreibung der Beschäftigten möglich macht. Als dritte Datenquelle werden die Rechnungen an die ArbeitgeberInnen näher betrachtet, um AuftraggeberInnen sowie Art und Häufigkeit der Aufträge zu beschreiben. Zur Komplettierung dieser statistischen Auswertungen wurde den Projektverantwortlichen von den AutorInnen ein «Tagesjournal» vorgelegt, auf dem sie von Februar bis Juni 1992 jeden Auftrag sowie abgelehnte Aufträge bzw. Arbeitssuchende genauer protokollierten.

### 2.2 Aufbau von Madrugada aus der Sicht der Projektverantwortlichen

In einem zweiten Schritt wird die subjektive Sicht der Projektverantwortlichen erhoben. Dazu wurden drei längere Intensivinterviews mit den Projektverantwortlichen über die verschiedenen Phasen des Aufbaus des Projekts geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

### 2.3 Beurteilung von Madrugada aus der Sicht der TagelöhnerInnen

Der dritte Blickwinkel widerspiegelt die subjektive Sicht der TagelöhnerInnen. Dazu wurden mit zwanzig ausgewählten TagelöhnerInnen leitfadengestützte Intensivinterviews über die Einschätzung der Arbeit und die Wirkung auf die eigene Person geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

## 3. Resultate

### 3.1 Struktur und Entwicklung der Arbeitseinsätze von Madrugada aufgrund statistischer Daten

#### 3.1.1 Auswertung der Angaben im SUVA-Buch sowie der Rahmenarbeitsverträge

Im Pilotjahr sind insgesamt 104 Personen bei «Madrugada» beschäftigt, vier Fünftel davon Männer. Zwei Fünftel der Personen sind bis 25 Jahre alt, ebensoviele sind zwischen 26- und 35-jährig und ein

Fünftel ist mehr als 35 Jahre alt. Der Frauenanteil ist in der jüngsten Altersgruppe mit zwei Fünfteln am höchsten, in der ältesten mit 5% am tiefsten. Der Anteil AusländerInnen beträgt insgesamt 13% und ist bei beiden Geschlechtern gleich gross.

Die 104 Personen sind zwischen einer und 629 Stunden beschäftigt, durchschnittlich 25 Stunden pro Person (Median). Gut die Hälfte der TagelöhnerInnen arbeitet zwischen einer und 30 Stunden, ein gutes Fünftel über 100 Stunden, ein gutes Zehntel über 200 Stunden.

Die durchschnittliche Arbeitsleistung pro Person ist in der Gruppe der über 30-Jährigen mit 145 Stunden beinahe zehnmal so hoch wie jene der mittleren Altersklasse (15 Stunden) und sechsmal so hoch wie jene der jüngsten Personen (25 Stunden). Die durchschnittliche Arbeitsleistung der Männer ist mit 35 Stunden mehr als doppelt so hoch wie diejenige der Frauen (15 Stunden). Das knappe Fünftel der über 35 Jahre alten Personen erbringt fast die Hälfte der gesamten Arbeitsleistung. Die Verteilung ist also sehr ungleichmässig.

Die Anzahl der Arbeitseinsätze pro Person schwankt zwischen einem und 103 Einsätzen. Im Durchschnitt werden pro Person im Projektjahr sechs Arbeitseinsätze geleistet. Knapp die Hälfte der Teilnehmenden hat einen bis fünf Arbeitseinsätze zu verzeichnen, ein Drittel arbeitete mehr als zehnmal, ein Siebtel mehr als dreissigmal bei «Madrugada».

Neueintritte erfolgten vorwiegend zu Beginn des Pilotjahres; mehr als die Hälfte aller Eintritte fallen auf die Monate August, September und Oktober 1991. Bereits im vierten Monat ist der Höhepunkt der Anzahl Beschäftigter erreicht; die Zahl stabilisiert sich dann im Bereich von 25 Personen.

#### 3.1.2 Rechnungen an ArbeitgeberInnen

30% der Aufträge kommen von Privaten, 27% von der Stadt bzw. dem Kanton Solothurn, ein Fünftel von Privatfirmen und gut ein Sechstel von sozialen Institutionen. Die Aufträge selber zeigen ein deutliches Überwiegen von körperlich anspruchsvoller «Männerarbeit»: 28% der Aufträge sind Arbeiten im Freien, gut ein Fünftel Bau- und Renovationsarbeiten, gut ein Sechstel Räumungen, gut ein Siebtel Hausarbeit und nur 5% Büroarbeit.

Privathaushalte vergeben am meisten Hausarbeiten und Arbeiten im Freien (Gartenarbeit), die Aufträge von Stadt und Kanton Solothurn sind zu drei Vierteln Arbeiten im Freien oder Bau- und Renovationsarbeiten. Soziale Institutionen vergeben überproportional häufig Räumungsarbeiten. Die Aufträge der Firmen verteilen sich ungefähr entsprechend der Gesamtverteilung.

Insgesamt haben im Pilotjahr 122 AuftraggeberInnen mit «Madrugada» zusammengearbeitet, fast drei Viertel von ihnen haben einen einmaligen Auftrag vergeben. Lediglich ein Neuntel hat mehr als zwei Aufträge erteilt, manche darunter aber sehr viele. Von den 240 erteilten Aufträgen sind somit die eine Hälfte auf 108 verschiedene ArbeitgeberInnen verteilt, die andere Hälfte konzentriert sich auf 14 ArbeitgeberInnen.

Bei einem Fünftel der Arbeitseinsätze hat das Projektteam auch einen eigenen Arbeitseinsatz verrechnet, diese eigenen Einsätze machen aber nur gerade 5,7% der Arbeitsstunden aus.

### 3.1.3 Tagesjournal

Mit dem Tagesjournal wurden von Februar bis Juni 1992 insgesamt 645 Arbeitseinsätze erfasst. Ein Sechstel der Arbeitsaufträge wird von den TaglöhnerInnen alleine, ein Siebtel teilweise mit den ArbeitgeberInnen, fast ein Drittel dauernd mit den ArbeitgeberInnen durchgeführt. Ein Fünftel der Arbeitseinsätze ist teilweise von den SozialarbeiterInnen begleitet, ein Zehntel sind Gruppeneinsätze mit den SozialarbeiterInnen.

Bei jedem Arbeitsauftrag notierten die Projektverantwortlichen den Gesamteindruck und Kommentare der TaglöhnerInnen. Von den 645 Arbeitseinsätzen stehen 553 Gesamtbeurteilungen zur Verfügung, die zu 96 Prozent positiv ausfallen. Auch die Kommentare sind mehrheitlich positiv, allerdings doch kritischer als die Gesamtbeurteilungen. Insgesamt sind rund vier Fünftel der Bemerkungen positiv, am häufigsten genannt werden positive Aspekte des Arbeitsinhalts.

In den 102 Tagen, in denen das Tagesjournal ausgefüllt wird, kommen pro Tag 6,3 Personen zum Einsatz. Während drei Vierteln der erfassten Zeit können nicht alle Personen beschäftigt werden. Insgesamt hätten sich 237 Personen eine Beschäftigung gewünscht, jedoch keine erhalten.

## 3.2 Der Aufbau von Madrugada aus der Sicht der Projektverantwortlichen

### 3.2.1 Die Projektierungsphase

Die Initiative für ein Taglöhnerprojekt ging von der Gassenküche aus. Sie bildete gemeinsam mit VertreterInnen anderer Institutionen eine Arbeitsgruppe. Durch das Sanitätsdepartement finanziert, konnten zwei SozialarbeiterInnen angestellt werden, die während einer dreimonatigen Projektierungszeit ein Konzept ausarbeiteten. Zur Erstellung dieses Konzepts wurden andere Institutionen besucht und be-

fragt, Institutionen, die mit potenziellen TaglöhnerInnen konfrontiert sind, und in der Gassenküche wurde eine Sitzung mit potenziellen TaglöhnerInnen organisiert. Weiter wurde die Frage der Vernetzung und Abgrenzung von anderen kantonalen Institutionen näher analysiert. Um potenzielle ArbeitgeberInnen zu finden, wurde mit grösseren Firmen telefonisch Kontakt aufgenommen. Deren Haltung war allerdings eher ablehnend. Bei den ebenfalls telefonisch kontaktierten sozialen Institutionen war mehr Bereitschaft vorhanden. Das Interesse privater ArbeitgeberInnen wurde nicht abgeklärt.

Als Trägerschaft bot sich der Verein Initiativgruppe Gassenküche an. Das Konzept war Ende Mai ausgearbeitet und wurde dem Kanton vorgelegt. Zu Beginn der Pilotphase war die Finanzierung nicht gesichert. Der Name «Madrugada» für das Taglöhnerprojekt ergab sich aus einem Wettbewerb unter TaglöhnerInnen, der das Projekt gleichzeitig bei der Zielgruppe bekannt machte.

Als problematische Faktoren wurden in der Projektierungsphase vor allem die Suche nach Geldquellen und die Festsetzung des Stundenlohns für die TaglöhnerInnen erlebt. Hilfreich waren insbesondere die Vernetzung mit den verschiedenen sozialen Institutionen und die gute Kenntnis der Solothurner Verhältnisse durch die beiden SozialarbeiterInnen.

### 3.2.2 Das Pilotjahr

Am 1. Juli 1991 konnte die Pilotphase des Projektes gestartet werden. Eine der SozialarbeiterInnen, die in der Projektphase mitgearbeitet hatte, arbeitete weiter in «Madrugada», zusätzlich wurde ein handwerklich begabter Sozialarbeiter angestellt, beide zu 80%. Zu Beginn des Projekts bestand die Haupttätigkeit in Öffentlichkeitsarbeit. Für diese gab es kein eigentliches Konzept, sie setzte sich vielmehr aus mehreren Einzelaktionen zusammen, die mehr oder weniger erfolgreich verliefen. Auftraggeberin war in der ersten Zeit vor allem die Stadt Solothurn, die im Herbst ihre Aufträge aber plötzlich überraschend einstellte.

Erst nachdem das Projektteam neue Büroräume gefunden hatte, die nicht mehr direkt bei der Gassenküche lagen, konnte zu einer eigenständigen Arbeitsweise und einer Tagesstruktur gefunden werden. Um 8.30 Uhr wird die Arbeit verteilt, zwischen 17 und 18 Uhr erfolgt die Auszahlung der Löhne. Für die Sicherung der Kosten über das Pilotjahr hinaus wurde eine Finanzgruppe gebildet.

Als problematischste Faktoren in der Pilotphase erlebten die Projektverantwortlichen ihre mangelnde Erfahrung im «Politisieren» und «Verkaufen» sowie den Auftragseinbruch seitens der Stadt. Hilfreich waren ihnen die Supervision, die Trennung ihres

Büros von der Gassenküche, das Finden einer Tagesstruktur und die Delegation der Finanzbeschaffung.

### 3.2.3 Blick in die Zukunft

Als Hauptproblem für die Zukunft sehen die ProjektmitarbeiterInnen die Arbeitsbeschaffung und damit verbunden die Öffentlichkeitsarbeit. Ziel wäre eine stabile und konstante Auftragslage von 6–7 Aufträgen pro Tag. Das könnte nach Ansicht der SozialarbeiterInnen durch Diversifizierung, durch wiederkehrende Aufträge und unter Umständen durch den Aufbau einer eigenen kleinen Produktion erreicht werden.

In der Beziehung zu den TagelöhnerInnen wird eine konsequente Haltung und ein Gleichgewicht zwischen Autonomie und Kontrolle angestrebt. Das bestehende Lossystem zur Verteilung der Arbeitsplätze soll beibehalten, aber flexibler gehandhabt werden.

Ziel ist auch, «Madrugada» als Teil des ganzen Drogenkonzeptes in Solothurn zu verankern. Die SozialarbeiterInnen würden gerne den Aufgabenbereich der Finanzen und der Administration abgeben. Problematisch ist auch, dass Weiterbildung und Ferien kaum möglich sind, solange es keine Stellvertretung gibt.

## 3.3 Die Beurteilung von Madrugada aus der Sicht der TagelöhnerInnen

### 3.3.1 Generelle Erfahrungen mit der Tagelöhnerie, Art der Arbeit und Einstellung zur Arbeit

Alle zwanzig Befragten geben an, schon mehrfach für «Madrugada» gearbeitet zu haben. Gut zwei Drittel von ihnen erscheinen sehr regelmässig, werden aber oft wegen mangelnder Arbeit abgewiesen. Die Angaben zur Art der Arbeit decken sich mit den statistischen Ergebnissen.

Die Arbeit im Tagelöhnerieprojekt wird fast durchgehend positiv beurteilt. Es gibt Hinweise darauf, dass die Ansprüche an die Arbeit unter den Befragten eher niedrig sind, sie geben sich also recht schnell zufrieden. Abwechslungsreichtum und Selbstständigkeit sowie das Ausbleiben einer Routine werden als positive Punkte erwähnt, ebenso die Wiedereingliederungsfunktion und der mögliche Aufbau von sozialen Kontakten. Als negative Aspekte wird zweimal spontan die Unzuverlässigkeit von Tagelöhnerie-KollegInnen erwähnt.

### 3.3.2 Beurteilung der Arbeit selber

Die körperlichen Anforderungen (beispielsweise Zügelarbeiten, Arbeiten auf dem Bau) sind für die Mehr-

heit der Befragten nicht zu hoch, auch wenn sie bei gewissen Arbeiten an der oberen Grenze liegen. Die Mehrheit der Befragten schätzt den Abwechslungsreichtum der Arbeiten. Die Arbeit wird nicht zur Routine, man weiss nie, was man am nächsten Tag machen wird. Eine Frau erwähnt allerdings, dass für Frauen nur eine geringe Vielfalt von Arbeiten angeboten wird.

Die Frage nach den intellektuellen Schwierigkeiten der Arbeit bereitet den Befragten Mühe, sie ist ungewohnt. Ihre intellektuellen Ansprüche an die Arbeit sind gering, die Möglichkeit einer Tagesstruktur und eines Verdienstes stehen im Vordergrund. Intellektuell überfordert scheint niemand zu sein.

Das Arbeitstempo wird von den Befragten nicht als Problem erlebt, höchstens zu Beginn der Arbeit. Vonseiten der ArbeitgeberInnen scheint das Arbeitstempo weit weniger wichtig zu sein als die Arbeitsqualität.

Auf die Frage, ob sie bei einem nächsten Einsatz gerne ähnliche oder andere Arbeit leisten würden, machen die meisten Befragten deutlich, dass es ihnen nicht besonders wichtig sei, was sie tun müssen. Offenbar machen sie sich wenig Gedanken über ihre eigenen arbeitsbezogenen Bedürfnisse.

### 3.3.3 Soziale Betreuung

Hinsichtlich der Betreuung werden die Projektverantwortlichen positiv beurteilt. Offenbar herrscht ein gutes Klima, die nötige Kontrolle ist für die Mehrzahl der Befragten kein Problem. Einzelne Personen bringen in Bezug auf die Projektverantwortlichen Kritik an, geben ihnen zum Beispiel die Schuld an der ungenügenden Auftragslage.

### 3.3.4 Angemessenheit des Lohns und Dauer der Arbeitseinsätze

Der Lohnansatz von 13 Franken wird von der grossen Mehrheit der Befragten als zu niedrig beurteilt. Sie möchten, dass zumindest hohe körperliche Beanspruchung und Selbstständigkeit besser entlohnt würden, das heisst, sie würden eine Differenzierung der Ansätze wünschen. Bezüglich der Erhöhung der Stundenansätze sind die Wünsche allerdings moderat, einzig eine Person würde sich einen Stundenansatz von über 20 Franken wünschen.

Die Befragten wünschen sich eher länger dauernde Einsätze. Recht viele plädieren für einen normalen Achtstundentag. Für einen Teil der Befragten sollte die Dauer der Einsätze vom erforderlichen körperlichen Einsatz abhängen.



### 3.3.5 Problembereiche

Die Befragten sprechen hauptsächlich vier Problembereiche an, von denen zwei besonders häufig genannt werden. Als ersten Problembereich nennen zehn Personen das mangelnde bzw. unregelmässige Arbeitsangebot. Es hat zu wenig und zu wenig regelmässig Aufträge, was dazu führt, dass die Erwartung, Arbeit zu erhalten, mit jeder Ablehnung sinkt und die durch die Einsätze erschlossene Einnahmequelle nie sicher ist.

Neun Personen bemängeln die Unzuverlässigkeit der TagelöhnerInnen. Sie gehen mit sich und ihren KollegInnen hart ins Gericht. Mangelnde Zuverlässigkeit und mangelnde Fähigkeiten führen dazu, dass Aufträge nicht wunschgemäss erledigt werden können.

Vier Personen erachten es als Problem, dass «Madrugada» zuwenig bekannt ist. Sie sind der Ansicht, dass zuwenig (gut) geworben wird. Ebenfalls für vier Personen ist die Auslosungspraxis bei der Verteilung der Aufträge ein Problem. Es kann dazu führen, dass eine angefangene Arbeit nicht von derselben Person fertiggestellt werden kann. Zudem sind diese Befragten der Ansicht, dass Personen, die sich regelmässig bei «Madrugada» melden, gegenüber nur unregelmässig vorsprechenden bevorzugt werden sollten.

### 3.3.6 Positivpunkte

Die Befragten stehen weitgehend hinter dem Projekt und den Projektverantwortlichen. Die positiven Punkte, die die Befragten anführen, sind globaler als die negativen. Grundsätzlich ist der positivste Punkt, dass das Projekt überhaupt in dieser Art existiert. Gelobt werden seine Niederschwelligkeit und die auf die Bedürfnisse zugeschnittenen Arbeitsangebote. Ebenso werden die Tagesstruktur, die Verdienstmöglichkeiten, die Kontakte etc. geschätzt.

### 3.3.7 Persönliche Entwicklung

Die Mehrheit der Befragten nimmt bei sich selber durch die Arbeitseinsätze eine Veränderung im Leben wahr. Zum Teil bezieht sich diese Veränderung auf das Einkommen, zum Teil auf die zeitliche Struktur, zum Teil im engeren Sinn auf eine persönliche Entwicklung (z. B. bessere Gesundheit, höheres Wohlbefinden, Offenheit gegenüber andern Menschen etc.).

## 4. Diskussion / Schlussfolgerungen

Das Tagelöhnerprojekt «Madrugada» hat nach Abschluss des Pilotjahres seinen Platz im Rahmen der sozialen Institutionen von Solothurn gefunden und ist gut verankert. Es ist gelungen, in relativ kurzer Zeit eine Lücke im Arbeitsangebot für Menschen in schwierigen Lebenssituationen zu schliessen. Die Projektverantwortlichen haben es bei dieser schwierigen Klientel erreicht, ein gutes Arbeitsklima zu schaffen, was auch dazu beiträgt, dass die AuftraggeberInnen in der Regel zufrieden sind. Die Aussagen der befragten TagelöhnerInnen bestätigen, dass neben dem primären Ziel der Ermöglichung einer Tagesstruktur auch die übergeordneten Zielsetzungen des Projekts erfüllt werden können.

Die Problembereiche für das Projekt liegen in seinem mangelnden Bekanntheitsgrad, der ungenügenden Auftragslage und im arbeitsorganisatorischen Bereich. Die geplante Einführung eines detaillierten Feedbacks an die TagelöhnerInnen ist positiv zu werten. Die Praxis der Verteilung der Aufträge durch Losentscheid muss überprüft werden. Weiter gilt es, die Frage zu klären, warum die Stammebelegschaft von «Madrugada» vorwiegend ältere Männer sind.

Die Weiterentwicklung des Projekts kann parallel zur täglichen Arbeit vorangetrieben werden. Eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit, eine stabilere Auftragslage und effizientere Arbeitsabläufe würden es ermöglichen, eine grössere Zahl von TagelöhnerInnen zu beschäftigen, als dies jetzt der Fall ist.

Korrespondenzadresse:

Dr. Jürg Baillod  
Büro für arbeits- und organisationspsychologische  
Forschung und Beratung (büro a&o)  
Waaghausgasse 5  
3011 Bern  
E-Mail: baillod@bueroaundo.ch

# Die Auftragsvermittlungsstelle «Etcetera» in Baden: Eine sozialwissenschaftliche Evaluation nach dem ersten Projektjahr\*

Jürg Baillod, Institut für Psychologie der Universität Bern, Bern

## Zusammenfassung

Das «Etcetera» in Baden ist eine unter dem Patronat des Schweizerischen ArbeiterInnenhilfswerks stehende, niedrigschwellige, unbürokratische soziale Vermittlungsstelle für kurz- und mittelfristige Arbeitseinsätze für Personen, die aus physischen, psychischen oder sozialen Gründen den üblichen Anforderungen des Arbeitsmarktes nicht gewachsen sind. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit wurde 1993 eine sozialwissenschaftliche Evaluation durchgeführt. Dabei wurde eine multimethodische Herangehensweise gewählt. Neben der Auswertung vorhandener statistischer Daten wurde eine schriftliche Umfrage bei den AuftraggeberInnen durchgeführt. In einem weiteren Schritt wurde die Sicht der Projektverantwortlichen von «Etcetera» in strukturierten Intensivinterviews erhoben. Schliesslich wurde das vorliegende Projekt mit einem ähnlichen Projekt in Solothurn verglichen. Die Evaluation zeigt, dass es «Etcetera» gelungen ist, sich mit einer relativ festen Stammkundschaft auf Seiten von AuftraggeberInnen und ArbeitnehmerInnen im Rahmen der sozialen Institutionen im Bereich der Stadt Baden zu verankern und dass die Basis für eine Weiterentwicklung der Organisation gut ist.

## 1. Einleitung

«Etcetera» in Baden ist eine niedrigschwellige, unbürokratische, soziale Vermittlungsstelle für kurz- und mittelfristige Arbeitseinsätze für Personen, die den üblichen Anforderungen des offenen Arbeitsmarktes aus psychischen, physischen oder sozialen Gründen nicht gewachsen sind. Ziel der Vermittlungsstelle ist es, genügend Aufträge zu beschaffen und bei allfälligen Problemen zu vermitteln. Mit «Etcetera» können sie unter geregelten Arbeitsbedingungen den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben versuchen. Aber auch die AuftraggeberInnen profitieren: Sie können kurzfristig und unbürokratisch den Einsatz einer günstigen Hilfskraft in Anspruch nehmen. Das «Etcetera» ist während drei Tagen pro Woche für zweieinhalb Stunden geöffnet.

Das «Etcetera» Baden wurde im Mai 1992 eröffnet und ist nach Bern und Zürich die dritte Auftragsvermittlungsstelle, die unter der Trägerschaft des Schweizerischen ArbeiterInnenhilfswerks SAH entstanden ist. Die MitarbeiterInnen der ersten beiden Pilotjahre sind PraktikantInnen der Höheren Fachschule für Sozialarbeit Zürich, die das Projekt jeweils zu zweit für ein Jahr betreuen und die gesamte operative Leitung übernehmen. Ihr direkter Vorgesetzter ist der Leiter der Abteilung Inland beim SAH. Es wird angestrebt, das «Etcetera» nach Ablauf der beiden Pilotjahre von einer Person (SozialarbeiterIn) weiterführen zu lassen.

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit wurde die Auftragsvermittlungsstelle «Etcetera» in Baden nach dem ersten Pilotjahr einer sozialwissenschaftlichen Evaluation unterzogen. Mit der Evaluation wurden gleichzeitig mehrere Ziele verfolgt. Einerseits sollte den Verantwortlichen Möglichkeit und Anlass für eine Standortbestimmung und neue Impulse für die Weiterentwicklung der Institution gegeben werden, andererseits sollte die Analyse der Entstehung und des Funktionierens von «Etcetera» Basis für Hinweise für vergleichbare Projekte in anderen Schweizer Städten liefern. Weiter wurde davon ausgegangen, dass die Analyse den finanzierenden Institutionen Hinweise auf die Effizienz des Projektes geben kann und quasi als Nebenprodukt auch ein Ausgangspunkt für Öffentlichkeitsarbeit sein könnte.

Ausgehend von diesen Zielen stellten sich für die Evaluation verschiedene konkrete Fragen, zum Beispiel:

- Wie viele und was für Personen sind im Pilotjahr bei «Etcetera» beschäftigt, wie viele und was für Aufträge führten sie aus?

## Key Words

Low Threshold Service,  
Temporary Work Place,  
Employment Agency

\* Diese Evaluation wurde vom Bundesamt für Gesundheit mit dem Vertrag Nr. 5388 unterstützt.

- Wer sind die AuftraggeberInnen? Wie beurteilen Sie die Dienstleistung von «Etcetera»?
- Wie sehen die Projektverantwortlichen die Entstehung, den Aufbau und die Zukunft von «Etcetera»?

## 2. Vorgehen / Methodik

Um die verschiedenen Facetten dieses vielschichtigen sozialen Projekts zu erhellen und eine möglichst umfassende Analyse zu leisten, wurde die Auftragsvermittlungsstelle aus vier verschiedenen Perspektiven beleuchtet.

### 2.1 Struktur und Entwicklung der Arbeitseinsätze

Aufgrund von vorhandenem statistischem Datenmaterial sollte eine möglichst objektive Beschreibung der Arbeitseinsätze gegeben werden. Zur Verfügung standen drei Formulare, die von den MitarbeiterInnen im Pilotjahr systematisch geführt wurden: ein Personalblatt mit Eintragungen über Arbeitseinsätze und Angaben zur Person, die Rechnungen an die AuftraggeberInnen und Formulare, die bei der Entgegennahme von Aufträgen ausgefüllt wurden.

### 2.2 Beurteilung des «Etcetera» aus der Sicht der AuftraggeberInnen

Zur Erfassung der Sicht der AuftraggeberInnen von Etcetera wurde eine schriftliche Befragung durchgeführt. Von 96 angeschriebenen AuftraggeberInnen schickten 57 den Fragebogen ausgefüllt zurück, was einer Rücklaufquote von 59,4% entspricht.

### 2.3 Der Aufbau von «Etcetera» aus der Sicht der Projektverantwortlichen

Hier sollte die subjektive Sicht der Projektverantwortlichen erfasst werden. Dafür wurden frei strukturierte Intensivinterviews mit ihnen durchgeführt, die inhaltsanalytisch ausgewertet wurden.

### 2.4 Vergleich der Organisationsstruktur und der Aufbauphase des «Etcetera» mit dem Tagelöhnerprojekt «Madrugada» in Solothurn

Mit diesem Vergleich sollen Hinweise auf Aufbau- und Ablaufformen und deren Zusammenhänge gewonnen werden.

## 3. Resultate

### 3.1 Analyse der Struktur und Entwicklung der Arbeitseinsätze des «Etcetera»

#### 3.1.1 Die beschäftigten Personen

Im Pilotjahr waren insgesamt 72 Personen bei «Etcetera» beschäftigt. Vier Fünftel der Beschäftigten waren Männer. Von der Altersverteilung her waren je rund ein Drittel der Beschäftigten bis 26 Jahre bzw. 26–35 Jahre alt, je ein knappes Fünftel betraf die Altersgruppe von 36–45 Jahren beziehungsweise über 45 Jahre. Der Anteil der Frauen schwankte in den meisten Altersgruppen nur unwesentlich, einzig in der Gruppe der über 45-Jährigen lag er mit mehr als einem Drittel deutlich höher. Gut ein Viertel der Beschäftigten waren AusländerInnen, mehrheitlich aus Italien oder der Türkei. Die Anteile der AusländerInnen waren bei den Männern und den Frauen vergleichbar. Über die Altersgruppen betrachtet waren die AusländerInnen bei den über 45-Jährigen mit 45% deutlich über-, bei den 26–35-Jährigen deutlich untervertreten.

#### 3.1.2 Die Verteilung der Arbeitsstunden

Insgesamt wurden durch die 72 Beschäftigten von «Etcetera» 7001 Arbeitsstunden geleistet. Die Verteilung der Arbeitsstunden war aber sehr unterschiedlich und variierte zwischen einer und 1081 Stunden pro Person. Deshalb ist der Median von 31 Stunden pro Person als aussagekräftiger zu erachten als der Mittelwert von 97 Stunden. Die zehn Personen mit der geringsten Stundenzahl leisteten zusammen nur 0,5% der Arbeitsstunden, die zehn Personen mit der höchsten Stundenzahl hingegen fast 60%. Die 20 Personen mit der höchsten Stundenzahl leisteten zusammen vier Fünftel der Arbeitsstunden.

Eine gruppenspezifische Betrachtung zeigte, dass ältere Personen mehr Arbeitsstunden leisteten als jüngere. Die über 45-Jährigen arbeiteten mit durchschnittlich 85 Stunden viermal mehr als die beiden jüngsten Gruppen und immerhin noch doppelt so viel wie die 36–45-Jährigen. Frauen und Männer arbeiteten im Durchschnitt gleich viel, einzig in der Gruppe der 36–45-Jährigen lagen die Werte der Frauen wesentlich höher als jene der Männer. AusländerInnen arbeiteten im Durchschnitt beinahe fünfmal so viel wie SchweizerInnen, einzig in der Gruppe der über 45-jährigen Beschäftigten zeigte sich kein Unterschied.

### 3.1.3 Neueintritte und Verteilung der Beschäftigten im Jahresverlauf

Insgesamt zeigte sich im ganzen Pilotjahr eine relativ stabile Zahl von neu Eintretenden ArbeitnehmerInnen. Einzig im Anfangsmonat Mai sowie im Dezember, Februar und April waren etwas weniger Neueintritte zu verzeichnen. Mehr als die Hälfte der neu Eintretenden Personen leisteten allerdings keinen Arbeitseinsatz. Insgesamt zeigte sich sowohl bei den Beschäftigten wie auch den Auftragsstunden zwei Monate nach Projektbeginn ein rapider Anstieg, dann blieben diese beiden Kennziffern – abgesehen von einem kleinen Einbruch im Januar – annähernd stabil.

### 3.1.4 Die AuftraggeberInnen

136 verschiedene AuftraggeberInnen liessen einen oder mehrere Einzel- oder Daueraufträge durchführen. Unter den AuftraggeberInnen dominierten mit drei Vierteln der Aufträge ganz klar die Privathaushalte. Von privaten Firmen (13%), sozialen Institutionen (7%) und der öffentlichen Verwaltung (3%) kamen deutlich weniger Aufträge.

Insgesamt wurden 184 Aufträge vergeben, wobei Einzelaufträge mit einem Anteil von 69% dominierten. In zwei Fünfteln der Fälle handelte es sich um Hausarbeit, je ein Fünftel entfielen auf Bau- und Renovationsarbeiten, Räumungsarbeiten und Arbeiten im Freien.

## 3.2 Beurteilung von «Etcetera» aus der Sicht der AuftraggeberInnen

Zur Erfassung der Beurteilung der AuftraggeberInnen wurde eine schriftliche Umfrage gemacht. Die vorliegenden Resultate beruhen auf der Auswertung von 57 Fragebogen.

### 3.2.1 Information

Auf die Frage, wie sie auf «Etcetera» aufmerksam geworden sind, gaben die 57 Personen insgesamt 67 Nennungen an. Es zeigt sich, dass es eine Vielzahl von Kanälen gab. Mehr als ein Drittel der Nennungen bezog sich auf eine persönliche Empfehlung, ein Viertel der Angaben fällt in die Restkategorie «Anderes», wobei dort häufig die Angabe gemacht wurde, eine/n der MitbegründerInnen zu kennen oder selber im sozialen Bereich tätig zu sein. Zeitungsbeiträge waren relativ wirksam; immerhin fast ein Fünftel der Nennungen bezog sich auf sie. Auch noch als recht wirksam können Plakate und Schaufenster bezeichnet werden, während der Effekt von Inseraten und Beiträgen in Radio oder Fernsehen gering blieb.

Mehr als drei Viertel der Befragten beurteilten den Bekanntheitsgrad von «Etcetera» in der Region Baden als ziemlich klein. Die Erhebung zeigt, dass ein Viertel der AuftraggeberInnen nicht wusste, dass «Etcetera» eine Vermittlungsstelle für Personen aus Randgruppen ist.

### 3.2.2 Beurteilung der Arbeit

Die Mehrheit der AuftraggeberInnen war mit der Leistung der AuftragnehmerInnen zufrieden. Zwei Drittel bezeichneten sich als zufrieden; explizit unzufrieden waren lediglich 14%. Bei der Beurteilung von Arbeitsaspekten wurden Höflichkeit und Pünktlichkeit der Leute hoch eingeschätzt, Sorgfalt und Selbständigkeit nahmen eine Mittelposition ein, während offenbar das Arbeitstempo zu wünschen übrig liess.

Auf die offene Frage nach den positivsten Aspekten konnten neun Personen nichts besonders Positives nennen, bei den andern Personen stand die gute Leistung mit einem Drittel aller Nennungen an der Spitze. Mehr als ein Fünftel der Nennungen bezog sich auf die speditive, unbürokratische Hilfe, knapp ein Fünftel betonten die Freundlichkeit und Kompetenz des Leitungsteams.

Fast die Hälfte der Befragten gaben auf die entsprechende Frage keine besonders negativen Aspekte an. Bei den andern wurde mit einem Fünftel der Nennungen die schwache Leistung am häufigsten beanstandet, fast ein Fünftel der Nennungen bezog sich auf Unzuverlässigkeiten der ArbeitnehmerInnen.

### 3.2.3 Aufträge

Fast die Hälfte der ArbeitgeberInnen der Stichprobe hatte lediglich einen Auftrag an «Etcetera» vergeben. Immerhin mehr als drei Viertel der Befragten zogen weitere Aufträge in Betracht. Die Mehrheit war also mit der Dienstleistung zufrieden, sodass angenommen werden kann, dass «Etcetera» auf eine gewisse Stamm-Auftraggeberschaft zählen konnte. Fast drei Viertel der Befragten gaben an, dass sie «Etcetera» sicher weiterempfehlen würden. Die überwiegende Mehrheit beurteilte das Verhältnis von Preis und Leistung als gerade richtig.

### 3.2.4 Tipps und Wünsche

Bei der offenen Frage nach Tipps für bzw. Wünschen an das «Etcetera» machten ein Sechstel der Personen keine Angaben, von den restlichen kam ein breites Spektrum von Bemerkungen. Nebst Bestätigungen des bisherigen Weges wurden Vorschläge gemacht in Richtung von mehr und bes-

serer Werbung, verstärkter Betreuung und Kontrolle der ArbeitnehmerInnen, besseren Eignungsabklärungen und einer erhöhten Transparenz gegenüber den AuftraggeberInnen.

### **3.3 Aufbau des «Etcetera» aus der Sicht der Projektverantwortlichen**

Die Idee von «Etcetera» im Raum Baden entstand 1989 bei einem informellen Treffen von Personen aus dem Sozialbereich. Bis zur Realisierung des Projekts vergingen allerdings noch fast drei Jahre. Nach einer Umfrage bei anderen sozialen Institutionen in der Region, die zeigte, dass ein Bedürfnis für eine Arbeitsvermittlungsstelle vorhanden war und dass sich keine Institution konkurrenziert fühlte, übernahm das Schweizerische ArbeiterInnenhilfswerk SAH die Aufgabe, das bestehende Zürcher Konzept an die Verhältnisse in Baden anzupassen. Die Schule für Sozialarbeit in Zürich erklärte sich bereit, beim Projekt mitzumachen und PraktikantInnen in den Pilotjahren zu supervidieren.

Ein Hauptgrund für die grossen Verzögerungen waren Finanzierungsprobleme. Erst kurz vor der Schliessung des Platzspitz wurden die beantragten Finanzen aus dem Lotteriefonds bewilligt. Entgegen der Absicht der InitiantInnen wurde «Etcetera» als stark drogenpolitische Massnahme dargestellt. Nachdem die Finanzierung gesichert und eine Lokalität gefunden waren, konnte das «Etcetera» Baden im Mai 1992 eröffnet werden.

Bereits einen Monat nach Aufnahme der Arbeit eröffnete das «Etcetera» mit einem «Tag der offenen Türe». Die Nachfrage von potenziellen ArbeitnehmerInnen war von Anfang an gross. Während des ganzen Projektjahres bestand hingegen ein Mangel an Aufträgen, weil die Öffentlichkeitsarbeit nicht das gewünschte Echo fand.

Die Projektleiterinnen erlebten die Zusammenarbeit mit den ArbeitnehmerInnen insgesamt als recht gut. Am Anfang gab es mehr Probleme als im Verlaufe des Jahres. Viele potenzielle ArbeitnehmerInnen schrieben sich bei «Etcetera» ein, kamen aber infolge der fehlenden Aufträge oft nicht mehr, sodass eine Gruppe von StammarbeiterInnen die meisten Aufträge erledigte. Im Laufe des Jahres wurden die Leute verstärkt nach ihren Stärken und Schwächen gefragt und die Aufträge auch genauer beschrieben.

Im Zusammenhang mit den AuftraggeberInnen machte vor allem die Unverbindlichkeit Mühe, aber auch die ungenaue Beschreibung von Aufträgen und die Abwesenheit der AuftraggeberInnen während der Erledigung der Aufträge. Die Projektleiterinnen erlebten ihre Rolle als Arbeitgeberin (Nähe-

Distanz-Problem), aber auch die Zusammenarbeit mit gewissen Sozialämtern als schwierig. Sie würden eine Art Aufnahmegespräch mit den Leuten begrüßen, ebenso betreute Gruppeneinsätze, weil die hohe Selbstständigkeit für viele Personen ein Problem darstellte. Die Betreuung durch das SAH erlebten sie als sehr schlecht, die Vorbereitungszeit als zu kurz. Auch die Öffnungszeiten und die kleinen Räumlichkeiten wurden als problematisch erlebt. Im Laufe des zweiten Projektjahres änderte sich die Situation im «Etcetera» insofern, als die Auftragslage besser wurde. Die neuen Verantwortlichen fürchteten weniger, zu wenig Aufträge zu erhalten als vielmehr, die vorhandenen (oft qualifizierten) Aufträge nicht fachgerecht durchführen zu können.

### **3.4 Vergleich mit dem Tagelöhnerprojekt «Madrugada» in Solothurn**

Die beiden Projekte haben eine ähnliche Zielsetzung, wobei sich «Etcetera» stärker als rein sachliche Dienstleitung, «Madrugada» hingegen stärker arbeitspädagogisch versteht. Die Organisation unterscheidet sich bei beiden Angeboten sehr stark. «Madrugada» ist in der Region weit stärker verwurzelt, es wird von ausgebildeten SozialarbeiterInnen geleitet und gewährt dadurch mehr personelle Konstanz und Kompetenz als «Etcetera», das durch jährlich wechselnde PraktikantInnen geleitet wird. «Etcetera» seinerseits kann vom Namen des Schweizerischen ArbeiterInnenhilfswerk SAH profitieren, zudem ist die Finanzierung von der operativen Tätigkeit klar getrennt. Bezogen auf das Dienstleistungsangebot unterscheidet sich «Madrugada» durch längere Öffnungszeiten und die Organisation von betreuten Gruppeneinsätzen.

«Madrugada» beschäftigt gut zwei Fünftel mehr Leute. Der Frauenanteil ist in beiden Projekten gleich tief, die ArbeitnehmerInnen von «Etcetera» sind im Durchschnitt aber älter und der Ausländeranteil liegt höher. Die durchschnittliche Beschäftigungsdauer im «Etcetera» liegt etwa ein Viertel höher als bei «Madrugada». Zudem zeigt sich eine Konzentration der Aufträge auf wenige Personen, was bei «Madrugada» nicht der Fall ist. Bezogen auf die AuftraggeberInnen zeichnet sich «Madrugada» gegenüber «Etcetera», das vor allem Privatpersonen als AuftraggeberInnen gewinnen konnte, durch eine ausgeglichene Verteilung zwischen Privaten, Firmen, sozialen Institutionen und öffentlicher Verwaltung aus. Die beiden Projekte unterscheiden sich hingegen nicht darin, dass die Mehrheit der AuftraggeberInnen lediglich einen Auftrag ausführt lässt. Wird der Inhalt der Aufträge betrachtet, sticht das starke Übergewicht der Hausarbeit bei «Etcetera» ins Auge. Dies ist bei «Madrugada» nicht zu beobachten.



#### 4. Diskussion / Schlussfolgerungen

Nach dem ersten Pilotjahr ist es den Verantwortlichen gelungen, sich im Rahmen der sozialen Institutionen im Bereich der Stadt Baden zu verankern. Es besteht ein relativ fester Kern einer Stammkundschaft sowohl auf der Seite der ArbeitnehmerInnen als auch auf jener der ArbeitgeberInnen. Die Anerkennung und Unterstützung durch die bisherigen AuftraggeberInnen werfen ein gutes Licht auf die Institution. Es bestehen aber auch viele Problembe-  
reiche (Finanzierung, Bekanntheitsgrad, ungleiche Verteilung der Arbeitsleistungen, einseitige Struktur von AuftraggeberInnen und Aufträgen, fehlende Gruppenaufträge etc.), die gelöst werden sollten.

Korrespondenzadresse:  
Dr. Jürg Baillod  
Büro für arbeits- und organisationspsychologi-  
sche Forschung und Beratung (büro a&o)  
Waaghausgasse 5  
3011 Bern  
E-Mail: [Baillod@bueroaundo.ch](mailto:Baillod@bueroaundo.ch)